

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGIA, RELACIONES INDUSTRIALES Y
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
Y AUTOESTIMA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA
EN AREQUIPA - 2017”**

Tesis presentado por las Bachilleres:
CAMPOS UNTAMA IRENE KATHERINE
LOPEZ GOMEZ SINDY ORIANA

Para optar el Título Profesional de
Psicólogas

Arequipa – Perú
2018

EPIGRAFE

"Cuando una mujer toma la decisión de abandonar el sufrimiento, la mentira y la sumisión. Cuando una mujer dice desde el fondo de su corazón: 'Basta, hasta aquí he llegado'. Ni mil ejércitos de ego y ni todas las trampas de la ilusión podrán detenerla en la búsqueda de su propia verdad."

Clarissa Pinkola Estés

El problema de la mujer siempre ha sido un problema de hombres.

Simone de Beauvoir

DEDICATORIA

A mi extrañada madre, me faltas, pero siempre estás.

A mi abuelita, quien vivió y amó intensamente. Te abrazo en mis recuerdos.

Sindy Oriana Lopez Gomez

A Dios, a mis padres, quienes me motivan a perseguir mis anhelos, mis profesores por el impulso y confianza durante toda mi carrera y el motivo principal para la culminación de la misma.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Irene Katherine Campos Untama

AGRADECIMIENTO

A las señoras, participantes voluntarias de nuestra investigación, al Poder Judicial de Arequipa y Aldeas Infantiles de Arequipa, quienes autorizaron la realización de la presente investigación en sus establecimientos.

A nuestros profesores de la Escuela Profesional de Psicología quienes a lo largo de los años nos brindaron todo su conocimiento y experiencia para formar profesionales íntegros, en su labor de educadores.

A nuestro asesor y el grupo de investigación por habernos guiado en la elaboración de esta tesis, por su paciencia y su arduo entusiasmo por la investigación.

PRESENTACIÓN

**SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
DE AREQUIPA.**

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES
INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.**

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.

SEÑORA PRESIDENTA DEL JURADO DICTAMINADOR.

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR.

Presentamos a su consideración nuestro trabajo de investigación **“Sintomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa - 2017”**, con el cual pretendemos optar el título de Psicólogas.

Con la presente investigación, nuestro deseo es aportar mayor conocimiento de un tema que está presente en nuestro medio, el cual estamos abordando para comprender su problemática, cómo afecta y cómo se da en la población femenina en nuestro país y nuestra sociedad Arequipeña, sin embargo, los estudios son escasos; por ello procuramos describir la sintomatología del trastorno de estrés postraumático, autoestima y cómo ambos se manifiestan.

Esperamos que este trabajo responda a sus intereses y sirva de base para futuras investigaciones en esta área.

Arequipa, Octubre del 2018

**Bachilleres: Campos Untama, Irene Katherine
Lopez Gomez, Sindy Oriana**

RESUMEN

Tener mayor conocimiento sobre la sintomatología de estrés postraumático en la percepción y comportamiento que se tiene uno sobre sí mismo, como consecuencia de la violencia doméstica. La presente investigación titulada “Sintomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa - 2017” tiene como objeto de estudio, determinar la relación de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y la autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica. El presente estudio se enmarca en el paradigma Cuantitativo, con un tipo de investigación Descriptivo – Correlacional, y un diseño no Experimental, Transversal - Correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 40 mujeres, 25 del poder judicial y 15 de aldeas infantiles; con edades comprendidas entre los 24 a 55 años, siendo la muestra final de 40 sujetos. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés Postraumático (EGS-TEPT) y la escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg S-S). Se empleó la correlación de Spearman para establecer la relación entre la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y la autoestima, encontrando dentro de los resultados más importantes, que existe una relación estadísticamente significativa entre la sintomatología de estrés postraumático y autoestima ($\rho = -0,404$; $p < 0.01$).

Palabras Claves: Sintomatología del Estrés Post- Traumático, Niveles de Autoestima y violencia doméstica.

ABSTRACT

Having greater knowledge about the symptoms of post-traumatic stress on the perception and behavior that one has about oneself, as a consequence of domestic violence. The present investigation entitled "Symptomatology of post-traumatic stress disorder and self-esteem in women victims of domestic violence in Arequipa - 2017" has as object of study, to determine the relationship of the symptoms of post-traumatic stress disorder and self-esteem in women victims of domestic violence. The present study is framed within the Quantitative paradigm, with a type of Descriptive - Correlational research, and a non - Experimental, Transversal - Correlational design. The study population consisted of 40 women, 25 from the judiciary and 15 from Aldeas Infantiles; aged between 24 and 55 years, with the final sample of 40 subjects. The instruments used were the Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Scale (EGS-PTSD) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg S-S). The Spearman correlation was used to establish the relationship between the symptoms of post-traumatic stress disorder and self-esteem, finding within the most important results, that there is a statistically significant relationship between the symptoms of post-traumatic stress and self-esteem ($\rho = - 0.404$, $p < 0.01$).

Key Words: Symptomatology of Post-Traumatic Stress, Self-esteem levels and domestic violence.

INDICE

EPIGRAFE	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
PRESENTACIÓN.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
INDICE	viii
INDICE DE TABLAS	x
INTRODUCCIÓN	xii

CAPITULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. HIPÓTESIS.....	3
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
A. Objetivo general:.....	4
B. Objetivo específicos:	4
4. VARIABLES E INDICADORES.....	4
Variables e indicadores	4
5. DEFINICIONES DE TÉRMINOS.....	6
A. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT):	6
B. Autoestima:.....	7
C. Violencia doméstica:	7
6. JUSTIFICACIÓN	7
7. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
8. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	14

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)	15
A. CONCEPTOS DEL TEPT	16
B. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DEL TEPT SEGÚN CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL	18
Cuadro 1. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en el DSM-5.....	18
Cuadro 2. Criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-IV y DSM-IV-TR.....	21
Cuadro 3. Criterios para el diagnóstico del TEPT (CIE-10).....	23

C.	CAMBIOS ENTRE LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DEL TEPT	24
a.	DSM-IV y DSM-5	24
b.	Propuesta CIE-10 y del CIE-11	25
D.	EPIDEMIOLOGIA.....	26
E.	FACTORES PARA DESARROLLAR EL TEPT	29
F.	PROBLEMAS ASOCIADOS AL TEPT	29
G.	SINTOMATOLOGIA DEL TRANSTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	31
A.	Tipos de violencia doméstica como suceso traumático.	31
B.	Prevalencia de la violencia doméstica	33
2.	AUTOESTIMA.....	36
A.	CONCEPTO DE LA AUTOESTIMA	36
B.	COMPONENTES DE LA AUTOESTIMA.....	37
C.	NIVELES DE LA AUTOESTIMA	38
D.	DIMENSIONES DE LA AUTOESTIMA	39
E.	CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA	40
F.	ELEMENTOS QUE CONFORMAN LA AUTOESTIMA.....	42
G.	AUTOESTIMA Y VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	43

CAPITULO III

MARCO OPERATIVO

1.	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
2.	MUESTRA Y POBLACION	47
3.	INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS	48
4.	PROCEDIMIENTO:	54

CAPITULO IV

RESULTADOS

1.	Análisis e interpretación de datos	55
	DISCUSIÓN	67
	CONCLUSIONES	72
	RECOMENDACIONES.....	73
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	74
	ANEXOS	83
	Escala de gravedad de sintomas del transtorno de estrés postraumático.....	84
	Escala de autoestima de rosenberg.....	87
	Confiabilidad de la escala de rosenberg.....	88

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad	56
Tabla 2: Frecuencia del tipo de Violencia Doméstica	57
Tabla 3: Duración de la Violencia Doméstica	58
Tabla 4: Medias de Sintomatología de estrés postraumático y Autoestima.....	59
Tabla 5: Frecuencia de la Sintomatología de estrés postraumático	60
Tabla 6: Frecuencia del porcentaje del TEPT	61
Tabla 7: Nivel de autoestima en mujeres víctimas de violencia familiar	63
Tabla 8: Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.....	64
Tabla 9: Correlación de Spearman entre sintomatología del estrés postraumático y autoestima	65

CASOS CLINICOS

CASO CLINICO 01

ANAMNESIS	3
EXAMEN MENTAL.....	10
INFORME PSICOMÉTRICO	14
INFORME PSICOLÓGICO	21
PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	26
ANEXOS	34

CASO CLINICO 02

ANAMNESIS	40
EXAMEN MENTAL.....	43
INFORME PSICOMÉTRICO	46
INFORME PSICOLÓGICO	49
PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	53
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

La sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se encuentra dentro de la clasificación de los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés dentro del DSM V (American Psychiatric Association, 2013), por la presencia de síntomas característicos frente a un evento o exposición a un acontecimiento estresante y/o extremadamente traumático.

La persona se ve expuesta al peligro real que tienta contra su vida o su propia integridad física. Estos síntomas son reexperimentación, evitación y activación; llegando a provocar un deterioro social, personal y/o laboral en otras áreas importantes con al menos un mes de duración (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Además, se ha demostrado que las mujeres son quienes corren mayor riesgo al manifestar un TEPT (Palacios & Heinze, 2002).

Un acontecimiento traumático severo e inesperado suele ocurrir en menos de un minuto, pero sus secuelas viven dentro de la persona por varios años. El ser humano tiene la capacidad de producir sucesos traumáticos sin medir los límites como, guerras, violaciones, abuso sexual, secuestros, tortura, etc., estos ejemplos dan a conocer como el hombre es responsable de propiciar alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales propias del TEPT. (Pieschacon, 2011).

Las investigaciones que tienen como estudio el estrés postraumático muestran el progreso de esta respuesta frente a un suceso nuevo de la misma índole, lo que se explicaría como el desarrollo de una serie de sintomatologías que puede llegar a un punto crónico como revivir el ataque, experimentar con un enorme sufrimiento psicológico por lo vivido, desarrollar respuestas de estrés demostrado por el abuso físico o emocional (Golding, 1999 citado por Huerta et al., 2014).

El desarrollo de sintomatología de estrés postraumático ha suscitado muchas veces por que el hombre usa de manera intencional la fuerza física y/o el poder; como golpes, empujones, humillaciones, control de dinero, control de la interacción social, y demás; los cuales ejerce sobre otra persona, teniendo como consecuencias, posibles lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones de su desarrollo, abandono de sí misma e incluso la misma muerte (Organización Mundial de la Salud, 2002). Dentro de los daños

psicológicos, la violencia familiar genera marcas emocionales como ansiedad, miedo al entorno, temor a relacionarse con los demás, inseguridad, desconfianza, baja autoestima, tristeza constante, entre otras alteraciones; las mujeres que viven dentro de esta exposición violenta sean como víctimas o testigo, producirá alteraciones cognitivas, afectivas y/o comportamentales, que causan enfermedades, lesiones familiares y problemas sociales (Gonzales, 2017).

Por lo anteriormente expuesto comprendemos que la sintomatología del trastorno de estrés postraumático tienden a mostrar un desmejoramiento en cuanto a su salud física y mental por la experimentación de un suceso similar o estar en constante hipervigilancia; la agresión también se da de forma psicológica, física y/o sexual por ello ha habido un aumento en su inseguridad, autoconcepto pobre de sí misma, comportamientos sociales que se ven marcados con el aislamiento social, desesperanza hacia el futuro, y mentalmente como las pesadillas o los flashback, la culpa, cambios de humor, desconfianza y miedo, por lo que hay un notable aumento en la sintomatologías y una disminución en la autoestima en las personas que han sufrido violencia doméstica, o como también se le conoce como; violencia familiar, violencia de parejas, violencia conyugal, violencia intrafamiliar, etc.

Comprendemos que en nuestro medio nacional, las investigaciones respecto a este tema son escasas, ya que no hay suficientes estudios que ayuden a contrastar cómo el trastorno de estrés postraumático, sus cuadros, episodios es desencadenado por la violencia doméstica.

En este sentido, la presente investigación va a justificar y respaldar la información que ayudará a contribuir y precisar si en la población existe una relación significativa, como lo explica Castro y Riquer (2003), citado por Carmona (2017), que las investigaciones que llevan por tema la violencia doméstica, suele ser insuficientes y aunque el tema ha sido trabajado exhaustivamente, no se ha encontrado respuestas complacientes sobre la causa y naturaleza del problema por lo que también cómo afecta a las víctimas.

Es así que esta investigación busca describir la relación entre sintomatología del trastorno de estrés postraumático y sus diferentes dimensiones como; evitación, reexperimentación

y activación, y la autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica, para ayudar así a determinar algunos diagnósticos e intervenciones tempranas que beneficien la salud mental de las víctimas y su círculo más cercano como hijos y/o familia o la población en general. También identificar las posibles acciones preventivas para comprender adecuadamente su origen, identificar los factores de riesgo, los niveles de violencia, informar sobre los signos de alarma; para promover en las instituciones encargadas de esta problemática las mejores estrategias de atención y la realización de vigilancia permanente.

La presente investigación está dividida en cuatro capítulos para la comprensión de los lectores con una secuencia coherente; el capítulo I consta del planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos e hipótesis, la importancia del estudio, se registran las investigaciones realizadas sobre la variable, partiendo de los hallazgos internacionales, para llegar a las nacionales y las limitaciones de la investigación; el capítulo II desarrolla el marco conceptual, detallando conceptos importantes de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático, autoestima y violencia familia; el capítulo III describe el marco operativo, el tipo y diseño, los sujetos de estudio, los instrumentos y el procedimiento desarrollado; en el capítulo IV puntualiza los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, y finalmente presentamos la discusión, conclusiones y recomendaciones a la que arriban las investigadoras.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trastorno de estrés postraumático es el producto de sentir en peligro nuestra propia existencia, sentir nuestros derechos vulnerados por acciones que dañan nuestra integridad, afectando el sentimiento de seguridad que tenemos con nosotras mismas y el entorno. Pieschacon (2014) explica que el TEPT y sus síntomas hacen que las reacciones como el deterioro en la modulación del afecto, vergüenza, pérdida de creencias, sensación constante de amenaza, aislamiento, incertidumbre e inseguridad sea la sensación que sus víctimas vivan en situaciones traumáticas, vivenciando el aislamiento, sentimientos de ira y hostilidad hacia los demás.

Según Aguirre et al.(2010), últimamente se han llevado a cabo algunas investigaciones para estudiar las características de este cuadro clínico del TEPT en víctimas de violencia doméstica que señalan que son los síntomas de re-experimentación, evitación y aumento de la activación los más característicos del Trastorno por estrés postraumático; la representación de los recuerdos

desagradables y recurrentes sobre el maltrato, el malestar psicológico que revive al recordar los sucesos, la dificultad para conciliar el sueño, el estado hipervigilante y los problemas de concentración que experimentan ya que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es uno de los escasos cuadros psicopatológicos que parte del componente etiológico (suceso traumático) y no de la sintomatología para su diagnóstico.(Muñoz, 2013 citado por Echeburúa et Al., 2017)

Góngora (2007) cita a Rosenberg (1969) explicando que la autoestima alta, media y baja, se determina por los factores sociales y culturales que rodean a la persona y la actitud que ésta asumirá en su entorno con los valores y discrepancias que posee, por lo que las mujeres víctimas de violencia doméstica experimentan este suceso, tocándoles vivir una desorganización completa del patrón de vida; es decir, en su comportamiento, pensamientos y sentimientos, como abandono del hogar, de la pareja, de la crianza de los hijos, de los amigos, a veces del trabajo, etc. En un primer momento, esto incita una grave inadaptación social y la pérdida de importantes redes de apoyo (Huerta et al., 2014).

Al padecer síntomas de trauma por estrés postraumático; esto afecta la autoestima y otras variables (Fernández, 2014). Las investigaciones sobre la existencia de estrés postraumático muestran que éste es un problema crónico y prolongado que debería ser tomado con la debida importancia ya que las mujeres demoran en pedir ayuda por lo menos unos diez años, debido a las consecuencias sociales, familiares y personales a la que se estaría prestando su decisión (Arias et al., 1999 citado por Huerta et al., 2014).

Coila (2014) en su investigación refiere que ha percibido un aumento de TEPT en la población arequipeña que ha sufrido violencia doméstica por lo que cita a Rincón (2003) quien explica que ésta se ajusta por acontecimientos traumáticos provocados muchas veces por la violencia doméstica, por lo que representa una amenaza para la integridad de la persona y la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (APA, 1994, 2000).

El abuso por parte de la pareja puede formar estresores traumáticos y producir un trastorno por estrés postraumático. Además, incluso algunos expertos en temas de violencia y trauma sugieren que al ser ejercida por alguien con quien la víctima tiene una relación significativa, es altamente probable que los eventos de violencia (o eventos traumáticos) se realicen repetidamente, por lo que tiene el potencial de causar mayores daños psicológicos en la víctima, llegando incluso a alterar aspectos de la identidad personal de una forma negativa (Rincón, 2003).

En este sentido, por lo expuesto anteriormente comprendemos, que es necesario describir cómo la sintomatología de estrés postraumático y la autoestima están vinculados dentro de la violencia doméstica y la importancia de su análisis en sus diferentes formas en las que se presenta, los criterios, la serie de síntomas y el autoconcepto negativo propios para el diagnóstico. Muchas veces la mujer es la principal protagonista y la que se ve expuesta a padecer un suceso traumático de este orden tan habitual en nuestra sociedad, además de la casi ausencia de estudios en nuestro medio y sobre todo escasos de programas de prevención, promoción y planes específicos de intervención en cuanto a una situación de sintomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima precisamente relacionados. También partir de que el trastorno de estrés postraumático no es utilizado dentro de un diagnóstico frecuente cuando se trata sobre este tema relacionado a violencia, el que cada vez va tomando aún mayor importancia en nuestra sociedad peruana por las numerables cifras que van en aumento.

Por las consideraciones mencionadas anteriormente nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe una relación entre la Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático y la Autoestima en mujeres que han sufrido violencia doméstica en Arequipa en el 2017?

2. HIPÓTESIS

La sintomatología del TEPT se relaciona de forma negativa con la Autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa- 2017.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A. Objetivo general:

Determinar la relación entre la Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático y la Autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa- 2017.

B. Objetivo específicos:

- a. Identificar la frecuencia en la que se presenta los síntomas de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa – 2017.
- b. Reconocer la prevalencia de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa – 2017.
- c. Medir el nivel de Autoestima en mujeres víctimas de violencia familiar en Arequipa -2017
- d. Comparar los tipos de Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático con los Niveles de autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa -2017.

4. VARIABLES E INDICADORES

Variables e indicadores

a. Identificación de variables

Variable 1:

Sintomatología del Trastorno de Estrés postraumático

Dimensiones:

Suceso traumático

Re experimentación

Evitación

Aumento de la activación

Variable 2:

Autoestima

Dimensiones:

Autoestima elevada

Autoestima media

Autoestima baja

b. Operacionalización de las variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Índices	Nivel de medición
Sintomatología del trastorno de estrés postraumático	Suceso Traumático	Tiempo del suceso	Dentro del primer mes	Razón
		Desde cuándo lo experimenta	Dentro de 6 meses c/ deterioro personal	
	Re-experimentación	Recuerdos Intrusivos	Nada	Nominal
		Sueños Intrusivos	Una vez por semana o menos / poco	
		Flashbacks		
		Malestar psicológico		
	Evitación	Malestar fisiológico	De 2 a 4 veces por semana / bastante	
		De pensamientos, sentimientos, etc.		
		De actividades, lugares, etc.		
		Amnesia	5 o más veces por	
	Perdida interés actividades significativas			

		Sensación desapego o enajenación	semana/ mucho	
		Restricción de la vida afectiva		
		Sensación futuro desolador		
	Aumento de la activación	Insomnio		
		Irritabilidad		
		Dificultades de concentración		
		Hipervigilancia		
		Respuesta de sobresalto		

Variables	Dimensiones	Indicadores	Índices	Nivel de medición
Autoestima	Nivel de Autoestima	Autoestima alta	Muy de acuerdo	Nominal
		Autoestima media	De acuerdo	
		Autoestima baja	En desacuerdo Muy en desacuerdo.	

5. DEFINICIONES DE TÉRMINOS

A. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT):

Respuesta retardada o diferida a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica (CIE-10, 1996).

B. Autoestima:

La autoestima como la totalidad de los pensamientos y sentimientos de la persona con referencia a sí mismo como objeto, la autoeficacia y la auto-identidad, son una parte importante del concepto de sí mismo; la autoestima es una evaluación global de consideración positiva o negativa de uno mismo. La autoestima es esencial para el ser humano porque implica el desarrollo de patrones, define el establecimiento de comparaciones entre los individuos y la comprensión de quien es uno como persona basada en el resultado (Rosenberg, 1965).

C. Violencia doméstica:

La violencia intrafamiliar abarca todo aquel comportamiento de violencia física, sexual o psicológica que llega a poner en situación de peligro la seguridad o el bienestar de una persona del grupo familiar. (Comisión Europea, 1999).

6. JUSTIFICACIÓN

La importancia de este estudio reside en que aportará información sobre cómo se desarrollan los síntomas del trastorno de estrés postraumático, alterando la autoestima, como consecuencia de la violencia doméstica, este ha sido un problema que han padecido las mujeres desde siempre y en todas las culturas, y que durante mucho tiempo, incluso en la actualidad, no se le brindado la debida importancia, ya que la misma sociedad lo limita por las enormes dificultades que existen para acreditar la violencia cuando no hay hematomas ni contusiones o signos físicos; y por este motivo se evidencian deficiencias en una investigación judicial, las mujeres que han sufrido violencia se encuentran en un proceso decisivo para su bienestar emocional. Se necesita reconocer estas variables, para dirigir un tratamiento a futuro acorde al suceso traumático que, experimentado de ese modo se reconocerá que la violencia genera síntomas de Estrés Postraumático. Además, con los resultados que se alcancen, se podría implementar a futuro un programa de atención individualizada para estas mujeres; orientándolo de forma más personalizada y que permita mejorar su estabilidad emocional.

En nuestra sociedad se ha visto un aumento en la violencia doméstica y se ha llevado a cabo investigaciones que estudian diferentes indicios al malestar que se

experimenta pero que no van relacionado a las sintomatologías del TEPT, por lo que muchas veces no se estaría dando la clasificación adecuada dentro de los criterios de diagnóstico, aunque la búsqueda de sospechas biológicas para acreditar la presencia de un TEPT tienen una serie de restricciones en el campo estudiantil además de su elevado precio, no todas las personas con TEPT presentan alteraciones neurofisiológicas y neurocognitivas; por lo cual la ausencia de estas no debería ser impedimento para hacer un descarte de la presencia del TEPT (Medina, 2015, Robles y Medina, 2008, citado por Echeburúa, 2017).

En la presente investigación, la evaluación se realizó con pruebas consistentes, que han sido utilizadas por investigaciones anteriores; esto nos brinda puntuaciones específicas y existentes acerca de cómo la violencia doméstica genera síntomas de estrés postraumático que también va asociado con la autoestima.

Por estas razones, nuestra investigación aportará información para que en las instituciones del estado o instituciones privadas sean motivados a indagar de forma integral y personalizada con la suma importancia con la que se debería tratar a una mujer que ha sido víctima de violencia doméstica por años o meses, ya que todas las mujeres reaccionan de diferente manera y presentan síntomas similares por la intensidad o la adquisición frente al suceso traumático que padecieron. También generamos un aporte a la psicología clínica, para motivar la importancia de la evaluación en nuestras dos variables y la causa que es un tema relevante en la sociedad actual.

7. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Investigaciones a nivel Internacional

Rincón (2004) con su investigación “Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención.” Realizado en la Universidad Complutense de Madrid en España, siendo el objetivo de ese trabajo establecer un programa de tratamiento breve y eficaz para víctimas de violencia doméstica que sufren trastorno de estrés postraumático (TEP). La muestra estuvo constituida por 50 participantes, evaluadas con la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua,

1997). Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández–Montalvo, 2000), Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999). La adherencia al tratamiento, asimismo, es alta. También se produjo la mejora en otras variables: Depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas. Se discuten las implicaciones de este estudio para la práctica clínica e investigaciones futuras.

En España, en la Universidad complutense de Madrid, donde se llevó a cabo la investigación por los autores Labrador & Alonso (2007) con el tema “Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica”, cuyo objetivo es evaluar empíricamente la eficacia de un programa de intervención breve y específico para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia doméstica. Participaron 34 mujeres mexicanas víctimas de malos tratos por parte de su pareja, todas con diagnóstico de TEPT (DSM-IV-TR). El programa de tratamiento se consigue una mejora significativa tanto en la sintomatología postraumática (superación del TEPT en más del 85% de las participantes) como en los problemas asociados: Depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas.

En México se realiza una investigación “características sociodemográficas y de la violencia de pareja en mujeres maltratadas con trastorno de estrés postraumático: un estudio comparativo de víctimas españolas, inmigrantes y mexicanas” por Alonso & Labrador (2008) con una muestra total de 120 mujeres con diagnóstico de TEPT para analizar las características sociodemográficas y de la violencia en un grupo de mujeres españolas, mexicanas e inmigrantes con trastorno de estrés postraumático como consecuencia del maltrato sufrido. Se utilizó los instrumentos Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica (Alonso, 2007) y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997b). El perfil sociodemográfico señala que son mujeres de mediana edad, separadas del agresor, pertenecientes a un estrato socioeconómico medio-bajo, en situación de precariedad laboral, con un nivel

educativo medio y aisladas socialmente. Destaca la severidad, la prolongada duración, la instauración temprana en la relación de pareja y la alta frecuencia del maltrato. Se ha encontrado un mayor porcentaje de mujeres mexicanas e inmigrantes víctimas de violencia sexual. Asimismo, en las mujeres españolas se observó una mayor disponibilidad de apoyo social y una mayor dependencia económica respecto al agresor. Los antecedentes personales y familiares y la extensión del maltrato a los hijos son más frecuentes en las mujeres mexicanas.

