



Caso Clínico de Estrés Postraumático por pérdida Gestacional

Enaida D. Contreras Soto

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Especialización en psicología clínica del niño y el adolescente

Barranquilla, Colombia

15 de octubre de 2022

Contenido

CASO CLÍNICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR PÉRDIDA GESTACIONAL.....	4
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción	6
Descripción del caso	7
Datos biográficos	8
Antecedentes Personales.....	8
Antecedentes Patológicos	8
Antecedentes Familiares	8
Historia Social/Académica.....	9
Historia Médica.....	9
Tratamiento	11
La reestructuración Cognitiva.....	13
Consumo de sustancias psicoactivas (marihuana)	13
Ansiedad	13
Resultados	15
Material y método	14
Discusión.....	16
Referencias.....	17

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de diagnóstico para TEPT.....	10
Tabla 2. Tratamiento para tratar el TEPT	12
Tabla 3. Puntuación de la paciente por la prueba	15

CASO CLÍNICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR PÉRDIDA GESTACIONAL

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm seccional Cartagena

Enaida D. Contreras Soto

Octubre de 2022

Resumen

En este estudio se presenta un caso clínico de una adolescente de 18 años de edad con un posible trastorno de estrés postraumático por pérdida gestacional en comorbilidad con ansiedad, depresión y consumo de SPA (sustancias psicoactivas, cannabis). La dificultad que presenta para reponerse al sentimiento de perder a su bebé, relacionarse con sus padres, mantener en pie sus estudios y llevar una vida en discordia con las personas de su alrededor madre, amigos más cercanos, tíos, le ocasionó malestar y descontrol emocional, por lo que se ve en la necesidad de internarse en una clínica de rehabilitación por el continuo consumo de sustancias psicoactivas (Alejo, Rueda, Ortega, & Orozco, 2007).

Para la búsqueda de la información y la organización del caso, se hace una investigación mixta descriptiva- explicativa, con la metodología cualitativa. Según el autor (Arias, 2012), que la define como la investigación explicativa que se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto en la que se intenta determinar cuáles son los orígenes que generan los síntomas que presenta la paciente y que genera el consumo de SPA. En este caso, la utilidad del estudio será disminuir los síntomas como la depresión, angustia, retraimiento, consumo de SPA y las conductas agresivas que presenta la paciente en valoración, así mismo se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales de entrevista abierta y semi estructurada, preguntas e implementación de la escala de trauma de Davidson.

Palabras Claves: Estrés postraumático, Cannabis, Aborto, Ansiedad, Adolescente, Tratamiento Cognitivo-Conductual, comorbilidad.

Abstract

This study presents a clinical case of an 18-year-old girl with post-traumatic stress disorder due to pregnancy loss in comorbidity with anxiety, depression and SPA consumption. The difficulty that he presents to recover from the feeling of loss, to relate to his peers, to keep up with his studies and to lead a life in discord with the people around him caused him discomfort and emotional lack of control, for which he saw the need to enter a rehabilitation clinic for the consumption of psychoactive substances.

For the search for information and the organization of the case, a mixed descriptive-explanatory investigation is carried out, with qualitative methodology, open and semi-structured interview techniques were used, instruments used: questions and implementation of the Davidson trauma scale. The objective of this article is from a review to expand and analyze the most used methods that have given results for this disorder, with the intention of improving interventions so as not to fall into an erroneous diagnosis, since it enters into comorbidity with other disorders.

Keywords: Post-traumatic stress, Cannabis, Abortion, Anxiety, Adolescent, Cognitive-Behavioral Treatment, comorbidity.

Introducción

El trastorno de estrés postraumático o (TEPT) se clasifica como un trauma y factor de estrés según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (American psychiatric association, 2012)este se caracteriza por la aparición de síntomas tras la experimentación estresante de un evento extremadamente traumático, en el que involucra daño psicológico o físico para quien lo vive.

El TEPT puede desarrollarse después de haber pasado la experiencia de cualquier índole, sea tortura, secuestro, muerte, abandono, maltrato, pandemia o acoso, el diagnostico se puede aplicar dependiendo de los síntomas.

