

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Trastorno de Estrés Postraumático en el parto y factores
asociados en mujeres ecuatorianas
Proyecto de Investigación**

Lucía Paulina Martínez Carrión

Licenciatura Psicología General

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Licenciatura en Psicología General

Quito, 17 de abril de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Trastorno de Estrés Postraumático en el parto y factores asociados en
mujeres ecuatorianas**

Lucía Paulina Martínez Carrión

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Teresa Borja , Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 17 de abril de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Lucía Paulina Martínez Carrión

Código:

00129981

Cédula de Identidad:

1717559221

Lugar y fecha:

Quito, 17 de abril de 2019

RESUMEN

Tanto la maternidad como el embarazo pueden ser considerados como eventos positivos en la vida de la mujer. Sin embargo, se argumenta que el parto puede llegar a convertirse en un evento traumático para la mujer, significando un riesgo para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT). En el Ecuador, existen escasos reportes sobre el desarrollo de este trastorno en mujeres posterior al parto. El objetivo de este estudio es investigar la posible prevalencia del TEPT posparto y posibles factores asociados desencadenantes de este trastorno. Se buscará reclutar a 80 mujeres adolescentes ecuatorianas (entre los 14 y 21 años), solteras y nulíparas. Se analizarán la incidencia de dos tipos de partos (parto normal y cesárea) en dos tipos de instituciones ecuatorianas (“Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora” y el “Hospital de los Valles”) en el desarrollo del TEPT posparto. A cada participante se le realizará una entrevista con sus datos demográficos y se le pedirá realizar la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) y la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS). Dentro de los resultados, se espera encontrar una mayor cantidad de reportes de TEPT posparto en mujeres que han tenido parto por cesárea que parto normal y que el cuidado en la institución pública genere igualmente altos reportes de este trastorno en referencia al cuidado de la institución privada.

Palabras clave: TEPT, posparto, parto, parto normal, cesárea, evento traumático, miedo al parto.

ABSTRACT

Both maternity and pregnancy can be considered positive events in a woman's life. However, it is argued that childbirth can become a traumatic event for women, signifying a risk for the development of PTSD (PTSD). In Ecuador, there are few reports on the development of this disorder in women after childbirth. The objective of this study is to investigate the possible prevalence of postpartum PTSD and possible associated factors triggering this disorder. Eighty Ecuadorian teenage girls (between the ages of 14 and 21), unmarried and nullified, will be recruited. The incidence of two types of childbirth (normal delivery and caesarean section) in two types of Ecuadorian institutions ("Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora" and the "Hospital de los Valles") will be analyzed in the development of postpartum PTSD. Each participant will be interviewed with their demographic data and will be asked to perform the Posttraumatic Stress Disorder (EGS-R) Gravity Scale and the Hamilton Anxiety Scale (HARS). As part of the results, it is hoped to find a greater number of postpartum PTSD reports in women who have had cesarean deliveries than normal childbirth, and that care in the public institution will generate equally high reports of this disorder in reference to care in a private institution.

Key words: PTSD, postpartum, childbirth, normal birth, cesarean section, traumatic event, fear of childbirth.

TABLA DE CONTENIDO

Planteamiento del problema.....	7
Objetivos y pregunta de investigación.....	11
Justificación.....	11
Marco teórico.....	12
El parto.....	18
Trastorno de estrés postraumático posparto.....	25
Factores contextuales alrededor del parto.....	26
Factores internos de la mujer.....	28
Otros factores relacionados.....	29
El parto en el ecuador.....	33
Diseño y metodología.....	39
Consideraciones éticas.....	42
Discusión.....	43
Referencias.....	46
Anexo A: Instrumentos.....	52
Anexo B: Formulario de consentimiento informado.....	57

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

¿CÓMO Y HASTA QUÉ PUNTO EL TEPT OCURRE DESPUÉS DEL PARTO EN MUJERES ECUATORIANAS Y QUE FACTORES ESTÁN ASOCIADOS?

Planteamiento del problema

Antecedentes.

Históricamente, el embarazo y la maternidad eran considerados como factores de promoción de salud para la mujer (García-Esteve & Valdés, 2017). Por tanto, la relación entre problemas psicológicos y maternidad era inexistente (García-Esteve & Valdés, 2017). Es en 1858, cuando Louis Víctor Marcé realiza un texto sobre posible desarrollo de trastornos mentales durante el embarazo y el postparto (García-Esteve & Valdés, 2017). Posteriormente, es en los años 70s donde comienzan a realizarse estudios poblacionales y a definirse a los problemas mentales relacionados con el embarazo y el posparto (García-Esteve & Valdés, 2017). Sin embargo, no es hasta que se realiza una codificación en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) en 1980 y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en 1992 de los trastornos mentales relacionados con el proceso de embarazo, parto y posparto (García-Esteve & Valdés, 2017). Es en 1994, cuando el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) entra dentro de esta clasificación (Midwives Magazine, 2008)

Dentro de los trastornos asociados a este periodo en las mujeres se presenta el TEPT, el cual, a su desarrollo representa influencias a largo plazo tanto en la madre como en el recién nacido, además de una comorbilidad con otros trastornos mentales (Milosavljevic, y otros,

2016). Sin embargo, anteriormente, los estudios se han centrado principalmente en la investigación de la depresión y psicosis posparto (Ayers, Bond, Bertuilles, & Wijma, 2016). Por tanto, el TEPT es raramente reconocido y detectado en esta población, por lo que, su tratamiento es escaso en la práctica clínica (Milosavljevic, y otros, 2016).

Actualmente, las escasas intervenciones realizadas para el tratamiento del TEPT en mujeres posparto se centran en la psicoeducación principalmente, con el objetivo de presentar un contexto de lo que se puede esperar en el parto y preparar a las mujeres para el evento (Ayers, Bond, Bertuilles, & Wijma, 2016). Sin embargo, también se han realizado estudios enfocándose en la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma para esta población (Ayers, Bond, Bertuilles, & Wijma, 2016).

Problema.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un desorden psicológico que puede presentarse en las poblaciones de mujeres en los períodos de embarazo y también durante el posparto (Ayers, 2014). Las investigaciones realizadas ante este fenómeno son relativamente nuevas pero han generado concientización sobre la importancia del tratamiento en las mujeres (Ayers, 2014). Este trastorno se desarrolla debido a exposición de eventos traumáticos, y en el embarazo y el posparto, las situaciones obstétricas alrededor de este periodo pueden ser reconocidas como traumáticas (Ayers, 2014) o traer recuerdos sobre traumas en el pasado (Schwab, Marth, & Bergant, 2012). Dentro de las consecuencias de desarrollar TEPT en el embarazo, se presenta la posibilidad de tener riesgos, complicaciones en el embarazo y malos comportamientos de salud que afectan tanto a la madre como al feto. Por tanto, debido a que se han comenzado a realizar estudios y detecciones de este trastorno en las mujeres, se presenta un potencial para mejorar los servicios de salud y atención clínica (Ayers, 2014).

La maternidad y el embarazo, usualmente, pueden ser considerados como factores promotores de salud y, generalmente, asociados a sentimientos de felicidad y satisfacción en las mujeres. Sin embargo, al momento en que se produce el parto, se presenta la posibilidad de convertirse en un evento traumático para la mujer (Ayer, Bond, Bertuilles, & Wijma, 2016) debido a la intensidad emocional de la experiencia y de la percepción que se mantenga de la situación (Schwab, Marth, & Bergant, 2012); (Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012).

Existen dos grupos de mujeres que reportan síntomas de trastorno de estrés postraumático posterior al parto. El primer grupo, hace referencia a mujeres que han identificado al proceso de parto como traumático y desarrollan síntomas del trastorno (Grekin & O'Hara, 2014). De las formas de parto que se han encontrado estar más asociados al posible desarrollo del TEPT, fueron los partos por cesárea y el parto asistido por vía vaginal (Rowlands & Redshaw, 2012).

Mientras que, en el segundo grupo, se presentan mujeres que identifican estresores externos (abuso sexual o físico, violación, etc.) a la experiencia del parto como los causantes de los síntomas de TEPT (Grekin & O'Hara, 2014). En otro aspecto, factores como antecedentes de desarrollo de TEPT, depresión en el embarazo, miedo al parto, problemas de salud y/o complicaciones en el embarazo están fuertemente vinculados con la posibilidad de desarrollar un trastorno de estrés postraumático (Ayers, Bond, Bertuilles, & Wijma, 2016).

Contexto Ecuatoriano.

En el Ecuador, existen escasos, sino nulos, reportes sobre percepción de las mujeres en cuanto a la asistencia médica en el parto o de prevalencia ante el desarrollo de un estrés postraumático posparto. En un estudio realizado por Paredes, Hidalgo, Chedraui, Palma &

Eugenio (2004), se encontró que un 75,5% de mujeres consideraba a la asistencia médica como inadecuada. Por tanto, como consecuencia, estas mujeres presentaban una concepción negativa de los cuidados prenatales (Paredes, Hidalgo, Chedraui, Palma, & Eugenio, 2004).

En otro aspecto, desde el 2008, los protocolos de cuidado en el parto y posparto consideran elementos que buscan proveer información adecuada, expresar empatía y, en general, proveer de apoyo emocional a la mujer (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008). Por tanto, se asume que las normas ante el cuidado de la mujer en gestación se han dirigido a una atención más humanista.

En varios estudios, se ha encontrado que es más probable considerar al parto como traumático cuando factores como procedimientos de emergencia (como cesáreas o episiotomías), falta de apoyo en el parto, embarazos no deseados, bajos recursos económicos, extremada sensación de dolor, etc. (Shaban, y otros, 2013). En años recientes, en el Ecuador se han encontrado cifras alarmantes del aumento de embarazos en la población adolescente (García, et al., 2016). Por tanto, se presenta una cantidad significativa de partos no deseados y, por ende, una baja atención calificada al parto (García, et al., 2016). Las adolescentes ecuatorianas, ya sea por temor a la crítica social, a la falta de confianza de los padres o por una baja educación sexual y maternal, no llegan a tener asistencia médica en la mayoría del período de embarazo o en el parto (García, et al., 2016). Por tanto, al no tener acceso a información del contexto del parto, es posible llegar a considerar el parto o situaciones alrededor del mismo como un evento traumático.

En consecuencia, en el Ecuador, existen factores de riesgo ante la posibilidad de desarrollar TEPT en futuras madres (debido a la frecuencia de embarazos y la cantidad de

embarazos adolescentes (Varea, 2008)) como también debido a factores externos como el abuso sexual o la violencia intrafamiliar (Varea, 2008).

Objetivos y pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto el TEPT ocurre después del parto en mujeres ecuatorianas y que factores están asociados?

Propósito.

Por tanto, el fin de este trabajo es investigar sobre el desarrollo del trastorno de estrés postraumático en mujeres ecuatorianas después del parto y así, poder determinar la prevalencia existente en el Ecuador y los factores asociados desencadenantes de este trastorno. Se buscará utilizar una escala de identificación de síntomas del TEPT para determinar la gravedad de la sintomatología. Por lo que, para este estudio, se buscará utilizar la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-F) (Echeburúa, Amor, Muñoz, Sarasua, & Zubizarreta, 2017) en mujeres ecuatorianas después del parto.