La investigación realizada en Chile con los investigadores Aguirre, Cova, Domarchi, Garrido, Mundaca, Rincón, Troncoso & Vidal (2010) con el tema de “Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica” con la participación de 42 mujeres quien se consultó sobre violencia doméstica, para evaluar la presencia de TEPT en ellas, junto con la percepción de su propia situación y la atención recibida en las instituciones y programas que los ayudaron. Usando una entrevista semiestructurada y la escala de gravedad de Estrés Postraumático (TEPT), donde se encontró que el 40.5% de la muestra cumplía con los criterios de TEPT, y el 26.2% presentaba significativa sintomatología sub-umbral. 39.3% de mujeres cuya situación de violencia había terminado, todavía presenta TEPT. La mayoría de las mujeres valoran el apoyo psicológico obtenido, alcanzando esta respuesta un 45,2% de preferencias. Los logros percibidos con más frecuencia corresponden a los del ámbito psicológico; el fortalecimiento de la autoestima alcanza un 35,7% y la percepción de una mayor tranquilidad le sigue con un 19%. Los resultados muestran la importancia de fortalecer el componente psicológico de las intervenciones destinadas a víctimas de violencia doméstica y, en particular, de considerar la sintomatología postraumática como uno de los más importantes objetivos de la intervención.

En España de la Universidad Complutense de Madrid se llevó una investigación cuyo título es “Síntomas postraumáticos y asociados en víctimas de diferentes tipos de traumatismos” por Gómez & Crespo (2012), su estudio tiene como objetivo analizar las diferencias en la sintomatología asociada a distintos tipos de acontecimientos traumáticos, según sean provocados o no por un agente humano (accidentes vs. violencia), o impliquen o no daño físico (violencia física vs.

psicológica), para esto la muestra estuvo constituida por víctimas de diferentes acontecimientos traumáticos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: haber vivido, presenciado o tener conocimiento de un acontecimiento traumático, al menos un mes antes de la evaluación (este criterio se estableció por ser éste el intervalo temporal mínimo para poder hacer un diagnóstico de TEPT) por lo que la muestra estuvo constituida por 138 participantes, de los cuales 41 violencia producida y 40 violencia psicológica. Los instrumentos utilizados fueron Escala de evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP), Inventario de Depresión de Beck II, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Autoestima (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE) (Rosenberg, 1965), CAGE (CAGE Questionnaire) y Sección TEPT de la Entrevista Diagnóstica Internacional (Composite International Diagnostic Interview. Versión 1.0, CIDI) (OMS, 1990). Los resultados explican que existían diferencias significativas entre los tres grupos estudiados en las variables referentes a vivencia del acontecimiento e implicaciones que este tuvo para la persona. Sin embargo, los resultados no arrojaron diferencias significativas en los tres grupos en ninguno de los síntomas referidos a sintomatología postraumática, ni en la sintomatología asociada (ansiedad, depresión, consumo de alcohol y deterioro de la autoestima). En consecuencia, los resultados parecen apoyar una concepción global de víctima en la que se consideren personas que hayan sufrido acontecimientos traumáticos, con independencia del carácter de estos.

Otra investigación llevada en España en la Universidad Complutense de Madrid con el tema “Estrés postraumático y violencia de pareja: análisis de la eficacia de tratamientos psicológicos” de la investigadora Fernández (2014) la muestra estuvo conformada por 95 mujeres, el objetivo principal de este estudio fue el desarrollo, replicación y evaluación de un programa de terapia psicológica dirigido a la disminución de la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (según criterios DSM-IV-TR) y la evaluación de las otras variables psicopatológicas (depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas) para mujeres expuestas a violencia de pareja con las escalas de Gravedad de Síntomas del trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997b), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoestima: Rosenberg (1965), Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000), Inventario de Cogniciones

Postraumáticas (traducción para la investigación por Rincón, 2001). Original: The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) (Foa et al., 1999b) y la Escala de Cambio Percibido (elaborada para la investigación por Rincón, 2001). Es un programa protocolarizado y multicomponente., así, el programa de intervención psicológica que se desarrolló y replicó en este estudio ha resultado eficaz, eficiente y efectivo. El diseño es útil, con calidad metodológica, aplicado en un tiempo limitado, breve y a bajo costo y los beneficios se mantienen a largo plazo.

Antecedentes a nivel Nacional:

En la ciudad de Lima en la Universidad Cesar Vallejo, la investigadora Casqui (2016) realizó un estudio con el título “Relación de signos del estrés postraumático e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia doméstica en casas del refugio en San Juan de Lurigancho -los Olivos” con el objetivo de determinar la relación en signos del estrés postraumático y la ideación suicida la investigación fue de tipo descriptivo correlacional pues se logró describir la relación entre las variables con un diseño no experimental de corte transversal. La muestra probabilística estuvo conformada por 140 mujeres de las casas de refugio. Para medir los niveles de estrés postraumático se utiliza el instrumento, la escala de síntomas de stress post traumático; asimismo se empleó la escala de ideación suicida de Beck (EBIS). Los resultados revelaron que existe relación significativa en signos de estrés postraumático e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia doméstica. Asimismo, no existe relación significativa entre los signos de estrés postraumático, características del intento de suicidio y la actualización del intento de suicidio.

La investigación “Sintomatología de estrés postraumático en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en la comisaría de Huaycán, 2016” llevada por Quispe P. (2016) cuyo objetivo primordial fue determinar el nivel de frecuencia e intensidad del estrés postraumático en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en la comisaría de Huaycán siendo una muestra de 236 mujeres mayores de edad. Fue de tipo descriptivo-cuantitativo, diseño no experimental transversal, donde se aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997). Los resultados concluyeron que existe una alta o bastante sintomatología de estrés

postraumático debido a que los puntos de cortes tanto de la escala global, 15 (35,27) puntos y como las sub escalas re-experimentación 5 (9,95), evitación 6 (14,83) y activación 4 (10,38).

Antecedentes en la ciudad de Arequipa:

La Universidad Nacional de San Agustín, las investigadoras Buendía & Santos (2010) con el título “Efectos de un programa de tratamiento para disminuir la sintomatología del estrés postraumático, en mujeres víctimas de violencia doméstica”, El objetivo de la presente investigación es determinar la eficacia de un programa de tratamiento del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. La muestra estuvo conformada por 12 participantes, quienes fueron evaluadas con la Escala de Valoración de Violencia Conyugal cuyas autoras son: Palaco y Ramírez (2005) y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático cuyos autores son: Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997), todas cumplían los criterios del DSM-IV TR para el diagnóstico del trastorno. Se empleó las siguientes medidas estadísticas: T-Wilcoxon Los resultados en el post test indican que las participantes disminuyeron significativamente la sintomatología postraumática.

La Universidad Católica de Santa María la investigación de Coila (2014) titulada “Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al centro de Emergencia Mujer y comisaria de mujeres en la ciudad de Arequipa entre los meses de marzo a abril del 2014”, se encontró que de las 62 mujeres que acudieron al Centro de Emergencia Mujer (CEM) y participaron en la investigación, la mayoría respondieron que las conductas como violencia psicológica en su mayoría fueron insultos (92%), gritos (87.1%), y en las conductas consideradas como violencia física en su mayoría fue pateada (96.8%), golpeada con cachetadas (91.4%). Se encontró que sufrían violencia doméstica de 1 hasta más 10 veces por mes, en su mayoría sufrió violencia 1-2 veces por mes (43.5%). También se encontró que todas las mujeres ya habían denunciado alguna vez la violencia doméstica, Se encontró que la frecuencia del trastorno de estrés postraumático estuvo presente en 28/62 casos (45.2%). De los cuales se presentó; en su forma aguda en el 25%; en su forma crónica

en el 17.8%; en su forma De inicio moderado agudo en el 7.1%; en su forma De inicio moderado crónico en el 3.5%; en su forma Sub síndrome se presentó en un 46.5%. También se encontró que la frecuencia de los síntomas de reexperimentación fue del 28.5%, los síntomas de evitación fueron del 39.2%, los síntomas de activación fueron del 32.3%.

8. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Respuesta tardía del Decreto de aprobación por parte del Poder Judicial, para consentir el proyecto de investigación, lo que provoca un retraso en la ejecución de las actividades de recolección de la muestra.

En la ciudad de Arequipa, existen una gran cantidad de mujeres víctimas de violencia doméstica, por lo que la muestra sería más amplia, lo cual implica mayor cantidad de recursos económicos en la investigación, por lo que la presente investigación se limita a las mujeres víctimas de violencia doméstica del Poder judicial y Aldeas Infantiles de Arequipa.

Temor de las evaluadas de informar el suceso traumático y éste sea revelado al poder judicial, haciendo que den información incompleta para el presente estudio por lo que el tiempo de evaluación se aplazaba aún más de lo debido para poder crear un ambiente propicio de confianza

Debido a la falta de textos bibliográficos actualizados en nuestra realidad nacional, así como la falta de estudios en nuestro medio, lo que dificultó la recopilación de material bibliográfico en relación al tema del agravio u ofensa.

La obtención de la información por medio de cuestionarios de auto-reporte, lo cual podría mostrar determinados sesgos en la información, como por ejemplo la deseabilidad social.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

El trastorno por estrés postraumático se encuentra dentro de la clasificación de los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés dentro del DSM V (American Psychiatric Association, 2013), que ha ido imponiendo fuerza e importancia dentro de las áreas de la investigación y del ámbito clínico en los dos últimos períodos por motivos diferentes, uno de ellos es la violencia y sus diferentes formas, que va en incremento en todo el mundo drásticamente, y otra, es que se ha registrado el subdiagnóstico en diversas poblaciones a nivel mundial. (Palacios & Heinze, 2002).

Explica Bobes (2000), citado por Bados (2015), que algunos motivos del registro de estos sucesos traumáticos están relacionados con algunas situaciones que nos ayuda a comprender como se están vinculando y cabe hacer la referencia la demografía, la conducta y los antecedentes psicológicos del sujeto, tales como; sexo varón, bajo rendimiento educativo, una temprana dificultad conductual,

separación temprana, antecedentes familiares de depresión, ansiedad, psicosis, sustancias adictivas y comportamiento antisocial.

Entonces el trastorno de estrés postraumático se manifiesta a partir del sufrimiento de una persona, testigo o ha conocido el hecho por una persona cercana, la existencia de un suceso de agresión, que figurara como una amenaza para su vida, su integridad física o de otro ser humano y por este motivo su reacción emocional experimentada implica una respuesta grande de temor, desaliento y consternación. (Carrelón, 2016).

Es así que en pleno siglo XXI, se denota que hay mayor importancia sobre el tema del trastorno de estrés post traumático en la relación entre mujeres víctimas de violencia y cómo ésta afecta a nivel emocional; resaltado que la falta de información o conocimiento podría conllevar a una inadecuada intervención, evaluación, diagnóstico, y/o tratamiento. Para una mejor comprensión de este trastorno es necesario revisar y conocer qué es el trastorno de estrés post traumático.

A. CONCEPTOS DEL TEPT

Para poder comenzar a hablar que es el TEPT lo primero es referir el primer concepto sobre estrés por Hans Selye (1934), citador por Di Nasso (2009), que explicó y describió por primera vez sobre esta concepción de Estrés. A partir de ese instante hasta la actualidad, aquel concepto se ha ido desarrollando, por lo que precisamos como: “Los procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas; y cuando el fracaso en lograrla tiene consecuencias importantes percibidas por el sujeto (...)”. (p.5).

Es decir que la sobrecarga frente a un acontecimiento en el medio en el que se desarrolla la persona, tiende a provocar un malestar por no poder suplir sus necesidades, por lo que comienza a desarrollar consecuencias de forma orgánica y mental, especialmente por la necesidad de no fracasar.

Ahora el trastorno de estrés postraumático presenta consecuencias que percibe la persona afectada por los acontecimientos y se manifiesta de diferentes maneras como lo menciona Carvajal (2002):

El término TEPT engloba dos aspectos bien definidos: por una parte, una respuesta de estrés que naturalmente es patológica, y por otra el trauma. Estrés es un concepto científico que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda. Frente a un estresor el organismo responderá buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis). El estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede resultar adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). De acuerdo con el concepto científico de estrés se podría tener una denominación más adecuada para el TEPT y que no llevara a confusión, como podría ser "trastorno por distrés postraumático". Por otra parte, la respuesta de estrés de los pacientes con TEPT no corresponde a una exageración de la respuesta normal de estrés, sino que incluye diversos indicadores biológicos que permiten caracterizar e individualizar la respuesta específica de este cuadro clínico. (p.5.)

Cabe recalcar que el trastorno de estrés postraumático se expresa en diferentes indicadores que percibe la persona afectada como parte de una respuesta frente al acontecimiento como lo explica Sarason y Sarason (1996, p. 153), citada por Acosta et al., (2010). “Desarrollo de síntomas como respuesta a eventos tan graves que la mayor parte de las personas se sentirían estresadas por éstos. Con frecuencia, los síntomas incluyen una sensación de aturdimiento o la reexperimentación psicológica del suceso en los pensamientos, sueños o pesadillas.” (p.23).

Hermoza (2013) nos explica que TEPT es “Un conjunto de síntomas entre los que se incluyen: revivir el suceso, los recuerdos angustiosos, la evitación persistente y la hiperexcitabilidad en respuesta a la exposición a uno o varios sucesos traumáticos”. (p.13).

El instituto Nacional de la Salud (2016), citado por Moreira, Navia y Alarcón (2018) que el trastorno de estrés postraumático suele ocurrir muchas veces después de experimentar una situación traumática emocional por una amenaza física o hasta la muerte, que experimentan algunas personas como otras no.

Según Ibáñez F. (2017) nos dice que “El trastorno de estrés postraumático (...) puede desarrollarse después de un evento traumático o potencialmente peligroso” (parr. 1).

Entonces por lo expuesto entendemos que los diferentes conceptos nos explican que una persona desarrolla el TEPT por las situaciones que causan inseguridad en su propia persona y ha sido llevado al límite, por lo que desarrollara síntomas de temor durante y después de este suceso impactante, atemorizante y que ha sido peligroso para su vida que luego se verá reflejado en respuestas en el cuerpo como una reacción de protección frente al peligro de forma automática para parar el sufrimiento que perturba para dar paso a la reducción de la sintomatología del TEPT.

B. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DEL TEPT SEGÚN CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL

Cuadro 1. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en el DSM-5.

DSM-5	
A.	Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1.	Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2.	Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3.	Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso (s) ha de haber sido violento o accidental.
4.	Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).
Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.	
B.	Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
1.	Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).	
2.	Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

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

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

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

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

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

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

d. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

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

e. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra

- personas u objetos.
 - 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 - 3. Hipervigilancia.
 - 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 - 5. Problemas de concentración.
 - 6. Alteración del sueño
 - F. **La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.**
-

Concerniente al criterio A, el DSM-5, describe de forma más amplificada y precisa el concepto de evento traumático (APA, 2013). Se consiente que el evento al que una persona pueda ser expuesta puede ir de uno o varios y las formas de exposición pueden ser: experiencia directa, siendo testigo, al enterarse de que a alguien le ha ocurrido algo violento o accidental, y experimentando repetidas exposiciones o una aversión extrema o los detalles del evento.

No se incluye la exposición a través de medios de exposición de medios electrónicos, televisión, películas o imágenes.

Los síntomas del criterio B (reexperimentación), no se aprecia un cambio en el DSM-5 (APA, 2013), con el fin de incrementar su validez y disminuir el umbral de detección de síntomas (Scheeringa, 2013). El antiguo síntoma:

Recuerdos recurrentes, intrusivos y perturbadores del evento...lo que requería de tres condiciones: (1) recurrentes, (2) intrusivos y (3) perturbadores. No obstante, respecto a la población infantil, las investigaciones demostraron empíricamente que los niños no necesariamente manifiestan abiertamente perturbación frente a sus pensamientos intrusivos e indeseados (Scheeringa y Zeananh, 2001).

El criterio C, también presentó algunas modificaciones respecto al DSM -5 (APA, 2013), como señala Scheeringa (2013), debido a que muchos de los síntomas de evitación y cogniciones negativas son fenómenos altamente internalizados, los cambios más significativos en los criterios para niños de preescolar se encuentran en esta sección.

Cuadro 2. Criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-IV y DSM-IV-TR

DSM-IV y DSM-IV-TR	
A.	La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
1.	La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2.	La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
B.	El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1.	Recuerdos de los acontecimientos recurrentes e intrusos que provocan malestar. Nota: en los niños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2.	Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3.	Actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: los niños pequeños pueden escenificar el acontecimiento traumático específico.
4.	Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5.	Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
C.	Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1.	Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2.	Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3.	Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4.	Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5.	Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6.	Restricción de la vida afectiva (Ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7.	Sensación de un futuro desolador (Ej., no espera obtener empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
D.	Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1.	Dificultades para conciliar y mantener el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira.
 3. Dificultades para concentrarse.
 4. Hipervigilancia.
 5. Respuestas exageradas de sobresalto.
 - E. **Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.**
 - F. **Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.**
-

Según refiere el criterio D en el DSM-IV y IV-TR (APA, 1994, 2000), se necesita la presencia de al menos dos síntomas de aumento en la activación fisiológica, que se manifiesta en dificultades de concentración, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño, un estado constante de alerta, respuestas de sobresalto, entre otros. Todo ello conlleva un deterioro en el plano social, laboral y familiar, u otras áreas importantes de la actividad de la persona.

Sintomatología del TEPT

Podríamos agrupar la sintomatología asociada más común en tres grandes bloques:

Re-experimentación del evento traumático

- Flashbacks. Sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática.
- Pesadillas. El evento u otras imágenes asociadas al mismo recurren frecuentemente en sueños.
- Reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociados a la situación traumática

Incremento en la activación

- Dificultades conciliar el sueño
- Hipervigilancia
- Problemas de concentración

- Irritabilidad / impulsividad / agresividad

Conductas de evitación y bloqueo emocional

- Intensa evitación/huida/rechazo del sujeto a situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas con el evento traumático.
- Pérdida de interés
- Bloqueo emocional
- Aislamiento social

Los tres grupos de síntomas mencionados son los que en mayor medida se presentan en la población afectada por el trastorno por estrés postraumático, sin embargo, es común observar en la práctica clínica otros problemas asociados al mismo. (Chacón, 2006).

Cuadro 3. Criterios para el diagnóstico del TEPT (CIE-10).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TEPT SEGÚN CIE-10

A- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo discomfort en casi todo el mundo.

B- Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (*flashbacks*), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.

C- Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.

D- Una de las dos:

- 1- Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.
- 2- Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los síntomas siguientes:
 - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - b) Irritabilidad.

- c) Dificultad de concentración.
- d) Facilidad para distraerse.
- e) Sobresaltos y aprensión exagerados.

E- Los criterios B, C, y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin de periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses es necesario especificarlo).

La CIE-10 enfatiza en la naturaleza del estresor, señalando que un acontecimiento es traumático cuando su naturaleza es excepcionalmente amenazante o catastrófica y que podría ocasionar casi en cualquier sujeto un profundo malestar.

Considerando las clasificaciones diagnósticas internacionales, tanto el DSM-IV, DSM-IV-TR y DSM-5 (APA, 1994, 2000, 2013) como la CIE-10 (OMS, 1992) exigen como condición necesaria para el diagnóstico de TEPT la identificación de un suceso estresante grave al que el individuo ha sido expuesto. No obstante, presentan algunas diferencias, como lo que respecta al acontecimiento estresante susceptible de provocar un TEPT. La CIE-10 enfatiza en la naturaleza del estresor, señalando que un acontecimiento es traumático cuando su naturaleza es excepcionalmente amenazante o catastrófica y que podría ocasionar casi en cualquier sujeto un profundo malestar.

C. CAMBIOS ENTRE LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DEL TEPT

Kuester et Al. (2017) analizó de la ya publicada 5ª Edición del DSM (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), así como la propuesta de la revisión del CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2012), por la introducción de importantes cambios en los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático en adultos que se describen en detalle a continuación:

a. DSM-IV y DSM-5

Según Kuester et Al. (2017) nos explica que el DSM-5 (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013) amplió el criterio A1 a "exposición a la violencia sexual" y eliminó el criterio A2 debido a la insuficiente utilidad en la clínica y la restricción de su valor (Friedman, 2013). Esto amplifica el contenido del TEPT a un trastorno que alcanza una grado más amplio de eventos estresantes

e incluye reacciones asociadas con otros estados además del miedo o la ansiedad (Brewin et al., 2000 ; Friedman, Resick, Bryant y Brewin, 2011). Segundo, los tres grupos de síntomas conocidos del DSM-IV fueron reemplazados por cuatro grupos de síntomas al dividir el criterio C del DSM-IV anteriormente conocido en dos categorías distintas (Grupo C: evitación de estímulos, Grupo D: alteraciones cognitivas y estado de ánimo) (Friedman , 2013; Friedman et al., 2011 ; Gentes et al., 2014) Además, los criterios D y E del DSM-5 (anteriormente el criterio D en el DSM-IV) ahora comprenden tres síntomas adicionales que no se habían incluido en el DSM-IV, y dos síntomas conocidos del DSM-IV se reformularon para el DSM-5. Por lo tanto, la cantidad de síntomas calificativos y necesariamente transmitidos difiere entre DSM-IV y DSM-5. De acuerdo con el DSM-IV, uno de los 17 síntomas que califican requiere la reexperimentación, la evitación y los síntomas relacionados con la activación y la reacción. Contrariamente, el DSM-5 exige una reexperimentación, una evitación, dos síntomas relacionados con la cognición y el estado de ánimo, y dos síntomas relacionados con la excitación y la reacción entre 20 síntomas calificativos. Sin embargo, ambas versiones requieren que los síntomas estén presentes durante al menos un mes y el deterioro en al menos un área de funcionamiento.

b. Propuesta CIE-10 y del CIE-11

Kuester (2017) nos explica que, en primer lugar, el CIE-10 solicita una nueva experiencia, una evasión y una sensación de síntomas de amenaza continua de los 17 síntomas calificativos, la propuesta del CIE-11 define seis síntomas calificativos, dos en cada una de las tres subescalas solamente. Esta nueva conceptualización del trastorno de estrés postraumático pretende simplificar la evaluación y reducir el sobrediagnóstico y las comorbilidades falsas positivas (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder y Galea, 2009 ; Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant y Maercker, 2013 ; Maercker et al. al., 2013 ; Stein, Seedat, Iversen y Wessely, 2007), suponiendo que estos síntomas representan características que son importantes para todos los casos de TEPT (Brewin et al., 2009 ; Maercker et al., 2013) Además, la propuesta de la CIE-11 aclara que debe informarse el deterioro en un área de funcionamiento y una duración de al menos un mes

(Maercker et al., 2013). Además, el evento traumático no necesita causar angustia inmediata (Brewin et al., 2009 ; Maercker et al., 2013) y el inicio de los síntomas puede retrasarse más de seis meses después del trauma (Andrews, Brewin, Philpott y Stewart). , 2007).

D. EPIDEMIOLOGIA

Según Hermoza (2013) las búsquedas de información epidemiológicas en personas adultas experimentadas apuntan que la manifestación a sucesos traumáticos es habitual (Kessler, Sonnega, Bromet et al., 1995), y que una pequeña minoría de estas personas expuestas a estos acontecimientos desarrollan el trastorno (McFarlane, 2005). (p.13).

Prevalencia del TEPT

Algunas investigaciones dentro de la comunidad global del TEPT demuestran que la prevalencia en adultos fluctúa entre el 1% y el 14%. En tanto los estudios en personas en riesgo, como veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas, pueden hallarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58% (APA, 2000, citado por Andrades, 2016).

Mientras tanto Rincón (2003) nos indica que algunos autores proponen que dentro del ciclo de la vida hemos presenciado 1 a 5 sucesos traumáticos (Breslau, Peterson, Poisson, Scheltz y Lucia, 2004). Nos explica también Yasan, Saka, Ozkan y Ertem (2009) que un 53%-60% en hombres y un 44%-50% en mujeres tienen la posibilidad de enfrentar una experiencia traumática a lo largo de su vida. Pero otros autores prefieren defender que el 50% de las personas experimentamos por lo menos dos sucesos traumáticos. (Norris y Slone, 2010).

Esto también se clasificará de acuerdo con la persona implicada y el evento traumático experimentado como lo menciona Palacios y Heinze, (2002). Las investigaciones han demostrado que las mujeres corren un riesgo mayor que los hombres a manifestar un TEPT, a pesar de que la exposición a un suceso traumático es mucho menor. Esta mayor vulnerabilidad en las mujeres es consistente con lo reportado por Breslau y cols., y Kessler y cols., quienes reportaron resultados similares con las mujeres, que muestran 2 veces más

probabilidad en general que los hombres a tener un TPEP en la vida (10.4% vs 5%). (Palacios, 2002).

En una muestra española la prevalencia vital del TEPT ha sido del 51%; el porcentaje fue del 48% entre las mujeres maltratadas física y psicológicamente y del 54% entre las maltratadas sólo psicológicamente. En el caso de los maltratos físicos en la infancia, la prevalencia vital ha sido del 22% en varones y 49% en mujeres según el Nacional Comorbidity Survey. (Coila, 2014).

El Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi realizó un estudio en la población adulta de la sierra rural del Perú que mostraba una prevalencia de TEPT de 0,5%, donde los varones tienen una prevalencia de 0,1% y las mujeres de 0,8%. (Hermoza, 2013).

Curso del TEPT

Nos menciona Andrade (2010) que dentro del DSM-IV, su versión revisada y el DSM-5 (APA, 1994, 2000, 2013) señalan que el TEPT puede iniciarse a cualquier edad y tener un curso variable.

El DSM-IV-TR explica tres formas del cuadro clínico de cómo puede manifestarse; esto sería en su forma aguda en caso de que el TEPT no dura más de tres meses, de manera crónica si se alarga más de tres meses y forma demorada si su comienzo es luego de seis meses o más del acontecimiento traumático ocurrido. Este hincapié entre TEPT agudo y crónico fue retirado en el DSM-5 (APA, 2013).

La permanencia sintomatológica, así como la constancia de los síntomas dentro el periodo del trastorno, son volubles ya que casi la mitad de los casos reportados logran recuperarse dentro los tres primeros meses, aunque también se presenta ocasiones donde la sintomatología persiste inclusive luego de un año de vivido el suceso traumático (APA, 1994, 2000, 2013).

