

**UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES  
DESPUÉS DE UN PARTO CONVENCIONAL  
Y UN PARTO RESPETADO**

**HANNAH FREIWALD**

**Guatemala, mayo 2021**

**UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES  
DESPUÉS DE UN PARTO CONVENCIONAL  
Y UN PARTO RESPETADO**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO**

**POR:**

**HANNAH FREIWALD**

**PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**Guatemala, mayo 2021**

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD, ASESOR Y REVISOR  
DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN.**

**DECANO DE LA FACULTAD: DR. CARLOS ENRIQUE RAMÍREZ  
MONTERROSA**

**SECRETARIO DE LA FACULTAD: DR. EDGAR ROLANDO VÁSQUEZ  
TRUJILLO**

**ASESOR: LIC. GLENYS MAGALY ALVARADO FLORES**

**REVISOR: LICDA. MARÍA DE LOURDES GONZÁLEZ VALLE**

Guatemala, 11 de noviembre del 2020

Doctor  
**Carlos Ramírez Monterrosa**  
Decano Facultad de Psicología  
Universidad Mariano Gálvez de Guatemala  
Su Despacho

Estimado Doctor Ramírez:

Por este medio me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que por nombramiento emanado de ese **DECANATO** y de conformidad con las disposiciones y requisitos del proceso del Trabajo de Graduación, he culminado el proceso de asesoría y procedo a dar el **DICTAMEN FAVORABLE** de la **ASESORÍA** del trabajo de la estudiante: **HANNAH FREIWALD**, quién se identifica con carne No. 3014-16-2826, de la Carrera de **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, plan diario, del Campus de La Antigua Guatemala. **Titulado ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES DESPUÉS DE UN PARTO CONVENCIONAL Y UN PARTO RESPETADO.**

Agradezco su comprensión y consideración a lo anteriormente expuesto. Sin más que informarle, aprovecho para suscribirme.

Cordialmente,



**Lic. Glenys Magaly Alvarado Flores**  
**Colegiado activo 5204**

M.A. Glenys Magaly Alvarado Flores  
Col. Activo 5204  
Psicóloga Clínica

Guatemala, 11 de abril de 2021

Doctor

**Carlos Ramírez Monterrosa**  
Decano Facultad de Psicología  
Universidad Mariano Gálvez de  
Guatemala Su Despacho

Estimado Doctor Ramírez:

Por este medio me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que por nombramiento emanado de ese **DECANATO** y de conformidad con las disposiciones y requisitos del proceso del Trabajo de Graduación, he culminado el proceso de revisión y procedo a dar el **DICTAMEN FAVORABLE** de la **REVISIÓN** del estudiante: **HANNAH FREIWALD**, quien se identifica con **carne No. 3014 16 2826**, de la Carrera de **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, plan diario vespertino del centro universitario de **CAMPUS ANTIGUA GUATEMALA**. **Titulado: ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES DESPUÉS DE UN PARTO CONVENCIONAL**

**Y UN PARTO RESPETADO.**

Agradezco su comprensión y consideración a lo anteriormente expuesto.  
Sin  
más que informarle, aprovecho para suscribirme.

Cordialmente,



---

**Licda. María de Lourdes González Valle**  
**Colegiada 5712**

UNIVERSIDAD MARIANO GALVEZ DE GUATEMALA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLÍNICA

Guatemala, 20 de mayo de 2021

FACULTAD DE: Psicología

CARRERA: Licenciatura en Psicología Clínica

Se autoriza la impresión del trabajo de Tesis Titulado:

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES DESPUÉS DE UN PARTO CONVENCIONAL Y UN PARTO  
RESPETADO.

Presentado por el (la) estudiante: HANNAH FREIWALD

Quién para el efecto deberá cumplir con las disposiciones reglamentarias respectivas. Dése cuenta con el expediente a la Secretaría General de la Universidad, para la celebración del Acto de Investidura y Graduación Profesional.

Atentamente,

  
DR. CARLOS ENRIQUE RAMIREZ MONTERROSA  
DECANO FACULTAD DE PSICOLOGIA



CERM/db

## **REGLAMENTO DE TESIS**

### **Artículo 8°: RESPONSABILIDAD**

**Solamente el autor es responsable de los conceptos expresados en el trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad.**

# Índice

<b>Resumen</b>	1
<b>Capítulo I</b>	2
<b>Marco conceptual</b>	2
1.1 Introducción	2
1.2 Antecedentes	3
<b>Capítulo II</b>	9
<b>Marco Teórico</b>	9
2.1 Trauma	9
2.1.1 Evento traumático	10
2.1.2 Consecuencias del trauma	11
2.2 Estrés	12
2.2.1 Consecuencias del estrés	13
2.3 Estrés postraumático	14
2.3.1 Trastorno del estrés agudo	16
2.3.2 Etiología del trastorno del estrés postraumático	17
2.3.3 Síntomas	18
2.3.4 Diagnóstico	19
2.3.5 Consecuencias del estrés postraumático	21
2.3.6 Prevalencia del estrés postraumático	22
2.3.7 Factores predisponentes	23
2.3.8 Tratamiento	24
2.4 Mujer	25
2.5 El parto	26
2.5.1 Fases del parto	28
2.5.2 Lugar del parto	29
2.5.3 Parto convencional	30
2.5.4 Consecuencias del parto convencional	33
2.5.5 Parto respetado	34
2.5.6 Historia del parto respetado	35
2.5.7 Prácticas del parto respetado/humanizado	36
2.5.8 Consecuencias del parto respetado/humanizado	37
2.6 Estrés postraumático posparto	39
2.6.1 Etiología	39
2.6.2 Duración	40
2.6.3 Prevalencia	41
2.6.4 Consecuencias	43
2.6.5 Diagnóstico	44
2.6.6 Tratamiento	45

<b>Capítulo III</b>	47
<b>Planteamiento del problema</b>	47
3.1 Justificación	47
3.2 Objetivos	48
3.2.1 Objetivo general	48
3.2.2 Objetivos específicos	48
3.3 Hipótesis de investigación	48
3.4 Variables	48
3.4.1 Definición conceptual de variables	49
3.4.2 Definición operacional de variables	49
3.5 Alcances y límites	50
3.6 Aportes	50
<b>Capítulo IV</b>	51
<b>Método</b>	51
4.1 Sujetos	51
4.2 Instrumento	51
4.3 Procedimientos	52
4.4 Metodología de la Investigación	53
4.5 Metodología de Estadística	54
<b>Capítulo V</b>	55
<b>Análisis de datos</b>	55
<b>Capítulo VI</b>	56
<b>Discusión de resultados</b>	56
<b>Capítulo VII</b>	59
<b>Conclusiones</b>	59
<b>Capítulo VIII</b>	60
<b>Recomendaciones</b>	60
<b>Referencias</b>	61
<b>Anexo</b>	68
<b>Índice de tablas</b>	
Tabla 1 Estrés postraumático en mujeres después del parto	55

## Resumen

Esta es una investigación sobre estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado, tuvo como objetivo determinar si existe diferencia en estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado, utilizó una muestra de 30 mujeres, 15 después de un parto convencional y 15 después de un parto respetado, el instrumento que se aplicó para medir la variable fue el test EGEP-5 Evaluación Global de Estrés Postraumático, el cual evalúa los síntomas de estrés postraumático según los criterios del DSM5. La investigación fue de tipo descriptivo comparativo y se utilizó el procedimiento estadístico de t de Student; así mismo se concluyó que existe diferencia estadísticamente significativa en estrés postraumático, por lo que se aceptó la hipótesis de investigación. Finalmente, se recomendó programar encuentros de autoayuda entre mujeres con estrés postraumático después del parto, facilitar talleres de concientización sobre la violencia obstétrica y sus secuelas para parejas previo a un parto y para personal de salud en instituciones de maternidad privadas y públicas.

*Palabras clave:* estrés postraumático, t de Student, parto convencional, parto respetado, prueba EGEP5

# Capítulo I

## Marco conceptual

### 1.1 Introducción

Se define el estrés postraumático como el conjunto de síntomas que pueden presentarse después de haber vivido o visto un episodio traumatizante. Normalmente, los síntomas desaparecen cuando termina el episodio, pero en algunas personas siguen o incluso se presentan de forma retardada para luego durar indefinidamente. Estos síntomas pueden afectar el bienestar psicológico y el funcionamiento de la persona.

Las mujeres después de un parto convencional son aquellas que parieron dentro del sistema médico convencional recibiendo una atención de parto medicalizada. Las mujeres después de un parto respetado son las que dieron a luz con profesionales del parto respetado, el cual por definición proclama la decisión libre de la mujer en cuanto al proceso de su parto y el acompañamiento físico y emocional durante el proceso completo.

Por los traumas que puede sufrir una parturienta, es importante medir la diferencia entre las secuelas de estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado, ya que pueden afectar su salud mental.

La investigación sobre el estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado, investigará si existe una diferencia en estrés postraumático entre los dos grupos, se utilizará una muestra por conveniencia de 30 mujeres, 15 después de un parto convencional y 15 después de un parto respetado, el instrumento a utilizar para medir la variable será la Evaluación Global de Estrés Postraumático, el cual que permite la evaluación del trastorno de estrés postraumático en adultos según los criterios del DSM-5. El estudio será de tipo descriptivo comparativo y se utilizará el procedimiento estadístico de t de Student.

## 1.2 Antecedentes

A continuación, se presentan otros estudios relacionados con el tema de esta investigación.

Risco, (2019), dirigió su estudio sobre la violencia obstétrica durante la atención del parto, puerperio y la percepción de la usuaria, con el objetivo de determinar la violencia obstétrica durante la atención del parto, puerperio y si ésta es percibida por las usuarias atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los meses de Octubre a Diciembre 2018, le sirvieron de muestra 125 puérperas, y utilizó los siguientes instrumentos: lista de chequeo y un cuestionario, llevó a cabo un estudio no experimental, transversal y descriptivo simple, el método estadístico usado fue la estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencia y gráficos con sus respectivos análisis e interpretación, concluyendo que más del 90 % de usuarias sufrió violencia obstétrica durante la atención del parto y puerperio, pero esta no fue percibida en la gran mayoría, por lo tanto se recomendó al Hospital Leoncio Prado que capacite su personal de salud sobre los derechos que tienen sus usuarios durante la gestación, parto, postparto y todos sus procesos reproductivos con la finalidad brindar a sus pacientes una atención de calidad y calidez.

Borja, (2017), investigó sobre la violencia obstétrica y las percepciones de las prácticas de atención de salud, con el objetivo de conocer la percepción del profesional de la salud y de las pacientes sobre las prácticas de atención realizadas a la mujer durante el parto y posparto inmediato, algunas de las cuales podrían ser consideradas violentas, para lo cual utilizó de muestra a personal y pacientes de hospital: cinco médicos, cinco enfermeras y diez mujeres, aplicó de instrumento la observación no participativa y una entrevista semiestructuradas, realizó un estudio de tipo descriptivo cualitativo, se utilizó el método estadístico Grounded Theory (Strauss y Corbin, 1998) y concluyó que en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco hubo un 88% de violencia obstétrica durante la atención del parto, y 95.5% durante la atención del puerperio, por eso recomendó al Hospital Leoncio Prado que capacite su personal de salud sobre los derechos que tienen sus usuarios durante la gestación, parto, postparto y todos sus procesos

reproductivos con la finalidad brindar a sus pacientes una atención de calidad y calidez.

Castillo, (2017), presentó su investigación sobre violencia obstétrica: y sus efectos psicológicos en las mujeres, tuvo por objetivo conocer si existen efectos psicológicos en la mujer ocasionados por la violencia obstétrica, para ello utilizó de muestra 16 mujeres con un rango de edad de los 18 a los 36 años, aplicó como instrumentos una lista de estímulos y un cuestionario, su estudio fue no experimental, transeccional-exploratorio, el análisis estadístico se llevó a cabo con procedimientos descriptivos y tablas de frecuencia, el estudio concluyó que la violencia obstétrica, así como toda modalidad de violencia es un acto reprobable, sin justificación, que tiene que darse a conocer y que las personas deben saber identificar para ponerle un alto, no solo por considerar se mala, sino por las secuelas que puede dejar, y por tanto recomendó que durante el parto la mujer debe tener el papel principal y toda decisión debe ser elegida por ella, por lo tanto ni los médicos, ni las enfermeras, ni cualquier miembro del personal de salud tiene el derecho de silenciarla, de humillarla o de apropiarse de los derechos que a ella le corresponden, solo así se podrá detener la violencia obstétrica.

Lemus y Cabrera, (2017), investigaron sobre la percepción en las mujeres sobre la violencia obstétrica, con el objetivo de determinar la percepción que tienen las madres estudiantes sobre la violencia obstétrica y sus efectos psicológicos, su muestra fueron 40 madres de 16 a 40 años estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, utilizaron los siguientes instrumentos: observación indirecta, entrevista semiestructurada y cuestionario cerrado, trabajaron una investigación mixta, el tipo de estadística utilizado fueron matrices y tablas de porcentaje, y concluyeron que identificaron efectos psicológicos en la investigación, establecieron que el 35% de las madres sufrieron y siguen padeciendo como consecuencia de la violencia obstétrica y recomendaron difundir información sobre las manifestaciones y efectos psicológicos de la violencia obstétrica y sus maneras de reconocerla en las instituciones guatemaltecas que se dedican a defender los derechos de la mujer.

Silvestri, (2017), presentó un análisis de la percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner, con el objetivo de determinar la calidad del parto en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner a partir de la percepción de las puérperas, respecto a las distintas condiciones que debería cumplir la atención para ser considerada como parto humanizado, utilizando para este fin una muestra de 179 puérperas, y de instrumento la encuesta de carácter anónimo, realizó un estudio cuantitativo descriptivo, el procedimiento estadístico es por porcentajes, concluyeron que este estudio sobre parto humanizado permite hacer una observación general a las puérperas en sus necesidades de ser protagonistas de su embarazo y parto, de confiar totalmente en los profesionales y sentirse seguras con su apoyo y por lo tanto recomendaron con el objetivo de concientizar tanto a las pacientes como al personal de salud, reconocer la importancia del acceso a información sobre los derechos del parto humanizado ya que constituye el punto de partida para producir un cambio de comportamiento preciso y oportuno para trabajar en equipo permitiendo que las pacientes sean protagonistas de sus propios partos, siendo escuchadas y respetadas por los profesionales que eligieron, con la libertad de poder participar en las decisiones junto con los profesionales y permitiendo que esta experiencia sea agradable en uno de los momentos más conmovedores de la vida como lo es el nacimiento de un hijo.