Justificación

El desarrollo de TEPT en mujeres posparto representa una experiencia de amenaza hacia el daño físico del cuerpo, por lo que el componente de dolor y miedo está presente (Shlomi, Huller, Baum, & Strous, 2012), pero también se distorsiona el concepto de seguridad que tiene la mujer del mundo. En general, se ha reportado diferentes respuestas del TEPT en mujeres posparto. Entre esas, se presentan temas como evitación de relaciones sexuales o de tener otros hijos, como también la posibilidad de daño en el apego con sus hijos, ya que pueden ser un estímulo desencadenante de la memoria del trauma, etc. (Shlomi, Huller, Baum, &

Strous, 2012). Por tanto, se presentan diversas problemáticas en la vida diaria ante el evento traumático.

Marco Teórico

El parto y el embarazo son eventos de vida comúnmente vistos (Ford & Ayers, 2011). Sin embargo, se ha encontrado diferentes problemas que pueden generar que esta situación se vuelva negativa para la madre. Usualmente se habla de problemas de heridas físicas las que pueden causar sufrimiento en las mujeres (Reynolds, 1997). Sin embargo, los problemas mentales generados en la maternidad deben ser considerados en el bienestar de la madre. Entre esas, el parto contiene varios aspectos que pueden calificar a esta situación como traumática e incluso diferenciarla especialmente de otros eventos ejemplificados como traumáticos en otros contextos. De igual manera, es importante mencionar que una mujer puede pasar un parto que, en términos médicos, puede ser denominada como normal. Sin embargo, a pesar de esto, la paciente puede interpretar esta experiencia como suficientemente dolorosa y amenazadora para ser denominada como traumática (Grekin & O'Hara, 2014). Se ha encontrado que las mujeres pueden llegar a considerar al parto como traumático principalmente si se realizan procedimientos de emergencia o si se presentan complicaciones en la labor de parto (Grekin & O'Hara, 2014). Como consecuencia, el objetivo de la presente revisión de literatura es mostrar los diferentes resultados encontrados en las investigaciones relacionadas al parto y sus posibles procesos traumáticos. De esta manera, se busca presentar los diferentes factores relacionados en este evento de vida para la mujer.

Definición del TEPT.

Los trastornos de ansiedad usualmente generan ansiedad, tensión y miedo ante un evento en el futuro debido a la incertidumbre que genera ese próximo evento (Wijma, Saita, & Fenaroli, 2010). Sin embargo, dentro del trastorno de estrés postraumático, es una

situación que ha sucedido en el pasado la que genera ansiedad y constante angustia al revivirla en los pensamientos y emociones del individuo (Wijma, Saita, & Fenaroli, 2010).

Inicialmente, el trastorno de estrés postraumático fue reconocido en la población de veteranos de guerra de Vietnam (Reynolds, 1997). Por tanto, los estudios fueron centrandose en esta población en un inicio. Es en 1980 cuando este trastorno comienza a ser estudiado sistemáticamente y se lo incluye en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III y aparece en 1991 en la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y Comportamentales (Schwab, Marth, & Bergant, 2012).

DSM V y CIE-10.

Dentro del DSM V (American Psychiatric Association.; Kupfer, D.; Regier, D.; Arango, C.; Ayuso-Mateos, J.; Vieta, E.; Bagny, A., 2014), el TEPT hace referencia a la exposición a ciertas situaciones reales o de amenaza (muerte, graves lesiones, violación sexual) en donde se las experimentan directamente, como testigo o debido a repetida exposición de detalles repulsivos del suceso traumático. Por otro lado, dentro de la sintomatología, se presentan constantes intrusiones en forma de recuerdos y sueños angustiosos y recurrentes o también malestar psicológico y fisiológico intenso ante estímulos similares a las del trauma experimentado. Como segundo síntoma principal, se presenta la evitación persistente con cualquier estímulo (recuerdos, pensamientos, sentimientos, situaciones externas) asociado al trauma. Además, se muestran alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo como creencias o expectativas negativas. Finalmente, se considera la alteración de alerta y reactividad que conlleva a comportamientos irritables y de furia, imprudentes e hipervigilancia.

En otro aspecto, dentro del CIE-10 (OMS, 1992), se considera al TEPT como un trastorno que se exhibe de forma posterior a un acontecimiento estresante en donde se presenta naturalmente de manera amenazante o catastrófica. Dentro de las características

propias del trastorno se presentan episodios recurrentes de la vivencia del trauma en forma de recuerdos o sueños que generan sensación de “entumecimiento” (que conlleva características de desapego emocional). Además se presenta la evitación de actividades similares al trauma y un incremento en la reacción de sobresalto. El periodo de duración varía entre semanas y meses. Sin embargo, puede existir la posibilidad de que el trastorno se vuelva crónico.

Etiología.

Estudios han encontrado que únicamente el 10% de individuos llegan a desarrollar crónico TEPT al estar expuestos ante un evento traumático. Por tanto, se presenta una variabilidad en cuanto a la percepción y vulnerabilidad individual de las causas del desarrollo del TEPT.

Biológicas.

Joachim & Spengler (2013) sugieren que, debido a que este trastorno es principalmente generado en base a un evento traumático, situaciones como historia de abuso sexual o agresiones graves incrementa la probabilidad de generar este trastorno. Por tanto, se ha encontrado que, al pasar por estas experiencias, se genera una sensibilización de los circuitos neuronales y neuroendocrinos (que hace referencia al rol central que toma el eje hipotalámico, pituitario adrenal) ante eventos tempranos de gran adversidad (Joachim & Spengler, 2013). Estos autores también indican que se llega a generar factores de riesgos de vulnerabilidad al estrés. Como consecuencia, se puede generar el TEPT ante estos eventos traumáticos como también generar mayor vulnerabilidad individual ante futuros eventos adversos (Joachim & Spengler, 2013). Mencionan que, como resultado de enfrentar adversidades a temprana edad, el desarrollo del cerebro, especialmente si se presenta en periodos sensitivos de aprendizaje, llega a desarrollar cambios que pueden ser permanentes en la organización de la información de la persona.

Factores del ambiente.

Como se mencionó anteriormente, adversidades a temprana edad representan un factor ambiental determinante para generar vulnerabilidad de estrés en la persona. Entre los posibles eventos relacionados para el desarrollo de esta vulnerabilidad se encuentra la negligencia por parte de padres, abuso físico y sexual (Joachim & Spengler, 2013). Por tanto, Strelau & Zawadzki (2005) sugieren que dependiendo de la intensidad, duración y frecuencia del evento traumático, este representa uno de los factores más estudiados (Strelau & Zawadzki, 2005). Por lo que estos autores también han considerado que, al ser la característica principal para diagnosticar TEPT, es uno de los factores determinantes para el desarrollo del mismo. Además mencionan que, a pesar de que la intensidad del trauma es un importante determinante en el desarrollo del TEPT, también se han mostrado estudios en donde este componente únicamente representa el 50% de la variación.

Diferencias individuales de vulnerabilidad.

Strelau & Zawadzki (2005) sugieren considerar las posibles diferencias individuales de vulnerabilidad, ya que dentro de estas, se puede considerar factores como el género, experiencias de vida individuales, estilos parentales, estrategias de acoplamiento aprendidas y rasgos de personalidad. Además mencionan que todas estas son ya preexistentes al trauma por lo que representan condiciones de vulnerabilidad al experimentar experiencias traumáticas y desarrollar problemas psicológicas a futuro.

Dentro de los rasgos de personalidad, cualidades como extraversión o resiliencia permiten disminuir el efecto que genera el trauma. Sin embargo, personas con rasgos de introversión o neuroticismo (que hace referencia a personas que tienden a responder con emociones negativas hacia situaciones amenazantes, frustraciones o pérdidas) (Lahey, 2009); actúan como posibles aumentadores del efecto negativo de la experiencia del trauma (Strelau & Zawadzki, 2005). En otro aspecto, en un estudio realizado por Lauterbach y Vrana (en

Strelau & Zawadki, 2005) trastornos de personalidad como el limítrofe y antisocial fueron considerados como predictores de TEPT.

En cuanto a tipos de temperamento, se los ha considerado como rasgos inespecíficos o características que pueden infiltrarse en cualquier comportamiento, en cualquier situación (pero especialmente en eventos de estrés). Strelau & Zawadzki (2005) mencionan que un gran predictor de tipo de temperamento es la reactividad emocional, que lo denominan como la tendencia de reaccionar intensamente ante un estímulo, generando una alta sensibilidad emocional y una disminución de resistencia emocional.

Por otro lado, se ha encontrado una prevalencia mayor en mujeres que en hombres del trastorno de estrés postraumático (Reynolds, 1997). Por tanto, se habla de una proporción de 2:1 de mujeres y hombres que llegan a desarrollar el TEPT (Pineles, Arditte, & Rasmusson, 2017). Entre los sucesos traumáticos más reportados en mujeres se encuentra la violación, el abuso sexual y agresión grave (Reynolds, 1997). Es recientemente, en los últimos 20 años, donde situaciones relacionadas a la maternidad, el TEPT se puede ver desarrollado en las mujeres (Ayers, McKenzie-McHarg, & Slade, 2015). Dentro de posibles hipótesis para entender la alta prevalencia de mujeres, en comparación con los hombres, para desarrollar TEPT se pueden encontrar dos principales según Andrews, Brewin & Rose (2003). La primera hipótesis argumenta que las mujeres pueden desarrollar mayor sufrimiento psicológico porque sus roles sociales las exponen a mayores situaciones de alto nivel de estrés (Andrews, Brewin, & Rose, 2003). Por tanto, pueden ser más propensas en recibir respuestas negativas de su entorno, generando que ese apoyo negativo social les haga propensas a situaciones de estrés (Andrews, Brewin, & Rose, 2003). En otro aspecto, se considera la hipótesis en donde las mujeres tienen una predisposición mayor de vulnerabilidad negativa ante los efectos negativos del estrés que los hombres (Andrews, Brewin, & Rose, 2003). Además, en mujeres se presentan impactos cognitivos que no son

vistos en los hombres, como imponerse niveles de culpa y alteraciones negativas en sus creencias debido al trauma (Pineles, Arditte, & Rasmusson, 2017)

Sin embargo, Pineles, Arditte & Rasmusson (2017) consideran que esta prevalencia mayor de TEPT en las mujeres tiene ciertas excepciones. Según estos autores, el riesgo en mujeres de desarrollar TEPT disminuye a partir de los 55 años de edad. También, se ha encontrado la misma proporción de desarrollo de TEPT en hombres y mujeres que han ido a entornos de guerra (Pineles, Arditte, & Rasmusson, 2017).

Apoyo Social.