Comorbilidad

Se ha demostrado mediante investigaciones, que al estar presente el TEPT habría un mayor riesgo de manifestarse algún otro trastorno como, el trastorno de

angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno relacionado con sustancias (APA, 2000, 2013; Reed y Breslau, 2007; Rauch et al., 2008; Schnurr, et al., 2002).

Brown et al. (2001) citado por Bados (2015) nos revelan que dentro de sus hallazgos en 13 pacientes con TEPT, en el que 92%, 62% y 77% recibieron respectivamente al menos un diagnóstico adicional actual de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 100%, 69% y 85% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron depresión mayor (69%), distimia (23%), trastorno de ansiedad generalizada (23%; 38% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo), trastorno de pánico con agorafobia (23%), trastorno obsesivo-compulsivo (23%), fobia social (15%) y fobia específica (15%). Los diagnósticos más frecuentes a lo largo de la vida fueron trastorno depresivo mayor (77%), trastorno por uso de sustancias (38%) y trastorno obsesivo-compulsivo (31%).

También se maneja la información que algunos trastornos está relacionado dentro de la comorbilidad con el TEPT como el abuso de sustancias psicoactivas en personas que ha vivenciado un suceso traumático, que podría estar relacionado a la evitación o falta de sensibilidad. Además Rincón (2003) nos dice que algunas investigaciones sobre depresión en individuos con TEPT han manifestado respuestas biofisiológicas diferentes que se hallaron en individuos con depresión solamente, lo que podría hacer referencia que la depresión que acompaña al TEPT tiene base biológica muy diferente a la depresión no asociada a este, lo que podría diferir que el tratamiento para tratar el TEPT estuviera unido a la desaparición de los síntomas de los trastornos comórbidos (Astin y Resick, 1997; Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002).

E. FACTORES PARA DESARROLLAR EL TEPT

Burges Watson et al. (1988), citado por Acosta et al. (2010), nos dice que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) surge seguidamente luego del trauma y cuando se manifiesta, éste puede desencadenarse de forma mayor en cuanto a las sintomatologías o demorar más de 6 meses después del suceso traumático, por lo cual esta enfermedad podría durar varios años.

No todas las personas que hayan tenido una experiencia traumática desarrollan el TEPT. Lo más probable que se manifieste la sintomatología cuando la persona ha experimentado (Acosta et al., 2010):

- Experiencias traumáticas previas
- Un historial de abuso físico
- Malas habilidades para sobrellevar las cosas
- Falta de apoyo social
- Estrés continuo
- Un entorno social que produce vergüenza, culpa, estigmatización u odio a sí mismo
- Abuso del alcohol
- Un historial familiar psiquiátrico

F. PROBLEMAS ASOCIADOS AL TEPT

Para explicar como el TEPT tiene una importancia en el ser humano como factor de diferentes síntomas es necesario mencionar a Herrera & Cruzado (2014) que nos explica que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) radica en la aparición de señales particulares frente a la manifestación a un suceso estresante y extremadamente penoso, y que este individuo lo vivencia de un modo profundo o también puede ser expuesto por alguien que conozca del hecho directamente (Beristain, et Al., 1999). El TEPT, como una prueba nosológica, es aún una polémica ya que algunos estudios se les dificulta su aplicación como en contextos culturales; pero, muchos estudios dentro la clínica se expresa el impacto que se tiene a corto y largo plazo, lo que es corroborado por la narración de variación neurobiológica (Pedersen, et Al., 2008).

a) Psicofísicos

Los síntomas psicofísicos asociados al presentarse el TEPT son:

La debilidad muscular, dolores de cabeza, náuseas, dolores de espalda, dolores musculares, dolores en las articulaciones, problemas en la manera de andar, pseudo-parálisis, nudo en la garganta, respiración corta, dolores en la pelvis, dolores abdominales, dismenorrea (menstruación dolorosa o difícil), parestesias (hormigueo, adormecimiento o calor que se experimenta en la piel), desvanecimiento, sensación de mareo, sarpullido, tos persistentes, temblores, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, síndrome de intestino irritable, problemas gastrointestinales (estreñimiento, diarrea), epilepsia idiopática, síndromes de dolor miofacial, dispepsia funcional, trastornos somatoformes, síndrome de hiperventilación, ritmo cardíaco rápido o irregular y dolor de pecho no cardíaco. (Jarero, 2011).

b) Psicológicos

Los efectos pueden estar ligados a una disminución en los procesos cognitivos como concentración, memoria, pensamiento, toma de decisiones, lo cual producirá reacciones emocionales de intensidad frente a la respuesta de ansiedad (miedo intenso, falta de control, preocupación, evitación de situaciones relacionadas al suceso, irritabilidad, cólera, tristeza, culpa, como otras emociones de carácter negativo; esto generará una activación fisiológica que estará acompañada con malestar psicológico, como la hipervigilancia frente al estrés, como sucesos que repetitivos frente al trauma, lo que causará agotamiento, emociones intensas, pensamiento irracional, acompañado de sesgos tanto atencional (la idea del suceso en todo momento) e interpretativo (los estímulos neutros se vuelven reactivos y se busca la evitación) que de una forma aumentará la respuesta ansiosa causando frustración, agotamiento, etc. (Dongil, 2008, citado por Acosta et al., 2010).

Los síntomas de trastorno de estrés postraumático incluyen flashbacks o pesadillas acerca de lo sucedido, hipervigilancia (sobresaltarse fácilmente),

aislamiento de los demás y evitación de situaciones que recuerden al evento traumático (Ibáñez F., 2017).

G. SINTOMATOLOGIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

Golding (1999) citado por Gonzales (2017), halló que un 31 al 84,4% de las mujeres víctimas al maltrato, siendo su prevalencia media ponderada del 63% con lo que estarían cumpliendo los criterios para el TEPT.

Echeburúa y Corral (1995) dentro de su estudio, encuentran que los síntomas más frecuentes eran: recuerdos intrusivos, malestar psicológico intenso a recordar el maltrato, pérdida de interés en actividades que antes eran significativas y sensación de futuro desolador. Esto estuvo presente en las mujeres (75%) que estaban desarrollando el TEPT. Entre el 50 y 75% de ellas presentaba malestar fisiológico intenso, evitación de pensamientos y sentimientos asociados al suceso, sensación de distanciamiento respecto a los demás, insomnio, irritabilidad, y dificultades de concentración.

Estos mismos resultados concuerdan con los de 100 mujeres víctimas de violencia doméstica, con frecuentes síntomas que fueron: recuerdos intrusivos sobre el maltrato, evitación de pensamientos, sentimientos acerca del maltrato y dificultad para conciliar y mantener el sueño (Alonso, 2007, citado por Gonzales el 2017).

A. Tipos de violencia doméstica como suceso traumático.

Nos menciona Alcanzar y Ocampo (2016) que la violencia doméstica, es la ejecución de ciertas acciones que van dañan a la otra persona mediante conductas ofensiva y coercitiva, con la constante de insultos, agresiones físicas, psicológicas y sexuales, como también el abuso económico con el fin de tener el control en la relación.

Dentro de la relación de pareja se describe los siguientes tipos de violencia (Organización Mundial de la Salud, y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres 2010; Sanmartín y otros 2010):

- Maltrato físico: tiene como fin provocar daño o lesiones físicas que el agresor lo realiza de forma consciente.
- Maltrato psicológico: son las acciones verbales o actitudinales con fin de provocar cierta inseguridad, con consecuencias y daños cognitivos, emocionales o conductuales.
- Abuso sexual: buscar dominar a la pareja para un contacto físico no deseado con el fin de obtener estimulación o gratificación sexual.
- Abuso económico: es la manipulación, uso ilegal o sin alguna autorización de los recursos económicos o bienes de una persona.

Rincón (2003) nos explica que el objetivo primordial de quien ejerce la violencia doméstica es obtener el “control” sobre las conductas de la víctima, se considera que estos tipos de violencia doméstica (física, sexual y psicológica) tienen una interrelación y es raro que se dé por separado (Dutton, 1993), es conveniente considerar de forma aislada la descripción precisa de las conductas a las que se alude al hablar de violencia doméstica:

Violencia física:

La violencia física, es la conducta que usa de manera intencional algún instrumento o táctica para afectar el cuerpo de otra persona con riesgo de provocar de manera intencional una lesión física, enfermedad, daño o dolor, con total voluntad propia de los resultados de que vaya a provocar dicha conducta (López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio y Sebastián, 1999a).

Es decir que toda conducta “activas”, como, abofetear, estrangular, golpear, empujar, escupir, dar puñetazos, arañar, patadas, el uso de objetos como armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión, etc., como conductas “pasivas”, como la privación médica para atender una enfermedad o lesión (lesiones producidas por la violencia), o la omisión intencionada de circunstancias de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del coche, escape de gas, etc.). Todo es evidencia de la violencia ejercida de

la pareja u persona sobre otra, con la finalidad de causarle un daño hasta irreversible.

Violencia Sexual

Se entiende por violencia sexual la manera de que una persona ejerce fuerza física para la intimidad sexual, como amenazas, coacción, estado de inconsciencia o indefensión, son todos los comportamientos de carácter sexual como la penetración vaginal o anal (Dutton, 1993; López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio y Sebastián, 1999a).

Aunque este tipo de violencia en realidad es un tipo de violencia física, se considera de forma diferente por los comportamientos ya que muchas veces las personas lo consideran como “deber” u “obligación” realizar estas conductas sexuales por la exigencia de su pareja.

Violencia psicológica

La violencia psicológica, abarca toda conducta contra la integridad emocional como la agresión, física o verbal, sea activa o pasiva con fin de intimidar, desvalorizar, provocar sentimientos de culpa o ansiedad. (López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio y Sebastián, 1999a).

Por lo particular la violencia psicológica es más compleja de identificar y evaluar (McAllister, 2000; Walker, 1979), y para que la gravedad pueda ser valorada, se le da importancia al impacto que la víctima ha sufrido bajo la frecuencia que, es otro factor que tomar en importancia. (Walker, 1979).

B. Prevalencia de la violencia doméstica

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2007), citado por Giraldo & Gonzales (2009), realizó una encuesta en el 2007 en viendo el panorama que se vive en Latinoamérica donde se indaga sobre las diferentes formas de agresión que se presentan en las casas y sobre los constructos sociales que respaldarían el maltrato familiar.

- El 24% de población afirma que si un hombre golpea a una mujer es porque ella dio motivos. El 29.8% de los hombres cree que golpear a las mujeres es

porque ellas lo provocaron; un 18.8% de mujeres está de acuerdo con esta postura.

- Un 10% considera preciso el uso de la agresión física para ganar respeto, y el 8,8% para culminar algún problema o discusión.
- El 14% de la población justifica alguna situación por la que un hombre abofetee a su esposa o compañera.
- El 24 % reconoce que los padres se agredían mutuamente de forma física.
- El 10% de la población en ambos sexos entre los 18 y 69 años expresan haber sido empujada o zarandeada.
- El 40% considera la agresión física como un asunto privado, y sólo el 9,2% está de acuerdo con que la agresión sea tipificada como delito cuando ésta ocurre fuera de casa.
- Las personas que no denuncian las agresiones, se indagaron sus principales razones que resumen como no necesario (28,7%); la agresión no fue lo suficientemente fuerte (21,3%); lo pueda resolver por sí misma (13,8%) es parte de la vida (10%); no quieren perjudicar al agresor (7,6%); por miedo a futuras agresiones (5,9%); porque la justicia no les hace caso (4,2%).

En el Perú los estudios realizados por Carmona (2017), explica que, en el grupo familiar compuesto, la principal protagonista es la mujer, por lo que un 74.1% viven y son víctimas de violencia familiar (Becerra, 2013) y a nivel nacional prevalece un 14.5% de violencia física (Blitchtein-Winicki & Reyes-Solari, 2012). Un estudio realizado en los departamentos del Perú nos explica que la violencia doméstica no son solo comentarios popularizados dentro de nuestra cultura sino hay valores reales que son representativos, cómo en la ciudad de Lima donde un 76.5% de mujeres explicaron que sufrieron violencia física y el 23.5% fueron de víctimas de violencia psicológica (Vaiz & Spanó, 2004, citado por Carmona, 2017)). Los departamentos con mayor prevalencia de violencia son Junín, Apurímac, Pasco, Tacna, Moquegua y Puno.

En Lambayeque existe un 60.5% de mujeres que explicaron que de alguna manera sufrió control dentro de la relación, encontrándose que un 78.9% eran mujeres separadas, divorciadas o viudas, seguido de un 64.5% que eran casadas y convivientes. Hay una considerable proporción de mujeres que manifiestas haber

sido víctimas de violencia sexual o física dentro de la relación de la pareja 36.3%. El instituto.

En la ciudad de Arequipa Muñoz del Carpio (2012) hace referencia a diferentes entidades, dando a conocer la realidad en Arequipa frente a la problemática de la violencia doméstica hacia la mujer como ENDES (2010) donde casi cuatro de cada cinco mujeres (38,8%) han sido alguna vez violentadas por sus parejas, un aproximado de ocho a más de cada diez resultaron con moretones y dolores (82% en el Perú y en Arequipa, 64.9%), cuatro de cada cinco con heridas o lesiones óseas, ruptura dentarias o quemaduras en el 20% del cuerpo por lo que necesitaron intervención del servicio de salud.

En el Centro de Emergencia Mujer en el 2009 se registró a nivel nacional 40.882 nuevos de los cuales 1.545 corresponder a Arequipa y el ministerio público de Arequipa en el 2009, su fiscalía en Arequipa registró 13.399 casos de denuncias por violencia contra la mujer, un número importante, asimismo, durante el primer trimestre del 2010 se registró 2.801 denuncias.

El feminicidio según el Observatorio del ministerio público en el 2010 se registró 130 casos entre feminicidios 125 y tentativa 5 a nivel nacional. En Arequipa se registraron 8 feminicidios lo que representa el 6.15%.

El Observatorio Nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar realiza diferentes análisis de instituciones en el 2017 dando a conocer estos diferentes resultados

Las valoraciones de ENDES, en la región de Arequipa, en el año 2012 se tuvo una prevalencia de 66.4% que subió hasta 82.6% en el año 2015 en cuanto a la violencia en la mujer.

En el 2016, a nivel nacional, la prevalencia de violencia familiar hacia la mujer fue de 68.2%, mientras que en Arequipa la prevalencia fue de 73.3%, una prevalencia superior a la nacional en 5.1%. El tipo de violencia más frecuente fue el psicológico (70.1%), seguido del físico (38.3%) y sexual (10.7%), según ENDES.

La ENDES 2017, indica que, del total de entrevistadas, el 61,5% sufrió violencia psicológica, el 30,6% sufrió violencia física y el 6,5% sufrió violencia sexual, por parte de su esposo o compañero, alguna vez en su vida.

Así también, el 55,5% de mujeres entrevistadas no buscó ayuda en alguna institución. Entre las razones expresadas por las mujeres víctimas de violencia física para no buscar ayuda, el 43,0% declaró que no era necesario, 16,0% sintió vergüenza, 12,7% dijo no saber a dónde ir/o no conoce servicios, 9,5% tuvo miedo a que le pegara de nuevo a ella o sus hijos, 6,4% expresó tener miedo de causarle un problema a la persona que le pegó y 3,3% dijo que de nada sirve.

Por todo lo anteriormente expuesto podemos explicar que el desarrollo del TEPT tiene como una de las causas primordiales, la exposición de la violencia doméstica sobre la mujer, ya que las víctimas viven dentro de esta dinámica muchos años considerándolo como algo habitual, que esos tipos de comportamientos o experiencias negativas que suscitaron en un momento no es más que una amarga experiencia que le toca enfrentarlo para continuar con la vida familiar o sobre sí misma, por lo que los síntomas que comienza a experimentar no le da una mayor relevancia tratando de suprimirlo por lo que a futuro se ve una desmejora psicológica, física y emocional que no le permitirá desarrollarse dentro del ámbito social, familiar y personal.

2. AUTOESTIMA

En nuestra actualidad la Autoestima es un término usado tanto por psicólogos y especialistas que trabajan con personas, como tema principal de valoración de uno mismo, de la propia personalidad, de las actitudes y habilidades que componen la identidad personal, ya que su importancia formara el desarrollo en la vida cotidiana para dar un valor personal sea positivo o negativo de sí mismo.

A. CONCEPTO DE LA AUTOESTIMA

Rosenberg (1965) definió la autoestima como la actitud positiva o negativa frente a una situación determinada en el medio en el que se desarrolla la persona.

Para Coopersmith (1967), la autoestima es la constante valoración que el individuo realiza para sí mismo, lo que terminara expresando con una actitud de aprobación o desaprobación e indicara la medida en que el individuo cree ser apto, importante, exitoso y apreciable.

Rogers (1967), establece que la autoestima esta agrupada por las percepciones que se refieren al mismo Yo, a las relaciones con los demás, con el medio y la vida en general, así como los valores que el sujeto le concede a las mismas.

Hertzog (1980) señala que la autoestima es un conjunto de experiencias que uno mismo haya tenido y lo que conlleva a una reflexión y autoevaluación.

Branden (1993) indica que la autoestima es la confianza y el respeto por sí mismo, reflejado en el juicio acerca de la habilidad que tenemos para hacer frente, y superar los desafíos de su vida para ser feliz y cumplir con nuestras necesidades e intereses como derecho.

Según Branden, Nathaniel, (1995), la autoestima es la capacidad de toma de decisiones y sentir la confianza en uno mismo para ser feliz y tener una vida plena.

B. COMPONENTES DE LA AUTOESTIMA

Según Cortés de Aragón (1999) citado por Reyes (2017) nos menciona; la autoestima cuenta con tres componentes básicos, que son las percepciones, sentimientos y comportamientos que están íntimamente relacionados.

a. Componente cognitivo

Es el conocimiento, la autoimagen, las percepciones, creencias e información que tenemos de nosotros mismos para poder autorregularse y auto dirigirse, sabiendo que puede ser útil, exitoso, en cuanto al conocimiento personal, es decir como pensamos, sin embargo, si la autoestima es baja seria todo lo contrario.

b. Componente emocional

Es un conjunto de sentimientos de aceptación, valoración y aprecio de lo favorable o desfavorable en uno mismo; es la gestión de sentimientos

asertivos y la muestra de autenticidad como fortaleza o limitaciones de la persona.

c. Componente conductual

Se refiere a nuestras acciones y comportamientos que tengamos en el entorno con la interacción con otras personas y lo que decidimos y hacemos para tomar decisiones y la demostración de compromiso, autonomía y forma acertada en la conducta cuando nos hacemos responsables del acto propio de una autoestima equilibrada.

Estos componentes están tan relacionados que no se puede concebir uno sin el otro.

C. NIVELES DE LA AUTOESTIMA

Según Rosenberg (1973) citado por Agustini (2017), la autoestima posee tres niveles:

a. Alta autoestima:

Donde la persona se conceptualiza como bueno y se acepta absolutamente.

b. Mediana autoestima:

La persona no se proyecta superior a otros, y tampoco se acepta a sí mismo absolutamente.

c. Baja autoestima:

La persona se considera inferior a los demás y se considera una persona despreciable.

Según Coopersmith (1976) la autoestima es la valoración u opinión que la persona tiene de sí mismo en aprobación o desaprobación de sus acciones, en la cual la persona se juzga como un ser capaz, significativo y exitoso. (Citado por Agustini, 2017).

a. Autoestima alta:

Las personas que poseen una autoestima alta son expresivas, asertivas, muestran seguridad en lo que desarrollen, por lo que confían en propias

concepciones, se sienten orgulloso de si, y tienen metas realistas esperando el éxito.

b. Autoestima promedio:

Las personas con una mediana autoestima están pendientes de la aceptación social, en cuanto sus competencias y expectativas, son más moderadas e igualmente tienen alto número de concepciones positivas de sí mismo.

c. Autoestima baja:

Las personas con baja autoestima muestran una actitud negativa de sí mismo, su concepción es débil para afrontar sus propias deficiencias, suelen provocar molestia en los demás por su actitud negativa y su falta de expresión y defensa, son desanimadas, deprimidas, aisladas, con un auto concepto pobre de sí mismo.

D. DIMENSIONES DE LA AUTOESTIMA

Rosenberg (1965), citado por Góngora (2007), sostiene que la autoestima puede dimensionarse en autoestima positiva como autoestima negativa y su determinante son los factores sociales y culturales que arraigaran en la actitud de la persona por sus valores y discrepancias que tenga dentro de su entorno.

Coopersmith (1976), citado por Agustini (2017), señala que la autoestima posee cuatro dimensiones que se caracterizan por su amplitud y radio de acción, logrando identificar las siguientes:

a. Autoestima en el área personal: Es la evaluación o juicio personal física hacia sí mismo en cuanto a su imagen y cualidades personales, como su capacidad, productividad, importancia.

b. Autoestima en el área académica: Es la evaluación del desempeño y la actitud hacia sí mismo, en cuanto a sus capacidades en el ámbito de aprendizaje, como su productividad. Que el individuo hace y con frecuencia sostiene sobre sí mismo.

- c. Autoestima en el área familiar:** Consiste en la evaluación respecto a su interacción con su familia y sus miembros, y su capacidad productiva, la importancia y dignidad que tiene dentro del grupo familiar.
- d. Autoestima en el área social:** Es el juicio de valor personal que realiza en cuanto a la relación de su capacidad de interaccionar socialmente y la valoración que la persona realizara frente a las actitudes que están asumidas para el mismo.

Es decir que la persona suele realizar constantemente estimaciones de las interacciones del entorno en la que se desenvuelve y de sí mismo, para asumir a posterioridad una actitud favorable o desfavorable por el grado de satisfacción y experiencia que alcance en las dimensiones ya mencionadas anteriormente.

E. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA

Branden (1995), citado por Válek (2007), establece las principales características de las personas con autoestima:

a. Racionalidad

Es el significado y comprensión que tenga la consciencia en cuanto a las acciones que crea frente a una experiencia, mas no por reglas ya impuestas ya que su ley de la no contradicción es: nada puede ser verdadero o falso al mismo tiempo.

b. Realismo

Es dar un significado real de lo irreal en cuanto a capacidades, como la infravaloración de las personas con baja autoestima y la valoración de habilidades de forma realista de aquellas que tienen una autoestima favorable.

c. Intuición

Son las inesperadas reacciones o toma de decisiones que está regido por el subconsciente que de forma intuitiva lo integra, ya que de forma convencional demoraría en producir una reacción frente a una situación.

d. Creatividad

Las personas con una autoestima desarrollada son más autosuficientes, con rápido aprendizaje y se inspira en los demás, como también aprecia sus propios pensamientos y sus intuiciones, todo lo contrario, en una persona con baja autoestima.

e. Independencia

Las personas con una autoestima saludable, práctica la responsabilidad de su propia existencia, el cumplimiento de sus objetivos y la búsqueda de la felicidad.

f. Flexibilidad

Es la capacidad de respuesta frente a los cambios sin que altere de alguna forma las acciones del pasado. La persona que confía en sí misma siempre está abierta a considerar los nuevos acontecimientos que está sobrellevando en su vida a comparación de una persona rígida en mente que no le cuesta reaccionar a los cambios y a lo desconocido para hacerle frente.

g. Capacidad para afrontar los cambios

Existe una similitud con lo anterior ya expuesto, la autoestima con esta capacidad busca sobrellevar la realidad y la reacción en el momento preciso ya que demostrara una buena orientación hacia la realidad, sin retrasar la capacidad de reacción.

h. Deseo de admitir (y corregir) los errores

Cuando la confianza está ligado al respeto a la realidad, el rectificar un error será un efecto natural, porque respetará que las acciones superiores tienes mayor valor frente a una actitud a las creencias o la verdad en cuanto a la razón.

i. Benevolencia y cooperación

Se debería cultivar desde la infancia ya que un niño tratado con respeto proyectará a futuro ese respeto y lo exteriorizara hacia otros seres vivos, esto debería surgir de manera natural, ya que no estamos en una lucha de mantenernos a salvo o protegidos contantemente.

Como se puede apreciar, la autoestima es un conjunto de características personales que está influenciada por las personas que están presentes en

nuestra vida de forma importante y significativa, ya que de manera subconsciente nos atribuiremos sus comportamientos como modelos a seguir para evidenciarlo luego a un futuro.

j. Sentimientos que marcan la autoestima

Es evidente que la autoestima es importante en el individuo para su crecimiento tanto en lo personal y social. Tal como lo explica Cortés de Aragón (1999), para promover la autoestima se debe de estar preparado para manejar estos sentimientos:

- El sentimiento de inferioridad, llamado también incompetencia es la apreciación personal de menosprecio frente a los demás, por lo que a futuro surgirá sucesos frustrantes y metas incumplidas.
- Sentimiento de culpabilidad, este es el sentimiento más autodestructivo ya que no ayuda a la persona a autorregular su conducta o sentimientos, esto es originado por experiencias personales significativas que no fueron reforzadas o explicadas de forma asertiva.
- Sentimiento de miedo, ansiedad, angustia y estrés son estados emocionales que estarán relacionado o acompañados de manifestaciones fisiológicas, esto puede ayudar a una persona frente a una circunstancia de miedo o peligro, pero varias personas sufren estos sentimientos sin un hecho o causa por lo que están en constante tensión que perjudicaría en su vida diaria y como consecuencia inseguridad en sí mismo.

F. ELEMENTOS QUE CONFORMAN LA AUTOESTIMA

Los elementos como la autoimagen, autovaloración y autoconfianza se consideran claves para entender el proceso de la autoestima:

a. Autoimagen.

Es la autoconcepción real que la persona tiene de sí misma, no verse mejor o peor de lo que es sino la capacidad de verse con conciencia de deseos, metas, sentimientos, fortalezas y debilidades, etc., para tener una

imagen existente de sí mismo, ya que una autoimagen inadecuada es la falta de conocimiento como persona, creando falsos sentimientos de superioridad o inferioridad y desconocimiento total de lo que realmente tiene como potencial.

b. Autovaloración.

La autovaloración es la apreciación de uno mismo en forma real, mostrando con acciones de apreciarse como una persona importante para sí y las capacidades para hacer frente a la competitividad. Pero cuando la autoimagen está dañada hay una incapacidad para quererse y la desvalorización de sí mismo

c. Autoconfianza.