No todos los que se exponen a un suceso traumático desarrolla el TEPT, existen varios factores que incrementan la posibilidad de su presentación, como lo hace saber Lazarus y Folkman (1984) en un estudio donde definen que el estrés como conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo la situación valorada como algo que grava o excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal. Enfatizan en los factores psicológicos o cognitivos y el proceso de evolución, por ejemplo, en la adolescencia, padecer múltiples hechos traumáticos, la severidad, el género de quien lo experimenta, su historia personal de como maneja sus emociones y el estrés, problemas conductuales o psicológicos previos, factores genéticos, exposición subsecuente a sucesos ambientales que reactivan continuamente el evento traumático.

En los estudios epidemiológicos que se han desarrollado nos permiten estimar los índices de los trastornos específicos y sus efectos en el sistema de salud, como lo hicieron saber en sus investigaciones (Cardoso Escamilla, Zavala Bonachea, & Alva Lopez, 2017) .este estudio se llevó a cabo con una muestra conformada por 287 mujeres, de las cuales 201 habían experimentado una pérdida gestacional inducida y 86 una pérdida gestacional involuntaria. los resultados confirman que, el 61.2% de las mujeres que tuvieron pérdida gestacional involuntaria, presentaban TEPT intenso, y las mujeres con pérdidas gestacional inducidas tenían estados depresivos más severos, la pérdida gestacional se destaca, como principal causa generadora de trastornos por estrés, sin importar si la pérdida gestacional fue inducida o involuntaria.

Estas investigaciones pueden guiarnos en la planeación del tratamiento y en la prevención de otros trastornos, Por ejemplo, en la investigación que hicieron (Osma Zambrano, Lozano Osma, Mojica Perilla, & Redondo Rodriguez, 2019) donde estudiaron a 244 mujeres con pérdida gestacional, en las que prevalecía un 24% en estado de depresión y el 25% tenía ansiedad por estrés pos-trauma.

A esto se le suma la carencia económica por la que la mayoría de estas mujeres atraviesan en este periodo, ya que no cuentan con la posibilidad de poder resolver estos conflictos económicos y emocionales con las mejores herramientas, logrando cargarse de frustración y miedo, alcanzando a desencadenar otros trastornos asociados con el consumo de SPA.

En resumen, muchas de las consultas a los psicólogos clínicos hoy en día no se relacionan con trastornos mentales, sino con situaciones de infelicidad y malestar emocional. Se trata de personas que se sienten sobrepasadas en sus estrategias de afrontamiento para hacer frente a las dificultades cotidianas y que, muy frecuentemente, carecen de una red de apoyo familiar y social sólida. Los psicólogos clínicos tienen que adaptarse a esta nueva realidad, evitar la tendencia a establecer diagnósticos psiquiátricos y desarrollar unas estrategias de intervención, tales como técnicas de consejería o de intervención en crisis, que no son exactamente las mismas que han mostrado éxito en el tratamiento de los trastornos mentales propiamente dichos. Este es un reto de futuro importante.

Descripción del caso

Familia monoparental, padre ausente, la madre trabaja largas horas día, y a veces noche, desde hace muchos años ha tenido horarios laborales extendidos y le ha tocado viajar por el mismo, en la consulta la madre de la paciente se muestra temerosa y angustiada, llora toda la sesión, manifiesta que ha tenido carencia de afecto para su hija, no hubo una comunicación asertiva en el desarrollo de su niñez, menciona que le ha dejado a su madre la crianza de la misma. Por lo que no se fomentaron lazos afectivos entre madre e hija. A raíz de las múltiples situaciones familiares como descuido, falta de una figura de autoridad, problemas de comunicación, dificultad para obedecer órdenes y una abuela permisiva, la paciente queda en embarazo a los 16 años de edad, el

cual no es aceptado por sus familiares, a los 3 meses de gestación se produce una fuerte discusión con agresión tanto física como verbal, ocasionando la pérdida del embarazo, esto terminó de fracturar su estructura familiar. Por consiguiente, entró en depresión, confusión, negación, sensación de pérdida de control, dificultad para tomar decisiones, ansiedad generalizada, llegando al consumo de sustancias psicoactivas. Al tocar fondo e interrumpir sus estudios de la universidad por dicha situación se interna voluntaria mente en una clínica de rehabilitación por consumo de sustancias en primer lugar, en esta se le hace una intervención y se concluye que presenta ansiedad y depresión por las mismas sustancias ingeridas, después de estar 3 meses en tratamiento para la desintoxicación de sustancias psicoactivas en el cuerpo, la paciente sigue presentando síntomas como revivir lo sucedido en la discusión y otra vez con el pensamiento, pesadillas y problemas para dormir, falta de emociones positivas, miedo o tristeza en forma continua y de manera intensa, irritabilidad con sus compañeras de habitación, frecuentes ataques de rabia llegando a peleas de insultos y agresiones físicas.