Según Hyman, Gold & Cott (2003), el apoyo social hace referencia a la asistencia ofrecida (ya sea para aumentar el autoestima o proveer ayuda interpersonal) hacia una persona que está pasando por situaciones de estrés. Además consideran que, mediante el uso del apoyo social se puede influir en la reacción de la víctima dentro de un evento estresante o traumático. Por tanto, se ha encontrado que al enfrentarse a una experiencia traumática, una de las maneras de facilitar la capacidad de funcionamiento y adaptabilidad es mediante el apoyo social positivo (Hyman, Gold, & Cott, 2003). Andrews, Brewin & Rose (2003) sugieren que, como factor de riesgo, la falta de apoyo social está relacionado con la posibilidad de desarrollar reacciones psicológicas negativas. Adicionalmente, según estos autores, para las mujeres, se han encontrado la tendencia de reportar mayores niveles de apoyo social positivo que los hombres. Por tanto, se puede considerar que, al identificar este apoyo en mayor grado, llegan a considerar un mayor beneficio igualmente (Andrews, Brewin, & Rose, 2003).

Comorbilidad.

Se piensa que el TEPT pueden estar acompañado de ansiedad, depresión y la ideación suicida (Marshall, y otros, 2001). Además, esta población con TEPT tiene el riesgo de caer en el consumo excesivo de sustancias (Zambrano-Vazquez, Levy, & Belleau, 2017).

Por tanto, al ocurrir el TEPT y trastornos de abuso de sustancias, se presentan factores como baja capacidad de adaptabilidad social y disminución en la prognosis positiva del tratamiento (Zambrano-Vazquez, Levy, & Belleau, 2017).

El parto.

Según las Naciones Unidas (2017), el parto hace referencia a la completa expulsión o extracción de un producto de la concepción desde la fisiología de la madre.

Independientemente de la duración, el parto extrae el producto de la concepción (feto) del cuerpo de la madre y puede nacer vivo o muerto (United Nations Statistics Division, 2017).

Según Nichols (1996), en muchos aspectos fisiológicos, el parto puede ser considerado igual para todas las mujeres en el mundo. Sin embargo, este autor menciona que el significado cultural y personal es diferente y único para cada una. El parto en sí representa una experiencia significativa de gran impacto psicológico para la mujer e incluso se lo considera como una etapa de desarrollo en la vida humana (Nichols, 1996). Además de esto, este autor también argumenta que este evento de vida puede llegar a generar un crecimiento positivo en la vida de la mujer, pero también puede significar la posibilidad de consecuencias negativas para ella.

Por otro lado, se debe mencionar el proceso por el que pasa la mujer al momento del parto. En general, se ha considerado 3 fases principales independientes de los tipos de intervenciones que se realizan en el parto (Li, Kruger, Nash, & Nielsen, 2010). La primera fase, hace referencia a al comienzo de las contracciones uterinas (rítmicas e intensas) (Sanitas, s.f.) hasta la completa dilatación del cérvix de la mujer (Li, Kruger, Nash, & Nielsen, 2010). Esto suele suceder antes de la rotura espontánea de las membranas, conocido como “romper bolsa” (Sanitas, s.f.). En general, este primer paso tiene una duración variable para cada mujer ya que el cuello uterino debe dilatarse en una estimación de 10 cm (Sanitas, s.f.).

En segundo lugar, el proceso continua desde la total dilatación de la cérvix hasta el nacimiento del recién nacido (Li, Kruger, Nash, & Nielsen, 2010). Es en este paso donde el feto debe pasar por la pelvis maternal, por lo que es necesaria la rotación de la cabeza del bebé, la ayuda del empuje maternal activo y las contracciones uterinas para que salga el recién nacido (Li, Kruger, Nash, & Nielsen, 2010). Este proceso suele prolongarse entre 1 hora (para mujeres multíparas) y 2 horas (usualmente en mujeres nulíparas) (Sanitas, s.f.). Es en esta etapa también donde, si se percibe una demora o complicación se realizaran métodos alternativos en los hospitales para realizar la extracción del feto con ayuda médica (Sanitas, s.f.).

Finalmente, la tercera etapa envuelve el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta (Li, Kruger, Nash, & Nielsen, 2010). Dentro de este proceso, que tiene una duración usual de 30 minutos, el útero se contrae y desprende la placenta (Sanitas, s.f.).

Tipos de parto.

Actualmente, los diferentes tipos de partos consideran los siguientes términos: parto natural, parto normal, partos con procedimientos médicos interventores y el parto humanizado.

En primer lugar, según Annandale (1988), el parto natural tiene como concepto central el nacimiento del recién nacido sin ninguna asistencia tecnológica. Este autor menciona también que este tipo de parto ha sido considerado como el procedimiento donde no se utiliza ningún tipo de medicación. Por tanto, partos, como los asistidos en casa, son considerados dentro de esta clasificación (Annandale, 1988). Como consecuencia, se utiliza la asistencia de parteras que consideran que las mujeres deben seguir sus instintos naturales al momento del parto, por lo que no utilizan medicamentos ni procedimientos quirúrgicos en este proceso (Annandale, 1988). Por consiguiente, este tipo de parto conlleva la descripción de un evento en donde no se presentan drogas, intervenciones médicas, episiotomías y se

busca minimizar la separación de madre e hijo al nacer para iniciar el proceso de lactancia lo antes posible (Young, 2009).

En segundo lugar, antes de mostrar una explicación de lo que se considera un parto normal, es importante mencionar que, según Young (2009), el concepto de normalidad en cuanto a la labor de parto no es universal, debido a los constantes avances tecnológicos para iniciar, acelerar y monitorear el proceso de parto. Por consiguiente, el autor sugiere que este concepto va cambiando con el tiempo y posiblemente lo siga haciendo a futuro. Young (2009) también menciona que, anteriormente, el parto normal era considerado dentro del parto natural. Sin embargo, según este autor, la diferencia radica en que en este tipo de parto se incluye intervenciones de drogas y procedimientos necesarios para facilitar el proceso de parto. Además menciona que, dentro de los posibles procedimientos manejados por el personal médico se presenta la ruptura artificial de membranas, alivio de dolor mediante el uso de fármacos y monitoreo de riesgos tanto de la madre como del feto.

Por otro lado, todo parto que pase por procedimientos mayores a los antes descritos ya no son considerados como parto normal (Young, 2009). Por tanto, las mujeres que experimentan inducción del parto, anestesia general, fórceps, cesáreas y episiotomías pasan por intervenciones que son características de un parto asistido por personal médico (Young, 2009). Según Betrán et al. (2016), en esta sección es importante indagar en el procedimiento de parto por cesárea debido al incremento significativo del uso de este procedimiento mundialmente. Estos autores han encontrado que 1 en 5 mujeres en el mundo dan a luz mediante esta intervención. Además, estos autores presentan datos de que un 40,5% de los partos en Latino América son por cesárea. Incluso, ellos mencionan que en Sudamérica y el Caribe el porcentaje de cesáreas de todos los partos realizados es el mayor en el mundo con un 42,9%. Los autores argumentan que el parto por cesárea es un procedimiento quirúrgico que se lo realiza cuando se presentan complicaciones en el embarazo y parto. Lo consideran

como una intervención de riesgos maternos y perinatales considerables. Por tanto, puede significar implicaciones a futuro. Los autores mencionan también que, las razones por el incremento del uso de la cesárea es aún poco entendido en las investigaciones y se considera tiene múltiples causas. Entre esas se presenta nuevas prácticas profesionales, incremento de la mala práctica médica, y factores influyentes sociales, culturales y económicos (Betrán, y otros, 2016).

Actualmente, se ha implantado un nuevo enfoque dentro del cuidado que se ofrece durante el parto. Por tanto, se habla de un parto humanizado cuando el objetivo es hacer del proceso de parto una experiencia positiva y satisfactoria para la mujer (Behruzi, y otros, 2010). Como consecuencia, según Behruzi et al. (2010), este tipo de enfoque busca concientizar a todos los involucrados en el proceso del parto, de la importancia sobre el estado emocional, los valores, creencias y derechos de dignidad y autonomía en la mujer. Además, los autores mencionan que el parto humanizado promueve la activa participación de la mujer en la toma de decisiones de su propio cuidado aprovechando de la experiencia y profesionalidad de sus doctores. Por tanto, la literatura argumenta que el parto humanizado no solo busca garantizar los derechos de las mujeres en el proceso de dar a luz, sino también ofrecer cuidados de calidad con la menor cantidad de posibles intervenciones o procedimientos médicos (Amorim, Herdy, Amim, & Muniz da Costa, 2012).

Historia del proceso del parto.

Históricamente, dentro de creencias cristianas como la Biblia, se habla de Eva, la primera mujer, a ser condenada por Dios a tener dolor mientras da a luz (Hutter, 2011). Posteriormente, hay registro de mujeres en 1591 que fueron ejecutadas por pedir alivio al dolor del parto (Hutter, 2011). Por tanto, creencias antiguas radicaban en la idea de que las mujeres debían ser capaces de soportar el dolor para poder ser buenas madres a futuro. (Hutter, 2011). Schrom (1980) menciona que el parto era un asunto que solo concernía

específicamente a mujeres hasta finales del siglo XVIII. Por tanto, las únicas personas que asistían al parto eran las parteras o incluso familiares y amigas presentaban ayuda al momento del parto. De esta manera, el parto era un período en donde personas allegadas a la madre ofrecían su apoyo, experiencias y consejo (Schrom, 1980). Por lo que, era un evento íntimo entre mujeres que se conocían. Sin embargo, según este autor, hay reportes de que este proceso era un tiempo de confusión y, principalmente por creencias religiosas, el parto era usualmente vinculado con la posibilidad de muerte. Posteriormente, el autor considera que desde inicios del siglo XVIII hasta las primeras décadas del siglo XX, se presenta una transición en el evento del parto. Se lo comienza a considerar como un procedimiento médico donde los profesionales médicos hombres comienzan a tener un rol más activo (Schrom, 1980). Por tanto, el autor sugiere que el parto pasa de ser una experiencia controlada por la mujer hacia un evento manejado por los hombres. Es finalmente en los años 20, donde el autor considera que esta transformación del parto llega a consolidarse completamente y se genera un modelo de parto centrado en la asistencia médica. Por tanto, para este momento, las mujeres creían que el parto manejado por doctores sería menos peligroso y doloroso (Schrom, 1980). Convencidas de esta promesa de seguridad y menos dolor, las mujeres tomaban la decisión de tener un parto con intervención médica. Es en este momento también donde familiares y amigos comienzan a ser expulsados de la sala de partos debido a que su presencia muchas veces quebrantaba la autoridad de los médicos.

Posibles complicaciones existentes en el proceso de parto.

Según el National Institute of Health (NIH) (2017), las posibles complicaciones encontradas en el proceso de parto envuelven la salud de la madre y la salud del feto. Es importante considerar que es posible experimentar complicaciones en el parto en mujeres que mostraban signos de salud normal durante el embarazo (NIH, 2017). Se menciona que controles natales constantes durante el embarazo puede disminuir las posibilidades de

desarrollar riesgos en el parto y permitir al equipo médico la oportunidad de intervenir (NIH, 2017).