La autoconfianza radica en considerar la capacidad de realizar diferentes acciones o cosas de modo correcto, dando a la persona la seguridad y el sentimiento de tranquilidad al enfrentar nuevos retos y trabajar bajo presión, creando cierta independencia por la experiencia adquirida.

G. AUTOESTIMA Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia doméstica ejercida hacia la mujer suele ser un fenómeno complejo, que habitualmente inicia de modo sutil o engañoso, por lo que es difícil reconocerlo en un comienzo inclusive por la mujer. Al comienzo los malos tratos suelen ser las primeras formas de manifestación, con actitudes dominantes impuestas por los hombres violentos e idealizados culturalmente por la fantasía femenina como expresión del sentimiento amoroso (De la Peña, 2011). Gradualmente estas expresiones violentas se van incrementando en intensidad y frecuencia, marcando así sobre sus sentimientos, sus emociones, sus relaciones afectuosas, familiares y sociales, sobre su sexualidad y sobre su cuerpo.

Aunque la violencia familiar llega agobiar y aquejar a todos los miembros del hogar, la forma de cómo lo tolera la víctima es diferente ya que las consecuencias afectan en su forma de desenvolverse como lo menciona Gonzales (2017):

a. Individual.

Guilles (2004), citado por Gonzales (2017) afirma que la Violencia familiar genera marcas emocionales: ansiedad, miedo al entorno, temor a relacionarse con los demás, inseguridad, desconfianza, tristeza constante, entre otras patologías; y, se sabe que la exposición prolongada a la violencia ya sea como testigos o como víctimas, producen alteraciones cognitivas, afectivas y/o comportamentales, que causan enfermedades, lesiones familiares y problemas sociales.

b. Social.

La Violencia doméstica perturba la concepción del entorno social y seguridad que tenemos de la vida cotidiana, la del entorno y la protección que ofrecen las instituciones.

Los miembros que pertenecen también dentro la familia muchas veces transmiten de generación en generación las experiencias vividas en las que fueron testigos, además de desencadenar posiblemente conductas de riesgo como el abuso de sustancias adictivas, conductas agresivas, problemas para relacionarse efectivamente. (Guilles, 2004, citado por Gonzales, 2017).

Por lo que podemos comprender que estas conductas al estar asociadas a nuestro desarrollo como persona, muchas veces por la vivencia negativa, toda la percepción que tenemos sobre la vida y sobre nosotros comienza a variar a nuestro alrededor por lo que se presentaría una inhibición de la expresión de los sentimientos por el terror o miedo ya que existirá la creencia de culpa de estos fracasos sociales, experimentando la frustración por lo que abandonara todo tipo de vínculo que halla con su alrededor y esto muchas veces será transmitido a la generación que está cerca de ella.

c. Salud Física.

Si bien la violencia doméstica puede tener efectos inmediatos en la salud, esto incrementara el riesgo en las víctimas de sufrir enfermedades físicas como psicológicas en el futuro.

Según el Informe Mundial de Violencia y Salud- IMVS (2013), entre el 40% y el 72% de las mujeres que han experimentado violencia física, por parte de sus parejas, resultan lesionadas en algún momento de su vida.

d. Salud mental y alteraciones psicológicas.

La vivencia de Violencia Doméstica causa distintas consecuencias psicológicas en sus víctimas según Lorente (2001); se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves.

Los síntomas que se dan con mayor frecuencia son: a) ansiedad; b) tristeza, c) pérdida de autoestima, d) labilidad emocional, e) inapetencia sexual, f) fatiga permanente g) e insomnio (Amor, 2002, citado por Gonzales, 2017).

Según Villavicencio (1999) citado por Gonzales (2017), los principales trastornos psicológicos son: Depresión y el Trastorno de Estrés Postraumático - TEPT, sin embargo, refiere que las víctimas de maltrato doméstico desarrollan también otros problemas psicopatológicos: trastornos de Ansiedad, estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y drogodependencias.

Por lo que podemos comprender por lo expuesto es que la autoestima ira variando y manifestándose en la expresiones emocionales y comportamentales a su alrededor de la víctima, la falta de libertad de expresión será una de las causas por ver quebrantado su derecho a la vida, la libertad de integridad personal, el desarrollo de su personalidad por la vivencia de malos tratos y humillaciones lo que estaría constituyendo un problema de salud pública que aflige a la sociedad en su conjunto y retrasa el desarrollo integral del país, de nuestra sociedad y comunidad, esto sin tomar las consecuencias de salud mental de los allegados que viven cerca de la víctima que está en constante volubilidad en su visión de sí mismo, de sus capacidades y cambios constantes de sentimientos como emociones, harán repercusión en su propio futuro.

CAPÍTULO III

MARCO OPERATIVO

1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

A. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se utilizó un enfoque cuantitativo tipo descriptiva (Hernández, 2010), ya que se describió la sintomatología en el estrés postraumático y la relación con la autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa.

B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Su diseño es no experimental, transversal y correlacional; no experimental porque la investigación se realizó sin la manipulación de las dos variables de estudio, transversal por su propósito de describir, analizar su incidencia e interrelación de la Sintomatología de estrés postraumático y autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica, es solo en un momento determinado. Y correlacional, porque se pretende describir la relación entre sintomatología de estrés postraumático y autoestima, observando cuán vinculadas están ambas variables (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

2. MUESTRA Y POBLACIÓN

La muestra es de tipo intencional no probabilística, ya que la elección de los elementos que la conforman no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación. Nuestra población está dentro de la muestra, y está conformada por 40 mujeres adultas entre las edades comprendidas entre los 24 a 55 años, siendo 15 mujeres pertenecientes a Aldeas Infantiles Arequipa y 25 mujeres referidas del Poder judicial, víctimas de violencia doméstica. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

La muestra fue elegida de acuerdo a los siguientes criterios

A. Criterios de inclusión

- a. Mujeres víctimas de violencia doméstica de tipo físico, psicológico o sexual.
- b. Mujeres que hayan contestado la Escala de Gravedad de Estrés Postraumático y Autoestima de Rosenberg.
- c. Mujeres que tengan por lo menos un hijo entre los 6 a 12 años.
- d. Mujeres que accedan participar de manera voluntaria.
- e. Las mujeres con habilidades básicas de lecto-escritura y no demostrar alguna discapacidad mental significativa.

B. Criterios de exclusión

- a. Mujeres que no hayan sufrido violencia sexual, psicológica o física que no hayan ocurrido dentro del vínculo familiar.
- b. Mujeres que hayan sufrido accidentes de tránsito, secuestros por terceras personas, terrorismo y tiroteos.
- c. Que no tengan por lo menos un hijo con edad entre los 6 y 12 años.
- d. Derivadas de otras instituciones encargadas de esta problemática social.
- e. Que no hayan completado los cuestionarios aplicados.
- f. Haber respondido solo un cuestionario.

- g. Las mujeres sin habilidades básicas de lecto-escritura y con alguna discapacidad mental significativa.

3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

A. ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EGS-TEPT)

Nombre original	: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-TEPT)
Autores	: Echeberúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. Y Sarasua, B. (1997)
Año	: 1997
Procedencia	: España
Tiempo de aplicación	: 10-15 minutos.
Tipo de instrumento	: Entrevista estructurada.
Objetivos	: Facilitar el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático desde una perspectiva categorial y medir la severidad al cuantificar cada síntoma según su frecuencia e intensidad.
Ámbito de aplicación:	Personas con posible trastorno de estrés postraumático.
Descripción de la prueba	: Está estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas y consta de 3 subescalas: reexperimentación, evitación y activación; además cuenta con una subescala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso.

Número de ítems : 17 (+13 de la subescala complementaria) que son: Suceso traumático, 5 en la escala de Reexperimentación, 7 en la escalas de evitación, 5 en la escalas de aumento de la activación y 13 de la escala complementaria.

Corrección e interpretación: Se suman las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas (reexperimentación 0-15, evitación 0-21 y aumento de la activación 0-15), teniendo como rango total 0-51. Se suma también la puntuación total obtenida en la escala complementaria con un rango 0-39. Se evalúa la presencia del trastorno de estrés postraumático con 1 síntoma de reexperimentación, 3 de evitación y 2 en el aumento de la activación y la gravedad del mismo (agudo, crónico o inicio demorado). Se evalúa la gravedad del trastorno mediante puntos de corte en la escala global (15) y en las subescalas (5, 6 y 4 respectivamente) (Echeburúa et al., 1997).

Normas de aplicación : El evaluador debe leer las preguntas al paciente, y en función de sus respuestas, puntuar de 0 a 3 (nada, una vez por semana o menos/poco, de 2 a 4 veces por semana/bastante o 5 o más veces por semana/mucho respectivamente) según la frecuencia e intensidad del síntoma.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Su índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0.92. Fiabilidad test-retest (a las 4 semanas): 0.89. Del mismo estudio, (Echeburúa et al., 1997). En el presente estudio, se obtuvo una consistencia de -0.409 para la prueba en general, y de -0.424 para las dimensiones de reexperimentación, -0.438 para evitación y -0.281 en Activación.

Validez: La validez se ha procedido a definir por medio de la determinación del grado en que los ítems de este cuestionario cubran los criterios de diagnóstico del DSM-IV. El sistema politético de la clasificación del DSM- IV reconoce variantes de síntomas dentro de un mismo trastorno, desde esta perspectiva, la validez del contenido de esta escala, que abarca el 100% del contenido de los criterios de diagnóstico del DSM-IV, puede considerarse totalmente satisfactoria (Echeburúa et al., 1997).

Validez y confiabilidad de la Escala de Gravedad de síntomas de estrés

Postraumático en el Perú:

El estudio realizado por Huerta (2014), de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, realizó la validación y confiabilidad del instrumento EGS-TEPT con una muestra total de 256 participantes en la ciudad de Lima metropolitana. El rango de edad estuvo comprendido entre 16 y 65 años.

En primer lugar, para la validez se realizó el método de consistencia interna para lo cual se ha correlacionado cada subtest con los criterios del DSM-IV, utilizando el coeficiente de Correlación Rho de Spearman, encontrando que cada una de las subescalas, presentan correlaciones significativas, inter subescalar y subescala, test total, indicando que las mencionadas subescalas están asociadas y miden un mismo factor.

La confiabilidad se realizó utilizando el procedimiento alfa de Cronbach, para cada subescala y luego para el test total, encontrando 0.804 para reexperimentación, 0.79 para evitación, 0.77 para hiperactivación y, para la escala global 0.899. Por lo que podemos afirmar que la escala es confiable, los niveles obtenidos son similares a los de sus autores (Echeburúa et al., 1997b).

B. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EA-ROSENBERG)

Nombre original	: Rosenberg Self-Steem Scale (Rosenberg S-S)
Autores	: Rosenberg
Año	: 1965
Tipo de instrumento	: Escala.
Objetivos	: Evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tienen consigo misma. La autoestima refleja la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal.
Población	: adolescentes, adultos, personas mayores.
Número de ítems	: 10
Tiempo de administración	: 5 minutos.
Normas de aplicación	: La persona evaluada responde los 10 ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos (de Muy de acuerdo con Muy en desacuerdo).
Descripción	: La escala consta de 10 ítems, 5 planteados en forma positiva y 5 en forma negativa (para controlar la aquiescencia y la tendencia a responder afirmativamente).
Corrección e interpretación:	La puntuación se obtiene sumando la puntuación directa de los ítems 2, 5, 8, 9, 10 y la puntuación invertida de los ítems 1, 3, 4, 6, 7. La puntuación final oscila entre 10 y 40. Las puntuaciones mayores son indicadoras de una autoestima más alta.

Validez y confiabilidad de la Escala de Autoestima individual de Rosenberg en el Perú (ANEXO 3):

El estudio realizado por Castañeda (2013), realizó la validación y confiabilidad del instrumento RSES con una muestra total de 355 participantes, 204 son hombres (57,5%) y 151 mujeres (42,5%) en la ciudad de Lima metropolitana. El rango de edad estuvo comprendido entre 14 y 17 años con una edad promedio de 15,63. En primer lugar, se estimó la consistencia interna del instrumento mediante la obtención del índice alfa de Cronbach (0.80), constatándose así la confiabilidad respetable del mismo. Seguidamente, se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para la distribución con ambos sexos ($0.014 < 0.05$), para la distribución con el sexo femenino ($0.192 > 0.05$) y para la distribución con el sexo masculino ($0.098 > 0.05$) para determinar la distribución de los datos obtenidos, verificándose la normalidad de la puntuación de la variable, medida que determina que en su estudio hay simetría, asumiendo entonces distribuciones normales para los constructos evaluados se emplearon pruebas paramétricas y correlaciones de Pearson para el ítem-total entre 0.33 y 0.59, a excepción del ítem 8, el cual mostró una discriminación ítem-total de 0.17.

Baremos de la escala de autoestima individual de Rosenberg

A través de la baremación se facilitará el significado e interpretación de las puntuaciones, que permiten convertir la apreciación de cada una de las categorías o escalas, y tipificarla como autoestima positiva o negativa de acuerdo al puntaje ya sea escala baja, media o elevada.

Puntaje (Baremos)			
AUTOESTIMA	Baja	Media	Elevada
Autoestima Positivo	≤ 10	11 - 15	16 - 20
Autoestima Negativo	≤ 10	11 - 15	16 - 20
Autoestima Global (punto de corte)	≤ 25	26 - 29	30 - 40

Nota. Recuperado de “Análisis de la Identidad Nacional y Autoestima en Docentes de Primaria de las Instituciones Educativas del Distrito de Iberia, de la Provincia fronteriza de Tahuamanu, Región Madre de Dios”, de Agustini Lainez, E., 2017, *Universidad Inca Garcilaso De La Vega*, p. 119.

Significado de los puntajes por escalas

- 30-40 puntos. - Autoestima Elevada, considerados como un nivel de autoestima normal.
- 26-29 puntos. - Autoestima Media, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima graves, sin embargo, sería conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos. - Autoestima Baja, en este rango existen problemas de autoestima significativos.

Interpretando las escalas en sus manifestaciones psicológicas

Agustini (2017) nos menciona que Rosenberg (1973) (citado por Fritz y col., 1999) considera que para la interpretación de la Autoestima que posee niveles o escalas que coinciden con el Inventario de Autoestima de Coopersmith (traducido por Panizo M. 1985), estas están caracterizados de la siguiente manera:

- a. **Nivel Alto: o elevada** Indican valoración de sí mismo y mayores aspiraciones, estabilidad, confianza, buenos atributos personales. Mayores dotes y habilidades en las relaciones con amigos y colaboradores. Buenas cualidades y habilidades en las relaciones íntimas con la familia, se siente más considerado y respetado, poseen mayor independencia. Son personas expresivas, asertivas, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, consideran su trabajo de alta calidad y mantienen altas expectativas con respecto a trabajos futuros, manejan la creatividad, se auto respetan y sienten orgullo de sí mismos, caminan hacia metas realistas.
- b. **Nivel Medio:** Revela la posibilidad de mantener una autovaloración de sí mismo muy alta, pero en una situación dada. Tiene buena probabilidad de lograr una adaptación normal en las relaciones sociales y familiares. Son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tienen alto número de afirmaciones positivas, siendo más moderadas en sus expectativas y competencias que las anteriores.

c. **Nivel Bajo:** Reflejan sentimientos adversos hacia sí mismos, actitud desfavorable, se comparan y no se sienten importantes, inestabilidad y contradicciones. Experimenta dificultades para reconocer acercamientos afectuosos o de aceptación. Reflejan cualidades y habilidades negativas hacia las relaciones íntimas con la familia. Son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para vencer sus deficiencias, tienen miedo de provocar enfado de los demás, su actitud hacia sí mismo es negativa, carecen de herramientas internas para tolerar situaciones y ansiedades.

4. PROCEDIMIENTO:

Una vez delimitado el tema para investigar, se procedió a la elaboración del proyecto de investigación, luego se presentó a Dirección de la Escuela Profesional de Psicología para su aceptación.

Siendo las bachilleres de esta investigación, tesistas de un proyecto en curso financiado por UNSA Investiga, se procedió a solicitar el permiso correspondiente para poder trabajar con las mujeres caracterizadas en los criterios de inclusión de la muestra. Una vez aceptado el permiso, se procedió a coordinar los horarios siendo estos de lunes a viernes de 8 a 12 de medio día en los que se procedió a la aplicación de los instrumentos seleccionados. Una vez aplicado el material se realizó la calificación y corrección para el respectivo procesamiento de datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1. Análisis e interpretación de datos

En este capítulo presentamos el análisis estadístico descriptivo y la interpretación de los resultados obtenidos mediante tablas estadísticas correspondientes. Se realizó el análisis de los resultados considerando los objetivos, para luego en forma descriptiva correlacional, producto del momento de Spearman, para las variables de sintomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima. Cabe mencionar que en esta investigación se utilizó un nivel de significancia de 0.05% y los datos fueron procesados con el paquete de software estadístico SPSS versión 25.

Tabla 1: Edad

	N	%
de 24 a 29 años	13	32,5
de 30 a 34 años	10	25,0
de 35 a 39 años	6	15,0
de 40 a 44 años	8	20,0
de 45 a 55 años	2	5,0
No especifico	1	2,5
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia (2018) para presentación del trabajo de Investigación.

En la tabla 1, se puede apreciar que las edades de las participantes fluctúan entre los 24 años a 55 años; se encontró que un 32.5% tiene una edad entre 24 a 29 años; seguidamente un 25% están comprendidas entre 30 a 34 años; el 15% sus edades están dentro los 35 a 39 años, como un 20% sus edades son de 40 a 44 años y un 5% sus edades comprenden entre 45 a 55 años.

Tabla 2: Frecuencia del tipo de Violencia Doméstica

		N	%
Tipo de Violencia Doméstica	Física (F)	4	10,0
	Psicológica (Ps)	11	27,5
	Física y psicológica (F+Ps)	22	55,0
	Física, sexual y psicológica (F+S+Ps)	3	7,5
Total de Violencia combinada	(F+Ps) + (F+S+Ps)	25	62,5
Total de Violencia aislada	(F)+(Ps)	15	37,5

Fuente: Elaboración propia (2018) para presentación del trabajo de Investigación.

En la tabla 2, el 37.5% presenta violencia aislada, donde el 10% corresponde a violencia física y el 27.5% a violencia Psicológica. Un 62.5% manifestó Violencia combinada, predominando la violencia física y psicológica con un 55% seguida de un 7.5% de violencia física, sexual y psicológica.

Tabla 3: Duración de la Violencia Doméstica

	Media	Desv .Estándar
Duración de violencia en años	6.8	4.86
	N	%
Menor a 1 año	6	15,0
2- 4 años	7	17,5
5-9 años	19	47,5
10-14 años	4	10,0
15-20 años	4	10,0

Fuente: Elaboración propia (2018) para presentación del trabajo de Investigación.

En cuanto a la duración de la violencia doméstica, la media es de 6.8 años con una desviación estándar de 4.86, esto debido a la larga duración entre las frecuencias; como se evidencia, un 15% vivenció la violencia en menos de un año, un 17.5% experimentó la violencia entre 2 a 4 años, el 47.5% padeció la violencia entre 5 a 9 años y un 10% sufrió la violencia entre 10 a 14 años y 15 a 20 años respectivamente.

Tabla 4: Medias de Sintomatología de estrés postraumático y Autoestima

	Media	Desv. Desviación
Autoestima	27,00	4,53
Total SGE	26,95	9,55
Escala de Reexperimentación	8,30	3,70
Escala de Evitación	10,25	4,31
Escala de Activación	8,40	3,47

Fuente: Elaboración propia (2018) para presentación del trabajo de Investigación.

En relación a la escala de Autoestima, la media se encontró en 27.0 con una desviación estándar de 4.53, las respuestas se califican entre 0 y 51 puntos siendo el punto de corte 15 en la escala.

La escala general de sintomatología de estrés postraumático, la media se encontró en 26.95, con una desviación estándar de 9.55.

En cuanto a la escala de reexperimentación, la media se encontró en 8.30, con una desviación estándar de 3.70; las respuestas se aprecian entre 0 y 15 puntos siendo el punto de corte 5 en la escala.

Respecto a la escala de evitación la media se encontró entre 10.25, con una desviación estándar de 4.31; las respuestas marcan entre 0 y 21 puntos, el punto de corte es 6 dentro de la escala.

Así mismo, para la escala de activación con una media de 8.40 respectivamente, con una desviación estándar de 3.47; las respuestas marcan entre 0 y 15 puntos y el punto de corte 4 que se encuentra dentro de la valoración de la escala.

Tabla 5: Frecuencia de la Sintomatología de estrés postraumático

	N	%
No presenta	3	7,5
Presenta	37	92,5
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia (2018) para presentación del trabajo de Investigación.

En la tabla 5, un 92.5% se concentran las mujeres que presentan sintomatología de estrés postraumático, sin embargo, existe un 7.5% poco significativo que no presentan sintomatología de estrés postraumático.

Tabla 6: Frecuencia del porcentaje del TEPT

	%				Presencia del síntoma
MEDIDA DE SINTOMAS	Nada	Poco	Bastante	Mucho	
Subescala: Reexperimentación					
Recuerdos Intrusivos	12,5	17,5	30,0	40,0	70,0
Sueños Intrusivos	42,5	20,0	22,5	15,0	37,5
Flashbacks	12,5	32,5	32,5	22,5	55,0
Malestar Psicológico	17,5	15,0	42,5	25,0	67,5
Malestar Fisiológico	5,0	17,5	60,0	17,5	77,5
Subescala: Evitación					
De pensamiento, sentimientos, etc.	10,0	20,0	47,5	22,5	70,0
De actividades, lugares, etc.	35,0	12,5	25,0	27,5	52,5
Amnesia	35,0	35,0	25,0	5,0	30,0
Perdida de interés en actividades significativas	32,5	15,0	27,5	25,0	52,5
Sensación desapego o enajenación	35,0	32,5	25,0	7,5	32,5
Restricción de la vida afectiva	22,5	25,0	17,5	35,0	52,5
Sensación de futuro desolador	25,0	17,5	32,5	25,0	57,5
Subescala: Activación					
Insomnio	22,5	22,5	22,5	32,5	55,0
Irritabilidad	17,5	22,5	27,5	32,5	59,0
Dificultad de concentración	20,0	17,5	40,0	22,5	62,5
Hipervigilancia	20,0	27,5	40,0	12,5	52,5
Respuesta de sobresalto	15,0	20,0	37,5	27,5	65,0

* Se requiere puntuar *bastante* o *mucho* para ser considerado síntoma (Echeburúa et al., 1997b).

Fuente: Elaboración propia (2018) para presentación del trabajo de Investigación.

Al dar un análisis de la mayor frecuencia de síntomas de TEPT, constatamos que los valores de las medias son mayores de los puntos de corte (Tabla.4). Dentro de la mayor prevalencia en general, de cada sintomatología, se encuentra, la subescala de reexperimentación con los recuerdos intrusivos del trauma (70%) el malestar fisiológico (77.5%), malestar psicológico (67.5%) y los flashbacks (55%) y en una menor presencia los sueños intrusivos (37.5%) en el orden respectivo. En la subescala de evitación hay una mayor presencia de síntomas en pensamientos,

sentimientos, etc. (70%), sensación de futuro desolador (57.5%), evitación de actividades, lugares, etc., y pérdida de interés en actividades significativas, restricción de la vida afectiva presentan un 52.5% respectivamente y en una menor presencia de síntoma encontramos la sensación de desapego o enajenación con un 32.5% y amnesia con 30%. En la subescala de activación las participantes puntuaron en la presencia de síntoma en respuesta de sobresalto (65%), dificultad de concentración (62.5%), irritabilidad (59%), insomnio (55%) e hipervigilancia (52.5) en ese orden.

Tabla 7: Nivel de autoestima en mujeres víctimas de violencia Doméstica

	N	%
Autoestima baja	19	47,5
Autoestima media	9	22,5
Autoestima Alta	12	30,0
Total	40	100,0

Fuente: Elaboración propia (2018) para presentación del trabajo de Investigación.

En la tabla 7 observamos que, de las 40 evaluadas mayormente presentan una baja autoestima (47.5%) es decir la persona se considera inferior a los demás con una actitud negativa de sí mismo y se considera una persona despreciable tanto social como de forma personal, mientras que un 22.5% tienen autoestima media y un 30% presentan autoestima alta.

Tabla 8: Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk

	Shapiro-Wilk	
	W	P
Autoestima	,926	,012
Total SGE	,993	,996
Escala de Reexperimentación	,977	,567
Escala de Evitación	,978	,622
Escala de Activación	,977	,575

Fuente: Elaboración propia (2018) para presentación del trabajo de Investigación.

De acuerdo a la prueba Shapiro-Wilk, se puede ver que en la presenta tabla la única variable que no posee una distribución normal es la escala de Autoestima ($W=0.926$, $p=0.012$), mientras que la Escala SGE, y sus escalas de reexperimentación, evitación y activación poseen una distribución normal ($W=0.993$, $p=0.996$, para escala, SGE ; $W=0.977$, $p=0.567$; para escala de reexperimentación, $W=0.978$, $p=.0.622$ para la escala de evitación y $W=0.977$, $p=0.558$ para la escala de activación). Existe suficiente evidencia estadística para decir que los datos a comparar de las muestras, autoestima se distribuye de manera no normal, por lo tanto, se puede asumir que no se cumple el supuesto de normalidad y se puede proceder a analizar los datos con estadística no paramétrica.

Tabla 9: Correlación de Spearman entre sintomatología del estrés postraumático y autoestima

	Escala de Autoestima	Total SGE	Reexperimentación	Evitación	Activación
Escala de Autoestima	-	-,404**	-,429**	-,433**	-,268
Total SGE		-	,864**	,852**	,715**
Reexperimentación			-	,666**	,505**
Evitación				-	,363*
Activación					-
*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001					

Fuente: Elaboración propia (2018) para presentación del trabajo de Investigación.