Datos biográficos

Antecedentes Personales

Pérdida de cabello, insomnio, irritabilidad constante, aislamiento, dificultad para concentrarse en la universidad, dificultad para entablar una conversación amena con su madre, dificultad para relacionarse con sus amistades antiguas.

Antecedentes Patológicos

Trauma por perdida gestacional

Antecedentes Familiares

Madre consumidora social de alcohol y cigarrillo, baja autoestima, frustración por no tener ayuda económica del padre de sus hijos, baja autorregulación emocional, estudios académicos secundarios. Estratos económicos 1. Padre ausente, abuela permisiva.

Historia Social/Académica

Estudiante de ingeniería, amistades consumidoras de SPA

Historia Médica

No registra, no se tuvo acceso a los registros médicos.

Después de haber obtenido esta información se procede hacer el análisis del caso, su pareja sentimental actual y quien la paciente manifiesta que es la persona quien le ha apoyado en su proceso de rehabilitación es consumidor de SPA (marihuana, inhalante, compuestos como remedios para la tos con bebidas gaseosas, lo cual la paciente cree que no son sustancias psicoactivas por ser medicamentos expectorantes para la tos, lo que la lleva a consumirlo también, su madre tiene un empleo que no le permite tener tiempo para compartir en familia, por lo que la paciente pasa el mayor tiempo encerrada en su cuarto y en las tardes pasar tiempo con su pareja sentimental, incrementando la distancia emocional entre madre e hija, al consumir sustancias alucinógenas produce un deterioro en su ámbito escolar, familiar y social, conllevándola a necesitar la reclusión en un centro de rehabilitación.

Al pasar los meses y todo los síntomas de abstinencia al no poder consumir, se hicieron visibles síntomas que ocultaba con el consumo, como la ansiedad, pesadillas con el suceso de la pérdida de su bebe, aumento la irritabilidad, se reflejaron las dificultades en la comunicación que hay entre madre e hija, acentuación del quebranto emocional, perdida del interés por actividades que frecuentaba hacer, lo único que rescata la paciente es que sus hermanos menores son un apoyo y pilar para mantenerse recluida y esperar su salida, quiere ser su ejemplo a seguir, por lo que se aferra a terminar sus estudios para seguir adelante, los tíos maternos son un apoyo emocional y económico, los cuales le aportan para que culmine su carrera.

A partir de los datos adquiridos durante el transcurso de evaluación dirigida a obtener información mediante entrevistas y observación en diferentes aspectos de la cotidianidad de la paciente, se concluye que su problema de consumo y dificultad para controlar sus emoción estando libre de SPA es por derivaciones del trastorno desarrollado hace más de 2 años, dado que no ha

recibido el tratamiento adecuado, dando cabida a las hipótesis planteada anteriormente en la que se indica la dificultad para el diagnóstico, ya que es mórbido.

Aquí se anexan los ítems que se deben cumplir y tener en cuenta según el Manual diagnóstico (DSM) para el TEPT. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Criterios de diagnóstico para TEPT

Criterios diagnósticos para TEPT

- A. Existencia de un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.
- B. El re experimentar el traumatismo se pone de manifiesto por al menos uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Recuerdos recurrentes e invasores del acontecimiento
 - 2. Sueños recurrentes del acontecimiento
 - 3. Comportamiento repentino o sentimiento también repentino, como si el acontecimiento traumático estuviera presente debido a una asociación con un estímulo ambiental o ideacional
- C. Embotamiento de la capacidad de respuesta ante el medio externo y reducción de la incorporación a él, que empieza en algún momento después del trauma, tal como se demuestra por al menos uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Disminución marcada del interés en una o más actividades significativas
 - 2. Sentimientos de separación o de extrañeza frente a los demás
 - 3. Constricción del afecto

- D. Al menos dos de los siguientes síntomas no estaban presentes antes del trauma
1. Estado de hiperalerta o respuesta de alarma exagerada
 2. Alteraciones del sueño
 3. Sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo o remordimiento por la conducta llevada a cabo para la supervivencia
 4. Fallas de memoria o dificultades de concentración
 5. Evitación de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático
 - 6 Intensificación de los síntomas frente a la exposición de acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático.