Una de las posibles complicaciones existentes, más frecuentes, al momento del parto es la posibilidad de que la mujer gestante desarrolle preeclampsia (Young, Levine, & Karumanchi, 2010). Esta sería condición médica puede llevar a partos pretérmino o incluso peligro de muerte (NIH, 2017). Se caracteriza por tener diferentes niveles de afectación, en donde los síntomas varían entre graves dolores de cabeza, dolores agudos en el hígado, edemas pulmonares (condición causada por exceso de fluidos en los pulmones), hemolisis (fenómeno en donde se genera la desintegración de los glóbulos rojos) y convulsiones en el proceso de embarazo (Young, Levine, & Karumanchi, 2010).

En otro aspecto, se presenta la posibilidad de tener un parto pretérmino, el cual hace referencia a un parto realizado previo a la culminación de 37 semanas de gestación (Romero, Dey, & Fisher, 2014). Dentro de esta complicación se presenta principalmente el incremento de problemas de salud en el infante (NIH, 2017). Por tanto, la preocupación de la madre va principalmente vinculada con el recién nacido en este caso.

Además, según el National Institute of Health (2017), relacionado con la salud del recién nacido, se pueden presentar las complicaciones mencionadas a continuación. En primer lugar, se menciona que se puede encontrar un problema en los ritmos de los latidos del corazón del bebé. También, se presenta la posibilidad de generarse asfixia perinatal, que hace referencia a la condición donde el feto no recibe suficiente oxígeno en el útero o durante el proceso de parto (NIH, 2017). Además, según los datos de esta institución, puede darse distocia de hombros en el feto. Durante esto, el recién nacido, a pesar de haber sacado la cabeza del canal vaginal, tiene uno de los hombros atascados.

En otro aspecto, el NIH (2017) menciona también el parto que demora en el proceso de dilatación como una posible complicación. Por tanto, las contracciones se reducen y la

dilatación de la cérvix no es suficiente en el momento necesario (NIH, 2017). Por consiguiente, según los datos de esta institución, el descenso del bebé por el canal vaginal no sucede de manera progresiva. Ante esto, se menciona también que el personal médico puede proveer de medicaciones que incrementen el proceso de contracciones o decidir realizar una cesárea de emergencia.

También, la madre puede tener ciertos imprevistos en el proceso de parto. Entre esos, el NIH (2017) menciona que pueden generarse desgarros de membranas en el proceso de salida del feto. Por tanto, estos imprevistos pueden generar grandes cantidades de dolor y requerir la atención médica inmediata (NIH, 2017). Además, según datos de esta institución, existe la posibilidad de que el útero sufra desgarros o que también no se contraiga para la liberación de la placenta. Por tanto, el resultado de esto llega a generar sangrado abundante, que, mundialmente, es una complicación de alto riesgo mortal (NIH, 2017).

Recuperación de la madre.

Según Barakat, Bueno, Díaz de Durana, Coterón & Montejo (2013), la experiencia del parto es un hecho biológico que puede generar consecuencias de gran magnitud con respecto a la salud y calidad de vida de la mujer. Por tanto, estos autores sugieren que este proceso implica modificaciones anatómicas que implican también cambios o alteraciones psicológicas y emocionales. Los autores mencionan también que el resultado de esto es un cuerpo alterado en la mujer. Por tanto, se ha encontrado que, en el periodo de recuperación, el apoyo social que reciba la madre por parte de su pareja y familiares cercanos representa un componente importante para su recuperación después del parto (Schwab, Marth, & Bergant, 2012). Esto se debe a que el apoyo social percibido puede influenciar en la percepción subjetiva del evento del parto (Schwab, Marth, & Bergant, 2012).

Separación de bebé y madre al nacer.

Es importante considerar el impacto relacional que tiene la madre con su recién nacido en el posparto. El World Health Organization y United Nations Children's Fund (en Crenshaw, 2014) recomiendan que todas las madres y recién nacidos en buen estado de salud tengan contacto cutáneo (con esto se refiere a colocar a los recién nacidos sin ropa y secos sobre el pecho de las madre, añadiendo mantas para cubrir la espalda del bebé (Crenshaw, 2014)) inmediatamente después del parto por la duración mínima de una hora y hasta la primera lactancia. Se han encontrado varios beneficios entre el contacto cutáneo de madre e hijo (Phillips, 2013). Se argumenta que la madre, mediante la cercanía de piel, es capaz de estabilizar la respiración y regula la presión de la sangre del recién nacido (Phillips, 2013). Además, se habla de la posibilidad de sincronizar temperaturas entre estos individuos, permitiendo que el bebé que este frío se caliente y viceversa (Phillips, 2013). También se debe considerar que esta situación permite a la madre generar sus propias sensaciones de apego hacia el recién nacido, por lo que puede facilitar los procesos de lactancia en el futuro (Crenshaw, 2014)

Además, Phillips (2013) sugiere que, en el ámbito psicológico, se puede llegar a argumentar la importancia de este momento entre madre y recién nacido debido a los beneficios que podría generar en el desarrollo del apego. Por tanto, este autor también sugiere que este contacto permite la liberación de oxitocinas, conocidas como las hormonas que incrementan la relajación. También se liberan beta endorfinas que hace referencia a hormonas de tipo analgésicas que permiten responder y reforzar las interacciones con el recién nacido (Crenshaw, 2014)

Trastorno de estrés postraumático posparto.

Según Ayers, McKenzie-McHarg & Slade (2015) encontraron una afectación de un 3.17% de mujeres que llegan a desarrollar un diagnóstico completo de trastorno de estrés

postraumático posparto. Sin embargo, estos autores mencionan también que es importante considerar la existencia de cifras mayores de mujeres que puedan desarrollar síntomas parciales del trastorno. Incluso se habla de la posibilidad de que un tercio de madres entre en este grupo, pero los estudios no son concluyentes aún (Schwab, Marth, & Bergant, 2012). Además, se ha mostrado una prevalencia de 15% de mujeres en grupos de alto riesgo (como por ejemplo partos pretérmino o nacimientos de niños muertos) (Ayers, McKenzie-McHarg, & Slade, 2015).

Factores contextuales alrededor del parto.

Servicio de cuidado y personal sanitario.

El personal clínico (médicos, enfermeras, entre otros) y el lugar del parto deben ser estudiados para determinar el nivel de riesgo que podría darse para el desarrollo del TEPT. Toda mujer tiene el derecho de un trato dignificado y respetuoso de cuidado de salud sexual y reproductiva, lo cual incluye el proceso de parto (Bohren, y otros, 2015). Por consiguiente, valorar el nivel de irrespeto y abuso en las interacciones o las condiciones de las instituciones que llegan a ser interpretadas como humillantes o indignos del cuidado humano en los servicios maternos es necesaria (Vedam, y otros, 2017).

Vedam et al. (2017) consideran que se han realizado varios reportes en cuanto a cuidados maternos irrespetuosos. Mencionan estos autores que muchos de los estudios se han centrado en lugares de bajos recursos para reportar, sin embargo, dentro de facilidades en países desarrollados (como Gran Bretaña, Australia y Estados Unidos) también se han reportado comportamientos negativos en cuando al cuidado materno y el proceso de parto. Principalmente, los autores argumentan que los reportes incluyen factores de abuso físico, procedimientos impartidos sin el consentimiento de la paciente, cuidados ofrecidos sin confidencialidad, comportamientos indignos hacia la paciente (como abuso verbal), discriminación hacia atributos específicos de la paciente y abandono o negación de ofrecer

servicios de cuidado de salud. Además los autores mencionan reportes de poca o ineficiente comunicación entre pacientes y equipo clínico en donde se consideraba, por parte de las pacientes, una falta de apoyo del personal y pérdida de autonomía. Las pacientes describieron al personal clínico como ofensivo, insensible, amenazador y severo (Vedam, y otros, 2017).

Como consecuencia, Ford & Ayers (2011) sugieren que, al considerar los diferentes contratiempos que pueden generarse en el transcurso del parto significa que pueden generarse problemas en las percepciones de control que pueda sentir la paciente. Por consiguiente, los autores consideran que el apoyo percibido por el personal puede influir en el desarrollo durante el parto como también después de la intervención.

Es importante considerar que, según Schwab, Marth & Bergant (2012), los tipos de parto pueden ser factores de riesgo para el desarrollo del TEPT. Por tanto, argumentan que procedimientos invasivos de emergencia podrían ser influyentes en el desarrollo del trastorno debido al componente de imprevisibilidad que suponen estas situaciones en el parto. Por consiguiente, se ha encontrado en el estudio de Schwab, Marth & Bergant (2012) que, particularmente, la intervención de parto por cesárea representa un factor que se mostró en todas las mujeres que desarrollaron el TEPT. Sin embargo, se debe mencionar que los autores no muestran una correlación directa entre el procedimiento de cesárea de emergencia y el desarrollo del TEPT, pero si es un factor influyente.

Acompañamiento de pareja/familiares.

De igual manera, la falta de apoyo durante el proceso de embarazo y parto está asociada con el desarrollo del TEPT posparto (Grekin & O'Hara, 2014). Ford & Ayers mencionan que el apoyo social que pueda tener la víctima puede afectar el nivel de estrés relacionado con el trauma. Estos autores argumentan que cuando se provee de mejores condiciones de apoyo social, tanto del personal médico como también de la pareja, se han mostrado mejores resultados en salud física tanto del recién nacido como la madre, menor

percepción de dolor y mayor satisfacción maternal en la experiencia del parto. Sin embargo, mencionan también que la falta de apoyo social durante y después del parto es particularmente importante en mujeres con previas historias de trauma y quienes tienen intervenciones de emergencia durante el parto. Como consecuencia, el apoyo ofrecido por el personal médico y sus relaciones interpersonales representan un factor protector en contra del posible desarrollo del trastorno de estrés postraumático (Ford & Ayers, 2011).

Factores internos de la mujer.

Historial clínico de la persona.

Existen factores de riesgo que pueden desarrollar el TEPT posparto. Entre esos, según Grekin & O'Hara (2014), se encuentra la posibilidad de una historia psiquiátrica tanto durante, como también antes del embarazo. Por tanto, estos autores sugieren que un historial de desórdenes psicológicos y otras psicopatías, especialmente durante el embarazo, están correlacionadas con TEPT posparto. Mencionan también que entre las características psiquiátricas más comunes relacionadas con el TEPT posparto se presenta un historial preexistente de trauma en las mujeres y de síntomas depresivos posparto. El TEPT y la depresión son altamente comórbidos (Grekin & O'Hara, 2014). Por tanto, los autores argumentan que muchos de los síntomas de ambos trastornos pueden superponerse. Como consecuencia, los autores sugieren que la diferenciación de diagnóstico debe ser realizada meticulosamente. Se ha considerado la posibilidad de que gran cantidad de casos diagnosticados con depresión posparto hayan sido mejor explicados como TEPT posparto (Grekin & O'Hara, 2014).