En la tabla 9 se encontró una relación inversa, significativa y moderada entre autoestima y sintomatología del estrés postraumático ($Rho = -0.404$, $p = 0.010$). Entre autoestima y la escala de reexperimentación se mostró una relación inversa, moderada y significativa entre las variables ($Rho = -0.429$, $p = .006$). La relación inversa entre autoestima y escala de evitación se mostró moderada y significativa ($Rho = -0.433$, $p = 0.005$). Entre la autoestima y la escala de activación mostró una relación inversa, débil y no significativa ($Rho = -0.268$, $p = 0.094$).

Así mismo, se encontró una relación directa, significativa y muy fuerte entre sintomatología de estrés postraumático y las escalas de reexperimentación ($Rho = 0.864$, $p = 0.000$) y la escala de evitación ($Rho = 0.852$, $p = 0.000$). Entre

sintomatología de estrés postraumático y la escala de activación mostró una relación significativa y fuerte ($Rho=0.715$ $p=0.000$). La relación entre la escala de reexperimentación y evitación se encontró que es directa, significativa y moderada ($Rho= 0.666$ $p=0.000$). La relación entre la escala reexperimentación y la escala de activación se muestra directa, significativa y fuerte ($Rho=0.505$ $p=0.000$). Finalmente, la relación entre la escala Evitación y la escala de Activación se mostró significativa y moderada ($Rho=0.363$, $p=0.021$).

Esta correlación nos permite explicar que a mayor sintomatología del trastorno de estrés postraumático habrá menor autoestima.

DISCUSIÓN

En esta investigación hemos examinado la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y la relación con la autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica, mediante el análisis de resultados por la teoría y las investigaciones previas.

Los resultados de esta investigación corroboran que la violencia doméstica más predominante es la de tipo combinada (violencia física y psicológica) y la existencia de violencia físico, sexual y psicológica; estos resultados se asemejan al estudio realizado en Arequipa, de Coila, (2014) donde evaluó a mujeres que sufrieron violencia doméstica dentro de la institución del CEM (Centro de Emergencia Mujer), lo que nos hace pensar que puede haber una normalización respecto a lo que es violencia sexual como lo explica Rincón (2013) “muchas personas consideran que es un “deber” u “obligación” realizar conductas sexuales en una relación de pareja, por lo que es poco frecuente que las víctimas estimen que han padecido maltrato sexual, incluso cuando han sido violentamente exigidas por parte de su pareja”.

Respecto a nuestra investigación y relación moderada entre TEPT y autoestima, el valor de la media en autoestima alcanzó un 27.00 con una desviación estándar de 4.52 usando el corte del instrumento evaluado (29), que nos lleva a una autoestima media con posibilidad de mantener una autovaloración de sí mismo muy alta, con una adaptación normal en las relaciones sociales y familiares, ser expresivas, pero todo ello dependiendo mucho de la situación, ya que dependen de la aceptación social. Nuestros resultados se confirman con la investigación de Fernández (2014) quien nos ayuda a comprender que los resultados varían de acuerdo a la recuperación de los niveles de adaptación y cogniciones postraumáticas a futuro, son en una forma más lenta que la de los síntomas clínicos propios, y aunque éstos al final son positivos para las víctimas, no lo son tanto como en el resto de variables estudiadas (TEPT, Autoestima). En el estudio de Fernández (2014), la media de sus resultados alcanzó un 25.36 con una desviación estándar de 4.13 con el punto de corte de 29, otro estudio lo realizó Rincón (2003) con el título de “Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación De Programas De Intervención”, donde el análisis de los resultados, en cuanto a Autoestima, alcanzó una puntuación de 24.66 con una desviación estándar de 4.28

usando el punto de corte de 29. Ambos estudios explican que las puntuaciones por debajo del corte (29) evidencia la presencia de una posible desvalorización de sí misma, con tendencia a la baja autoestima. Esta diferencia nos ayuda a entender la relación moderada en nuestros resultados, a pesar de no considerar información relacionada a los antecedentes de apoyo psicológico de los problemas a las que se enfrenta la población victimizada y al momento de evaluar puede mostrar una recuperación más lenta en lo que se refiere al reajuste y nivel de adaptación en su propia vida. Por ello se tomará en cuenta este aspecto en próximas investigaciones.

En nuestra muestra encontramos que la mayoría de nuestras colaboradoras (40 mujeres) presentaban una escala global de 26.95 sobre el corte normal (15), la reexperimentación con 8.30 de un punto de corte normal de 5, evitación con 10.25 con un corte de 6 y la activación con 8.40 con 4 puntos en su corte respectivamente y esto es debido a la alta duración promedio del maltrato; un similar estudio realizado en el Perú con título “Sintomatología de estrés postraumático en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en la comisaría de Huaycán, 2016” llevada por Liliana Luz Quispe Pilco (2016), con una muestra de 236 mujeres concluyeron de que existe una alta sintomatología de estrés postraumático, debido a que los puntos de corte tanto de la escala global, 15 puntos (35,27) y como las sub escalas re-experimentación con un corte de 5 (9,95), evitación con un corte de 6 (14,83) y activación con un corte de 4 (10,38) también confirman nuestros resultados en México, la investigación de Labrador y Alonso (2007) guarda cierta relación a nuestros resultados en cuanto a las *características psicopatológicas*, donde las participantes (34 mujeres) de ese estudio, guardaban un alto nivel de intensidad de la sintomatología de TEPT experimentada por todas ellas en el momento de la evaluación (32,94 en la escala global del TEPT) así como un grave deterioro en el nivel de autoestima y adaptación a la vida cotidiana. Se encontró una investigación en España, en las que 95 mujeres que habían sufrido violencia doméstica por parte de su pareja, todas padecían de sintomatologías de TEPT así como expone Fernández (2014) en su investigación, que por lo que general señalaba que las sintomatologías presentaban valores elevados en su corte normal 15(33.22) y que debido a su intensidad se podía evidenciar las puntuaciones en gravedad y frecuencia, combinado al cuadro de violencia de pareja al que estas mujeres estaban

expuestas. El estudio de Rincón (2003) en España donde todas sus participantes (50 mujeres) cumplían criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) en general presentan, en el momento de evaluación de TEPT, una elevada intensidad de 31.45 en la escala global.). Estos datos nos hacen ver, el escaso apoyo social con que cuentan y la poca información o la vergüenza de denunciar, sin duda son factores que pueden explicar la gravedad de la psicopatología encontrada en las participantes de este estudio como lo explica CEPAL (2007) en su encuesta sobre el panorama de Latinoamérica respecto a la violencia donde nos dice que las personas que no denuncian las agresiones, es por considerarlo no necesario (28,7%); la agresión no fue lo suficientemente fuerte (21,3%); lo pueda resolver por sí misma (13,8%) es parte de la vida (10%); no quieren perjudicar al agresor(7,6%) ; por miedo a futuras agresiones (5,9%); porque la justicia no les hace caso (4,2%), lo que podría conllevar a la ideación suicida mas no el intento suicida (Casqui, 2016).

En nuestros resultados encontramos una prevalencia del 90.5%, este dato es confirmado y sustentado con un estudio en Chile realizado por Aguirre et. Al. (2010) que encontró una prevalencia del 66,7% de su muestra de 42 mujeres que presentaban sintomatología de estrés postraumático; así mismo un estudio realizado en Ecuador por Gonzales (2017) que encontró una prevalencia de 76.67% de su población (60 mujeres) en las que presenciaban Sintomatología del trastorno de estrés postraumático. Estos resultados apoyan a la concepción global de que la víctima y el acontecimiento traumático; van con una total independencia respecto a los caracteres de estos sucesos que hayan podido experimentar ya sea los tipos de violencia o las diferentes experiencias traumáticas existentes (Gomez & Crespo, 2012).

La puntuación de la media de nuestra investigación en relación a la escala total de sintomatología del trastorno de estrés postraumático, puntuó 26.95 con una desviación estándar de 9.5 y la duración de la violencia alcanzo una media de 6.8 años con una desviación estándar de 4.86, esto nos explica que a mayor duración de la violencia habrá mayor puntuación de la desviación estándar en la sintomatología del TEPT, esto lo confirma Rincón (2003) en su investigación afirmando que la duración media de la violencia doméstica, en años, es de 7.53, si bien la desviación típica indica una gran variabilidad (6.69.), al observar la distribución de frecuencias en esta variable, se aprecia

que se trata de un problema de larga duración, la gran mayoría de las participantes ha vivido la violencia por un período superior a dos años (82%) y casi la mitad de la muestra, por un período superior a seis años (46%). Así mismo, Coila (2014) realizó una investigación en la ciudad de Arequipa, donde determinó que el trastorno de estrés postraumático constituye un problema importante en las mujeres víctimas de violencia doméstica y menciona un estudio de Rincón y Labrador (2003), donde se encontró que, sí a la duración de la violencia se suma la frecuencia de ésta en el último mes de convivencia, se puede entender las devastadoras consecuencias que tiene para las víctimas. Esto destacaría la prolongada duración, la instauración temprana de síntomas en la mujer dentro de la relación de pareja y la alta frecuencia del maltrato que estaría vivenciando, por lo que denotaría una situación conflictiva para la mujer en su desarrollo (Alonso & Labrados, 2008).

En nuestra investigación se hallaron diferencias entre los niveles de autoestima, la más importante fue la presencia media de esta misma, no coincidiendo con Fernández (2014) que en su investigación Estrés postraumático y violencia de pareja, donde relaciona la violencia en las que aparecen valores muy bajos en autoestima indicando inadecuada concepción de uno mismo, escasa sensación de valía y percepción de insuficientes recursos personales, que podrían estar explicados por la autocrítica, responsabilidad aprendida de la situación violenta, no dar el paso para romper el ciclo, fracaso y especialmente la culpa, llegando incluso a anular la capacidad de tomar decisiones, en cambio esto se podría referir a las diferencias culturales de los lugares, ya que en Latinoamérica (CEPAL, 2007), hay casi una normalización frente a la violencia que afectaría dependiendo a la situación en la que se presente la violencia doméstica y hay un menor apoyo por parte de las instituciones (Alonso y Labrador, 2008).

En relación a todo lo anterior, consideramos que esta investigación constituye un aporte a la psicología clínica de la salud mental, ya que nos aproxima a los efectos ya señalados con anterioridad de la violencia doméstica a nivel Regional y porque no, en el Perú; pretendemos decir que los hallazgos encontrados podrían ayudar a orientar la intervención psicológica en nuestro medio, pero se necesita de más estudios profundos que permitan confirmar los resultados de esta investigación en otras situaciones, por

ejemplo, en mujeres de diferente edad, diferente nivel socioeconómico, diversas ciudades, niveles educativos, religiones y antecedentes clínicos. Con todo lo mencionado inicialmente, pretendemos ayudar a futuras investigaciones e investigadores para alcanzar una mirada más general y específica, ya que solo se necesita un caso de violencia alta, lo que significaría que ésta deba ser atendida por encontrarnos frente a un caso de violencia doméstica contra la mujer, que podría asemejarse con “la tortura” en que vive, ya que las agresiones sufridas no solo lesionan su cuerpo sino su salud mental, debido al maltrato verbal de forma constante, el acoso, la humillación y hasta la reclusión como la privación de los recursos físicos, financieros y personales como lo menciona Castillo (2006), citado por Risco (2012) y la instauración de programas para reducir la sintomatología del TEPT y otros malestares psicológicos que se estarían instaurando. (Buendía & Santos, 2010).

CONCLUSIONES

PRIMERA: Encontramos que sí existe una relación inversamente significativa entre la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y la autoestima, en este caso a mayor presencia de sintomatología hay presencia de una menor autoestima.

SEGUNDA: Las evaluadas mayormente presentan sintomatología de Evitación en el TEPT, mostrando esfuerzos por evadir pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático; no realizar o falta de interés en las actividades significativas, o ir a lugares o con personas que motivan recuerdos del trauma; la imposibilidad de recordar un aspecto significativo del trauma; la restricción de la vida afectiva y la sensación de un futuro desolador.

TERCERA: La prevalencia es muy significativa en el grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica en cuanto a la sintomatología del trastorno de estrés postraumático, es decir que han pasado por una experiencia angustiosa, han estado expuestas a malos tratos o torturas o han sentido que su vida ha estado en riesgo.

CUARTA: Se encontró que del total de evaluadas, la mayor parte de la muestra presenta un nivel bajo de autoestima, lo que señala como una persona de actitud negativa, con un concepto inferior y despreciable tanto social como de manera personal.

QUINTA :Se halló que las sintomatologías de reexperimentación y evitación presentan una correlación negativa moderada respecto a la autoestima, es decir, si hay manifestación de síntomas habrá una menor autoestima y se identificó que no existen una correlación entre la escala de activación con la autoestima en las mujeres que son víctimas de violencia doméstica

RECOMENDACIONES

1. Fomentar en los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología o investigadores, el desarrollo de temas sobre trastorno de estrés postraumático y su sintomatología en mujeres víctimas de violencia doméstica y otros tipos de violencia, ya que según nuestros resultados se muestra presencia relacionado a sintomatología y niveles bajos de autoestima.
2. A los psicólogos, profundizar el estudio sobre la sintomatología del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica y cómo éste afecta de manera significativa la vida de estas personas para sobrellevarlo, para así obtener una mayor y más amplia base teórica que sirva de referencia en futuros programas de intervención y psicoterapia enfocados en el fortalecimiento de las habilidades sociales y autoestima para que disminuyan la incidencia de dicho fenómeno. A su vez realizar las campañas de prevención y promoción de la salud mental en mujeres en general, enfocándose en reconocer a la persona violenta y qué hacer frente a estas situaciones de riesgo.
3. Para futuras investigaciones, aplicar una ficha sociodemográfica y de antecedentes personales considerando aspectos relacionados como: intervención psicológica previa, si tiene antecedentes de otros trastornos como ansiedad o depresión, si vive o no con el agresor, la cantidad de hijos, trabajo actual, el ingreso familiar, grado de estudios alcanzado y otros que se podrían considerar importante para futuras investigaciones.
4. A los investigadores, el realizar nuevas investigaciones con muestras más numerosas para poder enriquecer la información hallada ya que esta es escasa en nuestro medio, pero es un tema muy apreciable y que se ve presente en nuestra sociedad y ésta sirva de reseña teórica práctica para el encargado de salud mental.
5. A los centros de salud y otras instituciones que trabajan con pacientes mujeres víctimas de violencia doméstica, implementar programas de intervención psicológicos enfocados a toma de decisiones, autoestima, reducción de niveles de ansiedad y/o depresión y manejo de estrategias para el estrés, de forma que las usuarias puedan elevar sus niveles de confianza y les permita optimizar el tratamiento que estén llevando de manera eficaz, fuera de consultorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta, M., Rojas, M., Barrera, L., Moreno, M., y Lara, D. (2010). Estudio de un caso de postraumático vs trauma craneoencefálico. (Maestría). Universidad de San Buenaventura. Recuperado de <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/57584.pdf>
- Aguirre P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P., y Vidal P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>
- Agustini, E. (2017). Análisis de la Identidad Nacional y Autoestima en Docentes de Primaria de las Instituciones Educativas del Distrito de Iberia, de la Provincia fronteriza de Tahuamanu, Región Madre de Dios (Maestría). Universidad Inca Garcilaso De La Vega. Recuperado de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1170/T_MAE%20EN%20%20PSICOLOGIA_%2008848093_%20AGUSTINI_LAINEZ_ELSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 411-437. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200007&lng=es&tlng=es.
- Alcanzar, L., y Ocampo, D. (2016). Consecuencias de la violencia doméstica contra la mujer en el progreso en el progreso escolar de los niños y niñas en el Perú (pp. 16-24). Lima: GRADE.
- Alonso, E., y Labrador, F. (2008). Características sociodemográficas y de la violencia de pareja en mujeres maltratadas con trastorno de estrés postraumático: un estudio comparativo de víctimas españolas, inmigrantes y mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 25 (2), 271-282.

- American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.DSM-5, 5° Ed. Médica Panamericana.
- Andrades, M. (2016). Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2010 en Chile (doctora). Universidad Complutense De Madrid.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado DSM-IV-TR. Barcelona: Editorial Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.DSM-5, 5° Ed. Médica Panamericana.
- Bados, A. (2015). Trastorno por estrés postraumático. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- Beristain, M., Dona, G., Paéz, D., Sales, P., Pau, y Fernández, I. (1999). Reconstruir el tejido social: Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. Barcelona: Icaria editorial/ Antrazyt.
- Buendía, E., & Santos, C. (2010). Efectos de un programa de tratamiento para disminuir la Sintomatología del Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1083>
- Buesa, S., y Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 13 (1), 31-45.

- Casqui, N. (2016). Relación de signos del estrés pos traumático e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia doméstica en casas del refugio en San Juan de Lurigancho - Los Olivos 2016. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/1126>
- Carmona, D. (2017). Estrategias de afrontamiento y violencia conyugal en mujeres de la ciudad de Chiclayo. *Revista Paian*, 8(1), 61 - 72.
- Carrelón, D. (2016). Trastorno de Estrés Post-Traumático en la violencia de género [Blog]. Recuperado de <https://www.peritosexpertia.com/trastorno-estrés-post-traumatico-la-violencia-genero/>
- Carvajal, C. (2002). Trastorno de estrés postraumático: perfil clínico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Castañeda, A. (2013). Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5094/CASTANEDA_DIAZ_ANNA_AUTOESTIMA_ADOLESCENTES.pdf?sequence=1
- Cazabat, E. (2002). Una breve recorrida por la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicodrama para Iberoamérica*, (1), 40. Recuperado de <http://www.psicotrauma.com.ar/dic02/Breve%20recorrido%20por%20la%20historia-Cazabat.pdf>
- Chacón, J. (2006). Trastorno Por Estrés Postraumático. Concepto, Evidencias Y Pseudoevidencias De Evaluación Y Tratamiento En El Siglo XXI. In 7mo Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Recuperado de http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4417617/Chacon-trastorno_estrés_postraumático.pdf

- Coila, A. (2014). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al centro de Emergencia Mujer y comisaria de mujeres en la ciudad de Arequipa entre los meses de marzo a abril del 2014. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/54222267.pdf>
- De la Peña, J. (2011). El derecho de la mujer a vivir libre de la violencia en la sociedad mexicana: Antecedentes, situación actual y perspectivas. (1st ed.). México. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina36107.pdf>
- Di Nasso, P. (2009). Ensayo Trastorno Por Estrés Postraumático (pp. 1- 14). Recuperado de http://fci.uib.es/digitalAssets/177/177937_6.pdf
- Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático (2011) México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/515_GPC_Estréspostraumático/GER_EstrésPostraumático.pdf
- Echeburúa, E., Amor, P., Muñoz, J., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2017). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). Anuario De Psicología Jurídica, 27(1), 66- 77. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113307401730020X>
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. Análisis y Modificación de Conducta, 23, 90, 503-526
- Fernández, R. (2014). Estrés postraumático y violencia de pareja: análisis de la eficacia de tratamientos psicológicos. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=97656>

- Fornara, M. (2015, 25 noviembre). Unicef: niñas y adolescentes son principales víctimas de la violencia. Andina- Agencia peruana de noticias. Recuperado de <https://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=586456>
- Giraldo, R., & Gonzales, M. (2009). Violencia Familiar (1st ed., pp. 10- 12). Colombia: Universidad del Rosario.
- Gómez, E., y Heredia y Ancona, M. (2012). Psicopatología (1st ed., p. 207). México D.F.: Lic. Santiago Viveros Fuentes.
- Gómez, M., & Crespo, M. (2012). Sintomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos [Postraumatic and associated symptoms in victims of different types of traumatic]. Acción Psicológica, 9(1), 71-86. Recuperado de <https://doi.org/10.5944/ap.9.1.438>
- Góngora, V. (2007). Valores personales y autoestima en población general y clínica. Psicodebate 8. Psicología, Cultura y Sociedad, 8, 40.
- Gonzales, S. (2017). Violencia intrafamiliar como factor causal del trastorno de estrés postraumático, en las pacientes de edades comprendidas entre 15 a 50 años, que acuden a la sala de primera acogida del Hospital general Isidro Ayora (Licenciada). Universidad Nacional de Loja. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18259/1/Silvana%20Cecibel%20Gonz%C3%A1lez%20Ulloa.pdf>
- Güezmes, A., Palomino, N., Ramos, M., y la Organización Mundial de la Salud. (2002). Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú: Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres. Lima, Perú: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán".
- Hermoza, L. (2013). Trastorno de estrés post traumático en adolescentes de extrema pobreza de la provincia de Huancavelica, 2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Hernández S., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación (5ª.ed.). México: Mc Graw Hill

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. (6ª ed.). D.F. México, México: Interamericana Editores.
- Herrera, V., y Cruzado, L. (2014). Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. 2013. Revista de Neuro-Psiquiatría, 77(3), 144-159. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000300003&lng=es&tlng=pt.
- Huerta, R., Miljánovich, M., Pequeña, J., Campos, E., Santivañez, R., & Aliaga, J. (2014). Estrés post traumático e inadaptación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la relación de pareja en función de la edad. Revista de investigación en psicología- UNMSM, 17(2), 59–75. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v17i2.11258>
- Ibáñez, L. (2017). Estrés postraumático ¿Qué es el TEPT? Psicologi clinica.net. Recuperado de <https://psicologi clinica.net/psicoterapia/estrés/estrés-postraumático-tept/>
- Jarero, I. (2011). Espectro Del Daño Por Estrés Traumático En Las Fuerzas Armadas. Revista Iberoamericana De Psicotraumatología Y Disociación, (2), 44-57. Recuperado de <http://docplayer.es/36552185-Espectro-del-dano-por-estrés-traumático-en-las-fuerzas-armadas-por-ignacio-jarero-revista-iberoamericana-de-psicotraumatología-y-disociación.html>
- Krug, E. (2002.). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización mundial de la salud
- Kuester A, Köhler K, Ehring T, Knaevelsrud C, Kober L, Krüger-Gottschalk A, Schäfer I, Schellong J, Wesemann U, Rau H. (2017). Comparación del DSM-5 y los criterios propuestos de la CIE-11 para el TEPT con el DSM-IV y la CIE-10: cambios en la prevalencia de TEPT en el personal militar. Revista de European Journal of Psychotraumatology, 8(1), 1386988. Recuperado de <http://doi.org/10.1080/20008198.2017.1386988>

- Labrador, F., y Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 117-130. Recuperado de [doi:https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4038](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4038)
- Labrador, F., y Fernández Velasco, R., y Rincón González, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6 (13), 49-67.
- Lorente, M. (2001). *Mi Marido me Pega lo Normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Mocarro, D. (2017). “Clima familiar y autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica de un centro de emergencia mujer del distrito de San Juan de Miraflores, en el año 2017”. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/3332>
- Monzón, E., & Riquelme, O. (2015). Violencia conyugal y autoestima en mujeres que asistieron al centro de apoyo a la mujer “Santa María Eufrasia” – Cajamarca, durante enero-abril 2015. Recuperado de <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/177>
- Morales, A., Alonso, M., & López, K. (2011). Violencia de género y autoestima de las mujeres de la Ciudad de Puebla. México. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2011/sm112b.pdf>
- Moreira, Á., Navia, A., y Alarcón, B. (2018). “Estrés postraumático como consecuencia del terremoto del 16-A en bomberos de la ciudad de Portoviejo”, *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Caribeña De Ciencias Sociales. Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/estrés-postraumático-bomberos.html>

- Muñoz del Carpio, A. (2012). Proyecto promoviendo el derecho a la salud de los más pobres: Violencia familiar contra la mujer. Presentación, Universidad Católica de Santa María.
- Observatorio Nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (2017). Situación de la violencia hacia las mujeres en Arequipa. Recuperado de <https://observatorioviolencia.pe/wp-content/uploads/2018/04/INFORMACI%C3%93N-AREQUIPA-abril-2018.pdf>
- Ocampo, L. (2015). Autoestima y adaptación en víctimas de maltrato psicológico por parte de la pareja. *Psicología desde el Caribe*, 32 (1), 145-168. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/213/21337152006/>
- Organización de las Naciones Unidas (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres 1993. Informe técnico No. A/RES/48/104. Nueva York: ONU. Recuperado de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
- Palacios, L., y Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: Una revisión del tema (Primera Parte). *Salud Mental*, 25 (3), 19-26.
- Pedersen D, Tremblay J, Errazuriz C, Gamarra J. (2008). The sequelae of political violence: assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highlands. *Soc Sci Med.*; 67(2), 205-17.
- Pieschacon, M. (2011). Posttraumatic stress disorder. A cognitive behavioral approach (Doctor). Atlantic International University.
- Quintana, L. (2013). Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático, Ansiedad y Depresión en una muestra de niños Testigos de Violencia en la Calle y Violencia Familiar que viven en Ciudad Juárez (Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Quispe, L. (2016). Sintomatología de estrés postraumático en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en la Comisaría de Huaycán, 2016. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/1215>

- Reyes, C. (2017). Relación De Violencia Familiar Y Nivel De Autoestima En Estudiantes Del Tercer Ciclo De La Facultad De Psicología De La Universidad Autónoma De Ica, Junio 2017 (Maestro). Universidad Autónoma De Ica.
- Rincón, P. (2003). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención (Doctor). Universidad Complutense de Madrid.
- Romero, A. (2017, 8 marzo). Ministra de la Mujer: "Hay que creerle a la víctima". El comercio. Recuperado de <https://elcomercio.pe/peru/ministra-mujer-hay-creerle-victima-143455>
- Válek, M. (2007). Autoestima y motivaciones sociales en estudiantes de educación superior (Maestría). Universidad Rafael Urdaneta.
- Vargas, H. (2017). Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. Revista Médica Herediana, 28(1), 48-58. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v28i1.3074>

ANEXOS

(ANEXO N°01)

ESCALA DE GRAVEDAD DE SINTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta u Sarasua. 1997)

Nombre:

Teléfono:

Edad:

Fecha:

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA

1: POCO /UNA VEZ POR SEMANA O MENOS

2: BASTANTE/ 2 A 4 VECES POR SEMANA

3 MUCHO/ 5 O MAS VECES POR SEMANA

SUCESO TRAUMATICO:

¿Hace cuánto tiempo ocurrió? (meses/años) _____

¿Desde cuándo experimenta el malestar? _____

REEXPERIMENTACION:

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? _____
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? _____
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? _____
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN: _____ (Rango 0-15)

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? _____
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas _____

que evocan el recuerdo del suceso? _____

3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? _____

4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? _____

5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? _____

6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? _____

7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? _____

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: _____ (Rango 0-21)

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? _____

2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? _____

3. ¿Tiene dificultades de concentración? _____

4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? _____

5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? _____

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: _____ (Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: _____ (Rango 0-51)

Escala complementaria

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso:

Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo _____

Dolores de cabeza _____

Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) _____

Dolor o malestar en el pecho _____

Sudoración _____

Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo _____

Náuseas o malestar abdominal _____

Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad _____

Trastorno de estrés postraumático

SÍ ☐ Agudo (1-3 meses) ☐

NO ☐ Crónico (> 3 meses) ☐

NO ☐ Con inicio demorado ☐

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación (Rango 0-15)	5	
Evitación (Rango 0-21)	6	
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	

(ANEXO N° 02)
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Nombre:

Edad:

Fecha:

Teléfono:

Dirección:

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una **X** la respuesta que más lo identifica.

**Muy de
acuerdo**

De acuerdo

**En
desacuerdo**

**Muy en
desacuerdo**

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.

2. Creo que tengo un buen número de cualidades.

3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.

6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.

8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.

9. A veces me siento verdaderamente inútil.

10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.

(ANEXO N°3)

CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE ROSENBERG

<i>Análisis de confiabilidad de los puntajes obtenidos en la RSES</i>		
	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Autoestima RSES	,802	10
ITEM	Correlación elemento-total	
SE1	,469	
SE3	,326	
SE4	,501	
SE6	,591	
SE7	,560	
RSE2	,579	
RSE5	,394	
RSE8	,170	
RSE9	,564	
RSE10	,562	

Fuente. Castañeda Díaz, A., 2013, “Autoestima, claridad de autoconcepto y Salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana”.

CASOS CLINICOS

CASO CLINICO 01:
Presentado por la Bachiller:
Irene Katherine Campos Utama

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : T.L.M.H
- **Edad** : 14 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Estado Civil** : Soltera
- **Grado de Instrucción** : Estudiante de cuarto de Secundaria
- **Religión** : Católica
- **Institución Educativa** : Institución Educativa Nacional
- **Informantes** : Su madre y la paciente
- **Fecha de Evaluación** : 15 de octubre de 2016
- **Evaluador** : Irene Katherine Campos Untama

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude a consulta refiriendo tener problemas en el colegio por haber golpeado e insultado a varias de sus compañeras, la presencia de bajas notas escolares y problemas con el consumo de alcohol.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

A partir del mes de Mayo del 2016, la señorita T. comenzó a participar constantemente de salidas con sus compañeras del salón, para tomarse fotos, ir a pasear, y en una de esas salidas sus compañeras llevaron un vino, fue tanta la insistencia que ella terminó cediendo; fue desde entonces que las salidas se volvieron más para consumir bebidas alcohólicas, esto produjo problemas en la institución educativa por el bajo rendimiento escolar y los cambios de humor se volvían más constantes, presenta conductas agresivas como lenguaje soez, sus compañeras del salón le ignoraban y le tenían cierto temor, por haber golpeado a una de ellas por “haberme visto feo” por lo que tiene una denuncia en la comisaria; en el hogar tiene malas relaciones interpersonales con los miembros de la familia y la frecuencia de discusiones entre sus padres ya que en ocasiones no venía a dormir, alzaba cosas de la tienda de su mamá, y las constantes mentiras.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES:

- Antecedentes clínicos: no refiere la madre ni la paciente.

A. Periodo del desarrollo:

- **Etapa Pre-natal:**

Durante el embarazo la madre comenta que no tuvo ningún inconveniente, fue un embarazo tranquilo, su esposo no sabía que ella estaba embarazada, ya que el entró a trabajar en una mina informal. Cuando regresó a los 7 a 8 meses, encontró que su pareja estaba embarazada, lo cual le causó sorpresa y alegría. La madre asistía a todos sus controles.

- **Etapa Natal:**

El parto fue eutócico, no presentándose complicación, la menor tenía un tono de piel sonrosada y lloró en el momento, la madre refiere no recordar, lo que comenta “todo fue normal”.

B. Primera infancia

- **Etapa Post Natal:**

Primer Año: Durante el primer año de vida, la madre manifiesta que su hija T. era una bebé muy tranquila, que solo lloraba cuando tenía hambre o dolor. Durante los chequeos, el pediatra informa que no había retraso en el desarrollo; camino acorde a la edad, y sus primeras palabras las dio durante los siete meses aproximadamente.

A los cinco años era una niña muy habladora, traviesa y curiosa. La señorita T. refirió: “hasta los diez años me orinaba en la cama”, ella no sabe el motivo, pero la madre hizo referencia a que tal vez se debía a sus emociones intensas.

Desarrollo Psicomotor: La madre refirió un desarrollo normal según su pediatra.

Rasgos neuropsíquicos: La señorita T. refiere que era una niña muy traviesa, y se enojaba constantemente, gritaba e insistía en que le prestaran atención, se mostraba bastante impaciente, pero se lograba adaptar fácilmente.

C. Infancia media

- ***Etapas Escolares:*** Le fue difícil su primera adaptación en el ingreso al nivel inicial tanto en el nido en el que realizó inicial de cuatro años, como a los cinco años, la relación con sus compañeros era regular, ya que no quería quedarse en el salón e insistía en que le hicieran caso.

Durante el primer grado de primaria era una buena alumna, con buenas calificaciones, pero tenía problemas con sus compañeros del salón y solía enojarse con facilidad.

A los siete años refiere la paciente empezó a resentirse con su papá porque engañaba a su mamá, se dio cuenta porque una vez en una maleta vio que traía ropa femenina, esto le incomodaba, sin embargo, lo mantenía en secreto con su papá.

Una vez la señorita T. y su papá visitaban un hospital cercano a su casa se encontraron con una vecina, su papá la envió a la tienda, cuando regresaba, vio cómo besaba a la mujer, por lo que comenzó a decepcionarse, él le decía constantemente que su mamá era mala, que siempre lo engañaba y eran mentiras lo que decía sobre él y quería alejarla. La madre mencionó que ella nunca trató de hacer quedar mal al padre ya que la señorita T. “amaba” a su padre.

Al cursar el tercer grado de primaria, la profesora no le dejó ir al baño, por lo que se orinó en clases, y la misma profesora le gritó, ella no quiso levantarse de la silla, aunque su mamá entró al salón para recogerla, ella se resistió a levantarse.

A los 10 años comenta la señorita T. que su papá le pegó y gritó a su mamá delante de ella.

Cuando le cambiaron a una institución nacional, le costó la adaptación por ser la nueva del salón, sus notas comenzaron a disminuir, siempre buscaba cumplir sus tareas en todas las materias, aprendiendo a hacer sus trabajos también durante las clases. Refiere que el profesor de sexto año no hacía nada cuando sus compañeros la molestaban, o insultaban porque era “gordita” por lo que ella se molestaba.

Cuando empezó la secundaria, el profesor le pegaba a ella y a todas sus compañeras, por ser “muy juguetonas” ya que no prestaban atención en clases

y distraían a sus compañeras dentro del salón. De segundo de secundaria refirió: “mis compañeras me miraban feo porque yo era muy sociable y comenzaron a ignorarme, en especial una compañera con la tenía problemas porque era muy creída y menospreciaba a las demás, solo por el hecho de haber nacido en Lima”.

En tercer año con la misma compañera de Lima, se comenzó a llevar mejor ya que aclararon esos comportamientos que a ella no le gustaban, un día estando en la banda escolar, el profesor pidió un spray para pintar las baquetas, su compañera de Lima le pidió que le diera la lata cuando ya no lo usara, y se fueron las dos caminando; su compañera se puso a pintar la pared de un Hospital, y la señorita T. repaso dichas pintas, el personal del hospital las sorprendió, las pusieron contra la pared, y les decían delincuentes, las subieron a un vehículo y las llevaron a la comisaria cercana, ya en el carro, pensaba que su mamá le pegaría y gritaría. Cuando llegaron a la comisaria el hermano de su amiga le dijo a la señorita T. que se eche toda la culpa al igual que la mamá de su compañera cuando llegó, refiriendo al personal policial, que la señorita T. había hecho tal acto e incitó a su hija, la señorita T. le refutó dando a conocer su malestar e incomodidad y le respondió diciendo “que no se acuerda de mí, yo iba a la casa de su hija, y su hija hizo las pintas también”. Su madre llegó a las 9:00 pm de la noche porque no sabía lo que había hecho la señorita T. y tampoco tenía cómo comunicarse con ella, para que su madre pudiera saber sobre la situación, ella entró al Facebook por el celular de su amiga con la que estaba detenida en el departamento de policías y pidió a una compañera le informe a su mamá. Este año cursa cuarto de secundaria, manifiesta que tuvo un problema en el colegio por golpear a una compañera del salón, le hicieron una denuncia en la comisaria por agresión, a su vez salía a beber constantemente con sus amigas y amigos, llegaba tarde a casa, solía faltarse al colegio, alzar dinero y mentir constantemente.

Actualmente, en el colegio ha disminuido considerablemente su rendimiento académico y calificaciones por lo que iba a repetir el año, refiere que antes consumía alcohol pero que en la actualidad ya no lo hace; por otro lado, sus padres se separaron por los constantes maltratos que su padre le daba a su madre, ahora se lleva mejor con su madre, no sabe nada de su padre hace meses

y no desea conocer cómo se encuentra, con su hermana la relación es regular. Recientemente su madre se enteró que la hermana mayor de la señorita T. la golpeaba constantemente, pero ella no le había comentado nada hasta ahora, recién le comentó sobre los hechos.

D. Adolescencia

- ***Desarrollo y Función Sexual:***

La madre comenta que en la infancia, a su hija le explicaban en el colegio sobre la diferencia entre varón y mujer, siempre sus profesores se hicieron cargo de dar esa información, y ante cualquier duda era su madre la que satisfacía las dudas, en la pubertad aproximadamente a los 12 años fue su menarquia, ella refiere que se asustó y busco a su mamá para que le ayudara a disipar dudas en relación a esa etapa.

- **Historia de la Recreación y de la Vida:** Participa en las danzas del colegio, gusta de bailar, jugar vóley, fútbol y hacer videos para el Facebook.
- **Hábitos e influencias nocivas o tóxicas:** Su sueño es normal según refiere. Comenzó a mentir y ocultar información y alzar ciertas cosas de la tienda que tiene su mamá.

E. Antecedentes Mórbidos Personales

- **Enfermedades y Accidentes:**

La madre refiere que no se presentó ninguna enfermedad o accidente que sea considerable para mencionar.

- **Personalidad Premórbida:**

Desde pequeña la señorita T. era bastante gritona, caprichosa y mandona, lloraba constantemente cuando no le prestaban atención, no le gusta que le digan lo que debería hacer, es susceptible a las críticas y a las mentiras, esto crea en ella sensaciones de ira y enojo; suele gritar y golpear las cosas cuando se encuentra alterada por lo que no le hacen mucho caso. Casi siempre suele estar a la defensiva, no separa o limita en quien confiar y en quién no, por lo que suele tomar constantemente malas decisiones en su círculo social.

F. Antecedentes Familiares

- **Composición Familiar:** Los padres pasan por un proceso de separación, ya que el padre de la señorita T. era celoso y mentiroso, ponía a su madre en su

contra. Con la madre recién aprendió a llevarse mucho mejor ya que su mamá le ayuda y entiende sus problemas.

- **Dinámica Familiar:** Actualmente su familia es monoparental, la relación con su padre recuerda era muy buena, hasta los 7 años donde comenzó a “ponerse rebelde”, porque miraba el maltrato, gritos y humillaciones de su papá hacia a su mamá.

Con su madre era distante, no se llevaba bien con ella ya que creía que su papá tenía razón cuando le decía que su mamá era mala y mentirosa, pero actualmente ella es su apoyo y trata de confiar en ella.

Con su hermana recién su relación está mejorando ya que la solía ignorar y golpear en especial cuando estuvo en primero y segundo de secundaria, actualmente no conversan mucho, y cuando le trata de dar un consejo, ella no le hace caso y comienzan a discutir. Su hermana anteriormente consumía bebidas alcohólicas.

- **Condición Socioeconómica:** Media, su vivienda es de material noble y cuenta con servicios básicos.

G. Antecedentes Patológicos:

La madre se muestra sensible, aunque no manifieste formas explícitas de afecto, pero con una tendencia ansiosa, al sentirse siempre preocupada por su hija, ya que no sabe cómo corregirla cuando se comporta mal, cuando le contesta, o sale a beber.

La madre se muestra preocupada por la situación de su hija al tener que enfrentar la denuncia, y buscar apoyo para que no sea enviada a un albergue.

V. RESUMEN

Paciente, según refiere su madre, no tuvo inconvenientes durante el embarazo y el parto. Durante la infancia era tranquila, no manifestaba problemas en el grupo familiar ni en el colegio, era buena alumna. A medida que fue creciendo, iba mostrando cierto tipo de conductas conflictivas con sus compañeras del salón, se enojaba cuando no le prestaban atención, gritaba o lanzaba objetos al suelo, llegando a golpear a algunas de sus compañeras cuando escuchaba comentarios negativos sobre ella o la molestaban.

A partir del mes de mayo de este año, comenzó a salir más seguido con sus compañeras del colegio; durante sus primeras salidas solamente paseaba o iba a caminar, pero después un día su amiga le dijo para salir y llevó una botella de vino; al principio no quiso beber, pero luego terminó cediendo.

A partir de este evento, empezó a salir todos los fines de semana a ingerir bebidas alcohólicas como vino, vodka y ron, con amigas del colegio y conocidos de las mismas.

La paciente ha mostrado conductas conflictivas para poder salir con sus amigas, como escaparse, quedarse hasta el día siguiente, en ocasiones sacar dinero de su madre. En una fecha, ella y su amiga pintaron las paredes de un hospital con aerosol, razón por la que fueron llevadas a la comisaria. Perteneció a una barra brava del equipo de fútbol Universitario, donde solían hacer reuniones e ingerir bebidas alcohólicas.

En relación con el colegio, no muestra buena conducta, según indica su rendimiento académico es bajo, ha desaprobado varios cursos con el riesgo de desaprobado el año escolar. Hace un mes aproximadamente golpeo a una de sus amigas porque “la miro feo”, debido a esto tiene una denuncia en su contra por violencia y agresión, por lo que debe asistir a terapia psicológica 3 veces por semana por orden del juez.

Actualmente, sus padres están en proceso de divorcio, se pelean, discuten, llegando a agredirse físicamente, esto por los reclamos que hace la madre, porque el padre suele beber y por el comportamiento de la señorita T.

La hermana mayor de la señorita T. consumió alcohol anteriormente, su relación ha mejorado, pero no son muy cercanas.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : T.L.M.H
- **Edad** : 14 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Estado Civil** : Soltera
- **Grado de Instrucción** : Estudiante de cuarto de Secundaria
- **Religión** : Católica
- **Institución Educativa** : Institución Educativa Nacional
- **Informantes** : Su madre y la paciente
- **Fecha de Evaluación** : 19 de octubre de 2016
- **Evaluador** : Irene Katherine Campos Untama

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude a consulta refiriendo tener problemas en el colegio por haber golpeado e insultado a varias de sus compañeras, la presencia de bajas notas escolares y problemas con el consumo de alcohol.

III. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Al comienzo de la entrevista la evaluada se mostró tranquila, por momentos intolerante frente a las preguntas, con una actitud reservada y cortante en sus respuestas; durante el desarrollo de la misma se mostró más comunicativa, sincera, sensible, un poco más colaboradora; prestando mucha atención a las instrucciones dadas; hubo momentos en los cuales se le notaba pensativa intentando recordar algunos hechos o sucesos. La paciente aparenta la edad que tiene, talla y peso apropiados para su edad; muestra un arreglo adecuado y aseo corporal descuidado; su expresión facial denota alteración expresando con la mirada arrebatos de sorpresa, exaltación; su tono de voz es alto y propensa al uso constante de jergas y groserías, de postura erguida; mantiene contacto visual directamente y de forma desafiante.

IV. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

- **Atención:** La estabilidad y concentración de la atención están adecuadas, respondiendo a las tareas de manera efectiva, aunque algunos momentos se distrae ante algunos estímulos irrelevantes.
- **Conciencia o estado de alerta:** Tiende a demorarse frente a alguna una actividad que se le solicita, responde de forma perturbada a un estímulo o estímulos que actúan sobre sus órganos receptores.
- **Orientación:** Es adecuada en tiempo, espacio y persona, reconociendo claramente quién es y dónde está.

V. LENGUAJE

Tanto el lenguaje expresivo y comprensivo están conservados, es capaz de comprender las preguntas que se le formulan y de responderlas adecuadamente, comprende textos escritos, su lenguaje es coherente usa constantemente jergas, el ritmo de su discurso sobresaltado y utiliza un tono de voz alto.

VI. PENSAMIENTO

Asocia ideas de forma coherente, responde adecuadamente a las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es buena. Relaciona correctamente los términos utilizados y su pensamiento es lógico.

VII. PERCEPCIÓN

No presenta alteraciones senso-perceptivas puede percibir estímulos visuales, auditivos, gustativos, olfativos y táctiles sin ninguna dificultad y tampoco refiere haber experimentado alucinaciones o ilusiones de ningún tipo.

VIII. MEMORIA

En cuanto a su memoria remota y episódica, recuerda con exactitud detalles de su historia personal sin ninguna dificultad, de igual manera la memoria para hechos recientes no presenta alteración alguna, también esta conservada la capacidad para retener nueva información.

IX. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

La menor posee un nivel de razonamiento y buena capacidad de abstracción, discrimina satisfactoriamente semejanzas y diferencias, resuelve sin dificultad problemas de tipo lógico y presenta buena capacidad de cálculo, por lo general esta exploración permite estimar una categoría mental dentro del promedio.

X. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

La paciente se muestra expresiva emocionalmente, de cambios bruscos en sus emociones, constantemente se muestra muy enérgica y denota alegría, en el transcurso de los detalles de su historia personal; muestra poca tolerancia a la frustración, falta de control de impulsos, por lo que golpea a sus compañeros, carece de afectividad paterna y trata de llamar la atención realizando conductas inapropiadas para llamar la atención de los adultos, manifiesta sentirse tranquila al estar fuera de casa en compañía de sus amigas, indiferente a problemas de los demás, muestra falta de empatía e incongruencia en sus emociones y sentimientos de acuerdo a lo que relataba.

XI. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

La paciente percibe su situación como un proceso que le ha traído problemas, siendo consciente del daño ocasionado en sí misma y hacia los demás, se califica como muy intolerante y renegona, en su mirada se percibe enojo y molestia, se siente dispuesta a aceptar orientación y apoyo psicológico para mejorar la relación con su mamá y mejorar también su desempeño académico.

XII. RESUMEN

T. aparenta la edad cronológica que refiere, de tez trigueña, cabellos lacios, ojos negros de contextura delgada, estatura normal para su edad, presenta arreglo personal adecuado y descuido en su aseo, postura recta, denota una expresión facial de desconfianza y mirada desafiante frente a la entrevistadora, colaboradora frente a preguntas sobre su comportamiento y de referencia familiar, de lenguaje coherente y con uso frecuente de jergas y groserías, con variabilidad en la fluidez al comunicarse, de quedarse callada a expresarse ininterrumpidamente. La menor se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, su memoria se encuentra

conservada, su percepción es adecuada, el pensamiento es rígido con contenido hostil frente a las personas que la rodean y su familia, presenta un estado de ánimo alterado, violento, presentando arrebatos de cólera, alegría, impulsividad, con falta de espontaneidad de sus emociones y mal empleo de su funcionamiento intelectual para la toma de decisiones.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : T.L.M.H
- **Edad** : 14 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Estado Civil** : Soltera
- **Grado de Instrucción** : Estudiante de cuarto de Secundaria
- **Religión** : Católica
- **Institución Educativa** : Institución Nacional
- **Informantes** : Su madre y la paciente
- **Fecha de Evaluación** : 22 y 24 de octubre de 2016
- **Evaluador** : Irene Katherine Campos Untama

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude a consulta refiriendo tener problemas en el colegio por haber golpeado e insultado a varias de sus compañeras, la presencia de bajas notas escolares y problemas con el consumo de alcohol.

III. OBSERVACIONES GENERALES

T. aparenta la edad cronológica que refiere, de tez trigueña, cabellos lacios, ojos negros de contextura delgada, estatura normal para su edad, presenta arreglo personal adecuado y descuido en su aseo, postura recta, denota una expresión facial de desconfianza y mirada desafiante frente a la entrevistadora, colaboradora frente a preguntas sobre su comportamiento y de referencia familiar, de lenguaje coherente y con uso frecuente de jergas y groserías, con variabilidad en la fluidez al comunicarse, de quedarse callada a expresarse ininterrumpidamente. La menor se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, su memoria se encuentra conservada, su percepción es adecuada, el pensamiento es rígido con contenido hostil frente a las personas que la rodean y su familia, presenta un estado de ánimo alterado, violento, presentando arrebatos de cólera, alegría, impulsividad, con falta

de espontaneidad de sus emociones y mal empleo de su funcionamiento intelectual para la toma de decisiones.

IV. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Test proyectivo de la familia
- Test proyectivo de Karen Machover
- Test de Matrices Progresivas de Raven
- Inventario Clínico Multiaxial de Millón II

V. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

- **Test de la familia**

La señorita T. muestra emociones muy intensas, audacia frente a situaciones que le va a beneficiar, violencia y/o agresión de manera efusiva tanto familiar o social, es una persona ansiosa y con conflictos emocionales por las decepciones frente a su padre que engañaba a su mamá y la ponía en contra de ella. Es una persona con gran expansión imaginativa, soñadora e idealista, espontánea y sensible al ambiente por lo que siempre buscara la aceptación del grupo.

- **Test proyectivo de Karen Machover**

La menor compensa los sentimientos de inferioridad, mostrándose constantemente alegre, eufórica, con capacidad de resistencia, tenacidad y de seguir adelante frente a lo adverso; es una persona con carácter firme y con dotes de mando, suele en ocasiones mostrar seguridad de sí mismo. Tiene dificultad para separarse de las personas o para terminar vínculos, como es el caso de la separación de sus padres o las peleas con su círculo social por lo que se presenta oposicionamiento e inseguridad, aunque su reacción sea estar dispuesta a enfrentar las situaciones adversas, le suele causar incertidumbre, causándole indecisión, se presenta un descontrol de problemas para planificar sus actividades, lo que causaría poca tolerancia a la frustración. Presenta sentimientos de inadecuación por problemas en su alrededor tanto en la escuela, su grupo social y la familia. Intenta describirse y mostrarse realista, capaz de llevar a cabo sus planes para alcanzar metas intentando mostrar una imagen

favorable de sí mismo. Es dinámico, con gran energía para realizar muchas actividades, sus relaciones interpersonales pueden ser superficiales y sin compromisos afectivos profundos

- **Matrices Progresivas de Raven**

Cuantitativo

	A	B	C	D	E
N° de Aciertos	10	12	9	10	6

Puntaje: 47

Cualitativo

Se presenta un puntaje percentil: 75

Rango: II

Nivel intelectual: superior al término medio

- **Inventario clínico multiaxial de Millón II:**

Cuantitativo

Escala de Validez				PUNTAJE FINAL
V	Validez	1	= Validez cuestionable	95
X	Sinceridad	543	= Válido	
Y	Deseabilidad Social	13	= Tendencia del sujeto a presentarse de forma favorable o con personalidad atrayente	63
			Inclinación a despreciarse o desvalorizarse intentando	
Z	Auto-descalificación	24	= mostrar más trastornos emocionales y dificultades personales	73

Patrones clínicos de personalidad		PUNTAJE FINAL
1	Esquizoide	59
2	Evitativo	78
3	Dependiente	21
4	Histriónico	83
5	Narcisista	112
6^a	Antisocial	97
6B	Agresivo-sádico	112
7	Compulsivo	52
8^a	Pasivo-agresivo	112
8B	Auto derrotista	97

Patología severa de personalidad		
S	Esquizotípico	61
C	Bordeline	116
P	Paranoide	92

Síndromes clínicos		
A	Ansiedad	85
H	Somatoformo	58
N	Bipolar	101
D	Distimia	66
B	<i>Dependencia de alcohol</i>	76
T	<i>Dependencia de drogas</i>	79

Síndromes severos		
SS	Desorden del pensamiento	71
CC	Depresión mayor	56
PP	Desorden delusional	69

Indicador elevado	>=85
Indicador moderado	75-84
Indicador sugestivo	60-74
Indicador bajo	35-59
Indicador nulo	0-34

Cualitativo

Los patrones de la escala clínica de personalidad tienen un indicador alto como *narcisista* caracterizado por ser una persona que se hace notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer primario simplemente por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; esta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas. No obstante, presumen alegremente de que los demás reconocerán sus particularidades. A partir de aquí, mantienen un aire de autoconfianza arrogante y, aún sin intención o propósito conscientes, explotan a los demás a su antojo. *Antisocial* en el deseo de autonomía y el deseo de venganza contra quienes le hicieron daño y recompensa ya que sienten haber sido maltratados o traicionados en el pasado. Tiende a la irresponsabilidad e impulsividad, cualidad que juzga justificada al asumir que los demás son traidores y desleales por lo que la insensibilidad y crueldad es su único medio para evitar abusos y engaños, *agresivo – sádico* por lo general se muestra hostil, acentuadamente conflictiva e indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales, *pasivo – agresivo* tiende a meterse en discusiones y riñas interminables ya que vacila entre la llamar la atención y la obediencia, y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza, y *auto-derrotista* que se relaciona con su forma de ser obsequiosa y autosacrificada, por lo que permitiría y quizás fomente que los demás la exploten o se aprovechen de ella.

En psicopatología severa de la personalidad es *bordeline* con intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia, parece hiper-preocupada por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestra una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros y *paranoide* con una desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa nerviosamente anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los

demás. Frecuentemente expresa un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a resistirse al control y a las influencias externas.

En síndromes clínicos elevados posee *bipolaridad* presentándose alegría superficial, elevad o sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos y la *ansiedad* mostrándose tensa, indecisa e inquieta y tienden a quejarse de una excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas, manifiesta por lo general una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente.

VI. RESUMEN

Presenta un nivel intelectual superior al término medio lo que la cataloga como una persona que puede dar solución a los problemas.

Proyectivamente exige mucha atención, perfeccionista y detallista (observadores) con gran sentido de creatividad e imaginación, sensible al estado de humor y tensiones. Gusta de imponer sus reglas, muestra emociones muy intensas, violencia y/o agresión de manera efusiva, es una persona ansiosa y con conflictos emocionales por las decepciones. Compensa los sentimientos de inferioridad, mostrándose constantemente alegre, eufórica, con capacidad de resistencia, tenacidad y de seguir adelante frente a lo adverso.

Los patrones de la escala clínica de personalidad tienen un indicador alto como *narcisista* caracterizado por ser una persona que se hace notar por sus actitudes egoístas, las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; mantiene una confianza y superioridad y tiende a explotar hacia los demás a su antojo. *Antisocial* en el deseo de autonomía y el deseo de venganza contra quienes le hicieron daño al asumir que los demás son traidores y desleales por lo que es más insensible y cruel para evitar engaños o abusos, *agresivo – sádico* por lo general se muestra hostil, acentuadamente conflictiva e indiferentes, *pasivo – agresivo* tiende a meterse en discusiones y riñas interminables por su comportamiento tiende al enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza, tiende a ser *auto-derrotista*, el autosacrificada, por lo que permitiría y quizás fomenta que los demás se aprovechen de ella.

En psicopatología severa de la personalidad muestra rasgos *bordeline* con intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia, parece hiper-preocupada por asegurar el afecto y muestra una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros y la *paranoide* con una desconfianza vigilante también frecuentemente expresa un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a resistirse al control y a las influencias externas.

En síndromes clínicos elevados posee *bipolaridad* presentándose alegría superficial, elevados sentimientos de desánimo o culpabilidad, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos y la *ansiedad* mostrándose tensa, indecisa e inquieta y tienden a quejarse de una excesiva sudoración, una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : T.L.M.H
- **Edad** : 14 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Estado Civil** : Soltera
- **Grado de Instrucción** : Estudiante de cuarto de Secundaria
- **Religión** : Católica
- **Institución Educativa** : Institución Nacional
- **Informantes** : Su madre y la paciente
- **Fecha de Evaluación** : 31 de octubre de 2016
- **Evaluador** : Irene Katherine Campos Untama

II. MOTIVO DE CONSULTA:

T. acude a consulta refiriendo tener problemas en el colegio por haber golpeado e insultado a varias de sus compañeras, la presencia de bajas notas escolares y problemas con el consumo de alcohol.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observación

Entrevista

Test proyectivo de Karen Machover

Test de la familia

Test Matrices Progresivas de Raven

Inventario Clínico Multiaxial de Millón

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

T., según refiere su madre, no tuvo inconvenientes durante el embarazo y el parto. Durante la infancia era tranquila, no manifestaba problemas en el grupo familiar ni en el colegio, era buena alumna. A medida que fue creciendo, iba

mostrando cierto tipo de conductas conflictivas con sus compañeras del salón, se enojaba cuando no le prestaban atención, gritaba o lanzaba objetos al suelo, llegando a golpear a algunas de sus compañeras cuando escuchaba comentarios negativos sobre ella o la molestaban.

A partir del mes de mayo de este año, comenzó a salir más seguido con sus compañeras del colegio; durante sus primeras salidas solamente paseaba o iba a caminar, pero después un día su amiga le dijo para salir y llevó una botella de vino; al principio no quiso beber, pero luego terminó cediendo.

A partir de este evento, empezó a salir todos los fines de semana a ingerir bebidas alcohólicas como vino, vodka y ron, con amigas del colegio y conocidos de las mismas.

T. ha mostrado conductas conflictivas para poder salir con sus amigas, como escaparse, quedarse hasta el día siguiente, en ocasiones sacar dinero de su madre. En una fecha, ella y su amiga pintaron las paredes de un hospital con aerosol, razón por la que fueron llevadas a la comisaria. Perteneció a una barra brava del equipo de fútbol Universitario, donde solían hacer reuniones e ingerir bebidas alcohólicas.

En relación con el colegio, no muestra buena conducta, según indica su rendimiento académico es bajo, ha desaprobado varios cursos con el riesgo de desaprobado el año escolar. Hace un mes aproximadamente golpeo a una de sus amigas porque “la miro feo”, debido a esto tiene una denuncia en su contra por violencia y agresión, por lo que debe asistir a terapia psicológica 3 veces por semana por orden del juez.

Actualmente, sus padres están en proceso de divorcio, se pelean, discuten, llegando a agredirse físicamente, esto por los reclamos que hace la madre, porque el padre suele beber y por el comportamiento de la señorita T.

La hermana mayor de la señorita T. consumió alcohol anteriormente, su relación fraternal ha mejorado, pero no son muy cercanas.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

T. aparenta la edad cronológica que refiere, de tez trigueña, cabellos lacios, ojos negros de contextura delgada, estatura normal para su edad, presenta arreglo personal adecuado y descuido en su aseo, postura recta, denota una expresión facial de desconfianza y mirada desafiante frente a la entrevistadora, colaboradora frente a preguntas sobre su comportamiento y de referencia familiar, de lenguaje coherente y con uso frecuente de jergas y groserías, con variabilidad en la fluidez al comunicarse, de quedarse callada a expresarse ininterrumpidamente. La menor se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, su memoria se encuentra conservada, su percepción es adecuada, el pensamiento es rígido con contenido hostil frente a las personas que la rodean y su familia, presenta un estado de ánimo alterado, violento, presentando arrebatos de cólera, alegría, impulsividad, con falta de espontaneidad de sus emociones y mal empleo de su funcionamiento intelectual para la toma de decisiones.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Presenta un nivel intelectual superior al término medio lo que la cataloga como una persona que puede dar solución a los problemas.

Proyectivamente exige mucha atención, perfeccionista y detallista (observadores) con gran sentido de creatividad e imaginación, sensible al estado de humor y tensiones. Gusta imponer sus reglas, muestra emociones muy intensas, violencia y/o agresión de manera efusiva, es una persona ansiosa y con conflictos emocionales por las decepciones. Compensa los sentimientos de inferioridad, mostrándose constantemente alegre, eufórica, con capacidad de resistencia, tenacidad y de seguir adelante frente a lo adverso.

Los patrones de la escala clínica de personalidad tienen un indicador alto como *narcisista* caracterizado por ser una persona que se hace notar por sus actitudes egoístas, las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; mantiene una confianza y superioridad y tiende a explotar hacia los demás a su antojo. *Antisocial* en el deseo de autonomía y el deseo de venganza contra quienes le hicieron daño al asumir que los demás son traidores y desleales por lo que es más insensible y cruel para evitar

engaños o abusos, *agresivo – sádico* por lo general se muestra hostil, acentuadamente conflictiva e indiferentes, *pasivo – agresivo* tiende a meterse en discusiones y riñas interminables por su comportamiento tiende al enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza, tiende a ser *auto-derrotista*, el autosacrificada, por lo que permitiría y quizás fomente que los demás se aprovechen de ella.

En psicopatología severa de la personalidad muestra rasgos *bordeline* con intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia, parece hiper-preocupada por asegurar el afecto y muestra una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros y la *paranoide* con una desconfianza vigilante también frecuentemente expresa un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a resistirse al control y a las influencias externas.

En síndromes clínicos elevados posee *bipolaridad* presentándose alegría superficial, elevados sentimientos de desánimo o culpabilidad, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos y la *ansiedad* mostrándose tensa, indecisa e inquieta y tienden a quejarse de una excesiva sudoración, una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar.

VII. DIAGNÓSTICO:

T. denota inestabilidad en sus relaciones interpersonales tanto en su entorno académico, en el colegio, como en su entorno familiar y social, una autoimagen superficial que demuestra a las personas de su alrededor, imagen donde no se siente complacida con su cuerpo, con sus rasgos físicos y la afectividad que varía dependiendo de sus estados de humor, donde puede prevalecer la agresividad, la poca tolerancia y su notable impulsividad para hablar, actuar, expresar opiniones o hasta responder de forma soez y violenta por interpretaciones que ella misma le da a la situación. Hace esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario, buscando que su grupo social sea amplio y no tomando en cuenta que las personas sean mayores o pertenezcan algún grupo de influencia negativa, como una barra brava, por

todo esto y la ira inapropiada e intensa y su manifiesta dificultad para controlarla, llevan a considerar que presenta rasgos de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite (F60.31).

VIII. PRONÓSTICO

Favorable, ya que en una primera instancia la paciente recurre a buscar apoyo profesional por cuenta propia, establece un compromiso con las sesiones, así como el apoyo y el acompañamiento de la madre.

IX. RECOMENDACIONES:

Terapia individual

Terapia familiar

Terapia de apoyo

Evaluación psiquiátrica

Campos Untama Irene K.
Bachiller de Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : T.L.M.H
- **Edad** : 14 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Estado Civil** : Soltera
- **Grado de Instrucción** : Estudiante de cuarto de Secundaria
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : Su madre y la paciente
- **Fecha de Aplicación** : Desde el 21 de octubre de 2016
- **Evaluador** : Irene Katherine Campos Untama

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude a consulta refiriendo tener problemas en el colegio por haber golpeado e insultado a varias de sus compañeras, la presencia de bajas notas escolares y problemas con el consumo de alcohol.

III. DIAGNÓSTICO:

La paciente denota inestabilidad en sus relaciones interpersonales tanto en su entorno académico, en el colegio, como en su entorno familiar y social, una autoimagen superficial que demuestra a las personas de su alrededor, imagen donde no se siente complacida con su cuerpo, con sus rasgos físicos y la afectividad que varía dependiendo de sus estados de humor, donde puede prevalecer la agresividad, la poca tolerancia y su notable impulsividad para hablar, actuar, expresar opiniones o hasta responder de forma soez y violenta por interpretaciones que ella misma le da a la situación. Hace esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario, buscando que su grupo social sea amplio y no tomando en cuenta que las personas sean mayores o pertenezcan algún grupo de influencia negativa, como una barra brava, por todo esto y la ira inapropiada e intensa y su manifiesta dificultad para controlarla, llevan a considerar que presenta rasgos de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite (F60.31).

IV. OBJETIVOS GENERAL

Generar nuevos recursos y habilidades para mejorar sus relaciones familiares y sociales, transformando las creencias irracionales para afrontar situaciones de la vida cotidiana.

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enseñar a la paciente que practique ejercicios de relajación e imaginación para el control de impulsos y ansiedad.
- Orientar a la familia sobre los rasgos de personalidad predominantes y cómo manejar los límites dentro del hogar.
- Concientizar a la paciente sobre su realidad y su futuro.
- Identificar y modificar pensamientos recurrentes que hacen que la paciente tenga ideas irracionales que desencadenan en un comportamiento impulsivo.
- Entrenar a la paciente en habilidades sociales para mejorar sus relaciones sociales, familiares y desarrollo personal.
- Reconocer logros alcanzados de la paciente que le permitan desarrollarse asertivamente.

VI. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPEUTICO

N° de Sesión	Duración	Técnica Psicológica	Objetivos
1	1 hora.	Relajación e imaginación.	Enseñar relajación a la paciente para ayudar a controlar sus impulsos y ansiedad.
2	45 minutos	Apoyo familiar	Involucrar y comprometer a la familia del paciente en su recuperación y control periódico.
3	1 hora	Proyecto de vida	Establecer metas y planes tiene para el año escolar en curso y también al finalizar la secundaria.
4	1 hora	Enseñanza del modelo A B C	Concientizar a la paciente en cómo nuestros pensamientos influye en nuestras emociones y nuestras emociones generan conductas.

5	1 hora.	Detección de pensamientos Automáticos.	Identificar pensamientos recurrentes que hacen vulnerable a la paciente a actuar de forma compulsiva.
6-7	1 hora.	Entrenamiento de habilidades sociales.	Dar a conocer la importancia del entrenamiento de habilidades sociales y la autonomía personal.
8	1 hora.	El árbol de los Logros	Reconocer los logros alcanzados de la paciente en su recuperación y mejorar la autoestima.

VII. DESARROLLO DEL PLAN PSICOTERAPEUTICO

Sesión N° 1	
Objetivo:	Ayudar a la paciente a controlar sus impulsos y la ansiedad.
Técnica:	Relajación e imaginación.
Descripción:	<ul style="list-style-type: none"> - Se explica el por qué vamos a utilizar la técnica y que beneficios tendremos con la relajación, para que pueda entender y sea colaboradora. - Se menciona los tipos de respiración, su importancia para el proceso de relajación y le enseñamos la respiración diafragmática. - Le explicamos el nuevo hábito que pondrá en práctica a su vida cotidiana y recomendamos que en el momento de aprendizaje es útil acostarse boca arriba cómodamente, y más adelante practicarla sentados, de pie, caminando; colocando la mano sobre el abdomen y de por recomendación que puede incorporar los ojos cerrados y uso de la música con fondo de la naturaleza, dependiendo de la situación en la que se encuentre y pueda practicar. - Se le pedirá que se concentre en la voz y como se llena de aire el diafragma y se infla mientras su mano esta puesta encima y expulse el aire de forma lenta pero que sea de la forma más natural y durante 20 minutos practicaremos esta respiración - Se finaliza la práctica planteándole a la paciente una situación relajante con los sonidos de la naturaleza, para que pueda poner en acción los ejercicios de respiración aprendidos. - Se le dejará que realice los ejercicios de respiración aprendidos en la casa o cuando se presente situaciones conflictivas o momentos tensos.
Materiales:	Reloj, silla cómoda.
Tiempo:	1 hora

Sesión N° 2	
Objetivo	Involucrar y comprometer a la madre de la paciente en su recuperación y control periódico.
Técnica:	Apoyo familiar.
Descripción	<p>Se citará a la madre de la paciente a quien se explicará los avances que se han tenido con la paciente. Se explicará las características del comportamiento de su menor hija, la forma en que se presentó estos rasgos, cómo es que ha venido evolucionando y la importancia de su apoyo a nivel emocional mientras continúe el proceso judicial pendiente y motivar a que continúe el tratamiento de una forma más efectiva.</p> <p>Se establecerá un compromiso por escrito entre el paciente y su familia, de tal forma que estén dispuestos a cumplirlo y se citará a la paciente y/o familia para continuar con los controles respectivos.</p> <p>Se explicará cómo establecer lazos con su hija mediante los límites que se deberá establecer y el cumplimiento de estos tanto por T. y por su madre.</p>
Materiales:	2 Sillas.
Tiempo:	45 minutos.

Sesión N° 3	
Objetivo:	Identificar los propósitos, metas y anhelos que tiene en su vida.
Técnica:	Proyecto de vida
Descripción:	<p>Se inicia con un cordial saludo al alumno y posterior a ello, se procede a entregarle una hoja. La hoja entregada tiene como título 3 deseos, los cuales se le plantea para su vida escolar y después de ella. Se hace un análisis de sus planes vacacionales, y también profesionales. Aquí se le da un tiempo para T., para que examine que había pensado hasta la fecha en corto, mediano y largo plazo.</p> <p>Obtenida sus respuestas, se procede a iniciar llenando las hojas de los 3 deseos que tienen que pedir para que puedan cumplir sus metas lo más pronto posible, representan una ayuda para realizar aquello que anhelan. Culminada la actividad, se expone cada deseo, manifestando que deseo solicitaría para lograr su meta y hacia que meta se dirige el mismo. En el cuaderno de registro se solicita que medite que es lo que quiere alcanzar en su vida y que se informe para compartir en la próxima sesión las posibilidades y riesgos frente a la toma de decisiones.</p>
Materiales:	<p>Silla.</p> <p>Lapicero y hojas.</p> <p>Cuaderno de registro.</p>
Tiempo:	1 hora.

Sesión N° 4	
Objetivo:	Enseñar al paciente la forma como nuestros pensamientos ocasionan nuestras emociones y estas nuestras conductas
Técnica:	Enseñanza del modelo A B C
Descripción:	<p>-Se explicará al paciente mediante distintos tipos de ejemplos con acontecimiento similares a las que experimento y sus mismas experiencias, y explicar cómo este antecedente (A), hizo en su momento tener una creencia irracional (B) por lo que hubo distintas reacciones conductuales y emocionales (C) afectando positiva y negativamente a las personas y a ella misma.</p> <p>-Se le enseñará a registrar una hoja de registro donde anotará los momentos incómodos que tiene, sus pensamientos, sus emociones y sus conductas.</p> <p>-Para próximas sesiones siempre se trabajará pequeñas tareas con relación a las sesiones y para esto se usará un cuaderno de registro personal donde plasmará acontecimientos, pensamientos irracionales, las soluciones posibles que hubiera tomado, etc.</p>
Materiales:	<p>Silla.</p> <p>Lapicero y hojas.</p> <p>Cuaderno de registro.</p>
Tiempo:	1 hora.

Sesión N° 5	
Objetivo:	Identificar pensamientos recurrentes que hacen vulnerable a la paciente a actuar de forma impulsiva.
Técnica:	Detección de Pensamientos Automáticos.
Descripción:	<p>- Determinar cuáles con los pensamientos que la paciente experimenta y percibe lo que causa molestia y desencadena acciones impulsivas.</p> <p>- Pedir a la paciente que imagine una situación en la que recuerde cual fue el motivo de un comportamiento y que pensamientos pasaron por su mente.</p> <p>- Indicarle a la paciente que para detener un pensamiento negativo, se debe llevar a la reflexión en ese momento y reconocer que tipo de sentimientos se están produciendo, como estas serán negativas ya para ese momento solo debe cerrar los ojos y en su imaginación gritar “BASTA YA”, y mediante la respiración profunda tranquilizarse para no hacer alguna acción o respuesta negativa de la situación.</p> <p>- Después pedirle que traiga a su mente pensamientos positivos o pensamientos que la motive a calmarse, “Toda va bien” “No pasa nada, todo se soluciona” “Cuando llegue el momento lo sabré resolver” “ todo es un malentendido”... o alguna actividad que la distraiga.</p> <p>- Para finalizar se le explicará a la paciente que estos pensamientos tenderán a desaparecer una vez hayamos dominado con el avance en</p>

	sustituir un pensamiento negativo por otro y que nos desencadena conductas negativas o agresivas, para que ella tendrá el control de su autorregulación y dominio de sus pensamientos sobre sus sentimientos. - Para trabajar en casa la paciente anotará en su cuaderno con un lapicero indicando el momento y la frecuencia en que ocurrieron los pensamientos negativos, cual fue el desencadenante y como se sintió al frenar ese pensamiento.
Materiales:	Silla cómoda. Cuaderno de registro.
Tiempo:	1 hora

Sesión N° 6 y 7	
Objetivo:	Dar a conocer la importancia del entrenamiento de habilidades sociales y la autonomía personal.
Técnica:	Entrenamiento de habilidades sociales.
Descripción:	-Se explicarán diferentes estrategias que permita enfrentarse a distintos problemas mejorando la relación con sus compañeros y familiares -Como tarea a desarrollar en el cuaderno registrará las experiencias que haya vivido durante la semana y la aplicación de estas nuevas habilidades, su experiencia, las emociones que sintió y si fueron positivas o negativas y que le faltaría por mejorar.
Sesión 6 Comunicación asertiva	Se dará un entrenamiento en comunicación asertiva, mostrándole los tipos de comunicación que la paciente maneja, sus consecuencias y proponiendo situaciones donde ella manejó posibles reacciones violentas y reforzando luego positivamente cada vez que lo haga de forma correcta al ejemplificarlo.
Sesión 7 Habilidades intercomunicaciones	-Se realizaran ejercicios de role-playing, en los que se ensayan diversas situaciones como pedir información, rehusar una petición de forma asertiva, disculparse, iniciar una conversación, mantener una conversación y terminar una conversación, expresar agradecimiento, expresar reconocimiento y hacer cumplidos. -Reforzar positivamente cada vez que el paciente se comunique asertivamente.
Materiales:	Ficha de registro. 2 Sillas ubicadas frente a frente Cuaderno de registro
Tiempo:	1 hora.

Sesión N° 8	
Objetivo:	Reconocer los logros alcanzados de la paciente en su recuperación y mejorar la autoestima.
Técnica:	El árbol de los logros.
Descripción:	<ul style="list-style-type: none"> - Se le indica la paciente, que mencione los logros obtenidos en su proceso de recuperación y como ha mejorado en su medio donde se desenvuelve para que luego elabore una lista de todos sus valores positivos, ya sean cualidades personales (paciencia, valor...), sociales (simpatía, capacidad de escucha...), intelectuales (memoria, razonamiento...) o físicos (atractivo, agilidad...). Intentando hacer una lista lo más larga posible tomándose todo el tiempo que necesites. - En seguida se le pide que recuerde como se veía antes de empezar la psicoterapia y lo escriba en otra hoja. - Cuando ya tenga las dos listas, dibujará su “árbol de los logros”. Debe ser un dibujo grande, que ocupe toda la hoja con las raíces, las ramas y los frutos. Debe realizar raíces y frutos de diferentes tamaños. Luego en cada una de las raíces debes ir colocando uno de sus valores positivos (lo que apunto en la primera lista). Debe considerar que ese valor es muy importante y si le ha servido para lograr grandes metas, colócalo en una raíz gruesa. Si por el contrario le ha costado o aun seguir trabajando en ello debe colocarlo en una de las pequeñas. - En los frutos iremos colocando de la misma manera los logros (los apuntados en la segunda lista). Pondrá sus logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los pequeños. - Cuando haya terminado le pedimos que lo contemple y reflexione sobre él. Se le dirá que es posible que se sorprenda la cantidad de cualidades que tiene y todas las cosas importantes que ha conseguido en la psicoterapia y le pedimos que compare con la segunda lista lo que ha ido mejorando. Si ella lo desea puede enseñárselo a alguien de confianza para que le ayude a añadir más raíces y frutos que haya visto en ella y de los que no sea consciente. - Se hace un recuento junto con la paciente de todas las actividades realizadas y en que situaciones puso en práctica las técnicas de psicoterapia y que le ayudo afrontar situaciones estresantes. - Se resalta la importancia de la voluntad y persistencia de la paciente para lograr dichos cambios, rescatando sus valores escritas en la hoja. - Finalmente se le invita a la paciente a reflexionar sobre la importancia de las técnicas terapéuticas para su desarrollo como persona.
Materiales:	Silla, lapiceros y hojas
Tiempo:	1 Hora.

VIII. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Las sesiones psicoterapéuticas tuvieron una duración de dos meses aproximadamente, a razón de una vez por semana.

IX. LOGROS OBTENIDOS

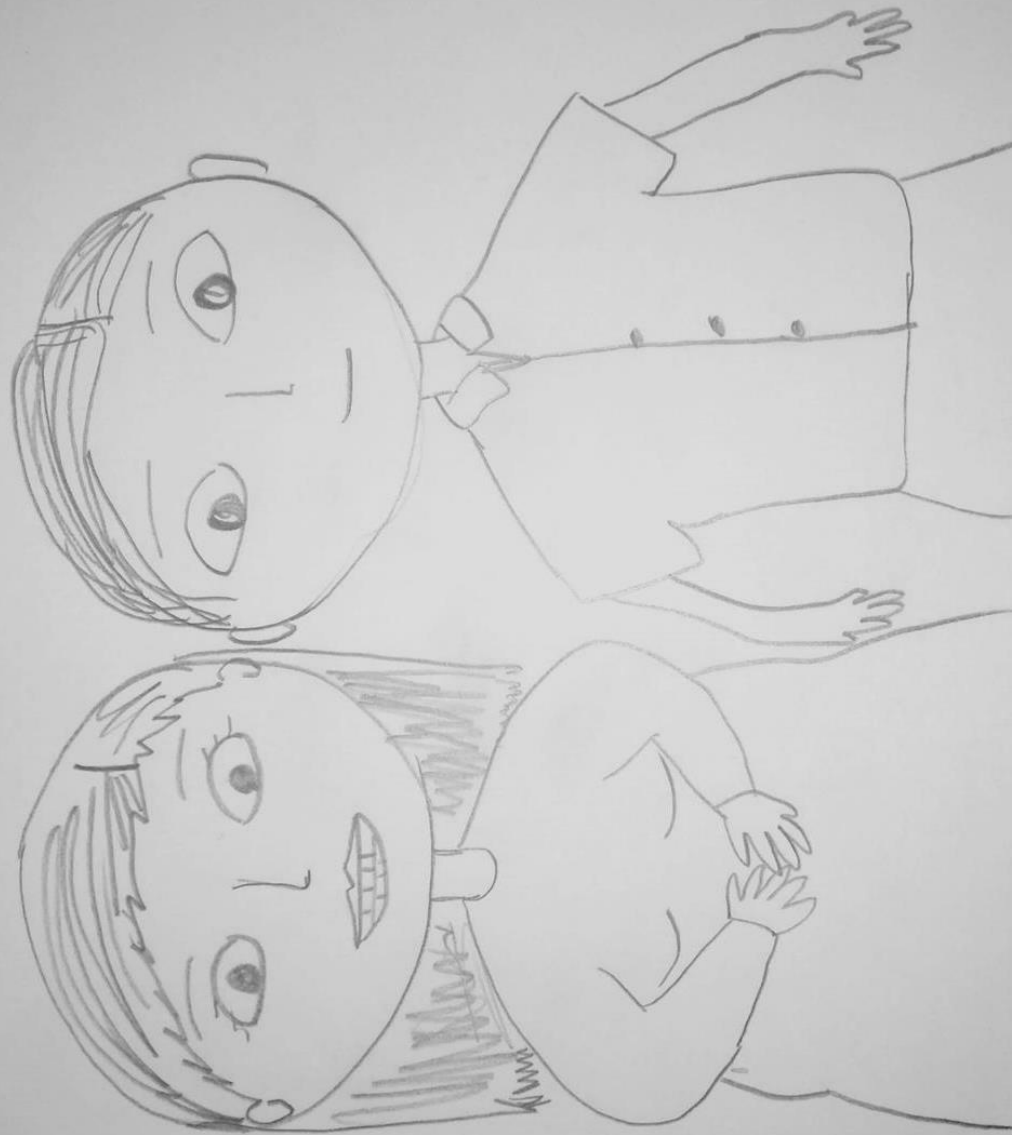
- La paciente logra identificar los pensamientos que le hacen impulsivos y ansioso.

- La paciente percibe sus cualidades positivas y negativas. Además, de identificar sus amenazas y la importancia de las oportunidades.
- Se logró empoderar y mejorar su autoestima personal.
- Predisposición en entablar mejores relaciones interpersonales.

Campos Untama Irene K.
Bachiller de Psicología

ANEXOS

Ella es una señora que ama a su esposo pero
 él es un malo porque la trata muy mal
 le quite muchos y demás, se casaron en una
 fiesta y él era el más guapo de ese lugar



Elle se sentait bien de
le voir ainsi grand
car elle se sentait
la grande pour elle
et la petite



Julio es el mas inteligente
guapo, tiene muchos
amigos pero siente que
le falta algo en su vida
a los 18



Nombre T

Edad 14

Sexo F

Grado 4

Sección 0

Fecha

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	10	83	Superior al Término medio
B	12	100	
C	9	75	
D	10	83	
E	6	50	
TOTAL CI	47	80	

INTERPRETACION

T

de 14 años de edad

Tiene un Puntaje de **47** que lo ubica en el Percentil **80**

Nos indica que se ubica en la categoría de:

Superior al Término medio

CASO CLINICO 02:
Presentado por la Bachiller:
Sindy Oriana Lopez Gomez

ANAMNESIS

1.- DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : C. Y. T. B.
- **Edad** : 21 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de nacimiento** : 3 de diciembre de 1993
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de instrucción** : Superior (7mo semestre)
- **Estado civil** : Soltera
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Estudiante
- **Informante** : La Paciente
- **Lugar de Evaluación** : Consultorio psicológico de la UNSA
- **Fecha de consulta** : 07, 14 y 21 de abril del 2016
- **Examinadora** : Sindy Oriana López Gómez

2.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude al consultorio, motivada por la recomendación de una Psicóloga en un curso de oratoria, quién le sugirió asistir a consulta, la paciente refiere sentimientos de tristeza y soledad que le genera la situación personal y familiar en la que se desenvuelve.

3.- ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES

El embarazo fue deseado y no planificado por las circunstancias que acontecía a su madre; el parto fue eutócico y sin complicaciones, según le manifestó su tía.

En relación con la Primera infancia; tuvo un desarrollo acorde a su edad, logró controlar sus esfínteres vesicales al año y tres meses, los esfínteres anales al año y seis meses, edad en la que su madre la dejó al cuidado de su tía. Aprendió a comer sola a

los dos años. Su desarrollo Psicomotor procedió con normalidad y acorde a su edad, según le manifestaron sus familiares.

Asistió a Inicial de 3, 4 y 5 años, ingresó a la primaria a los 6 años, no le dio miedo la escuela ni enfrentar un ámbito nuevo. No le fue difícil establecer relaciones interpersonales con sus congéneres y profesores, realizaba las tareas asignadas, participaba en clase, era de su agrado asistir a su jardín de inicial y a la escuela primaria, por lo que su desempeño académico siempre fue satisfactorio o excelente.

Aproximadamente entre 4 y 5 años comenzó a percibir las diferencias de género masculino y femenino y a identificarse con el sexo femenino imitando el comportamiento de su tía.

En relación con su alimentación; evita la comida rápida ya que siempre se ha preocupado por alimentarse sanamente.

Por otro lado, en cuanto a su situación económica, anteriormente la familia con la que convivía se hacía cargo de ella y su madre le compraba lo necesario cuando eventualmente la visitaba, actualmente su madre le deposita dinero para sus gatos y a fines de mes su padre le depositará por primera vez su pensión por alimentos. Cuando le llaman trabaja fines de semana en una heladería.

ANTECEDENTES FAMILIARES

La paciente refiere que desde la edad de un año y medio creció con una tía, (hermana de su madre) ya que su progenitora estudiaba enfermería y se fue a la periferia a realizar su SERUMS, durante su infancia hace referencia a que era una niña muy estudiosa, obediente y tranquila, no daba mayor problema.

Se crio con su tía hasta los 7 años, edad en la que la hermana de su madre se casa y tiene un hijo, desde entonces pasa a vivir con la prima hermana de su madre, es a esta edad que empieza a sentirse triste por la ausencia de su madre. Vivía con sus primos mayores, quienes según refiere la paciente, la cuidaban, le ayudaban en las tareas y le enseñaron a defenderse en el colegio. En el área académica continuaba sobresaliendo.

Al llegar a la adolescencia, ella consideraba que su situación no era óptima, pero era llevadera, se esforzó mucho por tener un rendimiento académico excelente terminó el colegio en primer lugar de su promoción. A los 16 años, refiere haber sufrido un suceso desagradable, tocamientos indebidos, por parte del esposo de su tía, hecho que sólo comentó a su mejor amiga, y no repitió hasta llegar a la consulta.

A los 17 años, ya ingresante en la universidad, su tía, quien siempre se dedicó a trabajar, empezó y aún continúa atravesando una crisis económica y matrimonial, por lo que decidieron, sería mejor que la paciente fuese a vivir con su tía abuela; con quién vivió y cuidó hasta abril del presente año. Es en este mes que los hijos de la Tía abuela la echan de la casa familiar y su progenitora la envía a su casa propia, a vivir sola; argumentando que ya tiene edad para ser responsable y ver por sí misma.

La paciente refiere que la situación problemática aparece en ese momento al sentirse sola, extrañar a su abuelita de quien cuidaba, casa que le quedaba cerca de la universidad y la extensa distancia que existe entre su casa y la de sus familiares. –“Es en ese momento que me di cuenta de que mi madre nunca estuvo conmigo, siempre ha trabajado fuera de la ciudad, mi padre nunca actuó como mi padre. Sentía que no pertenecía a ninguna familia, que yo no tenía una familia.”

Sumado a esto; su padre, a quien le siguió un juicio de paternidad, la reconoció como hija y le dio su apellido, persona de quien no sabe casi nada, ya que estuvo ausente a lo largo de su vida, sólo lo vio una vez cuando era niña y una segunda vez al asistir a la sentencia, es por lo que no le reconoce como su padre, y argumenta que en toda su vida nunca tuvo apoyo moral, afectivo ni mucho menos económico.

4. RESUMEN

Paciente que tuvo un desarrollo acorde a su edad, a lo largo de su vida ha convivido con diferentes grupos familiares; creció cuidada por la hermana de su madre; a los 7, años al casarse su tía, pasó a vivir con una prima de la madre; tío y primos, a quien ayudaba en su negocio y cuidaron de la referida hasta que atravesó una crisis económica y matrimonial, en ese momento decidieron que fuera a vivir con su tía abuela, a quién cuidaba y ayudaba en todo. En abril de este año los hijos de la abuelita la echaron de esta casa; su madre le dio una habitación en su casa de cerro colorado, actualmente vive sola y es en ese momento que empezó a sentirse sola y desesperanzada al verse sola, sin un grupo familiar que le brinde respaldo afectivo, que para ella es muy importante. En el área académica siempre ha sido sobresaliente.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : C. Y. T. B.
- **Edad** : 21 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de nacimiento** : 3 de diciembre de 1993
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de instrucción** : Superior en proceso (7mo semestre)
- **Estado civil** : Soltera
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Estudiante
- **Informante** : La Paciente
- **Lugar de Evaluación** : Consultorio psicológico de la UNSA
- **Fecha de consulta** : 28 de abril del 2016
- **Examinadora** : Sindy Oriana Lopez Gomez

II. VALORACIÓN CLÍNICA

1.- Actitud, Porte y Comportamiento

La paciente aparenta tener la edad referida, de tez trigueña, ojos marrones oscuros, cabello largo, estatura mediana, contextura delgada, presenta un adecuado estado físico, postura y marcha adecuada, su aseo personal y arreglo conservados.

La paciente afirma sentirse sola y triste por todo lo que viene aconteciendo en general en su vida, por otro lado, mantiene contacto visual, coopera con la entrevista, es expresiva, muestra buena disposición para responder preguntas como para argumentar sus respuestas.

2.- Atención, Conciencia y Orientación

La paciente se encuentra orientada en el tiempo, espacio y persona. En cuanto a su atención, es óptima, ya que responde a las preguntas durante la entrevista. Con un nivel de conciencia lúcida al transcurrir toda la entrevista; entiende y responde claramente lo que se pregunta y menciona coherentemente los hechos y sucesos.

3. Lenguaje y Pensamiento

La paciente presenta un lenguaje adecuado, comprende el material ofrecido y es capaz de darle un significado y un significante a los contenidos, utilizando un tono adecuado en toda la entrevista. Con un pensamiento adecuado, coherente en su curso y contenido. En cuanto al contenido de ideas refiere soledad en sus actividades cotidianas.

4. Percepción

La paciente presenta los diferentes procesos perceptivos de forma normal, por lo que se puede apreciar la ausencia de alguna alteración y/o alucinaciones en alguna de las modalidades sensoriales.

5. Memoria

Tanto su memoria remota, como su memoria reciente están conservadas, por lo que es capaz de recordar y evocar información anterior como hechos o sucesos cronológicos de su historia personal, familiar, académica y social.

6. Función intelectual

El desenvolvimiento de la paciente durante la entrevista, la observación y las evaluaciones, la ubican en un nivel intelectual adecuado, es decir que la capacidad de resolución de problemas, de la misma forma que su capacidad de abstracción, análisis y síntesis son adecuados y acordes a su nivel educativo.

7. Afectividad y Estado de Ánimo

La paciente se encuentra contenta y por momentos triste, con deseos de mejorar la situación, afectividad congruente; en total concordancia entre lo que dice y expresa emocionalmente.

8. Comprensión y Grado de incapacidad de la Enfermedad.

La paciente refiere que su situación actual está afectando su vida en general y en especial en todo lo relacionado a su futuro. Manifiesta expresamente sus deseos de mejorar y estabilizarse.

Resumen

La paciente, aparenta la edad referida, de tez trigueña, ojos marrones oscuros, cabello largo, estatura mediana, contextura delgada; presenta estado físico, postura y marcha adecuados como también su aseo y arreglo personal. Está orientada en tiempo, espacio y persona, con un nivel de conciencia lúcida al momento de la entrevista; mantiene contacto visual, entiende, responde y argumenta claramente lo que se pregunta mencionando coherentemente hechos o sucesos, así como también, el material ofrecido, reflejando un lenguaje adecuado. Su pensamiento es adecuado y coherente en curso y contenido. Presenta un lenguaje adecuado ya que comprende, y le asigna un significado y significativo al material ofrecido utilizando un tono adecuado en toda la entrevista. Presenta los diferentes procesos perceptivos de forma normal ya que se puede apreciar la ausencia de alguna alteración en alguna de sus modalidades sensoriales, tanto su memoria remota como su memoria reciente están conservadas.

La paciente se ubica en un nivel intelectual adecuado por su desenvolvimiento durante la entrevista, las observaciones y la evaluación realizada; en cuanto a su estado de ánimo se encuentra contenta y por momentos triste, afectividad congruente entre lo que dice y expresa emocionalmente. La paciente refiere que la situación que viene atravesando está afectando su entorno en general y manifiesta sus deseos de mejoría.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : C. Y. T. B.
- **Edad** : 21 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de nacimiento** : 3 de diciembre de 1993
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de instrucción** : Superior en proceso (VII semestre)
- **Estado civil** : Soltera
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Estudiante
- **Informante** : La Paciente
- **Lugar de Evaluación** : Consultorio psicológico de la UNSA
- **Fecha de consulta** : 04 y 05 de mayo del 2016
- **Examinadora** : Sindy Oriana López Gómez

II. OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA

La paciente se mostró con notoria disposición participativa y colaboradora durante la evaluación y entrevista, cuando se le aplicó la prueba psicométrica, no le resultó ningún problema comprender el objetivo ni la forma en que debería responder a los ítems.

III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- ◆ Observación
- ◆ Entrevista
- ◆ Inventario multifásico de la personalidad Mini-Mult
- ◆ Escala de Zung para la depresión

IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

◆ Inventario Multifásico de la Personalidad Mini-Mult

Interpretación cuantitativa

	L	F	K	Hs 1+5k	D. 2	Hi. 3	Dp 4+4k	Pa. 6	Pt 7+1k	Es 8+1k	Ma 9+2k
Puntuación Directa	2	2	6	3	7	9	4	3	6	3	4
Puntuación MM	6	6	14	8	26	24	16	10	16	10	15
Añadir K	6	6	14	7	26	24	6	10	14	14	3
				15			22		30	24	18
Puntaje T	56	58	53	54	63	59	57	56	58	52	53

Interpretación cualitativa

L Mentira: Se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

F Validez: Se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

K Corrección: Puede tener autoestima afectada, probablemente a la paciente le gustaría discutir algunos problemas emocionales.

Hs Hipocondría: La cantidad de sintomatología física y su preocupación por las funciones corporales son menores al promedio

D Depresión: Puede indicar inhibición, irritabilidad, puede manifestar desaliento, melancolía, infelicidad, insatisfacción consigo misma y con el mundo.

Hi Desviación psicopática: Persona sincera confiable tenaz y responsable.

Pa Paranoia: Sensible a desaires y retraso, se muestra cautelosa en contacto sociales iniciales, confiada hasta que la traicionan.

Pt Psicastenia: Persona puntual, confiable, adaptable ya bien organizada.

Es esquizofrenia: Confiable y adaptable y equilibrada.

Ma manía: Puede tener poca tolerancia a la monotonía. Persona eficiente trabajadora, con variedad de intereses, emprendedora y orientada al logro.

◆ Escala de Zung para la depresión

Interpretación cuantitativa

ESCALA DE ZUNG PARA LA DEPRESIÓN	
Índice EAD	Impresión clínica global equivalente
52	Depresión leve o levemente deprimido

Interpretación cualitativa

La paciente suele encontrarse afectada por los síntomas y presenta alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. Es sensible, tímida, y puede manifestar melancolía, insatisfacción consigo misma y con el mundo.

Resumen

Paciente equilibrada, tímida, realista, sincera, confiable y responsable, puede manifestar melancolía, infelicidad, insatisfacción consigo misma y con el mundo, se encuentra afectada por los síntomas de depresión ya que presenta alguna dificultad para llevar a cabo su actividad académica, laboral o social, pero no las deja por completo.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : C. Y. T. B.
- **Edad** : 21 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de nacimiento** : 3 de diciembre de 1993
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de instrucción** : Superior (VII semestre)
- **Estado civil** : Soltera
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Estudiante
- **Informante** : La Paciente
- **Lugar de Evaluación** : Consultorio psicológico de la UNSA
- **Fecha de consulta** : 12 de mayo del 2016
- **Examinadora** : Sindy Oriana López Gómez

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude al consultorio, motivada por la recomendación de una Psicóloga en un curso de oratoria, quién le sugirió asistir a consulta; refiriendo sentimientos de tristeza y soledad que le genera la situación personal y familiar en la que se desenvuelve.

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente que tuvo un desarrollo acorde a su edad, a lo largo de su vida ha convivido con diferentes grupos familiares; creció cuidada por la hermana de

su madre; a los 7, años al casarse su tía, pasó a vivir con una prima de la madre; tío y primos, a quien ayudaba en su negocio y cuidaron de la referida hasta que atravesó una crisis económica y matrimonial, en ese momento decidieron que fuera a vivir con su tía abuela, a quién cuidaba y ayudaba en todo. En abril de este año los hijos de la abuelita la echaron de esta casa; su madre le dio una habitación en su casa de cerro colorado, actualmente vive sola y es en ese momento que empezó a sentirse sola y desesperanzada al verse sola, sin un grupo familiar que le brinde respaldo afectivo, que para ella es muy importante. En el área académica, su rendimiento siempre ha sido sobresaliente.

IV. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

La paciente, aparenta la edad referida, de tez trigueña, ojos marrones oscuros, cabello largo, estatura mediana, contextura delgada; presenta estado físico, postura y marcha adecuados como también su aseo y arreglo personal. Está orientada en tiempo, espacio y persona, con un nivel de conciencia lúcida al momento de la entrevista; mantiene contacto visual, entiende, responde y argumenta claramente lo que se pregunta mencionando coherentemente hechos o sucesos, así como también, el material ofrecido, reflejando un lenguaje adecuado. Su pensamiento es adecuado y coherente en curso y contenido. Presenta un lenguaje adecuado ya que comprende, y le asigna un significado y significante al material ofrecido utilizando un tono adecuado en toda la entrevista. Presenta los diferentes procesos perceptivos de forma normal ya que se puede apreciar la ausencia de alguna alteración en alguna de sus modalidades sensoriales, tanto su memoria remota como su memoria reciente están conservadas.

La paciente se ubica en un nivel intelectual adecuado por su desenvolvimiento durante la entrevista, las observaciones y la evaluación realizada; en cuanto a su estado de ánimo se encuentra contenta y por momentos triste, afectividad congruente entre lo que dice y expresa emocionalmente. La paciente refiere que la situación que viene atravesando está afectando su entorno en general y manifiesta también, sus deseos de mejoría.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- ◆ Observación
- ◆ Entrevista
- ◆ Inventario multifásico de la personalidad Mini Mult
- ◆ Escala de Zung para la depresión

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Paciente equilibrada, tímida, realista, sincera, confiable y responsable, puede manifestar melancolía, infelicidad, insatisfacción consigo misma y con el mundo, se encuentra afectada por los síntomas de depresión ya que presenta alguna dificultad para llevar a cabo su actividad académica, laboral o social, pero no las deja por completo.

VII. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Paciente comunicativa, confiable y responsable, que presenta estado físico, postura, aseo personal y arreglo adecuados, denota estar orientada en tiempo, espacio y persona; su memoria, nivel de percepción, comprensión y expresión son adecuados y acordes a su desenvolvimiento intelectual. Manifiesta alteración del estado del ánimo de forma leve a causa de la situación familiar en la que ha venido desarrollándose, denota ánimo depresivo, la pérdida de la confianza en sí misma, desaliento, melancolía, insatisfacción con el mundo y consigo misma, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas y también una perspectiva sombría del futuro. Por lo que se considera la presencia de una Depresión Leve (F-32.0).

VIII. PRONÓSTICO:

Favorable; ya que la paciente tiene conciencia de su situación y los conflictos que ésta le genera. Además, muestra interés y compromiso en modificar paulatinamente los aspectos que no le favorecen, para así mejorar dicha situación.

IX. RECOMENDACIONES:

- ◆ Terapia Individual
- ◆ Terapia Familiar
- ◆ Terapia ocupacional
- ◆ Biblio-terapia

Sindy Oriana López Gómez
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1.- DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : C. Y. T. B.
- **Edad** : 21 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de nacimiento** : 3 de diciembre de 1993
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de instrucción** : Superior (IV año Turismo)
- **Dirección actual** : Cerro Colorado.
- **Fecha de consulta** : 26 de mayo al 31 de julio del 2016
- **Examinado por** : Sindy Oriana López Gómez

2. DIAGNÓSTICO

Paciente comunicativa, confiable y responsable, que presenta estado físico, postura, aseo personal y arreglo adecuados, denota estar orientada en tiempo, espacio y persona; su memoria, nivel de percepción, comprensión y expresión son adecuados y acordes a su desenvolvimiento intelectual. Manifiesta alteración del estado del ánimo de forma leve a causa de la situación familiar en la que ha venido desarrollándose, denota ánimo depresivo, la pérdida de la confianza en sí misma, desaliento, melancolía, insatisfacción con el mundo y consigo misma, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas y también una perspectiva sombría del futuro. Por lo que se considera la presencia de una Depresión Leve (F-32.0).

3. OBJETIVOS

- A. Modificar estructuras cognoscitivas a través de sesiones de psicoterapia para solucionar la problemática emocional que está afectando el desarrollo de la paciente.
- B. Revisar y establecer sus prioridades personales y de esa manera proyectarse a un futuro a corto, mediano y también a largo plazo.
- C. Reforzar lazos familiares y establecer su red de soporte emocional.
- D. Participar en actividades que le ayuden a percibirse productiva.
- E. complementar su recuperación con material bibliográfico.

4. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

NÚMERO DE SESIÓN	TÉCNICA	OBJETIVO POR ALCANZAR	META
SESIÓN NÚMERO 1	Diálogo	Explicar a la paciente el modelo de trabajo y establecer un cronograma para trabajarlo.	Que la paciente tenga conocimiento del plan que se va a ejecutar, el tiempo a utilizarse y aclarar las dudas que pueda tener.
SESIÓN NÚMERO 2	Reestructuración Cognitiva	Comprender quejas y demandas para transformarlas en objetivos	Objetivos establecidos claros

	Bibliografía	Aclarar ideas	
SESIÓN NÚMERO 3	Reestructuración Cognitiva Tareas	<p>Demostrar cómo influyen las cogniciones en las emociones y en su concepción del mundo</p> <p>Anotar pensamientos que le generen tristeza o preocupación en un cuadro semanal</p>	<p>Que la paciente concientice la influencia de sus cogniciones y la afectación de éstas en su vida.</p>
SESIÓN NÚMERO 4	Reestructuración Cognitiva Tareas	<p>Debatir pensamientos intrusivos, ideas y conceptos erróneos.</p> <p>Anotar pensamientos que le generen tristeza o preocupación en un cuadro semanal</p>	<p>Pensamientos, Ideas y conceptos llevados a un juicio crítico.</p> <p>Cuadro de pensamientos para debatir</p>

SESIÓN NÚMERO 10	Reforzamiento	Revisar el horario de actividades diarias y planteamiento de metas y objetivos personales	Que la paciente organice sus actividades diarias, académicas y de tiempo libre
SESIÓN NÚMERO 11	Diálogo	Supervisar a la paciente para tener conocimiento de su desenvolvimiento después del plan aplicado y si fuera necesario revisar algunas sesiones	Que la paciente aplique lo aprendido en sesiones de trabajo.

- **Tiempo aproximado de sesión**
45 minutos a 60 minutos por sesión
- **Material por utilizar**
Útiles de escritorio, libros.

5. TIEMPO DE EJECUCIÓN:

El tiempo en que se ejecutó el plan psicoterapéutico tuvo una duración de 2 meses, en una sesión por semana.

6. LOGROS OBTENIDOS

Los objetivos y metas planteados han sido alcanzados con satisfacción.

- La paciente es consciente de la influencia de sus cogniciones y la afectación de éstas en su vida.
- Es capaz de llevar a juicio crítico pensamientos e ideas erróneos que se le presentan.

- Los conceptos de felicidad y valía personal son importantes y alcanzables para ella.
- La paciente demostró su empoderamiento personal.
- La paciente fue capaz de expresar a sus padres, sus sentimientos y pensamientos.
- Es capaz de organizar sus actividades diarias, académicas y de tiempo libre que incluyen recreación, esparcimiento y actividades de disfrute personal.
- De necesitarla, podrá pedir ayuda en alguna situación futura.

7. SEGUIMIENTO

Se realizó seguimiento mediante llamadas telefónicas; se pudo corroborar el estado de la paciente, refirió sentirse muy a gusto con la nueva visión que tenía, tanto de ella misma como del mundo que le rodea y su consecución de metas personales, familiares y profesionales.

Sindy Oriana López Gómez
Bachiller en Psicología

ANEXOS

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINI-MULT

HOJA DE RESPUESTA

EDUCACIÓN	PAISANO	MATRINO	NOMBRES
T.	B.	C. Y.	

NO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE APLICACIÓN
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DIA <input type="text"/>	<input type="text"/>

Responde con un signo (X) la letra V (verdadero) o F (falso), según sea tu respuesta.

V	0	11	V	0	21	0	F	31	0	F	41	0	F	51	0	F	61	0
V	0	12	V	0	22	0	F	32	0	F	42	0	F	52	0	F	62	0
V	0	13	V	0	23	0	F	33	0	F	43	0	F	53	0	F	63	0
V	0	14	V	0	24	0	F	34	0	F	44	0	F	54	0	F	64	0
0	F	15	V	0	25	0	F	35	0	F	45	0	F	55	0	F	65	0
0	F	16	V	0	26	0	F	36	0	F	46	0	F	56	0	F	66	0
V	0	17	V	0	27	0	F	37	0	F	47	0	F	57	0	F	67	0
0	F	18	V	0	28	0	F	38	0	F	48	0	F	58	0	F	68	0
V	0	19	V	0	29	0	F	39	0	F	49	0	F	59	0	F	69	0
V	0	20	V	0	30	0	F	40	0	F	50	0	F	60	0	F	70	0
																	71	0

	L	F	K	HS 1+5K	D 2	Hi 3	Dp 4+4K	Pa 6	Pt 7+1K	Es 8+1k	Ma 9+2K
Situación directa	2	2	6	3	7	9	4	3	6	3	4
Situación MM	2	2	14	8	26	24	16	10	16	10	15
edir K	6	6	14	7/15	26	24	6/22	10	14/30	14/24	3/18
staje T	56	58	53	54	63	59	57	56	58	52	53

C. Y. T. G.

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.			X	
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.		X		
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.		X		
4. Tengo problemas para dormir por la noche.			X	
5. Como la misma cantidad de siempre.			X	
6. Todavía disfruto el sexo.	X			
7. He notado que estoy perdiendo peso.		X		
8. Tengo problemas de estreñimiento.	X			
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	X			
10. Me canso sin razón alguna.		X		
11. Mi mente está tan clara como siempre.	X			
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.		X		
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.		X		
14. Siento esperanza en el futuro.		X		
15. Estoy más irritable de lo normal.		X		
16. Me es fácil tomar decisiones.		X		
17. Siento que soy útil y me necesitan.	X			
18. Mi vida es bastante plena.	X	X		
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	X			
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.		X		

PT = 52 -> Depresión leve.