Fuente: Tomado de (Echeburria, y otros, 2016)

Teniendo esto en cuenta que cumple con la mayoría de los criterios se procede a diagnosticar que la paciente presuntamente padece de estrés postraumático por pérdida gestacional (F 43.10). por lo que se asume y se procede al tratamiento correspondiente a dicho trastorno.

Tratamiento

Se considera que el suceso de la pérdida gestacional tiene una relación causal con el mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas síntomas de ansiedad generalizada (Lazarus & Folkman, 1986) y la relación lineal entre diversas problemáticas en la formulación y análisis de la conducta, si elegimos objetivo de intervención el último eslabón de la cadena, probablemente no se estaría haciendo un trabajo eficiente, por lo que se propone trabajar dichas problemáticas por separado. Los cuales serían ansiedad, estrés y consumo SPA (Cardoso Escamilla, Zavala Bonachea, & Alva Lopez, 2017).

Tabla 2. Tratamiento para tratar el TEPT

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Técnicas	Sesión	Indicadores Clínicos
Disminuir los síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos de la angustia y la ansiedad.	Diseñar estrategias de evitación emocional.	Reestructuración cognitiva.	1 y 2	Manejo del control de emociones.
Implementar una disonancia cognitiva, a través del descubrimiento guiado mediante preguntas sistemáticas	Evidenciar los errores lógicos en la forma de procesar la información.	Dialogo socrático	3	Evitar estados depresivos
Identificar y reconocer las formas de pensamiento (patrones cognitivos).	Mermar o erradicar cuadros ansiosos por exposición	Exposición y Extinción	4	Reviviscencias y pesadillas
Reducir la ansiedad a través del uso de estrategias psicológicas para la deshabitación al consumo	Evitar posibles recaídas	Respiración diagramática	5	Consumo de SPA

Fuente: Elaboración propia. Terapias para el TEPT según (Osma Zambrano, Lozano Osma, Mojica Perilla, & Redondo Rodriguez, 2019)

La reestructuración Cognitiva

Para el (TEPT) se implanta la extinción-cognitiva conductual, esta técnica de conversación ayuda a reconocer las formas de pensar (patrones cognitivos). Con modos negativos o inexactos de percibir situaciones normales. En el caso del trastorno de estrés postraumático, la terapia cognitiva se usa junto con la terapia de exposición. Esta terapia conductual ayuda a que el paciente se enfrente en forma segura con lo que le causa malestar para que pueda aprender a enfrentarlo de forma efectiva. Es útil para atenuar y erradicar las reviviscencias, descontinuando las pesadillas que presenta la paciente (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997).

Consumo de sustancias psicoactivas (marihuana)

El objetivo principal es implementar las técnicas más apropiadas teniendo en cuenta el consumo frecuente que presenta la paciente y las dificultades que esto le representa en su vida diaria, tanto familiar como en sus estudios, ya que no puede controlar el consumo por voluntad propia.

Para esto se psico-educa a la paciente, proporcionando la información acerca del consumo, para que sea capaz de manejar los síntomas fisiológicos de la abstinencia, reforzándolos con habilidades comunicativas, para así evitar posibles recaídas, a través de este entrenamiento en psico-educación se logrará adherencia al tratamiento propuesto, luego se trabaja la respiración diafragmática en la que la paciente, se basa en el movimiento del diagrama que al bajar hacia el vientre succiona aire a los pulmones y al subir hacia estos expulsa aire (Carvajal, 2002).

Ansiedad

Se sigue trabajando en la reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, según (Maguth Nezu, Maguth Nezu, & Lombardo, 2006). Tiene como finalidad modificar estas creencias irracionales que presenta la paciente, ya que estas cogniciones influyen en la conducta y el afecto que pueda desarrollar con personas a su alrededor, en el entrenamiento de habilidades el objetivo es que la paciente enfrente situaciones ambientales e individuales en la que pueda haber recaídas, para esto se desarrolla en la paciente el control de emociones,

resolución de problemas, esta implantación de técnicas se basa en el aprendizaje e identificar las situaciones, pensamientos y emociones.

Debido al deterioro significativo que experimenta la paciente, los resultados finales se dirigen a mejorar el funcionamiento general e implementar técnicas cognitivo-conductual para sobrellevar el trastorno por estrés postraumático, esto le permite recuperar el sentido y el control sobre tu vida, aprendiendo estrategias de forma asertiva.

Interviniendo los síntomas logra tener pensamientos más positivos sobre si, sobre los demás y sobre el mundo, aprendiendo distintas maneras de afrontar los síntomas si vuelven a aparecer, permitiéndole tratar otros problemas que se suelen asociar a experiencias traumatizantes, como la depresión, la ansiedad o el abuso de alcohol o de sustancias.

Material y método

Para la búsqueda de información y la organización del caso, se hizo una investigación mixta descriptiva- explicativa, con la metodología cualitativa, Según el autor (Arias, 2012) que la define como la investigación explicativa que se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto.

Con este estudio de caso clínico, se descubrieron las causas que promovieron las conductas inadecuadas que presentaba la paciente, llegando a establecer una aplicación de tratamiento cognitivo conductual ajustado a sus requerimientos individuales.

Se llevó a cabo por medio de entrevistas abiertas y cerradas por periodos cortos, ya que no se contó con suficiente tiempo y espacio, por lo que la paciente se encontraba recluida en una clínica de rehabilitación mental con un grupo aproximadamente de 6 personas por habitación, y estaba pronto a su salida.

Se investigó a una mujer de 18 años, estudiante de 3 semestre de ingeniería petroquímica que presentaba consumo de cannabis frecuentes por largos periodos, dificultades para relacionarse con la familia, quebrantos en lo académico llegando a perder el control de sus emociones. Esta

paciente fue escogida aleatoriamente en la clínica donde estaba reclusa, no se hizo con previo conocimiento del trastorno como tal.

El diagnóstico que reposaba en los archivos de la clínica donde estaba reclusa la paciente respondía a F41.1 ansiedad por consumo de sustancias (Villafañe, Milanesio, Marcellino, & Amodei, 2003), antes de las intervenciones, al terminar la primera fase cambió esta percepción al diagnóstico, para confirmar la presencia del trastorno actual, para la aplicación de pruebas psicotécnicas se desarrolla según (Davidson, y otros, 1997). El cual es un Instrumento psicométrico que está constituido por 17 ítems, que corresponden y evalúan Cada uno de los 17 Síntomas recogidos en el DSM. Este evalúa la gravedad y frecuencia, en esta prueba la paciente reflejo una puntuación de (ver tabla 3).

Tabla 3. Puntuación de la paciente por la prueba

Frecuencia	Gravedad
29	32

Fuente: Elaboración propia, Puntuación según (Echeburria, y otros, 2016)

Donde de 0 a 7 no existe TEPT y de 12 en adelante si presenta, luego de confirmar la presencia del trastorno por las entrevistas anteriores y el resultado del test se procede al tratamiento.

Resultados

Después de trabajar 4 meses con la paciente en la que se le implementaron 16 sesiones de las cuales 2 fueron entrevista inicial 4 entrevistas abiertas, 4 entrevistas cerradas y aplicación de test y las restantes se desarrolló el tratamiento. En este proceso se lograron resultados favorables, puesto que se llegó a cumplir los objetivos propuestos durante este periodo de observación e implementación del tratamiento.

Al desarrollar estas intervenciones de entrevistas abiertas y Cerradas, escuchar detenidamente cada punto en los que con mucho dolor ampliaba en detalles la paciente, al responder las preguntas se podía percibir una herida abierta y aun sangrando, al traer a su mente

esos recuerdos mediante las intervenciones pensamientos en los que agitadamente discutía y se iba a los golpes, tratando de defenderse de la agresión tanto física como verbal de la persona que en su momento nunca pensó que le haría tal barbaridad causándole la pérdida de su bebe, ahí, en esa valoración se determinó que más que una conducta inadecuada o fumar marihuana a escondidas iba más allá de un simple capricho de una adolescente, había un malestar debajo de esa mascara de mujer rebelde, al levantarla solo quedaba una niña indefensa, la cual no pudo tener el apoyo de su familia cuando más lo necesitó y se dejó caer en lo más profundo de una depresión por perder lo que en su vientre se formaba, la sociedad solo vio lo que a simple vista era ansiedad por consumo de SPA, a la manipuladora, inconsciente, porque su madre le daba económicamente hasta lo que no tenía para que estuviera bien, que trabajaba día y noche y así le pagaba, con un mal comportamiento.

Discusión

Los métodos utilizados en la valoración y tratamiento del diagnóstico estrés pos-trauma por pérdida gestacional inducida respondieron al objetivo, el cual fue dar con los ítems puntualizados en el manual DSM5 para diagnosticar el trastorno en hipótesis, dado que la escala de trauma de Davidson (Davidson, y otros, 1997) fue la más acertada.

En la valoración inicial se tuvieron dudas del diagnóstico, ya que este era confundido con otros con los mismos síntomas, por ejemplo, ansiedad por consumo de cannabis y ansiedad generalizada, por lo que se hizo un estudio completo con paciente y la familia, escuchando cada detalle en la versión dada, desde cuando empezaron los síntomas, donde y con quien se agudizaba la reacción fisiológica que desarrollo la paciente en distintos momentos de su vida cotidiana, dando respuesta a las inquietudes y dudas que se tuvieron al diagnóstico previo.

Las limitaciones del estudio de caso se dieron con relación al lugar y horarios a los que se debía regir para hacer las intervenciones, ya que la paciente estaba recluida en una clínica de rehabilitación mental, dado que no había espacios adecuados para las entrevistas donde la paciente no fuera interrumpida, o a veces se encontraba bajo medicación, dado estos inconvenientes se debía trabajar con cautela a no dejar pasar ningún detalle.

Al salir de la clínica aún seguía bajo tratamiento, no se podía llegar hasta su lugar de residencia por lo que se tuvo que seguir las indicaciones del proceso vía internet, conllevando a desarrollar otro tipo de herramientas, esto tardó más el proceso, pero se llegó al objetivo principal.

Por eso se hace un llamado a los colegas en mirar más allá de los síntomas presentes, en detallar el tono de vos en las entrevistas, darle prioridad al ser y sus necesidades individuales, y muchos más indicios o pistas que a medida que se les da la importancia necesaria se llegará con el diagnóstico correcto. La medicación es una ayuda sin dudar en ello. Pero quiero concluir con este lema, “conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana” (Carl Gustav Jung)

Referencias

- Alejo, E. G., Rueda, G., Ortega, M., & Orozco, L. C. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*, 6(3), 623 - 636.
- American psychiatric association. (2012). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR*. . Barcelona: Masson.
- Arias, f. G. (2012). *El proyecto de investigacion introduccion a la metodologia cientifica*. Barcelona: Espisteme.
- Cardoso Escamilla, M. E., Zavala Bonachea, M. T., & Alva Lopez, M. (20 de Abril de 2017). Depresion y estres postraumatico en mujeres con perdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento psicologico*, 15(2), 109-120. doi: <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.depm>
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático. *Revista chilena de neuropsiquiatría*(40), 20 - 30.
- Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., . . . Feldman, M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*(27), 153 -160.

- Echeburria, E., Amor, J., Sarasua, B., Holgado, T., Francisco, P., & Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 2(34), 111 - 118.
- Echeburúa, E., Corral, P. D., Amor, P. J., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23(90), 503-526.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (Vol. 7).
- Maguth Nezu, A., Maguth Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductuales*. Bogotá: Manual moderno.
- Osma Zambrano, S. E., Lozano Osma, M. D., Mojica Perilla, M., & Redondo Rodríguez, S. (2019). Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB*, 22, 171 - 185. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.3586>
- Villafañe, A., Milanesio, M. S., Marcellino, C., & Amodei, C. (2003). La evaluación del trastorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma de Davidson. *Revista Evaluar*, 3(1), 80 - 93. doi:<https://doi.org/10.35670/1667-4545.v3.n1.608>