Además, según Onoye, Shafer, Goebert, Morland & Matsu (2013), dentro de un historial de trauma, particularmente en mujeres se considera eventos de violencia interpersonal. Entre esos los autores argumentan que se presenta el abuso físico, abuso sexual en la infancia, abuso sexual y violencia de pareja.

Por otro lado, Grekin & O'Hara (2014) sugieren que existe un grupo de mujeres que desarrolla un pre-estrés al evento del parto durante el embarazo. Por tanto, mencionan que estas mujeres presentan un severo miedo al momento del parto que les predispone a las posibles expectativas que puedan tener en esa situación. Así, se presenta un factor de vulnerabilidad psicológico que les pone en riesgo de desarrollar TEPT (Grekin & O'Hara, 2014).

Edad.

Grekin & O'Hara (2014) mencionan que mujeres de mayor edad presentan mayor riesgo en desarrollar TEPT si son solteras. Por tanto, estos autores consideran una combinación de mayor edad con soltería como factores de riesgo para el desarrollo del TEPT. Esta misma combinación no fue encontrada en mujeres más jóvenes no casadas. Los autores argumentan que este grupo de mujeres puede presentar mayor apoyo de familiares cercanos como padres. En otro aspecto, los autores mencionan también que mujeres jóvenes tienen mayor riesgo de desarrollar TEPT debido al incremento en frecuencia y severidad de las complicaciones, especialmente en madres de entre 13 a 19 años (que se encuentran en la adolescencia).

Otros factores relacionados.

Lactancia posparto.

La asociación entre la lactancia posparto y el TEPT posparto aún no presenta resultados concluyentes. Zanardo et al. (en Polchek, Harari, Baum, & Strous, 2014) encontraron en su estudio, realizado en 204 mujeres, que había participantes quienes mostraban altos niveles de ansiedad que impedían el proceso de lactancia. Sin embargo, Polchek, Harari, Baum, & Strous (2014) no pudieron verificar los mismos resultados. Dentro del estudio de Tatano & Watson (2008), se encontró que los posibles factores que podrían afectar la lactancia al desarrollar el TEPT posparto son los siguientes. Debido al trauma,

algunas mujeres se sentían traumatizadas y resguardadas de proteger su cuerpo, por lo que buscaban controlar el contacto de sus organismos con otros, entre esos contactos la lactancia (Tatano & Watson, 2008). En otro aspecto, los autores encontraron que, debido al gran dolor físico que reportaron las mujeres, se les dificultaba dar de lactar porque procedimientos como la episiotomía les impedía sentarse. Además, también mencionan que algunas mujeres reportaron no poder dar de lactar debido a una insuficiencia de leche al pasar por varios procedimientos médicos, resultados del evento del parto. Adicionalmente, los autores reportan que las mujeres tuvieron recuerdos vívidos traumáticos del evento del parto que les llevó a dejar de dar de lactar a su recién nacido.

Miedo al parto.

Según Wahlbeck, Kvist & Landgren (2018), uno de los factores relacionados con el desarrollo de TEPT posparto es el miedo al parto que pueden tener las mujeres. Es decir, ellos hacen referencia a la perspectiva previa que se tiene del proceso del parto. Dentro de esta ansiedad al parto, se encuentra el miedo de la falta de control en la situación, el dolor que se puede presentar en el momento, eficacia de ser buena madre e incluso la muerte (Wahlbeck, Kvist, & Landgren, 2018).

Dentro de este concepto, según Wahlbeck, Kvist & Landgren (2018), se presentan dos categorías; primaria y secundaria. Dentro de la primaria, los autores hacen referencia a mujeres que tienen miedo al parto y son nulíparas (mujeres que no han tenido hijos/partos anteriormente). Por tanto, los autores sugieren que este grupo de mujeres puede mantener esta perspectiva hasta el momento del parto y sentir que esta predisposición subjetiva puede volverse realidad. Mientras que, en el segundo grupo, se presentan mujeres múltiparas (mujeres que ya han tenido hijos/partos anteriormente) que, en la mayoría, han experimentado partos anteriores como traumáticos (Wahlbeck, Kvist, & Landgren, 2018).

Estas mujeres ya han experimentado el parto, por lo que, según los autores, al considerarlo traumático pueden buscar medidas para evitar el embarazo o terminarlo.

Situación Socioeconómica.

Según Bohren et al. (2015) se ha encontrado que, en poblaciones de bajos estratos económicos las mujeres pueden llegar a ser discriminadas en la atención médica del parto. Los autores mencionan reportes donde mujeres de bajos recursos presentaban creencias y percepciones de negligencia y mal tratamiento por parte del cuidado médico debido a su baja capacidad monetaria. Incluso ellas consideraban que recibieron tratamientos humillantes debido a su estado de pobreza, inhabilidad para leer o escribir o por vivir en lugares rurales (Bohren, y otros, 2015).

¿Puede la experiencia del parto ser considerada como traumática?

Anteriormente, según Leeds & Hargreeves (2008), el trastorno de estrés postraumático necesitaba considerar al evento traumático como una situación en donde generara angustia y que no estuviera entre las experiencias comunes de la vida humana. Debido a esto, los autores argumentan que el parto, que es un evento común en la vida de las mujeres y necesarios para la reproducción humana, no pudo llegar a ser considerado como un evento que genere el trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, también mencionan que el concepto de trauma ha cambiado y cualquier experiencia que genere síntomas de extremada angustia y sentimientos de amenaza hacia su persona o a otras es calificada como traumática.

En primer lugar, es importante considerar que la mujer puede mantener cogniciones positivas ante la idea de ser madre. Sin embargo, al momento del parto, los eventos relacionados al parto puede cambiar esta perspectiva de bienestar y seguridad que había mantenido anteriormente (Wijma, Saita, & Fenaroli, 2010).

Según Wijma, Saita & Fenaroli (2010), en el proceso de parto, la mujer está rodeada de un equipo de salud a quienes debería poder confiar en su profesionalidad y conocimiento. Sin embargo, sugieren también que son personas extrañas a ella, que rápidamente pueden considerarse “perpetradores” en el parto si se lo considera traumático. Esto puede significar un cambio de perspectiva ante el personal médico y considerarlos como personas que están tratando de amenazar su vida. Además del personal, los autores argumentan que la paciente se encuentra en un espacio considerado “seguro” (habitaciones de hospital, centros de salud, etc.). Sin embargo, al calificar al parto como un evento traumático, estar varias horas expuesta en este ambiente que ya no es considerado como seguro, la madre puede sentirse extremadamente amenazada (Wijma, Saita, & Fenaroli, 2010). Como consecuencia, como ya se ha mencionado, la atención respetuosa y humanizada en el cuidado materno por parte del personal médico es esencial para mejorar la percepción subjetiva de la mujer y prevenir el desarrollo del TEPT.

Los autores argumentan que la mujer puede sentir miedo y ansiedad considerable en esta situación por su integridad y su vida. Su dolor y sufrimiento genera que esta situación pueda ser considerada como traumática. Pero también, la vida y salud de su hijo pueden verse comprometidas en los pensamientos de la madre (Wijma, Saita, & Fenaroli, 2010). Por tanto, son dos vidas por las que la paciente siente que su seguridad se ve amenazada.

Con respecto al bebé, posterior al parto, Wijma, Saita & Fenaroli (2010) argumentan que este puede ser considerado como un constante recordatorio de los sucesos en el evento. Por tanto, argumentan que la madre recordará los sentimientos de angustia y miedo de manera casi permanente ya que debe ser la cuidadora principal del recién nacido, debido a que este es totalmente dependiente de la madre. Además, mencionan que se espera también que la madre genere una cercana relación con el bebé. Pero, al tener el riesgo de desarrollar el

trastorno de estrés postraumático posparto, esta relación tendría dificultad de generar un apego seguro en el niño.

Durante el parto, algunos órganos del cuerpo están expuestos durante el proceso. Entre esos, principalmente, los genitales están involucrados (Wijma, Saita, & Fenaroli, 2010). Por tanto, en mujeres que han tenido traumas previos (como violación o abuso sexual), Wijma, Saita & Fenaroli (2010) argumentan que esta situación puede proyectar pensamientos y emociones experimentados en el evento traumático del pasado. Además, mencionan también que una vez ha pasado el parto y se lo ha considerado como traumático, al involucrar los genitales, la paciente puede generar ansiedad y miedo en situaciones futuras de la vida diaria que le recuerden al parto. Entre esos se encuentran las relaciones sexuales, por lo que, tanto la vida sexual de la mujer como la relación de pareja puede verse afectada en su funcionalidad (Wijma, Saita, & Fenaroli, 2010).

El parto es un evento necesario para la procreación humana y la mujer puede verse sometida a este proceso en varias ocasiones de su vida diaria (Wijma, Saita, & Fenaroli, 2010). Sin embargo, al considerar este evento como traumático, la mujer puede evitar embarazarse o dar término al embarazo a pesar de querer tener más hijos por miedo a revivir la experiencia del parto (Ayers, McKenzie-McHarg, & Slade, 2015) (Wijma, Saita, & Fenaroli, 2010).

El parto en el Ecuador.

Atención maternal en el Ecuador.

En primer lugar, en el Ecuador, se estima que el 15% de las mujeres embarazadas experimenta una complicación durante el proceso de parto (Ministerio de Salud Pública, 2015). Por tanto, como ya se ha hecho referencia anteriormente, es posible que esta cifra muestre una cantidad de mujeres que pueden estar en riesgo de evaluar al parto como traumático y, por ende, desarrollar el TEPT.

Como se ha mencionado anteriormente también, la atención médica maternal representa un componente importante en la experiencia subjetiva de la madre al considerar el evento del parto como traumático o no. Basado en los estudios realizados, se han reportado un número de casos significativos de atención materna abusiva e irrespetuosa en todo el mundo. Además, el número y severidad de casos es mayor en países de bajos recursos o en desarrollo. En el Ecuador, las investigaciones realizadas en este ámbito son escasas. Sin embargo, basado en la información mundial de reportes podría considerarse que el trato humillante y deshumanizado puede presentarse en las regiones del Ecuador. Como consecuencia, la mujer ecuatoriana tiene el riesgo de desarrollar TEPT posparto debido al factor externo de mala atención médica en la maternidad.

Un aspecto importante a considerar en el Ecuador, es la diversidad cultural que se tiene en la población. Por tanto, Revelo, Rosales, Valle, Loyo & Ceballos (2017) consideran que existe un porcentaje de mujeres ecuatorianas que buscan mantener tradiciones ancestrales al momento del parto (como dar a luz mediante el uso de infusión de hierbas medicinales o el uso de parteras). Pero estos autores han encontrado que, a pesar de querer mantener las tradiciones, de igual manera mantienen la creencia de realizar chequeos con médicos profesionales e incluso acudir a ellos en caso de eventualidades en el parto.

Procedimientos más comunes.