Gómez, (2016), realizó una investigación sobre estrés postraumático y asertividad en víctimas del delito de violencia contra la mujer, con el objetivo de identificar el nivel de estrés postraumático y asertividad en víctimas del delito de violencia contra la mujer, utilizando una muestra de 34 mujeres adolescentes y adultas entre las edades de 14 a 45 años, aplicó el instrumento EGEP, Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático, además el Cuestionario INAS -87, realizó un estudio descriptivo cuantitativo, el método estadístico utilizado es la media aritmética, llegó a la conclusión que según los resultados que se obtuvieron al evaluar a cada una de las mujeres, se estableció que el síntoma de estrés postraumático que más se manifiesta en ellas se encuentra en la categoría de síntomas clínicos subjetivos, muy próximo se ubica los síntomas del funcionamiento, finalmente recomendó que

se deben crear técnicas puntuales para el abordaje de los síntomas clínicos subjetivos, del estrés postraumático, como una manera de brindarles apoyo a las mujeres de dicha asociación para así superar el trauma.

Patrón, (2016), presentó un estudio sobre las repercusiones en la calidad de atención por violencia obstétrica en pacientes en trabajo de parto con embarazo de término, su objetivo fue identificar las repercusiones en la calidad de atención generadas por la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud a pacientes en trabajo de parto analizando las dimensiones del maltrato (físico y psicológico) que pueden sufrir las mujeres en este proceso, con el fin de identificar los derechos reproductivos que se violan en ese contexto, y formular propuestas de intervención que contribuyan a disminuir el problema, utilizó una muestra de 200 mujeres puérperas, de procedimiento estadístico se aplicaron el porcentaje y Chi cuadrada, elaboró una investigación observacional, transversal y descriptiva,, concluyó que existe una asociación significativa entre la violencia obstétrica y la calidad de atención que se les da a las pacientes en esta unidad por lo tanto se da la recomendación de realizar estudios multicéntricos para evidenciar resultados que lleven a las instituciones a generar estrategias en la cual se eliminen daños, se respete la autonomía y derechos de las pacientes y en las que el personal de salud conozca las repercusiones que existen por los actos con carencia de ética, falta de humanización y profesionalismo.

Winter, Guevara, Celada, Guerrero, González y Ruiz, (2015), investigaron sobre conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico sobre parto vertical, teniendo como objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico del departamento de Ginecología y Obstetricia sobre el parto vertical en los hospitales nacionales de los departamentos de Alta Verapaz, Quiché, Sololá, Escuintla, Sacatepéquez e Izabal, de muestra utilizaron 43 residentes y 35 médicos, se aplicó de instrumento la encuesta estructurada, el estudio realizado fue descriptivo transversal, y el procedimiento estadístico aplicado fue la media, llegaron a la conclusión que con respecto a la práctica, los resultados indican que el 35% practica el parto vertical, el 5% no practica y el 56% se muestra indeciso lo cual

revela que existe incertidumbre en la práctica del parto vertical, emitieron finalmente la recomendación que los profesionales especialistas de Ginecología y Obstetricia deben mantener el conocimiento actualizado sobre los temas con pertinencia cultural, como lo es el parto vertical, deben brindar información actualizada sobre beneficios y desventajas de las diferentes formas de atención del parto vertical, permitir que sea la paciente quien elija y respetar su derecho a elegir, mientras se le recomienda a la población en general, especialmente la femenina, conocer sus derechos principalmente durante el embarazo y parto y hacerlos valer.

Aquino, (2014), presentó un estudio sobre estrés posparto en las mujeres del área de maternidad, con el objetivo de identificar el nivel de estrés posparto de las mujeres que se encuentran en el área de maternidad del Hospital Nacional de Retalhuleu, para lo cual utilizó una muestra de 91 mujeres entre 18 y 50 años en puerperio, aplicaron el instrumento Escala de Apreciación del Estrés EAE, realizó el estudio de manera descriptiva, como procedimiento estadístico utilizó la significación y fiabilidad de media aritmética en muestras relacionadas, y llegó a la conclusión que identificó por medio del trabajo de campo, que existe un nivel medio de estrés posparto en las madres atendidas en el área de maternidad del Hospital Nacional de Retalhuleu por tanto recomendó que se les brinde una mejor atención a las mujeres que se encuentren dentro del área de maternidad en el Hospital Nacional de Retalhuleu, ya que la misma juega un papel importante en la aparición de síntomas de estrés posparto.

Martínez, (2013), efectuó un estudio comparativo en mujeres que han sufrido o no maltrato psicológico, con el objetivo de identificar si existe una diferencia en el estrés postraumático en mujeres víctimas de maltrato psicológico y mujeres no víctimas de maltrato psicológico, en una muestra de 25 mujeres entre 19 y 54 años de clase media baja que asisten al hospital público de Zacapa y a una oficina de la mujer ubicada en Teculután y que refieren haber sufrido maltrato psicológico y 25 mujeres que no, utilizó como instrumento la EGEP, Evaluación global de Estrés postraumático, realizó un estudio descriptivo comparativo, con el procedimiento estadístico de t de Student, llegando a la principal conclusión que existe diferencia

estadísticamente significativa respecto al estrés postraumático entre un grupo de mujeres que refiere sufrir maltrato psicológico y un grupo de mujeres que indica no sufrirlo, y recomendó crear programas de educación con respecto al principio de la igualdad declarado en Viena con respecto a los derechos humanos.

## Capítulo II

### Marco teórico

#### 2.1 Trauma

Según Sigales, (2006), la palabra traumatismo viene del griego “trauma”, cuyo significado es "herida". El adjetivo traumático tiene su origen en “traumatikos”, que significa "relativo al trauma", y el verbo traumatizar, viene del verbo griego “traumatidzo”, significando "herir". La medicina ha usado este término para definir al conjunto de las lesiones físicas, causadas accidentalmente por un agente exterior. Se usó entonces el vocablo de traumatismo en la psicología para hablar del traumatismo psíquico con el significado de un choque psíquico transmitido por agentes externos sobre el psiquismo, dejando modificaciones psicopatológicas. Pero, sin embargo, el traumatismo psíquico no queda definido. Se ha investigado mucho sobre el traumatismo psíquico en torno al concepto de la neurosis traumática (Oppenheim, Charcot, Kraepelin, Freud). Esas investigaciones se centraron en los mecanismos psíquicos desencadenados por un acontecimiento traumatizante.

Tutté (2006), determina que Freud va oscilando entre la definición del trauma como algo meramente derivado de lo cuantitativo de los acontecimientos a una segunda definición en la que lo importante es el conflicto, que se va superponiendo y termina ocupando el primer plano, viéndose entonces cómo lo económico se integra a lo dinámico. Freud llegó a clasificar las neurosis traumáticas como “una excepción metapsicológica” ya que “sus nexos con la condición infantil se han sustraído a la indagación hasta hoy”. El hecho que Freud concluye su obra con estas palabras comprueba su ambigüedad en cuanto al tema. Este trauma psíquico que desencadenó los síntomas neuróticos, pronto dio lugar para nuevos descubrimientos. Viéndolo de esta manera, la teoría del trauma

se convirtió para Freud en un trauma en su teoría que no pudo elaborar adecuadamente.

Block (2014), refiere que un trauma es un acontecimiento súbito e intenso, puede ser tanto físico como emocional, o ambas a la vez, que le hace daño a la persona que lo experimenta. El trauma puede suceder a raíz de un evento aislado o por eventos repetidos o de larga duración. Todo el mundo ha tenido una o varias experiencias traumáticas, o sean presenciadas, de observador o por cercanía a la persona afectada. Por otro lado, varía mucho la capacidad individual para superar un trauma, y tiene que ver con los recursos de apoyo de la persona y su vulnerabilidad a quedar traumatizada.

Vargas (2017), explica que hay dos tipos de trauma: el trauma circunscrito y el trauma complejo. El primero sucede en respuesta de un evento específico y puntual, tal como un desastre natural o un accidente de carro. Ocurre en relación con factores del medioambiente y no involucra una acción dolosa por parte de otra persona. El trauma elaborado o complejo ocurre como resultado de varias experiencias traumáticas de tipo interpersonal en las que existe abuso de poder, de fuerza o abuso sexual, y que están acompañados por medios negligentes hacia la persona.

### **2.1.1 Evento traumático**

El concepto de evento traumático ha sido definido por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA 2014) en su Manual Diagnóstico y Estadístico, quinta edición (DSM5) como un evento catastrófico experimentado directamente, como combatir en una guerra o estar involucrado como civil, la amenaza o el asalto físico real (abuso físico en la infancia, agresión física, robo etc.), la amenaza o abuso sexual real (penetración forzada, contacto sexual abusivo, el abuso sexual con contacto, el tráfico sexual), el haber sufrido secuestro, ataque terrorista, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra, un accidente de tráfico grave o un desastre natural o humano. También se clasifica como acontecimiento traumático

el haber observado lesiones o amenazas serias, un asalto violento a otra persona, la muerte de causa no natural, la violencia doméstica y muchos otros. Incluye además la exposición indirecta a un suceso, aunque en ese caso se limita a experiencias que afectan a personas cercanas y que son violentas y accidentales.

Expone Tutté (2006), que, desde el psicoanálisis, el trauma psíquico implica siempre que el mundo de afuera interactúa con el mundo interno de las personas. El trauma psíquico no resulta automáticamente sobre la base de un acontecimiento actual externo, aunque fuera muy violento. Significaría desconocer lo personal, la manera idiosincrática que lleva a las personas a reaccionar de su manera y finalmente significaría negar la participación del inconsciente. En el trauma psíquico existe un oscilante y permanente interjuego entre mundo externo y mundo interno, lo cual realza que el trauma psíquico y es consecuencia de una interacción específica entre lo fáctico y como lo vivencia la psique.

Según Crespo (2012), un acontecimiento traumático puede enmarcarse en una matriz de variables muy compleja, en la cual hay que tomar en cuenta aspectos muy diversos, tanto con respecto al acontecimiento como con respecto a la persona, y que se pueden combinar de múltiples maneras. Por ende, la modificación de una sola variable de esa matriz podría suponer variaciones importantes. Por esa amplitud de variables ha sido difícil desarrollar una descripción consensuada y aprobada por la comunidad científica en cuanto al concepto del acontecimiento traumático.

### **2.1.2 Consecuencias del trauma**

Sigales (2006), refiere que la importancia de una catástrofe en la vida de una persona depende de que tanto permanezca inmersa en una situación que lo sumerge más allá de su propia comprensión y preparación psíquica y emocional y que le causa un trauma ligado al sufrimiento. Las reacciones psíquicas de la persona frente a un agente agresor pueden ser ambivalentes, desde la simple reacción de estrés de adaptación transitoria sin secuelas a la neurosis traumática

real, tardía, organizada y duradera. Ya que la reacción al estrés adaptativa puede suavizar los síntomas a tal grado que el diagnóstico puede ser equívoco, pero con el tiempo se vuelven verdaderos síntomas de trastornos postraumáticos o síndromes postraumáticos.

Tutté (2006), propone al respecto que, más adelante, se hace evidente que el trauma tenía un importante papel en el pensamiento de Freud. Sin duda existe un retorno del viejo trauma, pero éste va cobrando un nuevo estatuto a causa de las elaboraciones que se van gestando desde el vuelco que suponen la segunda tópica y la nueva teoría pulsional: la idea de “ligazón” y de “repetición”. El concepto de trauma psíquico como algo creado por una infracción parecería reclamar su lugar, aunque enriquecido por otro concepto de fundamental importancia en la teorización: la pulsión de muerte y la compulsión de repetición.

En su DSM5, la APA (APA 2014), aclara que el trauma y los trastornos relacionados con factores de estrés son trastornos que cumplen el criterio diagnóstico explícitamente mencionado de la exposición a un evento traumático o estresante. Existe una diversidad de expresiones del malestar clínico tras la exposición a sucesos catastróficos o aversivos. El trauma y trastornos relacionados engloban específicamente el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación.

## **2.2 Estrés**

Galán y Camacho (2013), exponen que la palabra Stress, en inglés fue aceptada por la Real Academia de la Lengua en los años 1970 del siglo pasado y se traduce como ‘estrés’, que corresponde a un sustantivo que, en la medicina, significa que un individuo se encuentra en una situación en la cual el organismo entero o alguno de sus órganos está en riesgo próximo a enfermar porque se le exige un rendimiento demasiado fuerte. Quiere decir que el estrés no es realmente un término psicológico; su origen se encuentra en la física (como strain, que se refiere a un

objeto o un cuerpo inactivo que se deforma por fuerzas ambientales), y que fue tomado prestado primero por la biología y luego por la medicina, desde la cual fue adecuado por la psicología.

La Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU (NLM, 2020), define que hay tres diferentes tipos de estrés: existe un estrés rutinario que se relaciona con el trabajo, la familia y las otras responsabilidades comunes de las personas. Existe también un estrés provocado por un cambio negativo repentino tal como una enfermedad o un divorcio. Está además el estrés traumático que ocurre cuando la persona se percibe en peligro de ser gravemente herida o en peligro de muerte, como en un accidente grave, un asalto una guerra o un desastre natural. Las personas sienten el estrés de manera individual. Algunos tienen síntomas somáticos, otros padecen de síntomas psicológicos como insomnio, depresión, ira o irritabilidad.

Según Sigales (2006), la interacción entre una evaluación personal de un acontecimiento y la capacidad de hacerle frente, es la definición de lo que por varios autores es nombrado estrés. Entre otros acontecimientos, una catástrofe personal o natural resulta en un “estrés circunstancial” en muchas personas. Las situaciones extremas contienen un doble potencial de estrés, un “estrés primario” por las consecuencias inmediatas de la catástrofe y por otro lado está el “estrés secundario”, que se refiere a las acciones que tomar y que afectan más que todo los distintos cuerpos de rescate.

### **2.2.1 Consecuencias del estrés**

En el plano de las emociones, afirma Rubio (2013), que la persona que sufra de estrés estará irritable, ansiosa, confusa y padece de ánimo variable o mal humor. Sufrirá de preocupaciones, tendrá pensamientos recurrentes, estará miedoso y su autoestima va en descenso. En cuanto a las cogniciones, no se puede concentrar, estará mentalmente bloqueado, tendrá dificultad para tomar decisiones, preocupaciones y confusión. El estrés además puede ser causante de trastornos de sueño, puede causar ansiedad, miedos, fobias, trastornos afectivos y de

personalidad, puede ser una razón para problemas con los compañeros, causar pérdida de control, adicciones y depresión.

Según Galán y Camacho (2013), el estrés es reconocido como una reacción biológica producida en situaciones típicas que implican ambigüedad e incertidumbre. El estrés causa varias reacciones psicofisiológicas y, por ende, causa muchos cambios a nivel orgánico y conductual. Tiene tres fases, alarma, resistencia y cansancio. Estas fases se comprobaron en investigaciones experimentales de la física, ya que un cuerpo puesto en tensión movilizaba reacciones en las cuales tenía que defenderse o generar respuestas ante el ambiente. Al aplicar los resultados a personas bajo estrés se dieron resultados semejantes en cuanto a sus reacciones.

En cuanto a la conducta refiere Rubio (2013), que, como consecuencias del estrés, puede haber reacciones impulsivas, explosiones emocionales, aumento de consumo de excitantes, falta de apetito o abuso de comida. Se pueden observar una serie de efectos motores, como hablar rápido, temblores, risa nerviosa, tics, tartamudez o dificultad de expresión. El estrés trastoca el sistema nervioso y esos primeros síntomas son avisos del problema. Muchas veces los efectos emocionales, cognitivos y motores se producen de manera simultánea, ya que una persona preocupada suele tener dificultades para comunicarse, o cuando hay problemas para tomar decisiones aparece el tartamudeo o la voz entrecortada.

### **2.3 Estrés postraumático**

Piechacón (2011), refiere que la humanidad ha sido capaz de causar un sinnúmero de eventos traumáticos terribles: entre otros, las guerras, las violaciones y otros abusos sexuales, la explotación sexual, el maltrato infantil, el secuestro, el reclutamiento forzado, el desplazamiento forzado, el terrorismo, la tortura y muchos más. Así que el mismo hombre que ha sufrido las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales del estrés postraumático, las ha causado y las sigue causando. Además, el hombre ha cambiado su visión acerca de su propia

vulnerabilidad y de que tan seguro es el mundo. Este aspecto del procesamiento cognoscitivo es fundamental para la etiología del estrés postraumático.

La OMS (2013), en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.<sup>a</sup> edición, define el estrés postraumático como trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Es causado por un trauma psicológico o físico, siendo con mayor frecuencia una combinación de ambos. No todas las personas que experimentan tales acontecimientos desarrollan síntomas.

Aranovich (2005), afirma que por su carácter reaccional a una vivencia pasada determinante que ha amenazado la vida del sujeto se puede enmarcar el PTSD como una patología de la memoria. Los eventos evocadores, pero en sí no amenazantes, hacen retornar la vivencia del trauma y causan síntomas de ansiedad, aunque falta el contexto del trauma original. Estos flashbacks y recuerdos intrusivos se convierten en morbosos ya que son estos los síntomas cardinales y patognomónicos de TEPT. Creemos por ende que se trata de una patología de la memoria: su esencia se encuentra en los recuerdos.

Vargas (2017), explica que, revisando todos los sistemas de clasificación de salud mental mundiales, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), el estrés postraumático tiene la idiosincrasia que es el único trastorno mental que tiene una causa específica, que es la exposición a un evento o situación traumática. En las primeras versiones del DSM, fue nombrado neurosis de la guerra, por sus síntomas de reexperimentación del trauma en soldados combatientes. En el DSMIII fue renombrado neurosis traumática y desde la publicación del DSM IV se usa el término trastorno por estrés postraumático.

### **2.3.1 Trastorno de estrés agudo (TEA)**

En contraste con el estrés postraumático y para mejor comprensión, explica Crespo (2012), que, en el trastorno de estrés agudo, los pacientes presentan los mismos síntomas como en el estrés postraumático, solo que el trauma que se refleja en los síntomas no tiene más de un mes de haber sucedido. Se diferencian por ende el trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático únicamente en el tiempo cuando se manifiestan. Tan así que se preguntan los científicos si no se puede tratar del mismo trastorno, especialmente porque se ha comprobado que a muchas de las personas que fueron diagnosticados con un TEA, después se les diagnostica un TEPT.

En el DSM5, la APA (2014), considera que el trastorno agudo de estrés se diagnostica hasta 3 días después de un evento traumático, antes no es confiable el diagnóstico. Aunque es posible que el estrés agudo evolucione a un trastorno de estrés postraumático, después del primer mes al pasar el evento traumático, también se puede revertir y resultar en un diagnóstico de estrés transitorio en remisión. Alrededor del 50% de las personas que finalmente son diagnosticado con un TEPT, inicialmente presentan el trastorno de estrés agudo. La sintomatología durante el primer mes después de la exposición al trauma puede empeorar o sea por factores estresantes vivenciales o por otros eventos traumáticos.

Explica Sigales (2006), que, ante un evento traumático, la persona sufre una ruptura psíquica entre el Yo y el mundo real. En esta fractura se instauran mecanismos psicóticos urgentes que ayudan de cierta manera y hasta cierto punto a cubrir la incapacidad de los mecanismos usuales. Las secuelas psicóticas aparecen de forma aguda y transitoria, por un tiempo muy limitado y tienen como característica principal los episodios delirantes cortos, que aparecen de forma violenta y desaparecen sin rastro. El DSM-IV considera este tipo de manifestaciones como un Trastorno por estrés agudo.

### **2.3.2 Etiología del trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

Vargas (2017), expone que el trastorno del estrés postraumático se puede explicar con el modelo conductual tradicional, por medio de la teoría de los dos factores propuesta por Mowrer. Esta teoría declara que los estímulos que se presentan en un acontecimiento traumático, tales como olores, personas etc., asumen una carga aversiva, ya que se asocian a estímulos que naturalmente provocan miedo. Así se da un condicionamiento respondiente y mientras que permanecen relacionados, estos estímulos tienen propiedades aversivas. Si en su historia de aprendizaje la persona fue condicionada a evitar los estímulos aversivos o a huirlos, ya que así le disminuye el miedo, obtiene atención o se soluciona su problema, la evitación se instaura permanentemente. Se trata de un condicionamiento operante. Se establece el trastorno cuando la evitación genera consecuencias negativas a largo plazo.

Indica la Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU (NLM, 2020), que “los investigadores no saben por qué algunas personas tienen TEPT y otras no. La genética, la neurobiología, los factores de riesgo y los aspectos personales pueden afectar si tiene TEPT después de un evento traumático.” No hay edad específica para el TEPT. Es más probable desarrollar la sintomatología bajo las siguientes condiciones: ser mujer, haber sufrido traumas infantiles, siente miedo extremo, horror o impotencia, ha pasado por un acontecimiento traumático de larga duración, no ha tenido apoyo social después del trauma, ha sufrido estrés adicional después del acontecimiento, tales como una muerte, dolor o lesiones o la pérdida del hogar o el trabajo, o si tiene antecedentes de uso de sustancias o de enfermedades mentales.

El Instituto Nacional de la Salud Mental de los EEUU (NIMH, 2016) explica, que el estrés postraumático puede tener orígenes múltiples. Parece que hay predisposición biológica en algunas personas más propensas a un TEPT. Es un trastorno que algunas personas presentan después de haber vivido o presenciado un suceso impactante, terrorífico o peligroso. Algunas personas pueden padecer del trastorno por haber observado un acontecimiento traumatizante, como un accidente o un asalto, otras pueden sufrirlo al tan solo haber sabido que un familiar o amigo cercano pasó por un evento traumático.

Rosas (2011), refiere que, si una persona que ha sufrido un acontecimiento traumático desarrolla un trastorno de estrés postraumático, depende de varios factores personales que predisponen o no a la persona a sufrir tal trastorno. Entra a la probabilidad entonces la vulnerabilidad personal y las características del evento traumático. Entre más fuerte la impresión del evento, más probable que se produce el trastorno. Por otro lado, entre menos vulnerable la persona, menos probable el trastorno. El riesgo de que una persona sufra un trastorno de estrés postraumático depende entre otros factores de la dimensión en que el evento traumático afecta su vida íntima, de la duración del acontecimiento y del grado de vulnerabilidad ante acciones de maldad humana, lo cual quiere decir que es menos probable un TEPT después de un desastre natural que después de un acto cometido por un humano.

### **2.3.3 Síntomas**

Para la APA (2014), en su Manual Diagnóstico y Estadístico, quinta edición, los síntomas de un trastorno son las manifestaciones subjetivas que sufre una persona afectada. Aunque es difícil que dos personas los describan de la misma manera, es posible encontrar definiciones. La descripción de los síntomas del trastorno por estrés postraumático igual como la definición del trastorno ha sufrido cambios y los sigue sufriendo. Actualmente, los síntomas que enumera el DSM5 son los usados en este estudio. Los síntomas que refieren los pacientes con TEPT varían mucho, tanto en su cantidad como en su intensidad.

El NIMH (2016), refiere que puede haber una variedad de síntomas, clasificados de la siguiente manera:

- Síntomas intrusivos (entre ellos los recuerdos y los flashbacks)
- Síntomas de evitación (evitación cognitiva o conductual)
- Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Amnesia disociativa, culpa)
- Alteraciones en la activación y la reactividad (irritabilidad, hipervigilancia)
- Síntomas disociativos (Despersonalización, desrealización)

Piechacón (2011), afirma: “Una gran parte de los estudios ha incluido los sentimientos de culpa y vergüenza en el desarrollo y el mantenimiento del tept (Andrews et ál., 2000; Beckham, Feldman y Kirby, 1998). Sin embargo, el criterio diagnóstico no hace alusión a ninguno de estos aspectos”. Más adelante refiere la autora que, mientras que los aspectos emocionales del TEPT son importantes, también lo son las consecuencias del TEPT a nivel de la sociedad, en las relaciones interpersonales y a nivel psicosocial. Puede tener efectos graves como familias desintegradas por divorcio o abandono. Por los mismos efectos del TEPT, los pacientes tienden más a acudir a servicios médicos costosos inapropiadamente, ganan menos y tienden a tener una tasa mayor de problemas legales. Tienden a ser personas insatisfechas con su vida familiar y laboral y causan problemas a nivel de salud pública.

### **2.3.4 Diagnóstico**

Indican Crespo, Gómez y Soberón (2017), que las amplias modificaciones propuestas para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que van desde la caracterización de lo que puede considerarse como un suceso traumático a la inclusión y la modificación de síntomas, clusters de síntomas y especificaciones tienen implicaciones clínicas importantes de cara a la evaluación de este trastorno, haciendo necesario el desarrollo de nuevos instrumentos que permitan su diagnóstico desde la perspectiva del DSM-5.

La NLM (2020), afirma que para obtener un diagnóstico de TEPT, debe haber todos los siguientes síntomas durante al menos un mes después del acontecimiento traumático: al menos un síntoma de reviviscencia (tal como Flashbacks, pensamientos aterradores o pesadillas), al menos un síntoma de evitación (tal como evitar objetos, eventos o lugares que tienen que ver con el trauma, o evitar pensamientos ligados al acontecimiento traumático, por medio de distraerse). Debe haber al menos dos síntomas de hipervigilancia y reactividad, (tales como sentirse

“al límite”, padecer de insomnio o tener ataques de ira) y al menos dos síntomas cognitivos y anímicos (tales como problemas de memoria en cuanto al evento traumático, pensamientos de culpa, remordimiento o pensamientos negativos sobre sí mismo, anhedonia o problemas de concentración.)

Sánchez y Palacios (2007), explican que, en muchos casos, la observación clínica no es suficiente para el diagnóstico y se necesita disponer de instrumentos psicométricos simples y confiables que se ajustan a los criterios del DSMIV3 y permitan detectar un TEPT. De esa manera se inicia el tratamiento pronto y se previene así la progresión de la psicopatología y la comorbilidad. Existen muchas escalas de detección del TEPT y de su gravedad, evolución y respuesta al tratamiento. Existen numerosas escalas de medida que valoran la presencia, gravedad, evolución y respuesta al tratamiento del TEPT, tales como la Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) o la Davidson Trauma Scale (DTS)<sup>51</sup>. Además, se utilizan el PTSD Symptom Scale (PSS)<sup>2</sup>, el • Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire Measure (PTSD-Q)<sup>20</sup>, el Traumatic Event Scale (TES)<sup>19</sup>, el Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)<sup>8</sup>, El Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS)<sup>8</sup>, The Wijma Delivery Experience/Expectancy Questionnaire (W-DEQ)<sup>20</sup>, The Acute Stress Disorder Interview<sup>9</sup> y The Acute Stress Disorder Scale<sup>9</sup>.

Por ello, explican Crespo et. al., (2017), que en este contexto nace la escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5), una evolución de la anterior escala (EGEP; Crespo y Gómez, 2012) que permite la evaluación de la sintomatología postraumática contemplada en esta nueva edición del sistema de clasificación diagnóstica. Pero el EGEP pretende ir más allá de las clasificaciones diagnósticas, más bien quiere dar una visión global de las secuelas postraumáticas y del “estrés postraumático”, no tan solo del TEPT. Por ende, incluye síntomas subjetivos no reflejados en el DSM tales como los sentimientos de culpa y de vergüenza.

### **2.3.5 Consecuencias del estrés postraumático**

Block (2014), considera que después que los psiquiatras estudiaron en detalle los síntomas que presentan las personas después de haber sufrido un evento traumático, ellos decidieron que se necesitaba de una categoría diagnóstica. Esta categoría la llamaron denominado trastorno de estrés postraumático (TEPT) Los síntomas relacionados con esta categoría de trastorno, causan problemas graves en muchos ámbitos importantes de la vida de las personas afectadas por un trauma, tanto en el ámbito laboral como en el relacional que la duración de esos síntomas sobrepasa un mes después del acontecimiento traumático.

El National Center for PTSD (2020), menciona las siguientes consecuencias para las personas que han sufrido un TEPT: además de los síntomas típicos que incluyen no poder dejar de pensar en lo sucedido, una posible sensación de indiferencia, y evitar lugares y personas conectados al evento, puede haber fuertes síntomas de depresión con una anhedonia grave y un cansancio insuperable. Los sentimientos de ira o comportamiento agresivo pueden causar problemas en todos los entornos de la vida. Puede haber reproches, culpa y lástima, que causan una autocrítica fuerte e injustificada. Todo lo anterior puede llevar a la persona a pensamientos suicidas o abuso de alcohol y drogas.

Igual explica Vargas (2017), que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) está causando un problema de salud pública ya que eleva los costos de atención médica, de capacitación y de tratamiento farmacológico. También resulta en implicaciones sociales, laborales y para la familia del paciente. Las personas que sufren de un TEPT, con mucha frecuencia tienden a tener problemas en su matrimonio y en su trabajo. El TEPT se asocia con una baja calidad de vida y hay una comorbilidad importante con trastornos depresivos, el uso o dependencia de sustancias y trastornos de sueño.

### **2.3.6 Prevalencia del estrés postraumático**

Piechacón (2011), citando a Norris y Slone, concluye en su investigación que el TEPT tiene una gran prevalencia a causa de que la exposición a eventos traumáticos es muy común. Una cuarta parte de la población ha experimentado un evento traumático ya al iniciar la adultez y a la edad de 45 años, la mayoría de las personas ha tenido tal experiencia. Una importante cantidad de personas sufre más que solo un acontecimiento traumático. No necesariamente todos esos eventos son percibidos como traumas, pero según los datos, la mayoría de personas adultas va a experimentar un acontecimiento que les causa un intenso temor, horror, o desesperanza, lo cual es uno de los criterios del DSMIV para calificar para un TEPT, por lo menos una vez en sus vidas.

Según González (2014), se ha estimado que el ocho por ciento de las personas en el mundo van a padecer de un TEPT en algún momento de sus vidas. En los países desarrollados, los índices son más bajos, variando de un cinco hasta un 15%, según el grado de exposición a los acontecimientos traumáticos. El índice para México llega al 5.2% de la población, lo cual significa, que ese porcentaje de personas alguna vez en la vida sufrirá un TEPT. El trastorno por estrés postraumático se puede desarrollar a cualquier edad, el promedio siendo a los 19.7 años. Se puede presentar a cualquier edad, pero el promedio de edad de presentación son los 19.7 años.

Afirma la APA (2014), que las tasas más altas, llegando desde un tercio hasta un 50 por ciento del TEPT las sufren los sobrevivientes de violación, de servicio militar en combate, cautiverio e internamiento y genocidio. Se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres durante toda la vida. Ellas padecen el trastorno de estrés postraumático, además, en comparación con los varones, por un tiempo más largo después de haber sufrido el evento traumático. Este riesgo aumentado en la población femenina se puede atribuir posiblemente a que ellas tienen una mayor probabilidad de ser expuestas a eventos traumáticos, como la violación y otras formas de violencia interpersonal.

### 2.3.7 Factores predisponentes

González (2014), afirma en su artículo “Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT)” que, en los resultados de investigaciones recientes, se descubrió la existencia de una vulnerabilidad biológica heredable para el TEPT. Si esta se encuentra en interacción con el medioambiente, causa el trastorno del estrés postraumático. Existen además tanto factores de riesgo como de resiliencia, tales como alteraciones neuroanatómicas, fisiológicas, neurobioquímicas y neuroendócrinas en personas vulnerables al TEPT. Lo que no está claro, es que si estas alteraciones son causa o consecuencia del padecimiento.

Según Rosas (2011), los factores de riesgo para el desarrollo de un TEPT son los siguientes:

- Dimensión en que el evento traumático afecta la vida íntima y personal del afectado.
- Duración del evento.
- Grado de vulnerabilidad ante acciones de maldad humana (es más probable el desarrollo del TEPT en casos de eventos provocados por la mano del hombre que ante eventos naturales).

El NIMH (2016), indica como factores de riesgo para el estrés postraumático:

- Haber pasado por circunstancias peligrosas o traumáticas
- Haber salido lastimado
- Ver a personas heridas o muertas
- Haber tenido una experiencia traumática en la niñez
- Tener sentimientos de terror, impotencia o miedo extremo
- Tener poco o ningún apoyo social después del acontecimiento traumático
- Lidar con un exceso de estrés después del hecho traumático, como la pérdida de un ser querido, lesiones y dolor, o la pérdida del trabajo o la vivienda

- Tener antecedentes de alguna enfermedad mental o adicción

### **2.3.8 Tratamiento**

La NLM (2020), refiere que los principales tratamientos para el TEPT son la terapia de conversación, medicamentos o ambos a la vez. El TEPT afecta a las personas de manera diferente, por lo que un tratamiento que funciona para alguien puede no hacerlo para otra persona. Si tiene un TEPT, debe trabajar con un profesional de salud mental para encontrar el mejor tratamiento para sus síntomas o sea la psicoterapia o la terapia de conversación. Existen diferentes tipos de terapia de conversación para el TEPT. Los medicamentos pueden ayudar con los síntomas del TEPT. Los antidepresivos controlan síntomas como la tristeza, la preocupación, la ira y la sensación de vacío interno. Otros medicamentos ayudan con problemas del sueño y pesadillas.

Proponen Crespo et al. (2017), que la Evaluación Global de estrés Postraumático EGEP-5 (que es la prueba usada en esta investigación) está diseñada para la evaluación de población vulnerable a padecer de un trastorno de estrés postraumático. La información que aporta esta prueba en cuanto a la historia de sucesos y con la intensidad de la sintomatología, tiene utilidad para diseñar programas de intervención individualizados, que tomen en consideración una posible revictimización y el tipo de los sucesos, y que ponen énfasis en tratar aquellos síntomas que más malestar generan en cada paciente. Pero la escala también puede ser clínicamente útil para la evaluación de los resultados de las intervenciones implementadas y para el screening de poblaciones que corren riesgo de padecer un trastorno de estrés postraumático.

El NIMH (2016), declara que cualquier persona con sintomatología de estrés postraumático acuda a un profesional de la salud mental con experiencia en el tratamiento de TEPT para si diagnóstico y tratamiento. Se suele tratar con psicoterapia, medicamentos o ambos. En conjunto se elaborará el plan de tratamiento que trate sus síntomas y satisfará al cliente. Hay personas con TEPT

que viven un trauma continuo, como en una relación abusiva. En este caso hay que tratar las circunstancias traumáticas en conjunto con los síntomas. Las investigaciones afirman que un papel importante en la recuperación juega el apoyo de familiares y amigos.

## **2.4 Mujer**

Collazo (2005), expone que la manera de la cual se define a la mujer en la psicología, es a partir de los roles de sexo y de género y las nociones sobre los mismos. La Psicología Social generalmente elabora las teorías e investigaciones sobre la diferencia entre hombres y mujeres según como se producen en relación con la noción de roles o papeles. Una mujer es hija o madre conforme la interacción entre posiciones que suceda. Esa mujer desempeña diferentes roles según la conducta que se espera de ella. Las posiciones que ocupan los/as integrantes del grupo social y las nuevas posiciones que surgen no son resultado de la voluntad. Cada posición de la estructura se debe reconocer por los/as integrantes del grupo social. El rol, el conjunto de las conductas esperadas, supone que existe un consenso social que permite que ellas se reconozcan, reproduzcan y perpetúen. A través del proceso de socialización esas conductas se internalizan lo cual permite la sujeción del individuo a la estructura social.

Ellemers (2018), refiere que hay muchas diferencias entre las mujeres y los hombres. Hasta cierto punto, esas se plasman en las imágenes estereotípicas de esos grupos. Se comparten ampliamente los estereotipos acerca de las maneras de pensar y comportarse, lo cual sugiere una pizca de verdad. Sin embargo, las expectativas estereotípicas no solo reflejan diferencias existentes, sino también impactan las maneras en las que se definen los hombres y las mujeres se definen a ellos mismos y como los tratan los demás. Los estereotipos de género no solo se relacionan con las diferencias de género, sino también afectan resultados importantes de la vida.

Martínez-Herrera (2007) afirma que lo masculino y lo femenino son coordinadas en tiempo y espacio que se ubican en un momento de la historia, en una clase social, en una cultura y etnia específicas. Propone que no existe tal cosa como la “experiencia masculina” o la “experiencia femenina” en esencia, generalmente y en abstracto. Sin embargo, aún, cuando hombres y mujeres habitan en la misma cultura, etnia y clase social, tienen mundos, realidades y emociones diferentes. La naturaleza de sus experiencias subjetivas es también distinta. Al final, la masculinidad y feminidad son experiencias personales y completamente subjetivas. La experiencia femenina siempre abarca el ser mujer y el ser madre. En cuanto al psicoanálisis indica, que en Freud se encuentra la propia variante de la versión de esta dualidad femenina. Por una parte, se tiene la madre omnipotente, deseada y temida del narcisismo y por otra la clásica mujer castrada, carente, dependiente, receptiva y pasiva, prototípica del psicoanálisis.

## **2.5 El Parto**

Williams (2015), define: “El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta”. Williams recalca que, aunque el embarazo y el parto ambos son procesos fisiológicos en la mujer y por ende se deben tratar como normales en la mayoría de las mujeres, al comenzar la labor, tanto la posición del feto en relación con el canal de parto como su situación, presentación, altura y posición son detalles importantes que se deben saber al inicio del parto para saber el tipo de nacimiento por venir.

Explica Wagner (2006), que el parto y el nacimiento son regidos por el sistema nervioso autónomo, quiere decir que la consciencia no los controla. Para la atención del parto, eso simplemente se traduce a dos maneras opuestas de abarcar el proceso del parto: Se puede respetar y apoyar a la mujer para facilitar sus respuestas inconscientes, como en el parto respetado/humanizado, o se puede optar por anular la biología e imponer intervenciones controladoras tales como

medicamentos e intervenciones quirúrgicas, como en el parto convencional/medicalizado.

La Iniciativa Impacto Académico de las Naciones Unidas (UNAI, 2018), refiere, citando la Organización Mundial de la Salud, que el parto es un proceso fisiológico normal que se lleva a cabo sin complicaciones en la mayoría de los casos. Sin embargo, los estudios muestran que una gran parte de las mujeres embarazadas, aunque estén completamente sanas, son sometidas al menos a una intervención clínica durante el parto, sea una cesárea sin indicación médica real, una episiotomía u otro procedimiento intervencionista. Según la OMS, esas intervenciones en muchas ocasiones son “innecesarias y potencialmente dañinas”.

Odent (2009), afirma que, para dar a luz a sus bebés mediante el proceso del parto, las hembras de los mamíferos tienen que segregar determinadas hormonas, las mismas que intervienen en el parto de un ser humano; la segregación de estas hormonas tiene lugar en las estructuras más primitivas del cerebro que tienen en común todos los mamíferos. Es por medio de estas semejanzas que debemos tratar de comprender el proceso del parto en nuestra especie. Pero no ha sido así. Hay posturas ampliamente aceptadas que demuestran una total incomprensión de los procesos fisiológicos. El autor explica además que “comprender que el parto es un proceso involuntario que pone en juego estructuras arcaicas, primitivas, mamíferas del cerebro. No se puede ayudar a un proceso involuntario; solo se puede procurar no perturbarlo demasiado”. Sigue explicando Odent que el proceso del parto es un proceso cerebral y que sucede en la parte primitiva. Es el cerebro antiguo el que debe segregar las hormonas necesarias para producir contracciones uterinas eficaces. Igual como en cualquier otro episodio de la vida sexual, la actividad de este cerebro puede bloquearse, lo cual sucede en la parte nueva del cerebro, en el neocórtex, en esta parte del cerebro que nos permite ser científicos, racionales, y utilizar el lenguaje. La secreción de las hormonas necesarias para que el parto se desarrolle con normalidad, solo se puede producir, si se reduce la actividad de este nuevo cerebro. Si en este momento le preguntamos su número de cartilla de

seguridad social, podemos detener el proceso de parto: hemos estimulado su neocórtex.

### **2.5.1 Fases del parto**

La NLM (2019), define que el parto ocurre en tres etapas. La primera etapa comienza con contracciones. Continúa hasta que el cuello uterino se vuelve más delgado y dilatado (estirado) hasta tener unas cuatro pulgadas (10 centímetros) de ancho. La segunda es la etapa de expulsión, en la que se empieza a empujar hacia abajo. La coronación es cuando la cabeza de su bebé se hace visible. Poco después su bebé nace. En la tercera etapa, el útero saca la placenta. La placenta es el órgano que suministra alimento y oxígeno a su bebé durante el embarazo.

Según el NICHD (2020), en la primera etapa del parto existen dos fases, el trabajo de parto temprano y el trabajo de parto activo. Suele ser la parte más tardada del proceso de parto. En la segunda etapa, el cuello se abre al máximo para que pueda pasar la cabeza del feto, lo cual suele ser alrededor de un diámetro de 10 centímetros. La mujer comienza a pujar espontáneamente y el bebé baja por el canal vaginal. Cuando sale el bebé, se corta el cordón umbilical, que durante el embarazo a través de la placenta proveía al bebé con todos los nutrientes. En la tercera etapa, el alumbramiento, sale la placenta.

Williams (2015), define las fases del parto de la siguiente manera: La primera fase se divide en dos: la fase latente del parto que comprende los primeros tres centímetros de dilatación y puede durar 20 horas en mujeres que nunca han parido. Sigue la fase activa del parto, que se define como una dilatación cervical de tres a cinco centímetros y un progreso de esta de aproximadamente un centímetro cada hora. La segunda fase del parto, siendo la fase de expulsión del feto, en una mujer nulípara debe durar no más de dos horas. En la tercera fase del parto, se desprende la placenta y sale del útero.

### 2.5.2 Lugar de parto

Marsh (2013), refiere que al rededor de 1760, las mujeres de clase alta empezaron a querer tener a un médico en su parto. Pensaban que porque el médico tenía más educación, el parto iba ser más seguro. Los médicos atendían el parto en la casa de la mujer, y ese tipo de parto se volvió popular con el tiempo. El parto institucional comenzó principios del siglo XX. Fue cuando se habían inventado las primeras anestésias para el parto y las mujeres querían tener un parto indoloro. Eso no significa que los partos en los hospitales eran más seguros que los partos en casa ya que habían muchas infecciones.

Feijóo (2009), indica que el parto es un proceso fisiológico propio de la mujer y su organismo tiene la capacidad de hacerle frente, tal y como lo ha hecho desde el inicio de la existencia humana. Pero desde hace unas décadas se le han aplicado fármacos, técnicas, protocolos e instrumentalizaciones, que entran a formar parte del paquete ofrecido por las instituciones sanitarias llamadas hospitales, dónde se supone que tienen que nacer los niños. El parto se ha ido medicalizando poco a poco, con el resultado que ahora es un producto exclusivamente hospitalario y deshumanizado. Solía ser un evento comunitario que sucedía en la casa, y al llevarlo a un entorno medicalizado quedaron olvidadas las necesidades tanto de los padres como del recién nacido.

Wagner (2006), expone que, a través de la medicalización del parto, separando a la mujer de su propio ambiente rodeándola con personas desconocidas, amarrándola a máquinas extrañas y haciéndole cosas raras supuestamente para asistirle, se altera el estado mental y emocional de la mujer de tal manera que también se altera el acto íntimo del parto y consecuentemente el estado del recién nacido.

Reclama que el parto, que fue arrancado de la comunidad y poco a poco durante el último siglo fue transformado en una rutina hospitalaria, se debe devolver a la comunidad. Sin embargo, muchos médicos y sus organizaciones no han dejado de creer en los peligros de los partos planeados o en un centro de partos o en la casa, y no aceptan la aplastante evidencia de que un parto que intencionalmente sucede fuera del hospital es seguro para mujeres de bajo riesgo.

Bellón (2015), explica que, con el paso del tiempo, la reputación y dotaciones de los hospitales que anteriormente para dar a luz solo eran una opción para mujeres en pobreza o cuyo embarazo y parto eran un secreto, mejoraron y se convirtieron paulatinamente en el lugar de referencia para dar a luz en lugar de la excepción. El siglo XX estuvo marcado por la obligatoriedad de que el parto se diera en instalaciones médicas bajo la supervisión de parteras y el control de obstetras, sin embargo, durante 1970 diversos grupos feministas comenzaron a promover un parto más natural exponiendo las ventajas y los beneficios que tendría en la mujer. Factores como el bienestar emocional, que sea la mujer quien guie el proceso o elegir la postura del parto, son ideas que promueven estos grupos.

### **2.5.3 Parto convencional**

Almaguer, García y Vargas (2010), refieren que el parto, que durante toda la historia humana había sido tradicionalmente un evento familiar, desde la industrialización se convirtió en un procedimiento médico con muchas intervenciones rutinarias y llevado a cabo en un entorno institucional. Este modelo medicalizado desestima el proceso natural del parto en la mujer y hace caso omiso de sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, e igualmente ignora las recomendaciones propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se basan en evidencia y en recomendaciones de buenas prácticas. El modelo convencional de atención del parto causó el desarrollo de un importante número de muchas acciones que se consideran violencia obstétrica.

Exponen Casál y Alemany (2014), que la corporación médica que surgió al mismo tiempo en América como en Europa, en el principio del siglo XX, abandonó todas las prácticas y saberes diferentes a los del paradigma científico vigente. La parteras fueron sustituidas primero por parteros y luego por cirujanos obstetras, hecho que marcó el inicio de la medicina perinatal. El médico especialista se cree dueño de la única verdad, cuenta con la legitimación estatal y el prestigio social que se necesitan para que lo reconozcan experto. El uso de anestésias y el control de la mujer, son consideradas prácticas comunes en la atención del parto a inicios de siglo XX.

Enseguida afirman que la medicina moderna se rige por un modelo biomédico que proclama que “hay un tratamiento para todo”. Ese axioma da lugar a la patologización de diversos procesos biológicos de naturaleza humana que realmente no necesitan de intervenciones. Además, las jerarquías hospitalarias reducen al paciente a alguien que no tiene derecho a opinar, decidir o informarse. Es totalmente pasivo.

Villanueva (2010), refiere que “durante la atención obstétrica institucional, la relación médico-paciente es unidireccional donde el obstetra centra su atención en el evento y no en la mujer como persona”. Desde el momento en que la mujer entra al hospital, ella recibe una multitud de mensajes, que las quieren someter a las órdenes de los médicos. Si no lo hacen voluntariamente, el personal de salud se encarga de reprimir cualquier intento de lo que considera una insubordinación. Entre otras intenciones, también se trata de eximir de toda responsabilidad a los médicos y otro personal de salud y de culpar a las propias mujeres por los problemas y las dificultades que puedan presentarse durante el parto.

Para García-Jorda, Díaz-Bernal y Alamo (2011), el parto es un ejemplo paradigmático de la actividad medicalizadora, ya que es un problema de salud que se incluye en la medicina moderna debido a las nuevas funciones de control y normalización además de las curativas y preventivas. Su atención está insertada en el Modelo Médico Hegemónico (MMH), modelo que a pesar de las críticas que se le han planteado continúa en evolución y expansión, que hegemoniza el control sobre los conocimientos referidos al cuerpo humano, en este caso al femenino y sus procesos fisiológicos.

Hernández, Echevarría y Gomariz (2017), explican que el parto, aunque fuera de bajo riesgo, ha sido abordado, fundamentalmente en el ámbito clínico-hospitalario, desde una perspectiva intervencionista, caracterizada por la medicalización, tecnificación y mecanización asistencial. Igualmente, la intervención exagerada y la medicalización rutinaria de los partos de bajo riesgo les quita la autonomía a las madres tanto como también el derecho de darse a sí mismas las normas y reglas a

seguir durante su labor de parto. Las cosifica en una especie de útero-gestante que se convierte en diana de toda una cadena de intervenciones tayloristas.

Según Arnao, Galván y Roso (2018), durante el Siglo XIX y el XX la medicina ha dominado la atención al nacimiento. Como resultado, la atención médico-hegemónica ha hecho invisibles los aspectos subjetivos de las parturientas y se ha caracterizado por una práctica excesivamente medicalizada e intervencionista. Esto se puede reconocer como toda una combinación de múltiples prácticas de colonización de los cuerpos de las mujeres gestantes, de su sexualidad, sus saberes, su capacidad de decidir e incluso su incidencia política. También afirman los autores, que según Davis-Floyd (2009) la estandarización, medicalización y tecnologización de los partos va en aumento.

Villanueva (2010), refiere que, durante la atención institucional del parto, la violencia obstétrica se presenta a través de:

- Insultos, regaños, ironías, amenazas y humillación.
- Indiferencia a las peticiones de la mujer.
- No consultar a la mujer sobre diferentes decisiones.
- Negar el tratamiento.
- Aplazamiento de la atención médica urgente.
- El uso de la mujer como recurso didáctico.
- El uso del dolor durante el parto como forma de castigo o para obtener el consentimiento de la mujer en algún tema relacionado con el mismo.

Wagner (2006), explica que resulta imposible saber cómo podrían haber sido los partos antes de las manipulaciones de la manera convencional de atenderlos. Casi todos los profesionales que atienden partos desconocen cómo es un parto no medicalizado. Toda la literatura académica y la observación hospitalaria se basa en observar partos medicalizados. Nadie, ni los médicos, ni las matronas, ni las enfermeras pueden ver el profundo efecto que sus intervenciones tienen en el parto ya que no conocen otra cosa, no conocen un parto que no está deshumanizado.

#### **2.5.4 Consecuencias del parto convencional**

Bellón (2015), citando a Odent, explica que una asistencia despersonalizada, monitoreada y sin privacidad puede obstaculizar la relajación de la mujer a la hora del parto y causar tener complicaciones en la liberación de hormonas (como la oxitocina) que ayudan a un parto más fácil. Si a esto le agregamos experiencias previas desagradables y traumáticas como partos en los que obstetras o personal médico hayan violentado a la mujer, seguramente habrá probabilidad de que esta no logre relajarse y por tanto el parto se complica. Además, recalca la autora que las intervenciones en el parto pueden resultar en consecuencias a la larga en cuanto al desarrollo del neonato, tales como un efecto en su sociabilidad y una posibilidad más alta de agresividad y tendencia al suicidio.

Citando a Davis-Floyd (2009), Arnao, Galván y Roso (2018) exponen que la normativización de muchas prácticas obstétricas (tactos para averiguar la dilatación cervical, la canalización estandarizada, la silla de ruedas para que se traslade la mujer a la sala de partos, la práctica de los pujos dirigidos por los profesionales que acompañan, la episiotomía, la imposibilidad de beber y comer) son marcas simbólicas que dejan secuelas corporales y emocionales, ya que mandan un mensaje sobre la pérdida de control por parte de la parturienta. Nos encontramos con personas deshumanizadas y sin historia, que dependen de la institución donde su cuerpo se trata como una máquina y su parto es declarado una enfermedad.

Odent (2009), refiere que el parto de una mujer se dificulta si se tiene que mover de un lugar a otro, todo el personal médico sabe que muchas veces se interrumpe el parto cuando se le dice a la mujer que se tiene que trasladar de la habitación a la sala de partos. Cuando una mujer da a luz fuera de su domicilio tiene que estar por lo menos en tres lugares distintos: en su casa al empezar el parto, en el carro durante el traslado al hospital y finalmente en la sala de partos. Este escenario es una receta para que dejen de fluir las hormonas necesarias para un parto fluido y

para que esa misma mujer, una vez llegada al hospital, tiene el neocórtex activado el cual inhibe la segregación de las mismas hormonas del parto.

### **2.5.5 Parto respetado**

Según Almaguer, García y Vargas (2012), el modelo de “nacimiento humanizado” o “respetado” abarca todo el proceso, el embarazo, el parto, el posparto y hasta el puerperio tardío. Pone mucho énfasis en el impacto de la atención que recibe que tiene esta atención en la/el bebé recién nacido/a y su desarrollo futuro, ya que considera sus necesidades de recibir alimento y afecto inmediatamente y en un contexto que disminuye el trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos. Los autores explican el uso del término “parto respetado” y sus sinónimos ya que, en la década de los noventa, se unificó con el término “parto humanizado” para referirse al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, la/el bebé y la pareja durante el parto, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno”.

Wagner (2006), quien fue director del área de salud de mujeres y niños en la OMS, explica que la humanización del parto consiste en poner a la mujer parturienta en el centro y en el control. Es ella quien toma todas las decisiones de lo que pasará, no el médico o el personal hospitalario. La humanización del parto es entender que la atención primaria se debe tener su lugar en la comunidad y no en los hospitales basados en cuidados terciarios. Las parteras, enfermeras y médicos deben trabajar como iguales. La humanización del parto significa servicios maternos que se basan en buenas evidencias científicas.

Arnao, Galván y Roso (2018), proponen que, a través de una atención respetada, el nacimiento puede ser experimentado como un momento de la vida sexual posible de ser transitado en libertad y plenitud. No solo se experimenta como un proceso fisiológico sexual, sino, además se hacen presentes una serie de condiciones

hormonales y psicológicas que se encuentran relacionadas, de ser vividas sin intervención, con el placer y el bienestar. En este sentido, vivir plenamente y libremente este momento es parte de los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes y las familias.

### **2.5.6 Historia del parto respetado**

Feijóo (2009), expone que a partir de los años 1950 Lamaze, Bradley y Leboyer, siendo tan solo los protagonistas más conocidos, comenzaron a desarrollar métodos que favorecían un desarrollo natural del parto centrándose en la mujer y/o el bebé. Pretendían evitar el uso de medicamentos e intervenciones médicas innecesarias. Un método muy elaborado dentro del modelo del parto natural y respetado fue la Psicoprofilaxis, además se promovía la maternidad centrada en la familia, la constitución de una atmósfera hogareña en el hospital, la lactancia materna inmediata y se empieza a implementar el acompañamiento informado en el parto.

Borges, Sánchez, Domínguez y Sixto (2018), explican que, desde mayo del 2004, tiene lugar en varios países la Semana Mundial del Parto Respetado o Humanizado, una iniciativa de la Asociación Francesa por el Parto Respetado promovida por UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud y la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del parto y el nacimiento. Su objetivo es generar conciencia para que el nacimiento se retome como un proceso natural, en el que la madre y el recién nacido sean los verdaderos protagonistas. Cada año, durante esta semana el debate se enfoca en un tema diferente: no a la episiotomía, posiciones para parir, entorno amoroso durante el parto, disminución de cesáreas innecesarias, derecho de elegir dónde, cómo, cuándo y con quién parir nacer, mi cuerpo, mi decisión, mi bebé, entre otros.

Para Feijóo (2009), durante los últimos cien años la profesión médica se ha encargado de separar el parto paulatinamente de la comunidad. Lo han convertido en un producto exclusivamente hospitalario, con una tasa alta de medicalización y

completamente deshumanizado. Cuando se trasladó el parto de casa al hospital, se comenzaron a ignorar tanto las necesidades de los padres como de las del recién nacido. En los últimos años, organizaciones como la OMS, se han dado cuenta del gran alejamiento existente con respecto al proceso natural e instan a los países a devolver el parto a la mujer y a su familia. El autor concluye que, desde un punto de vista optimista, se puede pensar que la humanización del parto en el hospital puede ser el primer paso para un cambio de mentalidad de los médicos y de la comunidad en general, acerca de la idoneidad de que los embarazos de bajo riesgo opten a partos planificados en casa o en centros alternativos, en caso que el domicilio no albergue unas mínimas condiciones para la atención segura de la madre y del recién nacido.

### **2.5.7 Prácticas del parto respetado/humanizado**

Borges, Sánchez, Domínguez y Sixto (2018), definen así, citando a la OMS, las “Prácticas recomendadas por la OMS para la humanización del parto”: permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado, que cuenten con acompañamiento continuo, que puedan moverse libremente durante todo el proceso. Que no se realice monitoreo fetal electrónico, episiotomía, rasurado y enema. Que la mujer pueda beber y comer el durante de parto. Que se restrinja el uso de oxitocina, analgesia y anestesia y que se limite la tasa de cesáreas al 10 a 15 por ciento. Según esta directriz de la OMS (2018), es sumamente importante que exista atención centrada en la mujer durante el trabajo de parto, el parto y el posparto para que las mujeres y sus bebés tengan una experiencia positiva de parto a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos.

Almaguer et al. (2012), definen las prácticas y actitudes en un parto respetado de la siguiente manera:

- Existe respeto a la cultura y decisiones de la mujer
- Intercambio y enriquecimiento entre diversos modelos de atención
- Acompañamiento empático durante todo el trabajo de parto

- Acompañamiento de un/a familiar si la parturienta lo demanda
- Uso de masajes durante el trabajo de parto
- Climatización de la sala de expulsión
- Apoyo de la tecnología y medicamentos solo cuando sea necesario
- Atención por parteras tradicionales y personal no médico, si la usuaria lo solicita, en condiciones de seguridad y eficacia.

Muñoz, Dueñas, Contreras y Manríquez (2018), afirman que en cuanto a las prácticas facilitadoras para la experiencia de parto personalizado o respetado se destacan: el respeto y el apoyo incondicional por parte de la pareja, el vínculo formado con la matrona con énfasis en la relación a la confianza, y la utilización de técnicas no farmacológicas para alivio del dolor. También es importante que la/el profesional que asiste, pueda ser una guía y apoyo para ambos. Las mujeres buscan un equipo médico que cumpliera sus necesidades y planifican su parto conscientemente e informadamente.

### **2.5.8 Consecuencias del parto respetado/humanizado**

Define la OMS (2018), en sus nuevas directrices que se reconoce una “experiencia de parto positiva” como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas.

Según Feijoo (2009), el parto en casa, atendido por matrona y por ende de manera respetada, permite que existan las condiciones necesarias para que los futuros padres vivan activamente este acontecimiento tan importante en sus vidas. En su propio ambiente y siendo ellos los protagonistas del evento, tendrán intimidad, seguridad, ya que la mujer controla su ambiente y por la presencia de la matrona

que aporta la confianza de saber dirigir un proceso natural y sus imprevistos. En casa la mujer cuenta con apoyo constante, tanto emocional como de compañía. Se puede expresar libremente y decide sobre las medidas de confort que piensa usar. Da a luz en su propio tiempo y se evitan procedimientos obstétricos invasivos como la episiotomía o los fórceps. La pareja en cuestión que fue el objeto del estudio del autor valora su experiencia como sumamente positiva y a pesar del costo económico está dispuesta a repetirla, aunque les pesa la falta de comprensión social.

Muñoz, Dueñas, Contreras y Manríquez (2018), refieren en una investigación en la revista chilena de Obstetricia y Ginecología sobre las experiencias de parto de mujeres atendidas de manera humanizada, que la experiencia de parto personalizado/respetado transforma a la mujer en su percepción de la femineidad y la maternidad. Valora su protagonismo, la presencia de personas significativas, las relaciones que se construyen con profesionales y la mínima aplicación de intervenciones. El parto no se olvida nunca, y más así cuando tiene protagonismo. Es importante que la pareja esté comprometida tanto como el de los profesionales que deben tener la capacidad de respetar sus necesidades y acoger sus demandas de cuidado mientras a la vez evitan intervenir innecesariamente. Si el parto se desenvuelve de esta manera, es un renacer para la mujer que le permite sanar experiencias negativas.

## **2.6 Estrés postraumático posparto**

### **2.6.1 Etiología**

Olza (2013), menciona que el parto resulta en un trauma intenso para algunas mujeres. En la última década se han hecho varios estudios que encontraron una prevalencia importante de síntomas de estrés postraumático tras el parto. Como factores causantes del TEPT se han identificado el alto intervencionismo obstétrico y el tratamiento inadecuado de la mujer en el parto, según como lo percibieron las propias mujeres. “El trauma del parto reside en la mirada de quien lo percibe” (Beck

2004), lo que implica que vivencia es la que a cada mujer le resulta traumático durante su experiencia de parto.

Sánchez y Palacios (2007), afirman que el embarazo constituye un evento excepcional en la vida de la mujer, lo cual puede dar lugar a emociones y sensaciones corporales nuevas y muy intensas, y también a muchas respuestas psicológicas tales como satisfacción, alegría, orgullo, miedo, ansiedad, entre otras, y que tiene la capacidad de reactivar memorias traumáticas anteriores, tales como exámenes ginecológicos, partos previos y cesáreas. Surgen también cambios hormonales que pueden afectar la expresión del estrés postraumático. Hay una variedad de circunstancias que pueden hacer del parto una experiencia extremadamente traumática.

Olza (2010), explica que mujeres con síndrome de estrés postraumático relacionado con el parto, según Beck (2004) padecen de los siguientes síntomas:

- Recuerdan y reviven de manera continua el parto y tienen flashbacks y pesadillas que pueden ocurrir por semanas o meses.
- Sienten desconexión de sus bebés y se perciben como ausentes de la realidad, no se sienten ellas mismas y no están presentes.
- Por la vivencia traumática tienen la necesidad de entender y hablar continuamente de las secuencias del evento y se mantienen obsesivamente buscando información médica acerca de sus partos de ("obsesión y monotema").
- Están enfadadas con el personal médico, con su familia y consigo mismas. Presentan síntomas de ansiedad y depresión.
- No pueden disfrutar la experiencia de la maternidad. Con frecuencia se sienten distanciadas de sus hijos y sus conyugues. No pueden relacionarse con otras madres porque no pueden dejar de comparar su parto con el de las otras. El TEPT puede producir un rechazo a la sexualidad, a tener más hijos,

Beck (2004), define los siguientes axiomas para la teoría del parto traumático: que un parto traumático puede considerarse un estresor extremo que puede causar un TEPT. Que los síntomas de un TEPT son un resultado de un parto traumático y pueden variar tanto en su intensidad como en su duración. Un parto traumático puede tener consecuencias crónicas, a largo plazo. Un parto traumático puede causar reacciones agresivas hacia el personal médico que estuvo presente en el parto y hacia personas cercanas a la mujer que estuvieron presentes.

Moore (2016), refiere que otros aspectos estresantes o las llamadas emergencias obstétricas tales como la pérdida de sangre, un trabajo de parto prolongado, un alto nivel de dolor, o un gran número de intervenciones, no parecen estar relacionados con el Trastorno de Estrés Postraumático Postparto. Más bien son las mujeres que sienten que no tienen ningún control, que se sienten impotentes o abrumadas por los acontecimientos que se desarrollan durante el parto, quienes reciben mala atención, malos tratos o falta de apoyo de parte de los profesionales, que son significativamente más propensas a padecer de TEPT.

### **2.6.2 Duración**

Beck (2015), indica que “los síntomas del síndrome de estrés postraumático suelen alcanzar una intensidad máxima entre las cuatro y seis semanas tras el parto y posteriormente suelen ir disminuyendo, pero en algunos casos persisten meses o años”. Sin embargo, las mujeres en su estudio revelaron que el aniversario del parto les seguía causando malestar, tales como tristeza, ansiedad, terror y culpa. Hasta las semanas y meses anteriores al aniversario en sí – que a la vez era el cumpleaños de su niño/a – les hacía sentirse vulnerables, frágiles y que esa sensación desaparecía lentamente cuando el evento había pasado.

Olza (2010), expone que los síntomas del síndrome de estrés postraumático llegan a su pico en cuanto a intensidad entre las cuatro y seis semanas después del parto y normalmente disminuyen después. Sin embargo, en algunos casos siguen por meses o años. Lo que sucede con frecuencia, es que los síntomas se vuelven a

reactivar en un siguiente embarazo. Algunas mujeres comienzan a experimentar tocofobia, pánico al parto. Esas mujeres quieren evitar a toda costa una experiencia traumática como la que vivieron y ese miedo las lleva a solicitar una anestesia general o una cesárea programada. Hay estudios demostrando dando a esas mujeres un apoyo psicológico apropiado en conjunto con el apoyo de una partera, más de la mitad de ellas podían tener un parto vaginal espontáneo y satisfactorio

Moore (2016), explica al respecto que hay muchas mujeres que no desarrollan un trastorno diagnosticable, pero que frecuentemente viven con niveles significativos de estrés y síntomas que pueden persistir durante muchos años sin tratamiento. Sufren secuelas que nunca son tratadas y a menudo hay un impacto significativo en los embarazos futuros y en sus futuras experiencias de parto. He conocido mujeres que sólo han tenido un hijo debido a que su primera experiencia de parto fue tan negativa que no pueden no se sienten capaces de afrontar emocionalmente otro embarazo y parto.

### **2.6.3 Prevalencia**

Afirman Arnao, Galván y Roso (2018), que se estima que en algunos países entre un 1,5 y un 6% de las mujeres presentan un TEPT en el posparto. Como factores de riesgo están el hecho de ser primípara, tener un parto prematuro, alto intervencionismo obstétrico, haber sido separada del recién nacido, haber recibido información falsa sobre la evolución del trabajo de parto o no haberla recibido del todo y la percepción de no haber sido trata correctamente. El TEPT tiene síntomas propios que son diferentes de la depresión posparto, pero algunas madres pueden padecer de ambos. Los síntomas pueden durar meses o años. Hasta un tercio de las mujeres en los Estados Unidos opinan haber tenido un parto traumático, y el nueve por ciento de las mujeres cumplen con los criterios para el TEPT según el DSM5.

Vesel y Nikasch (2015), exponen que según la encuesta sobre la experiencia de parto de las mujeres Escuchando a las mujeres (Listening to Mothers II survey of

women's childbearing experiences) hasta el nueve por ciento de las mujeres en los Estados Unidos cumplen con los criterios de un Trastorno de estrés postraumático después del parto y un 18 por ciento más tiene un puntaje alto en el PTSD Symptom Scale, lo cual indica que están experimentando síntomas de un TEPT. De todas las mujeres que han sido evaluadas, se estima que hasta el 21 por ciento de las mujeres que han parido cumplen con los criterios diagnósticos para un TEPT para una duración variable.

Según Dekel (2017), en el metaanálisis de 36 artículos representando estudios cuantitativos de muestras principalmente comunitarias, se buscó representar tasas de prevalencia de TEPT posparto y factores predictivos enfocando en el rol de un TEPT anterior y el tiempo desde el nacimiento. Una minoridad significativa de mujeres refirió un TEPT después de un parto exitoso. Las tasas de un TEPT agudo oscilaban entre 4.6% y un 6.3%. Hasta un 16.8% de mujeres refirió síntomas clínicamente significativos en estudios de alta calidad. El factor predictivo más importante fue una experiencia subjetiva negativa del parto. Mujeres que refirieron un TEPT anterior tuvieron tasas más altas después del parto. Sin embargo, también mujeres sin historial de TEPT exhibieron un TEPT con tasas agudas de un 4.6%, significando un TEPT nuevo que comenzó en el período posparto. Se concluyó que, aunque la mayoría de las mujeres se adaptan bien, para algunas el parto puede ser una experiencia altamente estresante y puede resultar en un TEPT posparto. Se necesitan más investigaciones para entender la adaptación posparto y el resultado relacionado con el estrés posparto.

#### **2.6.4 Consecuencias**

Para Olza (2010), el parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un trastorno de estrés postraumático (TEPT). El síndrome de estrés postraumático conlleva un sufrimiento importante; afecta a la relación de la mujer con su bebé y con su pareja, así como a la fertilidad y altera muy especialmente la relación con los profesionales sanitarios que atienden a la madre. Sin ser

diagnosticado, ni tratado, puede persistir durante meses y años, afectando negativamente a la fertilidad o condicionando a veces la conducta de la mujer en sucesivos embarazos y partos.

Sánchez y Palacios (2007), refieren que “los estudios confirman que este trastorno puede afectar a la experiencia del embarazo y el parto y a la vivencia de la maternidad de la mujer, con graves repercusiones personales y en su entorno familiar, social y laboral”. Además, y como consecuencia de acontecimientos obstétricos traumáticos con criterios de TEPT puede establecerse una depresión posparto o dificultades de interacción con el bebé, miedo al parto en general o a la muerte durante el parto (tocofobia) que puede alcanzar tal intensidad que algunas mujeres evitan los procedimientos ginecológicos u obstétricos e incluso llegan a solicitar una cesárea electiva en su próximo embarazo.

Vesel y Nikasch (2015), afirman que, sin embargo, hay varios grados de morbilidad relacionada con un TEPT posparto. Se asocia con evitación sexual, tocofobia secundaria, problemas de apego entre madre y bebé o crianza sobreprotectora o ansiosa y con problemas de salud maternal tanto físicos como emocionales. Estrés materno está ligado a un resultado pobre en el desarrollo del niño y a problemas en el funcionamiento de la familia. Puede haber impacto adicional a largo plazo sobre las familias, tal como problemas de lactancia maternal, y la sensación de distanciamiento del conyugue y del bebé.

De Bruijn et al. (2019), proponen que el TEPT después del parto tiene consecuencias serias para muchos aspectos de la vida diaria de las mujeres. Mujeres que sufren de un estrés postraumático a menudo sienten que no se les entiende y que no tienen apoyo de parte de sus familias que consideran el parto como un acontecimiento positivo. El TEPT posparto afecta la relación conyugal, incluso emociones negativas y mala comunicación, falta de intimidad, disfunción sexual y separación. En un embarazo subsecuente, la mujer posiblemente evite el cuidado prenatal con su obstetra o partera. Estas mismas mujeres pueden padecer de una ansiedad severa antes y después del próximo parto, lo cual se asocia con una tasa más alta de cesáreas.

### 2.6.5 Diagnóstico

El Centro Web para la divulgación de la psiquiatría en España (SEP, 2020), explica que a mayoría de las personas consideran que un problema de la salud mental materna es sinónimo de depresión posparto. Pero hay muchos otros trastornos similares, que en conjunto son llamados trastornos perinatales del estado de ánimo y ansiedad (PMAD). Entre estos trastornos es el trastorno de estrés postraumático posparto. No es un diagnóstico que se menciona específicamente en el DSM-V. Más bien se trata de un subconjunto del diagnóstico de TEPT. En una mujer después del parto, el trauma en este caso podría ser una percepción negativa del proceso de parto, pero también los traumas anteriores, como un historial de abuso sexual, pueden calificar para el diagnóstico de TEPT posparto.

Moore (2016), indica, que muchos profesionales tienen poco conocimiento sobre el parto traumático o sobre el trastorno de estrés postraumático posparto. En el Reino Unido, se centra mucho en la identificación de la depresión posparto. Existen claras diferencias en los síntomas para hacer un diagnóstico diferencial de la depresión posparto. En la depresión se buscarían principalmente síntomas de estado de ánimo lábil, ansiedad, fatiga, anhedonia, posibles alteraciones del sueño y del apetito, incluso ideación suicida. Por otro lado, en el TEPT las características serían la evitación, los recuerdos intrusivos, pesadillas o recuerdos recurrentes y también el estado de ánimo lábil. Además, recomienda la autora indagar sobre lo ocurrido en el parto en profundidad, ya que podría ser un aspecto clave para el diagnóstico. Hay que distinguir entre una mujer con TEPT y una mujer que está enfadada con su experiencia de parto, está irritable y tiene pensamientos intrusivos sobre el parto, pero que no presenta la sintomatología completa del TEPT. Esos síntomas subclínicos son muy comunes y realmente importantes. Estas mujeres no tienen el diagnóstico del TEPT, pero igual deben ser escuchadas y apoyadas.

De Bruijn (2019), explica que cuando el personal de salud está capacitado para reconocer un TEPT, pueden educar a mujeres que saben de su existencia subsecuente al parto sobre sus síntomas y las pueden referir para terapia. Sería

beneficioso si se hablara sobre la experiencia de parto que tuvo la mujer en sus chequeos rutinarios posparto o con la partera o con el obstetra, usualmente durante la cita a los dos meses posparto. Ahí se podría hacer un primer cribado y referirla para tratamiento. Después de tres meses se podría volver a consultar con la mujer ya que es poco probable que después habrá una remisión espontánea de los síntomas del TEPT.

### **2.6.6 Tratamiento**

Moore (2016), afirma, que las intervenciones psicológicas que son eficientes y que se usan con más frecuencia en el periodo postnatal para el tratamiento de un TEPT incluyen las psicoterapias habituales centradas en el trauma como la Terapia Cognitivo-conductual o el EMDR (desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares) y la terapia centrada en la compasión. El Debriefing es útil para algunas mujeres, pero no para todas y depende del método usado. Además, hay lugares que ofrecen TCC, Trabajo centrado en la compasión, Yogaterapia, Arteterapia y musicoterapia.

Sánchez y Palacios (2007), exponen que los objetivos principales del tratamiento del TEPT en el embarazo, el parto y el posparto son la remisión de síntomas y secuelas, la disminución de la comorbilidad, mejorar la calidad de vida, incrementar la resistencia al estrés, mantener la mejoría obtenida, y evitar la cronificación y el abandono de las terapias. (...) La terapéutica del síndrome de estrés postraumático tiene una triple vertiente. El tratamiento psicológico permite varios enfoques: el de Terapias cognitivo conductuales, de Terapias psicodinámicas y de Terapias de grupo. Luego afirman que se ha comprobado que algunos fármacos antidepresivos (fenelcina, sertralina), en combinación con ansiolíticos, y, más recientemente, ciertos anticonvulsivantes (carbamecepa, ácido valproico), pueden reducir los síntomas asociados al trastorno, aliviando el estrés y el bloqueo emocional.

De Bruijn (2019), afirma que hay tres diferentes opciones disponibles en cuanto al tratamiento terapéutico de un TEPT posparto. Estas son el Debriefing, la terapia del comportamiento cognoscitiva (CBT, por sus siglas en inglés) y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés). Se puede concluir que el Debriefing después del parto parece tener beneficios para las mujeres que lo piden explícitamente. Los estudios limitados sobre el CBT y el EMDR muestran una reducción significativa de los síntomas del TEPT. Faltan en este momento investigaciones de buena calidad para averiguar la eficacia de todos estos tratamientos.

## Capítulo III

### Planteamiento del problema

¿Existe diferencia en estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado?

#### 3.1 Justificación

El estrés postraumático son las secuelas psicológicas que puede tener la experiencia de un trauma. Son las mismas señas y los mismos síntomas que se tienen justo al haberlo experimentado, pero se alargan por más de un mes, a veces años, aparecen a veces de manera tardía y permanecer presentes por meses o años. Ocasionalmente se agravan con el tiempo. Hay toda una gama de síntomas, entre los cuales resaltan el revivir la situación sintiendo lo mismo como cuando sucedió, los recuerdos recurrentes y angustiantes, las pesadillas, la evasión del recuerdo o del lugar de los sucesos y acciones y reacciones físicas y emocionales cambiadas. Las mujeres después de un parto convencional son aquellas que han dado a luz una o varias veces en una institución médica convencional, bajo la supervisión de un médico y con la aplicación de intervenciones médicas rutinarias. Las mujeres después de un parto respetado son aquellas que dieron a luz de manera respetada, o en su casa, en un centro de parto o de manera humanizada en un hospital con un profesional médico que solo intervenía en caso de necesidad y no de manera rutinaria.

Para el psicólogo es útil investigar sobre el estrés postraumático en general ya que el tema ha sido ampliado durante los últimos años. El saber, cuales circunstancias pueden causar un estrés postraumático le ayuda al terapeuta clínico a entender y adecuadamente tratar tal trastorno que es debilitante en todos los aspectos de la vida para la persona que lo padece.

## **3.2 Objetivos**

### **3.2.1 Objetivo general**

Definir si existe diferencia en estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado.

### **3.2.2 Objetivos específicos**

- Aplicar la Evaluación Global del Estrés Postraumático para determinar el nivel de estrés postraumático en cada grupo estudiado.
- Analizar en cuál de los grupos estudiados existe un mayor nivel de estrés postraumático.
- Comparar los resultados de cada grupo muestral.

## **3.3 Hipótesis de investigación**

Hi Existe diferencia estadísticamente significativa al 0.05 referente a estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado.

Ho No existe diferencia estadísticamente significativa al 0.05 referente a estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado.

## **3.4 Variables**

- Estrés postraumático
- Mujeres después de un parto convencional y un parto respetado

### **3.4.1 Definición conceptual de variables**

- Estrés postraumático

NLM (2020) define: El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el cambio de la respuesta del cuerpo a una circunstancia estresante. Normalmente, después del evento el cuerpo se recupera. Las hormonas y los químicos del estrés, que el cuerpo secreta, debido a dicho estrés, regresan a los niveles normales. Por alguna razón, en una persona con trastorno de estrés postraumático, el cuerpo sigue secretando las hormonas y los químicos del estrés.

- Mujeres después de un parto convencional y un parto respetado

Mujeres que han tenido su parto o de manera institucional y medicalizada en un encuadre convencional o que tuvieron su parto o que tuvieron una atención de parto humanizada en un encuadre desinstitucionalizado y desmedicalizado.

### **3.4.2 Definición operacional de variables**

- Estrés postraumático

Fue medido por medio de la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP5), diseñada por María Crespo, María del Mar Gómez y Carmen Soberón.

- Mujeres después de un parto convencional y un parto respetado

Se determinó por medio de una boleta de datos realizada por la autora y los datos solicitados en la prueba psicométrica.

### 3.5 Alcances y límites

- **Ámbito geográfico:** Ciudad de Guatemala y Ciudad Vieja, Sacatepéquez.
- **Ámbito institucional:** Hospital privado en la Ciudad de Guatemala, especializado en ginecología y maternidad. Casa de Salud en Ciudad Vieja Sacatepéquez especializada en ginecología y maternidad.
- **Ámbito personal:** 15 mujeres que han tenido uno o más partos de manera convencional y 15 mujeres que han tenido uno o más partos de manera respetada.
- **Ámbito temporal:** Diez meses comprendidos entre febrero y noviembre 2020.
- **Ámbito temático:** Estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado.

### 3.6 Aportes

- A la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala: como un estudio y aporte para futuras investigaciones.
- A la población estudiantil: como medio de consulta y lectura para los futuro profesionales de la conducta humana.
- A los profesionales de la conducta humana: para el conocimiento de las consecuencias de la experiencia del parto en las mujeres.

## **Capítulo IV**

### **Método**

#### **4.1. Sujetos**

Para esta investigación la muestra estuvo formada por 15 mujeres que tuvieron uno o más partos convencionales y 15 mujeres que tuvieron uno o más partos respetados, entre 18 y 43 años, de todo nivel académico y socioeconómico, y que viven en el país de Guatemala. Utilizando el muestreo por juicio.

#### **4.2 Instrumento**

El test EGEP-5 Evaluación Global de Estrés Postraumático de María Crespo, María del Mar Gómez y Carmen Soberón, publicado en el 2017, es una prueba psicométrica que tiene como finalidad la evaluación de la sintomatología postraumática y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas adultas de distintos acontecimientos traumáticos. La escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) es una evolución de la anterior escala (EGEP; Crespo y Gómez, 2012) que permite la evaluación de la sintomatología postraumática contemplada en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Esta evaluación global comprende el diagnóstico del TEPT de acuerdo a los criterios DSM-5, la evaluación de la gravedad de la sintomatología postraumática, la exploración de la historia de acontecimientos traumáticos experimentados por la persona a lo largo de la vida y la identificación y caracterización del acontecimiento traumático precipitante de la sintomatología postraumática presente en el momento de la evaluación. Se dirige a personas adultas sobrevivientes de trauma. El test se

aplica en adultos a partir de los 18 años, es de aplicación preferiblemente individual y tiene una duración de aproximadamente 30 minutos.

El tipo de calificación es de puntuaciones criterioles basadas en el cumplimiento de los criterios diagnósticos DSM-5 y normativas, en percentiles, elaboradas a partir de una muestra de personas expuestas a distintos tipos de acontecimientos traumáticos.

Confiabilidad: Se mide mediante la consistencia interna de la prueba (Alpha de Cronbach). En los ítems que implican preguntarles a los sujetos en formato dicotómico (SI/NO) si padecen los diferentes síntomas (esto es, formato presencia/ausencia de la sintomatología) el valor del  $\alpha$  es igual a 0,87. Por su parte, cuando les preguntamos el grado de malestar que les generan los distintos síntomas (esto es, formato intensidad de la sintomatología) el  $\alpha$  de la escala total es igual a 0,91.

Validez: RMSEA (=error de aproximación de la media cuadrática) que en el caso del modelo DSM-5 es de 0,06.

Así mismo, fue utilizada una ficha para recolección de datos, elaborada por la autora de esta Investigación.

### **4.3 Procedimientos**

- Presentación a la Decanatura de la facultad de Psicología, para la autorización del anteproyecto de tesis, el cual se otorgó.
- Selección del tema.
- Elaboración del prediseño de investigación.
- Investigación en las diferentes bibliotecas nacionales e internacionales por medio de Internet sobre los antecedentes relacionados con el tema de investigación.
- Recopilación de la información para desarrollar el marco teórico.

- Determinación del problema.
- Diseño del marco metodológico.
- Aplicación del cuestionario EGEP-5 a las mujeres después de un parto convencional y un parto respetado
- Corrección de las pruebas para obtención de resultados.
- Análisis de diferencia de medias por medio del procedimiento de t de Student.
- Interpretación y análisis de los resultados de cada grupo de estudio.
- Realización de conclusiones y recomendaciones tomando como base los resultados obtenidos.
- Elaboración de informe final.

#### **4.4 Metodología de la Investigación**

La investigación es de tipo descriptiva comparativa. Hernández, Fernández y Baptista (1991) explican, que el investigador muchas veces quiere describir situaciones y eventos. El trata de explicar cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. En un estudio descriptivo, el investigador quiere especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que va a ser analizado (Dankhe, 1986). Miden y evalúan varios aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos que se van a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente para llegar a la descripción del tema de la investigación.

Fideli (1998) afirma sobre la investigación comparativa: “El método comparativo es un método para confrontar dos o varias propiedades enunciadas en dos o más objetos, en un momento preciso o en un arco de tiempo más o menos amplio”.

#### **4.5. Metodología de Estadística**

La metodología estadística utilizada en esta investigación fue el procedimiento de t de Student. Gorgas, Cardiel y Zamorano (2009), indican que el procedimiento de t de Student se refiere a la distribución de datos estadísticos descriptivos; como el número de observaciones, la media y la desviación típica en cada grupo, en tablas que permiten obtener un valor desconocido "p". Si  $p < 0.05$  se concluye que existe diferencia entre los dos grupos. La definen además como sumamente importante para la estimación y el contraste de hipótesis sobre la media de una población.

## Capítulo V

### Análisis de datos

A continuación, se detalla el análisis inferencial que explica los resultados sobre el estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado.

Tabla 1

#### Estrés postraumático en mujeres después del parto

Sujetos	Muestra	Media	Valor de t	Valor crítico t	Aceptación de hipótesis
Mujeres después de un parto convencional	15	12.13	4.43	2.14	Hi1
Mujeres después de un parto respetado	15	1.13			

*Nota:* Elaboración propia, basada en Evaluación Global de estrés postraumático (2017)

**Interpretación:** Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y mujeres después de un parto respetado, ya que el valor de t (4.43) es mayor que el valor crítico (2.14) por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

## Capítulo VI

### Discusión de resultados

El objetivo de esta investigación fue determinar si existe diferencia en estrés postraumático en mujeres después de un parto convencional y un parto respetado, por lo que se aplicó el test Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP5) y se realizó el procedimiento estadístico t de Student para obtener el resultado.

Se aceptó la hipótesis de la investigación ya que existe diferencia estadísticamente significativa en la muestra estudiada y se determinó que 15 mujeres después de un parto convencional presentan síntomas de estrés postraumático, indicando la prueba que las mujeres presentan los siguientes resultados: una cumple con todos los criterios de un trastorno de estrés postraumático de grado bajo, cinco padecen de sintomatología de estrés postraumático de grado medio bajo sin cumplir con todos los síntomas del trastorno, y nueve padecen de sintomatología de grado bajo sin cumplir con todos los síntomas del trastorno. De 15 mujeres después de un parto respetado, nueve mujeres no presentan síntoma ninguno de estrés postraumático, en las otras seis el nivel es bajo y no cumple con todos los criterios para el trastorno de estrés postraumático según el DSM5.

Referente a los antecedentes citados en el capítulo anterior se citan los siguientes:

Risco, (2019), dirigió su estudio sobre la violencia obstétrica durante la atención del parto, puerperio y la percepción de la usuaria, con el objetivo de determinar la violencia obstétrica durante la atención del parto, puerperio y si ésta es percibida por las usuarias atendidas en el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco durante los meses de octubre a diciembre 2018, le sirvieron de muestra 125 puérperas, y

utilizó los siguientes instrumentos: lista de chequeo y un cuestionario, llevó a cabo un estudio no experimental, transversal y descriptivo simple, el método estadístico usado fue la estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencia y gráficos con sus respectivos análisis e interpretación, concluyendo que más del 90 % de usuarias sufrió violencia obstétrica durante la atención del parto y puerperio, pero esta no fue percibida en la gran mayoría, por lo tanto se recomendó al Hospital Leoncio Prado que capacite su personal de salud sobre los derechos que tienen sus usuarios durante la gestación, parto, postparto y todos sus procesos reproductivos con la finalidad brindar a sus pacientes una atención de calidad y calidez.

Ambos estudios se parecen en que investigan la violencia obstétrica, Risco enfoca en la prevalencia de las prácticas de la violencia obstétrica, este estudio en la prevalencia de las secuelas psicológicas de la misma. Tienen similitud en la muestra ya que Risco investigó un grupo de mujeres después de un parto convencional institucional y el grupo A de esta muestra es de mujeres después de un parto convencional. Difieren en el método investigativo y en el instrumento aplicado. Los resultados de ambas investigaciones coinciden en cuanto a la alta incidencia de violencia obstétrica en los partos convencionales.

Lemus y Cabrera (2017), investigaron sobre la percepción en las mujeres sobre la violencia obstétrica, con el objetivo de determinar la percepción que tienen las madres estudiantes sobre la violencia obstétrica y sus efectos psicológicos, su muestra fueron 40 madres de 16 a 40 años estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, utilizaron los siguientes instrumentos: observación indirecta, entrevista semiestructurada y cuestionario cerrado, trabajaron una investigación mixta, el tipo de estadística utilizado fueron matrices y tablas de porcentaje, y concluyeron que identificaron efectos psicológicos en la investigación, establecieron que el 35% de las madres sufrieron y siguen padeciendo como consecuencia de la violencia obstétrica y recomendaron difundir información sobre las manifestaciones y efectos psicológicos de la violencia obstétrica y sus maneras de reconocerla en las instituciones guatemaltecas que se dedican a defender los

derechos de la mujer. Aunque el tipo de investigación de Lemus y Cabrera difiere de este estudio, en sus resultados obtenidos son similares a los de esta investigación, pues la muestra, en ambos casos mujeres que han tenido hijos, refiere violencia obstétrica y secuelas psicológicas de la misma a largo plazo.

## Capítulo VII

### Conclusiones

- De acuerdo a los resultados obtenidos se logró establecer que existe diferencia estadísticamente significativa estrés postraumático entre mujeres después de un parto convencional y en parto respetado por lo que se aceptó la hipótesis de la investigación.
- Se determinó que las 15 mujeres después de un parto convencional padecen de estrés postraumático, con el nivel más alto de síntomas detectado del 40%, correspondiente a un trastorno de estrés postraumático leve y que se cumple en una de las mujeres.
- Seis mujeres después de un parto respetado padecen de estrés postraumático, presentando un nivel muy bajo de la sintomatología (hasta un 5%).
- Es importante mencionar, que una mujer después de un parto convencional tiene una probabilidad 60% más alta de padecer de estrés postraumático que una mujer después de un parto respetado.
- Los resultados muestran que, en toda clase de síntomas relacionados con el estrés postraumático, las mujeres después de un parto convencional llegan a punteos tres veces más altos que las mujeres después de un parto respetado.

## Capítulo VIII

### Recomendaciones

- Programar encuentros de autoayuda entre mujeres con estrés postraumático después del parto.
- Facilitar talleres para parejas previo a un parto para divulgar los resultados de este estudio y para orientar a las parejas sobre las alternativas de parto y sobre sus derechos durante el proceso.
- Promover concientización de personal de salud en instituciones de maternidad privadas y públicas sobre la violencia obstétrica y sus secuelas.
- Grabar un video sobre la prevención del estrés postraumático después del parto para la página institucional de Facebook, incluyendo la importancia de la educación prenatal, la concientización sobre los derechos de la mujer durante el parto y las secuelas de una atención que se percibe como traumática.

## REFERENCIAS

### Libros

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5). Arlington, VA: Medica Panamericana.

Block., C. y Block, S. (2014). *Cuaderno de trabajo para el tratamiento corpomental del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): programa para curar en 10 semanas las secuelas del trauma*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Cazau, P. (2006). *Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Ruidinuskín.

Crespo, M., Gomez, M. y Soberón, C. (2017). *Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP-5)*. Madrid: TEA Ediciones.

Facultad de Psicología. (2020). *Guía de estilo para la elaboración de trabajo de graduación*. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.

Fideli, R. (1998). *La comparazione*. Milán: Agneli.

Galán, S. y Camacho, E. (2013). *Estrés y salud: investigación básica y aplicada*. Mexico: El Manual Moderno.

Gorgas, J., Cardiel, N. y Zamorano, J. (2009). *Estadística Básica para estudiantes de ciencias*. Madrid: Facultad de Ciencias Físicas, Universidad Complutense de Madrid.

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1991). *Métodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill.

Hernandez-Sampieri, R. (2018). *Métodología de la investigación, las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

National Institute for Mental Health. (2016). *Trastorno por estrés postraumático*.

- Odent, M. (3. Edición, 2009). *El bebé es un mamífero*. Tenerife: Ob Stare.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Piechacón Fonrodona, M. (2011). *Trastorno de estrés postraumático: modelo cognitivo-conductual*. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.
- Rubio, M. (2013). *Manual de riesgos psicosociales: el estrés y el síndrome de Burnout*. Madrid: CEP.
- Vargas, A. (2017). *Estrés postraumático: tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. México D.F, Mexico: El Manual Moderno.
- Williams, C. (2015). *Obstetricia*. New York: McGraw-Hill.

## **Tesis**

- Aquino, O. (2014). Tesis de Grado. *Estrés posparto en las mujeres del área de maternidad (Estudio realizado en el hospital de Retaluleu)*. Quetzaltenango, Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Borja Quintana, C. (2017). Magíster en Salud Pública. *Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud*. Quito, Ecuador: Universidad San Francisco de Quito.
- Castillo Manjarrez, E. (2017). Licenciado en Psicología. *Violencia obstétrica: efectos psicológicos en las mujeres*. Mexico, Mexico: Universidad Nacional Autónoma de Mexico.
- Gómez Piedrasanta, A. L. (2016). Tesis de grado. *Estrés postraumático y asertividad en víctimas del delito de violencia*. Quetzaltenango, Guatemala: Universidad Rafael Landívar.

- Lemus Díaz, L., & Cabrera Ramirez, K. (2017). Licenciatura en Psicología. *Percepción de mujeres acerca de la violencia obstétrica*. Guatemala, Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Martinez Evertsz, R. H. (2013). Licenciatura en Psicología clínica. *El estrés postraumático, Estudio comparativo en mujeres que han sufrido o no maltrato psicológico*. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.
- Patrón Mondragón, M. (2016). Tesis de Investigación sociomédica. *Repercusiones en la calidad de atención por violencia obstétrica en pacientes en trabajo de parto con embarazo de término en unidad tocoquirúrgica*. Mexico, Mexico: Universidad Nacional Autónoma de Mexico.
- Risco, M. I. (2019). Tesis de doctorado. *Violencia Obstétrica durante la Atención del Parto, Puerperio y la Percepción de la*. Trujillo, Peru: Universidad Cesar Vallejo.
- Silvestri, S. (2016). Maestría en Gestión de Sistemas de Salud. *“Análisis de la percepción de las parteras sobre la atención del parto humanizado en el hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el periodo noviembre-diciembre 2016*. Rosario, Argentina: Universidad Nacional de Rosario.
- Winter Rodriguez, I., Guevara Monterroso, K., Celada Flores, D., Guerrero Bermudez, A., Gonzalez Monroy, A., & Ruiz Sanchez, E. (2015). Tesis para obtener el título de Medico y Cirujano. *Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médicosobre parto vertical*. Guatemala, Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

## Revistas

- Almaguer et al. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y salud en cifras*, 44-59.

- Aranovich, C. (2005). Estrés postraumático: una patología de la memoria. *ALCMEON*.
- Arnao, A., Galván, V. y Roso, F. (2018). Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. *Revista de Psicología, Universidad nacional de Córdoba (Argentina)*, 3-13.
- Beck, C. T. (2004). Birth Trauma - In the Eye of The Beholder. *Nursing Research*, 28 – 35.
- Beck, C. T. (2015). Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect. *Global Qualitative Nursing Research*, 1-13.
- Bellón Sanchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la críticafeminista y la biopolítica. *Dilemata*, 93-111.
- Block., C. y Block, S. (2014). *Cuaderno de trabajo para el tratamiento corpomental del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): programa para curar en 10 semanas las secuelas del trauma*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R. , Domínguez Hernández, R., Sixto Pérez, A. . (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1 -12.
- Casal-Moros, N. y Alemany-Anchel, M.J. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index Enfermería [online]*, 61-64. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013>.
- Collazo Valentín, L. M. (2005, 5(2)). De la mujer a una mujer. *Otras Miradas*.
- Crespo, M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*, 25-41.

- De Bruijn, Lisa, Stramrood, Claire A., Lambregtse-van den Berg, Mijke P. y Rius Ottenheim, Nathaly. (2019). Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*.
- Dekel S, Stuebe C, Dishy G. . (2017 ). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol*.
- Ellemers, N. (2018). Gender Stereotypes. *Annual Review Of Psychology vol. 69*, 275-298.
- González González, C. (2014). Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT). *SaludJalisco*, 128 - 134.
- Hernández Garre, J. E. (2017). ¿Némesis obstétrica o disminución del riesgo? A debate bioético el abordaje intervencionista en los partos de bajo riesgo. *Acta Bioethica*, 23(1).
- Martinez, M. (2007). La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. *PEPSIC*, 79-95.
- Muñoz-Dueñas, C., Contreras-García, Y. y Manriquez - Vida, C. . (2018). Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, 586-595.
- Olza, I. (2010). El Síndrome De Estrés Postraumático Como Secuela Obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 35-41.
- Rosas, M. R. (2011). Trastorno de estrés postraumático. Enfoque desde la farmacia. *Elsevier*, Vol. 30, no. 1, 34-38.
- Sánchez Montoya, J. y Palacios Alzaga, G. ( 2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. . *Matronas Profesión*, 12 - 19.
- Sánchez Montoya, J. y. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Profesión*, 12 - 19.

- Sigales Ruiz, S. R. (2006). Catástrofe, víctimas y trastornos. *Anales de Psicología*, vol 22(1), 11-21.
- Tutté, J. C. (2006). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. *Aperturas psicoanalíticas*, <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=382>.
- Vesel, J. y Nickasch, B. (2015). An Evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder. *Nursing for women's health*, 504-525.
- Villanueva-Egan, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Rev CONAMED*, 147-151.
- Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *MEDICINA NATURISTA*.

### Otros documentos

- Biblioteca Nacional de Medicina. (25 de 6 de 2020). *Medline Plus*. Obtenido de [medlineplus.gov/spanish/stress.html](http://medlineplus.gov/spanish/stress.html)
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU (NLM). (25 de Octubre de 2019). *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/childbirth.html>
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU (NLM). (13 de Abril de 2020). *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/posttraumaticstressdisorder.html>
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. (9 de Abril de 2020). *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000925.htm>
- Centro Web para la divulgación de la psiquiatría en España. (2020). Obtenido de <https://www.sepsiquiatria.org/>

- Feijóo, A. B. (2009). *El "peixet". La experiencia de parir en casa*. Obtenido de Scielo: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100012)
- García-Jorda, D.-B. y. (29 de 6 de 2011). *El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica*. Obtenido de Scielo: <https://www.scielosp.org/article/csc/2012.v17n7/1893-1902/es/>
- Iniciativa Impacto Académico de las Naciones Unidas (UNAI)*. (16 de 2 de 2018). Obtenido de <https://academicimpact.un.org/es/content/por-qu%C3%A9-las-OMS-recomienda-reducir-las-intervenciones-m%C3%A9dicas-en-los-partos>
- Marsh, M. (13 de 12 de 2013). How did birth move from the home to the hospital, and back again? (M. Scott, Entrevistador) Obtenido de Whyy.org: <https://whyy.org/segments/how-did-birth-move-from-the-home-to-the-hospital-and-back-again/>
- Moore, R. (30 de 9 de 2016). Parto traumático y trastorno de estrés postraumático posparto: no siempre es depresión posparto. (S. Jain, Entrevistador) Obtenido de <https://saludmentalperinatal.es/parto-traumatico-trastorno-de-estres-postraumatico-posparto-no-siempre-es-depresion-posparto/>
- National Center for PTSD. (20 de 1 de 2020). *National Center for PTSD*. Obtenido de [www.ptsd.va.gov/spanish/common\\_reactions\\_sp.asp](http://www.ptsd.va.gov/spanish/common_reactions_sp.asp)
- National Institute for Mental Health. (2016). *Trastorno por estrés postraumático*.
- National Institute of Child Health and Development NICHD* . (14 de 4 de 2020). Obtenido de <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/trabajo>
- Olza, I. (2013). *Estrategia de atención al parto normal*. Obtenido de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatico.pdf>.

# ANEXO