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más utilizados mundialmente. En el Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (en Arguello y otros, 2018), las posibles causas de la práctica de la cesárea son: maternas, fetales, maternas-fetales u obstétricos. Dentro de lo maternal, Arguello y otros (2018) sugieren que si se presentan tumores benignos o malignos en el canal vaginal, historial de previas cirugías en el útero, patologías que comprometen el bienestar de la madre, psicosis o retardo mental la cesárea es permitida. Por otro lado, mencionan que si existen distocias (problemas en el curso del

periodo de dilatación y expulsión), múltiples embarazos o macrosomía fetal (cuando el peso del feto es mayor al promedio) se recurre al procedimiento de la cesárea. Además, al presentarse muerte fetal, riesgo de transmisión del virus VIH y herpes se realiza la cesárea (Arguello, y otros, 2018). Finalmente, consideran que en el componente obstétrico también se debe recurrir a la cesárea si hay una ruptura uterina o de placenta. Como consecuencia, según estos autores, estas son las causas permitidas por el gobierno ecuatoriano para realizar una cesárea. Sin embargo, actualmente en varias partes del mundo, el incremento de la realización del procedimiento de cesárea no siempre está clínicamente justificado por la presencia de complicaciones prenatales (Prado, y otros, 2018). El uso del procedimiento, fuera de las causas permitidas, puede estar ligado a la petición de la mujer ante el miedo al posible dolor que pueda sentir en un parto normal (Prado, y otros, 2018). Además, los intereses de los hospitales y médicos pueden influir de tal manera en que es más sencillo y económico la programación de una cesárea (Prado, y otros, 2018).

Dentro del Ecuador, es importante considerar este procedimiento debido a la cantidad significativa de casos en los que se lo realiza. El World Health Organization (WHO) (en Arguello y otros, 2018) recomienda la utilización de la cesárea en un 10 al 15% de los casos. Sin embargo, en Ecuador, se han encontrado cifras que superan el 45% de los casos (Arguello, y otros, 2018). Incluso, en otros estudios se menciona que, entre los años 2001 y 2013, la proporción de partos por cesárea en Ecuador ha aumentado en más del 50% (Prado, y otros, 2018). Además, dentro del ámbito privado se encontró el doble de cifras de partos por cesárea que en el ámbito público (Prado, y otros, 2018). El sector público pudo justificar en un 51% los procedimientos por cesárea debido a complicaciones maternas y fetales, mientras que únicamente el 22% del sector privado pudo justificar la intervención por las mismas razones (Prado, y otros, 2018). Se menciona también que el incremento de cesáreas

es mayor dentro de las provincias de la costa, seguido por la sierra y finalmente la Amazonía (Prado, y otros, 2018).

Por tanto, a pesar de las posibles situaciones recomendadas por Ministerio de Salud Ecuatoriano y considerando las cifras del WHO, la atención médica materna del Ecuador está procediendo con la intervención quirúrgica de la cesárea en más casos de los que deberían existir. Se especula que, en el contexto ecuatoriano, el miedo maternal, la practicidad y conveniencia del médico tratante y la remuneración económica son factores influyentes para explicar el incremento de partos por cesárea en el Ecuador (Prado, y otros, 2018). Como consecuencia, considerando que la cesárea es un procedimiento donde ya se ha visto riesgo de desarrollo de TEPT posparto, se puede argumentar que pueden existir una cantidad significativa de mujeres que hayan considerado subjetivamente a la cesárea como un evento traumático del parto.

Protocolos de cuidado.

Según el Ministerio de Salud Pública (2015), dentro de los protocolos de cuidado en el parto del Ecuador, se menciona la necesidad de las mujeres de tener un cuidado de la salud mínimo y sin poner en riesgo su seguridad en el proceso. Por tanto, dentro del protocolo, se considera que el personal de salud debe estar consciente de que el parto es un momento trascendental para la mujer. Entre los objetivos específicos de los protocolos dirigidos al personal de salud se presenta la necesidad de proporcionar información obstétrica sobre el trabajo de parto y determinar las mejores formas para asistir al parto (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Específicamente, dentro del proceso de parto, el protocolo ecuatoriano dicta que el personal de atención del trabajo de parto esté con la paciente todo el tiempo, ofreciendo apoyo y acompañamiento adecuado (Ministerio de Salud Pública, 2015). Además, dentro de las recomendaciones de esta institución se menciona permitir facilitar el acompañamiento de

una persona de la elección de la paciente para estar en el proceso de parto. Por otro lado, se menciona la necesidad de tratar a las mujeres en labor de parto con el máximo respeto. Esto significa ofrecerles toda la información necesaria acerca de las opciones existentes de su caso y permitirles estar implicadas en la toma de decisiones de las mismas (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Según Persson, Englund & Lindroth (2017), varios estudios han considerado que la falta de derechos reproductivos y sexuales es uno de los problemas de salud más frecuentes para las mujeres en países en desarrollo. Entre las dificultades reportadas por estos autores se presentan las desigualdades de género, la falta de conocimiento del tema, discriminación y opresión que dificultan a la mujer para poder decidir a consciencia sobre su cuerpo. Además, especialmente en Latinoamérica, estos autores sugieren que las opiniones de la Iglesia Católica influyen en las creencias sobre sexualidad y reproducción.

En el Ecuador, específicamente, Persson, Englund & Lindroth (2017) han encontrado un déficit de educación en las mujeres ecuatorianas que les imposibilita la posibilidad de experimentar sus derechos sexuales y de reproducción. Mencionan también que la educación sexual no es obligatoria en los colegios y la que sí se imparte es escasa y poco eficiente. Además, al ser una sociedad conservadora, los autores argumentan que la educación sexual en casa tiene similares resultados. Como consecuencia, estos autores sugieren que la población ecuatoriana no recibe en su totalidad una concientización sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Por tanto, es importante considerar que, para tener un bienestar físico, psicológico y social adecuado en el tema de sexualidad y reproducción, es necesaria la concientización de los derechos de la mujer (Persson, Englund, & Lindroth, 2017).

Si existe este problema en la educación sexual de la mujer, es muy probable que las mujeres también tengan una falta de conocimiento en cuanto a la maternidad y, por ende, al parto, a pesar del protocolo clínico maternal ecuatoriano. Por consiguiente, como ya se ha

mencionado, es probable que el parto sea un evento imprevisible y prácticamente desconocido para las futuras madre ecuatorianas. Como consecuencia, el miedo al parto y a sus posibles complicaciones genera una predisposición subjetiva que puede contribuir a considerar al parto como traumático. Por ende, se convierte en un potencial factor de riesgo en el desarrollo del TEPT.

Conclusión de este apartado.

En conclusión el parto puede ser un proceso traumático y, como ya se han mostrado anteriormente, existen una variedad de factores asociados para que así sea considerado este evento. Es decir, considerando la vulnerabilidad de mujeres jóvenes ante posibles complicaciones en el embarazo y parto, además del riesgo que representa la falta de apoyo social y de la posibilidad de desarrollar el miedo al parto al ser madre primeriza, se buscará encontrar las siguientes afirmaciones.

En primer lugar, el objetivo de la presente investigación es examinar si existe una mayor cantidad de mujeres que llegan a desarrollar el TEPT posparto debido a la cesárea en comparación con el parto normal. Adicionalmente, se espera encontrar una mayor prevalencia de TEPT posparto en mujeres que han recibido servicios en instituciones de salud públicas de Quito, a diferencia de instituciones de salud privadas. Es decir, se buscará analizar las variables de tipo de parto y tipo de institución de salud donde se realizó el parto. Como consecuencia, se espera que mujeres adolescentes, sin pareja, nulíparas presenten mayores reportes de síntomas de TEPT posparto en instituciones públicas que privadas, con un tipo de parto de cesárea.

Diseño y Metodología

Diseño.

El diseño de esta investigación es cualitativa, ya que se usarán escalas de entrevistas para determinar la posibilidad de la existencia de síntomas de TEPT posparto. Además, este trabajo es quasi-experimental debido a que las participantes deberán cumplir con ciertos criterios de inclusión. Posteriormente, esta propuesta de estudio es descriptivo longitudinal debido a que se buscará determinar la presencia de síntomas del TEPT en mujeres posparto a partir del primer y sexto mes desde el evento del parto. Finalmente, esta investigación es intra sujetos, ya que todas las participantes realizarán el cuestionario Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PDS).

Debido a que se busca analizar la incidencia de dos variables independientes (tipo de parto y tipo de institución de salud) en una variable dependiente (presencia de síntomas de TEPT) se buscará reclutar pacientes identificadas en cuatro grupos diferentes. El primer grupo (PNPB), hace referencia a mujeres que han dado a luz mediante un parto natural en una institución pública. En el segundo grupo (PNPR), se asignarán mujeres que han pasado por un parto natural en una institución privada. En el tercer grupo (CPB), se encontrarán mujeres que han dado a luz mediante la intervención de la cesárea en una institución pública. Finalmente, el cuarto grupo (CPR), hace referencia a mujeres que han tenido un parto de cesárea en una institución privada.

Población.

Al determinar el número de participantes, es importante mencionar la necesidad de seleccionar individuos que lleguen a cumplir ciertos requisitos de inclusión. Todas las mujeres que participen en la investigación deberán ser mujeres adolescentes (rango de edad de 14 a 21 años), solteras (sin compromisos amorosos) y nulíparas. Se buscará reclutar a 80 mujeres

participantes en total. Adicionalmente, las instituciones que se elegirán para seleccionar a las participantes son la institución pública “Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora” ubicada en el sector central de Quito, Ecuador, y en la institución privada “Hospital de los Valles” ubicada en el valle de Cumbayá.

Instrumentos.

-Entrevista. Se busca realizar este paso con el fin de recopilar datos demográficos e información relacionada con el suceso traumático del participante.

-Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R). Esta escala representa una adaptación mejorada de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS) que hacía referencia a una entrevista estructurada para diagnosticar el TEPT en víctimas diversas y la gravedad e intensidad de los síntomas (Echeburúa, y otros, 2016). Posteriormente, Echeburúa et al. (2016) realizan una nueva adaptación EGS-R que busca basarse en los criterios diagnósticos del DSM-5. Mencionan que esta escala es heteroaplicada, sin embargo, la validación ha sido probada principalmente en mujeres con un porcentaje alto de eficacia diagnóstica de 82,5%. Estos autores muestran que la estructura de la escala se presenta en tipo formato Likert de 0 a 3 para determinar la frecuencia e intensidad de los síntomas. Argumentan también que contiene 21 ítems relacionados con los síntomas principales descritos en el DSM 5: 5 de estos en síntomas de reexperimentación, 3 en evitación cognitiva/conductual, 7 a alteraciones cognitivas y al estado de ánimo negativo y, finalmente, 6 a síntomas de hiperactivación psicofisiológica. Adicionalmente, los autores mencionan que 4 ítems son incorporados a la escala con el fin de evaluar la presencia de posibles síntomas disociativos y otros 6 permiten valorar el grado de afectación presente en la funcionalidad de vida cotidiana en el individuo. Esta escala es descrita por los autores como breve y fácil de implementar para la práctica e investigación clínica. Además, mencionan que la escala ha sido implantada en poblaciones españolas por lo que esta

validada en el habla hispana. La aplicación de este test se lo hará en el primer, sexto y doceavo mes a partir del evento del parto.

-Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS). Lobo, et al. (2002) mencionan que esta escala contiene 14 ítems de evaluación del nivel de ansiedad presentado en un individuo, en donde se presenta un rango de 5 respuestas (en donde 0 es “ausencia del síntoma” y 4 es “síntoma grave o incapacitante”). Por consiguiente, hay un rango de puntuación de 0 a 56 (Lobo, y otros, 2002). El marco de frecuencia temporal es por los últimos días pasados en el momento de aplicación (Aidyné Centro de Asistencia, Docencia e Investigación Psiconeurocognitiva, s.f.). La escala ha demostrado mantener buenas propiedades de psicometría y debido a que la original es en idioma inglés, se ha llegado a tener una traducción válida al español (Lobo, y otros, 2002).

Procedimiento de recolección de datos.

Se buscará realizar una petición en ambas instituciones (públicas y privadas) para poder reclutar a las pacientes en las instalaciones de salud. Por tanto, mediante esta solicitud se examinará la posibilidad de realizar las entrevistas en una habitación vacía para asegurar la mejor cooperación de cada participante.

En primer lugar, todas las participantes, antes de iniciar la entrevista y los cuestionarios antes mencionados, tendrán una breve explicación del procedimiento y contenido del trabajo de investigación. Posteriormente, se les presentará un formulario de consentimiento informado para ser firmado si la participante accede a cooperar. Si la participante es menor de edad, se le ofrecerá un formulario de consentimiento informado adicional para menores. Adicionalmente, es importante mencionar que no se presentará ningún incentivo monetario a las participantes. La realización de los siguientes pasos se repetirá tanto en el primer mes posparto como en el sexto mes posparto.

Se empezará la sesión realizando una entrevista para recolectar información demográfica (edad, sexo, estado civil, situación familiar y económica y ocupación). Posteriormente, se pedirá que cada participante realice el cuestionario de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) y el de la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS). Una vez realizado esto, se agradecerá la participación de cada una. En total, se espera demorar entre 20 a 30 minutos en cada sesión de entrevista. Es importante mencionar que se necesitará de la ayuda de dos psicólogos/as para la administración de los cuestionarios y optimizar la recolección de datos.

Análisis de los datos.

En primer lugar, se hará un análisis de datos descriptivos con los datos demográficos recopilados. Posteriormente, para analizar los datos recopilados de los cuestionarios de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) y la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS), se realizará un análisis de ANOVA, en el programa estadístico SPSS, debido a que se presentan 4 niveles (grupos PNPB, PNPR, CPB, CPR) como un análisis de datos factorial.

Consideraciones Éticas

Para la realización de este estudio, se buscará enviar una petición de aprobación al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito. Todas las participantes del estudio deberán firmar un consentimiento informado previo a su posible participación en la investigación. Adicionalmente, es importante considerar que, debido a que busca trabajar con una población adolescente, se debe firmar un consentimiento por parte de los guardianes de la adolescente. Dentro de este formulario del consentimiento informado se mencionarán el objetivo de la presente propuesta; determinar si existe una mayor prevalencia de desarrollo del

Trastorno de Estrés Postraumático Posparto en partos normales o cesáreos como también en instituciones públicas o privadas. Adicionalmente, se especificará que la participación será totalmente voluntaria, sin implicaciones laborales o personales negativas en caso de no contribuir a la investigación o de querer retirarse posteriormente en el transcurso del estudio. Es importante mencionar que a ninguna de las participantes se le pedirá un nombre, por lo que todas sus respuestas y aportaciones al estudio serán anónimas y recalcar la confidencialidad de sus datos.

En caso de que las participantes presenten síntomas significativos en cuanto al desarrollo del TEPT posparto o se presenten otras variables de riesgo, se las referirá a ayuda psicológica o trabajo social si fuera necesario.

Discusión

Fortalezas y limitaciones de la propuesta.

En primer lugar, dentro de las fortalezas de este estudio, se presenta la posibilidad de determinar el desarrollo del TEPT posparto en mujeres ecuatorianas. Adicionalmente, esta investigación permitiría determinar el tipo de parto y tipo de servicio de maternidad (público o privado) que generaría más sensación de sufrimiento y ansiedad en la población femenina ecuatoriana. Por otro lado, debido a que este estudio se centra en mujeres adolescentes, se presenta la oportunidad de tener conocimiento sobre el servicio de cuidado materno que se ofrece en el Ecuador a esta población en específico.

En otro aspecto, dentro de las posibles limitaciones de este trabajo se presenta el rango de edad de la población estudiada. Debido a que se buscará reclutar mujeres de los 14 a 21 años de edad, los datos se verán específicamente aplicados a una población de mujeres ecuatorianas

jóvenes. También se debe mencionar que únicamente se denominaron dos tipos de parto para analizar la posibilidad de desarrollo del TEPT posparto. Por tanto, se presenta una limitación en considerar que otros tipos de parto o intervenciones realizadas en el evento puedan estar relacionados con el desarrollo del trastorno. Adicionalmente, las instituciones seleccionadas, a pesar de atender a dos tipos de estratos económicos, están situadas en la capital del Ecuador. Por lo que, los resultados presentados no podrían ser generalizados a toda la población ecuatoriana femenina.

Recomendaciones para Futuros Estudios.

Dentro de esta investigación se considera la posibilidad del desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático Posparto ante la experiencia de dos tipos de partos (parto normal y cesárea) y el tipo de centro de salud en donde se dio este evento. Por tanto, como se mencionó anteriormente, se espera que el parto por cesárea presente mayores reportes del desarrollo de síntomas del TEPT. Igualmente, se espera que el cuidado de una institución pública presente mayores reportes del desarrollo de síntomas del TEPT. Sin embargo, considerando las limitaciones mencionadas anteriormente y la investigación realizada en la revisión de literatura, se puede mencionar las siguientes recomendaciones para otros estudios relacionados.

En un futuro, sería interesante realizar este tipo de investigación en un rango de edad mayor que el descrito en el presente trabajo para entender la posible prevalencia de TEPT posparto en mujeres mayores a 21 años de edad. Por otro lado, la influencia de partos pretérmino podría influir también en el desarrollo del TEPT posparto. Por consiguiente, considerar este tipo de parto en un futuro estudio podría proporcionar información adicional a lo encontrado en este estudio. Adicionalmente, una investigación de reportes sobre el cuidado materno ofrecido en instituciones de salud del Ecuador podría proveer información necesaria

para atender posibles abusos encontrados. Finalmente, sería interesante considerar el miedo al parto durante el embarazo y la posible influencia en la percepción del evento del parto.

REFERENCIAS

- Aidyné Centro de Asistencia, Docencia e Investigación Psiconeurocognitiva. (s.f.). Escala de hamilton para la ansiedad (Hamilton anxiety rating scale, HARS). Retrieved Marzo 09, 2019, from Aidyné: <http://www.aidyne16.tizaypc.com/contenidos/contenidos/4/ENPSFicha4-4.pdf>
- American Psychiatric Association.; Kupfer, D.; Regier, D.; Arango, C.; Ayuso-Mateos, J.; Vieta, E.; Bagny, A. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Londres: American Psychiatric Publishing.
- Amorim, P., Herdy, V., Amim, T., & Muniz da Costa, O. (2012). Labor and birth: Knowledge and humanized practices. *Text Context Nursing*, 21(2), 329-337. doi:http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a10v21n2.pdf
- Andersen, L., Melvaer, L., Videbech, P., Lamont, R., & Joergensen, J. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1-12. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x
- Andrews, B., Brewin, C., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 421-427. Retrieved from <https://page-one.springer.com/pdf/preview/10.1023/A:1024478305142>
- Annandale, E. (1988). How midwives accomplish natural birth: Managing risk and balancing expectations. *Social Problems*, 35(2), 95-110. Retrieved from https://www.jstor.org/stable/pdf/800734.pdf?casa_token=t8WTisDHbZoAAAAA:jQLCne3ZsPRq6z6QJkxViwpmQ423yDf3MHA4toFEEo0mcpWf6_RST62y-bZ_XyQC6Dzd1mlZtTUWNQlPSyKSSILpLVRqTeFNaom5Bp8aYAWqSaBBOKfA
- Arguello, A., Sánchez, L., Tapia, M., Ortiz, M., Flores, F., Guamán, J., . . . Bayas-Morejón, F. (2018). Factors that affect cesarean delivers in the general hospital of Guaranda (Ecuador). *Asian Journal of Pharmaceutics*, 636-639. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Isidro_Favian_Bayas_Morejon/publication/327120608_Factors_that_Affect_Cesarean_Delivers_in_the_General_Hospital_of_Guaranda_Ecuador/links/5b7b1a10299bf1d5a718cbe7/Factors-that-Affect-Cesarean-Delivers-in-the-General-Ho
- Ayer, S., Bond, R., Bertuilles, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), pp. 1121-1134.
- Ayers, S., Bond, R., Bertuilles, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121-1134. doi:10.1017/S0033291715002706

- Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder after birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 215-218. doi:10.1080/02646838.2015.1030250
- Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Goulet, L., Li, M., & Misago, C. (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(25). doi:10.1186/1471-2393-10-25
- Betrán, A., Ye, J., Moller, A., Zhang, J., Gulmezoglu, A., & Torlini, M. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*, 11(2). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343
- Bohren, M., Vogel, J., Hunter, E., Lutsiv, O., Makh, S., Souza, J., . . . Gulmezoglu, A. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 1-32. doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Crenshaw, J. (2014). Healthy birth practice #6: Keep mother and baby together-It's best for mother, baby, and breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211-217. doi:10.1891/1058-1243.23.4.211
- Echeburúa, E., Amor, P., Muñoz, J., Sarasua, B., & 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), 67-77. doi:10.1016/j.apj.2017.02.005
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F., & Muñoz, J. (2016). Escala de gravedad de síntomas sevisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111-128. Retrieved from <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n2/art04.pdf>
- Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, 26(12), 1553-1570. doi: 10.1080/08870446.2010.533770
- García-Esteve, L., & Valdés, M. (2017). *Manual de psiquiatría perinatal: Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Grekin, R., & O'Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 389-401. doi:10.1016/j.cpr.2014.05.003
- Grekin, R., & O'Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 389-401. doi:10.1016/j.cpr.2014.05.003
- Hutter, R. (2011). *Get me out: A history of childbirth from the garden of eden to the sperm bank*. W. W. Norton & Company. Retrieved Febrero 3, 2019, from https://books.google.com.ec/books?hl=en&lr=&id=aOD8qPdDcoAC&oi=fnd&pg=PR9&dq=history+of+childbirth&ots=0vtN0YrRHs&sig=dalcbX00jFshNOefLUM9u53j9nI&redir_esc=y#v=onepage&q=history%20of%20childbirth&f=false

- Hyman, S., Gold, S., & Cott, M. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence*, 18(5), 295-300. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023/a:1025117311660.pdf>
- Joachim, F., & Spengler, D. (2013). Epigenetic risk factors in PTSD and depression. *Front. Psychiatry*. doi:10.3389/fpsy.2013.00080
- Lahey, B. (2009). Public health significance of neuroticism. *Am. Psychol.*, 64(4), 241-256. doi: 10.1037/a0015309
- Li, X., Kruger, J., Nash, M., & Nielsen, P. (2010). Modeling Childbirth: elucidating the mechanisms of labor. John Wiley & Sons, Inc WIREs Systems Biology and Medicine, 2, 460-470. Retrieved from https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45125649/Modeling_childbirth_elucidating_the_mech20160427-30744-156boar.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1549149846&Signature=H2zgyCciXR9NC9NBxX7DNIq36n0%3D&response-content-disposition=inline
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., & Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg depression rating scale y la Hamilton anxiety rating scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499. doi:10.1016/S0025-7753(02)72429-9
- Marshall, R., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry*, 158(9), 1467-1474. Retrieved from <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/appi.ajp.158.9.1467>
- Midwives Magazine. (2008, Junio 11). Traumatic childbirth: what we know and what we can do. Retrieved Noviembre 11, 2018, from The Royal College of Midwives: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/traumatic-childbirth-what-we-know-and-what-we-can-do>
- Milosavljevic, M., Tosevski, D., Soldatovic, I., Vukovic, O., Miljevic, C., & Kostic, M. O. (2016). Posttraumatic stress disorder after vaginal delivery at primiparous women. *Scientific Reports*, 6. doi:10.1038/srep27554
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato: Guía de práctica clínica (GPC). Retrieved from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008, Agosto). Componente normativo neonatal. Retrieved Noviembre 11, 2018, from Ministerio de Salud Pública: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/atencion_neonatal_ecuador.pdf

- Nichols, F. (1996). Research: The meaning of the childbirth experience; a review of the literature. *The Journal of Perinatal Education*, 5(4), 71-77. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/203567774?pq-origsite=gscholar>
- NIH. (2017). What are some common complications during labor and delivery? Retrieved from Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/labor-delivery/topicinfo/complications>
- NIH. (2017). What are some common complications of pregnancy? Retrieved from Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo/complications>
- OMS. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid.
- Paredes, I., Hidalgo, L., Chedraui, P., Palma, J., & Eugenio, J. (2004). Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *Gynecology & Obstetrics*. doi:10.1016/j.ijgo.2004.09.024
- Persson, E., Englund, L., & Lindroth, M. (2017, Enero). Young women's sexual and reproductive health and rights in Ecuador. Retrieved from Jonkoping University School of Health and Welfare: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1065927/FULLTEXT01.pdf>
- Phillips, R. (2013). The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 67-72. doi:<https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>
- Pineles, S., Arditte, K., & Rasmusson, A. (2017). Gender and PTSD: Different pathways to a similar phenotype. *Current Opinion in Psychology*, 14, 44-48. doi:https://www.researchgate.net/profile/Suzanne_Pineles/publication/310473958_Gender_and_PTSD_Different_Pathways_to_a_Similar_Phenotype/links/5a8708fc458515b8af8d54df/Gender-and-PTSD-Different-Pathways-to-a-Similar-Phenotype.pdf
- Prado, E., Acosta, T., Olmedo, M., Armijos, L., Ramírez, D., & Iturralde, A. (2018). Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year old comparative analysis between public and private health systems. *Revista Panamericana de Salud Pública*. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.15>
- Reynolds, L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association*, 156(6), 831-835. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227048/pdf/cmaj_156_6_831.pdf
- Romero, R., Dey, S., & Fisher, S. (2014). Preterm Labor: One syndrome, many causes. *Science*, 760-765.
- Rowlands, I., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. doi:10.1186/1471-2393-12-138

- Sanitas. (s.f.). Parto Humanizado. Retrieved Febrero 2, 2019, from Hospital La Zarzuela: <https://www.hospitalazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>
- Schrom, N. (1980). History of Childbirth in America. *Women: Sex and sexuality*, 6(1), 97-108. Retrieved from https://www.jstor.org/stable/pdf/3173968.pdf?casa_token=6dgB6zl2o-wAAAAA:D9emx2_Ve9YWEi3uxsoO2aCp_rCSWTs-Aebvbf8H6mcowVTdJH6zPEUBycHe1od-9rLgNOhQ3-qHv6G6OsLfoIqyRandiw7j94dkqBpBwIyNaTil6TNG
- Schwab, W., Marth, C., & Bergant, A. (2012). Post-traumatic stress disorder post partum: The impact of birth on the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in multiparous women. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 72(1), 56-63. doi:10.1055/s-0031-1280408
- Schwab, W., Marth, C., & Bergant, A. M. (2012). Post-traumatic stress disorder post partum: The impact of birth on the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in multiparous women. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 72(1), 56-63. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168363/>
- Shaban, Z., Dolatian, M., Shams, J., Alavi-Majd, H., Mahmoodi, Z., & Sajjadi, H. (2013). Post-traumatic stress disorder (PTSD) following childbirth: Prevalence and contributing factors. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(3), 177-182. doi:10.5812/ircmj.2312
- Shlomi, I., Huller, L., Baum, M., & Strous, R. (2012). Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: The uninvited birth companion. *Israel Medical Association Journal*, 14(6), 347-353. Retrieved from <https://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/38/19484.pdf>
- Strelau, J., & Zawadzki, B. (2005). Trauma and temperament as predictors of intensity of posttraumatic stress disorder symptoms after disaster. *European Psychologist*, 10(2), 124-135. doi:10.1027/1016-9040.10.2.124
- Tatano, C., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding. *Nursing Research*, 228-236.
- United Nations Statistics Division. (2017). Natality. Retrieved Febrero 2, 2019, from United Nations Statistics Division: <https://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/natality/natmethods.htm>
- Varea, M. (2008). *Maternidad Adolescente: Entre el deseo y la violencia*. Quito: Flacso-Sede Ecuador.
- Vedam, S., Stoll, K., Rubashkin, N., Martin, K., Miller-Vedamm, Z., Hayes-Klein, H., & Jolicoeur, G. (2017). The mothers on respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM-Population Health*, 3, 201-210. doi:10.1016/j.ssmph.2017.01.005
- Wahlbeck, H., Kvist, L., & Landgren, K. (2018). Gaining hope and self confidence: An interview study of women's experience of treatment by art therapy for severe fear of childbirth. *Women and Birth*, 31(4), 299-306. doi:10.1016/j.wombi.2017.10.008

- Wijma, K., Saita, E., & Fenaroli, V. (2010). Post traumatic stress disorder (PTSD) following childbirth. In A. VV., *Close relationship and community psychology: An international perspective* (pp. 83-99). Franco Angeli.
- Young, B., Levine, R., & Karumanchi, S. (2010). Pathogenesis of preeclampsia. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*, 5, 173-192. doi:10.1146/annurev-pathol-121808-102149
- Young, D. (2009). What is normal childbirth and do we need more statements about it? *Birth*, 36(1), 1-3. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1523-536X.2008.00306.x>
- Zambrano-Vazquez, L., Levy, H., & Belleau, E. (2017). Using the research domain criteria framework to track domains of change in comorbid PTSD and SUD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 679-687. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Emily_Belleau/publication/313413820_Using_the_Research_Domain_Criteria_Framework_to_Track_Domains_of_Change_in_Comorbid_PTSD_and_SUD/links/5a08d7510f7e9b68229cd18f/Using-the-Research-Domain-Criteria-Framework-to-Track-

ANEXO A: INSTRUMENTOS

124

ENRIQUE ECHEBURÚA, PEDRO J. AMOR, BELÉN SARASUA, IRENE ZUBIZARRETA,
FRANCISCO PABLO HOLGADO-TELLO, JOSÉ MANUEL MUÑOZ.

APÉNDICE

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)

(Versión clínica)

(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

___		Exposición directa
___		Testigo directo
___		Otras situaciones
___	___	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
___	___	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

___		Episodio único
___		Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

¿Ocurre actualmente? __ No __ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): ____ (meses) / ____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? __ No __ Sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
___	Psicológico	___ (meses) / ___ (años)
___	Farmacológico	___ (meses) / ___ (años)
		___ No __ Sí
		___ No __ Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: __ No __ Sí

Revictimización a otro suceso traumático: __ No __ Sí

Secuelas físicas experimentadas: __ No __ Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

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

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: ____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO	
Áreas afectadas por el suceso traumático	
<i>Áreas</i>	<i>Valoración</i>
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

Versión validada en español de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujió de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borboríngos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tenso/a, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO B1: FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: ¿Cómo y hasta qué punto el TEPT ocurre después del parto en mujeres ecuatorianas y que factores están asociados?

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Lucía Paulina Martínez Carrión*

Datos de localización del investigador principal *0984633157 y lmartinez@estud.usfq.edu.ec*

Co-investigadores

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Introducción	Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre el desarrollo del trastorno del estrés posttraumático posparto porque usted es una mujer adolescente ecuatoriana (entre 14 y 21 años), soltera y está ha dado a luz a su primer hijo/a recientemente por medio de un parto normal/cesárea en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora/Hospital de los Valles.
Propósito del estudio	El propósito de este estudio es entender la posibilidad de considerar al evento del parto como una situación traumática en su vida. De esta manera, se buscará encontrar todos los posibles factores que puedan llegar a ser considerados traumáticos en el proceso de dar a luz. Para este estudio, se necesitará la participación de 80 mujeres ecuatorianas.
Descripción de los procedimientos	Una vez usted haya firmado este documento, se le harán preguntas generales sobre usted (no tendrá que darnos su nombre o apellido). Después, se le entregarán dos cuestionarios en los que se presentarán instrucciones de cómo responder las preguntas. Una vez haya terminado, habrá terminado su participación en el estudio. En total, se estima entre 20 a 30 minutos de duración para este proceso.
Riesgos y beneficios	(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Dentro de los cuestionarios, es posible encontrar síntomas importantes del trastorno que estamos investigando. Por lo que, en caso de que se presenten, se le proveerá información sobre ayuda psicológica o de trabajo social.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y _____ tendrán acceso.

2) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984633157 que pertenece a Lucía Martínez, o envíe un correo electrónico a lmartinez@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO B2: FORMULARIO DE ASENTAMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
CEISH-USFQ**

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO Menores de edad

Título del proyecto: ¿Cómo y hasta qué punto el TEPT ocurre después del parto en mujeres ecuatorianas y que factores están asociados?

Hola mi nombre es Lucía Martínez y trabajo en la Universidad San Francisco de Quito. Estamos realizando un estudio para conocer acerca del Trastorno de Estrés Postraumático Postparto y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en permitirnos realizarte una entrevista y contestar dos cuestionarios.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio.

También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a conocer sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres ecuatorianas.

Esta información será confidencial: no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES). Sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un (✓) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ningún (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: