



EDUCAR, RESTAURAR
TRANSFORMAR

CENTRO UNIVERSITARIO "VASCO DE QUIROGA"
DE HUEJUTLA
INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895-25
AV. JUÁREZ # 73, COL. JUÁREZ, HUEJUTLA, HIDALGO.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS
"CONFLICTOS EMOCIONALES COMO FUENTE DE
MANIFESTACIÓN DE LAS ENFERMEDADES
PSICOSOMÁTICAS"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ROGELIO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

GENERACIÓN 2005 - 2010

HUEJUTLA, HGO. JUNIO DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dictamen

Nombre del tesista: Rogelio Hernández Hernández

Título de la investigación: “Conflictos emocionales como fuente de manifestación de las enfermedades psicosomáticas”

Título a recibir: Licenciatura

Nombre de la licenciatura: Psicología

Fecha: Huejutla, Hgo; 05 de junio de 2015

La que firma Lic. En Psic. Marlene Redondo Jiménez, acreditada por el Centro Universitario “Vasco de Quiroga” de Huejutla, como asesora de tesis de licenciatura, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecidos por la División de Estudios e Investigación, para tener opción al título de licenciatura y se autoriza su impresión.

Atentamente

Lic. en Psic. Marlene Redondo Jiménez

Dedicatorias

Dedicada con todo mi amor a mi mamá Santa Hernández Hernández por ser fuente de las herramientas de vida que impulsaron a la realización de este proyecto profesional.

Dedicada a mi familia que siempre me apoyo para continuar y culminar con una meta más en mi vida.

Rogelio Hernández Hernández

Agradecimientos

Doy gracias a Dios.

Especialmente agradezco infinitamente a mí madre y hermanos por estar conmigo en todos los momentos significativos de este proceso.

A las personas entrevistadas, maestros, colegas que fueron parte fundamental en esta investigación ¡gracias!

Agradezco a todos aquellos que hicieron posible que esta investigación se llevara a cabo: Psic. Juan Hernández Dolores y la Lic. En Psic. Marlene Redondo Jiménez por su apoyo, tiempo y disponibilidad, mostrando siempre esa pasión a lo que son profesionalmente.

Mi admiración y agradecimiento a todos los psicólogos del CUVAQH que me compartieron sus conocimientos, pero sobre todo que transmitieron en mí el amor a esta maravillosa carrera.

Rogelio Hernández Hernández

Índice

Portadilla	
Dictamen	
Dedicatorias	
Índice	
Resumen	
Abstract	
Introducción	

Capítulo I: Presentación del problema

1.1	Antecedentes.....	2
1.2	Justificación.....	7
1.3	Descripción del problema.....	9
1.4	Objetivos.....	12
1.5	Planteamiento del problema.....	13
1.6	Interrogantes de la investigación.....	13

Capítulo II: Marco teórico

2.1	Las emociones.....	15
2.1.1	Dinámica de las emociones.....	16
2.1.2	Tipos de emociones.....	17
2.1.3	Emociones adecuadas.....	18
2.1.4	Emociones inadecuadas.....	18

2.1.5	Conflictos emocionales.....	19
2.1.6	La Infancia y los procesos emocionales.....	22
2.2	Formación de la autoestima en la infancia.....	24
2.2.1	Los primeros peldaños de la autoestima	25
2.3	Resultados de la dinámica familiar en aspectos emocionales.....	27
2.4	Secuelas de la violencia familiar en las emociones.....	29
2.4.1	Definición de violencia familiar.....	30
2.4.2	Causas de la violencia familiar.....	30
2.4.3	Tipos de violencia familiar.....	32
2.4.4	Ciclo de la violencia familiar.....	35
2.4.5	Consecuencias psicológicas de la violencia familiar.....	36
2.4.5.1	Corto plazo.....	37
2.4.5.2	Largo plazo.....	40
2.5	Efectos del abuso sexual infantil.....	42
2.5.1	Efectos a corto plazo.....	43
2.5.2	Efectos a largo plazo.....	44
2.6	Abandono familiar.....	46
2.6.1	Efectos a corto plazo.....	48
2.6.2	Efectos a largo plazo.....	49
2.7	Enfermedades psicosomáticas.....	50
2.7.1	Definición de enfermedades psicosomáticas.....	50
2.7.2	Dinámica de las enfermedades psicosomáticas.....	51
2.7.3	Causas de las enfermedades psicosomáticas.....	51
2.7.4	Síntomas somáticos más frecuentes.....	53
2.8	La Ansiedad como factor detonante.....	55

2.8.1	Ataques de pánico.....	57
2.8.2	Agorafobia.....	58
2.8.3	Fobia.....	59
2.8.4	Obsesivo compulsivo.....	59
2.8.5	Estrés postraumático.....	60
2.8.6	Enfermedad medica.....	61
2.8.7	Ansiedad por separación.....	61
2.9	Abordaje de algunas teorías psicológicas.....	62

Capítulo III: Metodología de la investigación

3.1	Hipótesis.....	66
3.2	Conceptualización de variables.....	66
3.3	Descripción de la metodología.....	67
3.4	Población y muestra.....	67
3.5	Técnicas e instrumentos de investigación.....	68
3.6	Cronograma de actividades.....	72

Capítulo IV: Descripción de resultados

4.1	Concentrado de entrevista clínica a pacientes	74
4.2	Resultado de entrevista a expertos.....	79
4.3	Concentrado de la información del grupo de enfoque.....	80
4.4	Triangulación de resultados.....	82

Capítulo V: discusión y sugerencias de intervención

5.1	Estrategia de intervención “sanando heridas emocionales de la infancia”	86
5.2	Sugerencias.....	91

Anexos

	Formatos de entrevista clínica individual.....	95
	Formato de entrevista a expertos.....	97
	Formato de grupo de enfoque.....	98
	Glosario.....	99
	Referencias bibliográficas.....	102

Resumen

La presente investigación aborda la relación que existe entre los conflictos emocionales y la aparición de las enfermedades psicosomáticas, así como la influencia que ésta tiene en las personas de 20 a 40 años de edad. Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad, por tanto, la reacción emocional es algo universal a todo proceso psicológico. Se indaga acerca de la dinámica de las emociones en las personas para entender sus procesos de descarga y bloqueos de las mismas y más aún, entender de una manera profunda, su influencia en la aparición de las enfermedades psicosomáticas. Se retoma, en la mayoría de los temas (abuso sexual, autoestima, violencia familiar, abandono), los efectos a corto y largo plazo en cuanto a la sintomatología de cada una de las secuelas de los conflictos emocionales en cada una de las etapas de la vida (infancia, adolescencia y adultez) antes de los 40 años de edad, así como en las diferentes áreas de la vida (familiar, social, escolar y laboral) de cada persona. Para que a partir de esta información teórica se tenga un panorama amplio sobre lo que pudiera ser la génesis de la somatización. La enfermedad psicosomática ha sido descrita como “la expresión del estrés personal y social en un idioma de quejas o síntomas corporales con requerimiento de ayuda médica” (Bass y Benjamín, 1993). Bajo esta perspectiva, las personas con enfermedades psicosomáticas son aquellos que se encuentran en niveles altos de estrés que está por debajo de su umbral tolerable, personas que se mantienen en estados prolongados de angustia y ansiedad al grado de sabotear su homeostasis psíquica. Ligado a esto, tenemos descritos los síntomas que aparecen frecuentemente como consecuencia de lo anterior.

Como conclusión tenemos que las experiencias de vida a lo largo de cada una de las etapas de las personas crean estilos de vida incluyendo niveles de ansiedad a cada una de sus experiencias a partir de esquemas mentales que se forman de acuerdo al aprendizaje familiar y social, que con esto, distinguen cada una de sus emociones y eligen como sentirlas, así como su personalidad.

Palabras claves: enfermedades psicosomáticas, violencia familiar, autoestima, personalidad, conflictos emocionales, infancia y aprendizaje.

Abstract

The present research approaches the relation between the emotional struggles and the appearance psychosomatic illness, as soon as the influence that it has in people from 20 to 40 years old. Every psychological process brings an emotional experience from high to low intensity and with different quality, for that reason, the emotional reaction is something universal to all psychological process. Investigate about the dynamic of the emotions in people to understand their process to unload and block them and much more, understand in a deep way, its influence in the appearance of the psychosomatic illness. Take back, in the most of topics (sexual abuse, self - esteem, domestic violence, abandonment), the effects in short term and long term in the symptomatology of all the consequences of the emotional conflicts in all the life's phases (childhood, adolescence and adulthood) before the 40 years old, as soon as in the different areas of life (family, society, school and job) of each person. And with this theoretical information people has a wide landscape about what could be the somatization process. The psychosomatic illness has been described as "the expression of personal and social stress in a language of complaints or corporal symptoms with a medical requirement of help". (Bass and Benjamin, 1993). In this perspective, people with psychosomatic illness are those that are in high levels of stress that are under their tolerance, people that are in long periods of anguish and anxiety to the level of sabotage their psychological homeostasis. And we have described the symptoms that appear frequently as consequence of the last.

As conclusion we have that the experiences of life in each stage of the people make life styles including levels of anxiety in each of their experiences from mental schemes that form according the family and social learning, and with this, distinguish to each the emotions and choose how to feel them, as soon as their personality.

Word keys: psychosomatic illness, domestic violence, self - esteem, personality, emotional conflicts, childhood and learning.

Introducción

Tomando en cuenta los cientos de casos observados en la región huasteca sobre las enfermedades psicosomáticas en los adultos de entre 20 y 40 años de edad, surgieron algunas interrogantes para conducir esta investigación. En el cual, el objetivo principal es averiguar si los conflictos emocionales vividos en la infancia contribuyen en la aparición de estas enfermedades. Se realiza una revisión minuciosa en el tema de las emociones y como se viven en el ser humano como parte de un conflicto y también, las consecuencias fisiológicas, al igual que indagar acerca de las enfermedades psicosomáticas y sus síntomas. Todo esto para tener un panorama amplio para poder concluir en algo más concreto y claro.

Existe una enorme influencia, de los niveles de ansiedad que vive la persona y el tiempo de permanencia en ese estado, en la aparición de una enfermedad psicosomática. Ya que la persona, al permanecer en estados prolongados de ansiedad, libera ciertas sustancias químicas en el sistema nervioso central y en el sistema nervioso periférico contribuyen a que el cuerpo se vea afectado de manera positiva o negativamente de acuerdo a cada persona.

Con el paso del tiempo en mi incursión en el campo de la psicología durante mi carrera y durante esta investigación he descubierto la influencia de las emociones y los sentimientos en las reacciones del cuerpo. Reacciones, que al juicio de la sociedad no son del todo agradables, pero pareciera que les es grato o les satisface, ya que se viven diariamente de la misma manera y no hacen lo suficiente para salir de ello o cambiar su manera de pensar y por tanto su sentir. Todo esto se debe a un aprendizaje de hechos que se repiten a lo largo de la vida desde que se adquiere la conciencia, experiencias repetitivas que se graban en la memoria emocional del ser

humano y que por tanto son base de la personalidad de los adultos de entre 20 y 40 años de edad. Si bien es cierto que los adultos poseen la capacidad de decidir cambiar o modificar sus pensamientos, emociones y comportamiento, a muchos les resulta fácil repetir los patrones de comportamiento que desaprender e iniciar con nueva información psicológica. También es cierto que la región huasteca no cuenta con la cultura del crecimiento psicológico, su apertura mental hacia e este tipo de aprendizaje es muy estrecho, la mayoría cree que no es importante este tipo de tratamientos.

Por lo anterior, se pretende proporcionar tácticas que, con el tiempo, propicien que las personas de esta sociedad huasteca conozcan sobre la dinámica de sus emociones y de esta manera saber cómo vivirse a partir de ellas sin que tengan una consecuencia en sus cuerpos.

Por lo regular en las familias es en donde se adquieren la mayoría de los aprendizajes sobre la dinámica de la emociones, por tanto, sería la primera esfera en la cual se tendría que realizar una intervención, a través evaluaciones psicológicas, entrevistas y sesiones terapéuticas familiares e individuales. Tal intervención se sugiere con más detalle al final de esta investigación. Así mismo en las demás se sugieren medidas de intervención en las demás esferas.

La personalidad, misma que también se forja en la dinámica familiar cumple su parte importante en el desarrollo de las enfermedades psicosomáticas. Siendo esta la que permite q la persona se involucre en situaciones que favorezcan a que la persona experimente emociones que le produzcan angustia y ansiedad, lo cual estos estados de desembocarían en afectaciones físicas como síntomas gastrointestinales (colitis, gastritis, indigestión, etc.), cardiovasculares (taquicardias, hipertensión,

infartos, etc.), respiratorias (asma, bronquitis, etc.), enfermedades de la piel entre, otros. Proceso en el cual el sistema inmunológico del cuerpo humano se deprime y pierde resistencia ante agentes que diariamente asechan con enfermedades al organismo.

Como finalidad de este trabajo no es diseñar un programa nuevo de intervención a las personas con enfermedades psicosomáticas, sino comprender cómo se vincula la participación de los conflictos emocionales vividos en la infancia con el proceso de aparición de dichas enfermedades. Fomentar del todo la propagación de la información sobre este tema en la población de la región huasteca para que la gente tenga otra perspectiva sobre lo que provocan las familias si se relacionan de cierta manera dentro del núcleo de su hogar.

Aportando significativamente esta investigación, conduce al conocimiento de la psicología de las emociones y los temas que la involucran en sus consecuencias, por lo cual se invita a los lectores a difundir este conocimiento que es tan sólo del tamaño de una semilla en comparación de lo que falta por hacer y tú eres la otra semilla.

Capítulo I:

Presentación del problema

1.1 Antecedentes

Existen infinidad de teorías enfocadas a la salud mental y emocional de los seres humanos, de las cuales, una de ellas es la citada por la organización mundial de la salud a cargo del Dr. Gabriel Battistella como “un estado completo de bienestar físico, mental y social” y agrega: “y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” que para esta investigación es una aportación importante para dar realce a la magnitud de lo que se pretende indagar sobre las enfermedades psicosomáticas y la raíz de ellas.

Considerando los estudios realizados en el pasado, invariablemente, resulta complicado sumar los términos psicológicos-terapéuticos con los médicos, ya que continuamente son casos difíciles de cuantificar por el grado de subjetividad que poseen.

El término *psicosomático* fué usado por primera vez por Johann Christian Heinroth en 1818 al discutir las causas del insomnio. Otro concepto planteado a esta temática es el de “medicina somática que fue puesto en circulación por Félix Deutsch al plantear sus hipótesis sobre el origen de estas enfermedades.

Alexander, uno de los iniciadores del estudio de la medicina psicosomática en el siglo XX señaló que “este término ayudaba a la integración de la dualidad dejada por el pensamiento cartesiano”.

El concepto “psicosomático” también tiene su principal origen en la filosofía como en la de Descartes, cuando “desarrolló sus razonamientos sobre la separación mente-cuerpo y a su vez colocó las bases para una mejor comprensión filosófica de las funciones del pensamiento”.

Algunos otros autores de esta época afirman que este concepto se debería aplicar a cualquier tipo de enfermedad, puesto que toda patología humana encierra componentes psíquicos y orgánicos complementarios. En tanto, la exploración científica en el terreno de lo somático seguramente se está dando con el desarrollo de las ciencias. También, “en la historia de la medicina se produjeron múltiples aportes, a finales del siglo XIX, de manera científica, las investigaciones de Freud sobre la histeria, llevaron a descubrir la existencia de la relación entre el síntoma histérico y un conflicto psicológico”.

A finales del siglo XIX S. Freud propuso una novedosa teoría sobre el origen del pensamiento basada en las concepciones neurológicas de la época. Decía que si existe un conflicto psicológico que no se puede resolver mediante el pensamiento, necesariamente se desencadenará, o bien un síntoma psicológico como por ejemplo una fobia, o uno orgánico como el histérico (conversivo). De esta manera abrió el camino psicológico para investigar la génesis de la enfermedad psicosomática, varios estudios nacionales y extranjeros señalan que aproximadamente entre un tercio y un cuarto de los síntomas físicos que son causa de consulta médica corresponderían a somatización, entendiendo por ello a “la sintomatología corporal en que no es posible demostrar una causa orgánica” (Escobary cols., 1989). Una gran variedad de cuadros psiquiátricos pueden explicar completa o parcialmente la presencia de tales síntomas, como ocurre con la depresión y la angustia, cuadros clínicos de gran prevalencia. La somatización ha sido descrita como “la expresión del estrés personal y social en un idioma de quejas o síntomas corporales con requerimiento de ayuda médica” (Bass y Benjamín, 1993). Cuadros que en la actualidad consumen una gran cantidad de recursos en los diferentes niveles de los sistemas de salud. A través de

una distinción clínica de mayor precisión, los médicos y profesionales de la salud se pueden encontrar en un mejor pie al momento de diagnosticar y sobre todo de intervenir sobre las personas que los consultan con este tipo de síntomas.

La palabra “histeria” procede del griego “hysteron” y significa “matriz”, lo que llevó a considerarla una enfermedad exclusiva de las mujeres. El supuesto popular indicaba al útero como causante del mal y se atribuía a Pitágoras la idea de que la matriz poseía cualidades propias de los animales, a saber, movimiento espontáneo y sensibilidad. De tal modo, que el útero insatisfecho en sus deseos genitales, atormentaba a su propietaria desplazándose por su interior: de allí que los tratamientos de la época recomendarían técnicas en concordancia con esas teorías, tales como la “fricción seductora de la vagina” o la “aplicación local de sahumerios atractivos y fragantes” a fin de persuadir a la “ridícula víscera” de retornar a su lugar natural (Bellomo, L. (2004). La histeria podía y puede ser confundida con cualquier otra enfermedad por que imita prácticamente todo. Por ello, debe ser distinguida ante todo de la simulación. Charcot, creyó muy necesario diferenciarla (alrededor de 1885) cuidadosamente de la epilepsia, pues en ambas “neurosis” aparecen ataques convulsivos generalizados, y llamó “histero-epilepsia” a la gran histeria, aquella en la que se daban los ataques convulsivos. Sin embargo, personajes históricos no estaba seguro si el histerismo era una verdadera enfermedad, o apenas la manifestación desorganizada de una débil constitución nerviosa. Sin embargo, nada impide que un mismo individuo padezca simultáneamente de histeria y epilepsia o de histeria y depresión. Por lo tanto, el objetivo de los estudios realizados años atrás siempre es identificar una condición clínica que pudiese ser diagnosticada de manera consistente. Aunque los criterios diagnósticos eran explícitos, el número y variedad

de los síntomas implicaba que una condición completa del cuadro fuese ocasionalmente vista. Por este motivo el DSM-IV-TR simplificó los criterios de modo que llegarán a ser fácilmente aplicados en un encuadre clínico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 2005, se han realizado múltiples estudios de casos en los cuales se localizaron fuentes de tratamientos enfocados a curar tanto los síntomas como la génesis de estas enfermedades. Tales investigaciones sugieren modelos experimentales; estudios retrospectivos: estudia la sintomatología de las enfermedades gastrointestinales y respiratorias, lo cual, sirven para crear hipótesis acerca de la influencia de los antecedentes psicológicos en los médicos, este tipo de investigación ha contribuido a los interesados en el tema a explotar su intelecto, la libre elección de casos y a reforzar la observación; estudios comparativos transversales: al comparar un grupo de personas sanas y otro con alguna enfermedad específica en común, podremos averiguar, o por lo menos acercarnos, a las variables que propicien la aparición de las enfermedades somáticas, en dicho experimento se calculan frecuencias y hacia donde se canalizan dichos conflictos emocionales; estudios de confirmación sobre nuevos grupos de información: solo implica la repetición del proceso anterior para confirmar datos encontrados; estudios predictivos: se requiere de información suficiente del tema a investigar, en este caso de la enfermedad, para poder formular una excelente hipótesis que posteriormente deberá comprobarse, los estudios que se realicen podrán ser a corto o largo plazo, todo esto para prever la influencia de alguna variable en el medio, población o grupo social; entrevista: el cual contiene una amplia gama formas de implementarse de acuerdo al objetivo que se desee obtener en la investigación psicológica somática.

Las enfermedades somáticas más frecuentes encontradas son la colitis, gastritis, hipertensión arterial, esto sucede al no disponer de tiempo libre para recreación familiar o personal, a la exigencia laboral del propio individuo ya que invierten tiempo de sus días de descanso y vacaciones para mejorar su desempeño académico a fin de incrementar los estímulos que les otorga la universidad, lo cual se traduce en desgaste físico y emocional. La aparición de las enfermedades somáticas puede ser secundaria a las diversas exigencias a las cuales se ven sometidos los académicos, estas enfermedades de los profesores son principalmente en el tubo digestivo situación que en un futuro puede acabar por complicarse y llegar a úlceras de estrés y provocar sangrado de tubo digestivo. Las autoras de este documento concluyen que existen innumerables trabajadores académicos de diferentes universidades públicas con enfermedades somáticas.

En la actualidad, lo anterior ha auxiliado al investigador a entender y ampliar el panorama de trabajos a que desee realizar, facilitando la recopilación de información histórica de su interés.

1.2 Justificación

La sociedad en general vive ambientes generantes de estrés, ansiedad, angustias, trastornos depresivos, entre otros (Dr. Ernesto Lammoglia, 2006). Lo que favorece la aparición de enfermedades psicosomáticas. Por lo que es necesario adentrarse a investigar el mundo de las emociones y sus conflictos. A partir de esta exploración la población podrá utilizar este material para su beneficio, ya que conocerá como funcionan y como vivir cada una de ellas a partir del “yo” mismo.

El aspecto emocional de las personas es fundamental para su desenvolvimiento en las diferentes áreas de su vida, ya que, al experimentar cada una de ellas crea una coraza que identifica al individuo de las demás personas, estableciendo así su personalidad, por lo que es importante conocer cada una de las emociones y como intervienen en el comportamiento humano. Esta investigación ayudará a estar al tanto de las diferentes manifestaciones de las emociones en el cuerpo, sobre todo porque algunas, se experimentaron hace mucho tiempo atrás, como en la infancia por ejemplo, pueden aún estar creando problemas levemente. No obstante, algunas de manera muy dañinas. Probablemente esto desencadena una serie de síntomas físicos como las enfermedades somáticas.

Aparentemente la mayoría de la gente conoce sus emociones, sin embargo, al momento de identificarlas les resulta complicado definir lo que sienten en ese momento, esto puede ocasionar que dichas emociones no identificadas se queden atrapadas en el cuerpo humano provocando bloqueos que posteriormente se manifestaran a través de enfermedades físicas. Cabe mencionar que este material teórico hará una importante aportación a la psicología y a la población en general, ya

que la presente investigación tendrá mucho material psicológico que analizar el cual quedará asentado en estas páginas para el uso de futuros lectores.

1.3 Descripción del problema

A pesar de la zona rural en la cual se está realizando la presente investigación, comparado con otras ciudades del estado de Hidalgo, el municipio de Jaltocán es un lugar con menos niveles de estrés. Sin embargo, se viven situaciones familiares, económicas, laborales, escolares, sociales, sexuales y otras áreas que producen ansiedades. Tales son canalizadas a diversas partes del cuerpo ya que si existe un conflicto psíquico no resuelto, traerá como consecuencia una fobia o un malestar orgánico. A este fenómeno se le denomina enfermedades psicósomáticas. Término utilizado para referirse a los malestares y angustias emocionales que se manifiestan en síntomas corporales.

Los hábitos y la percepción de la vida están relacionada con nuestra salud emocional y física; si se analiza un poco, es muy posible que descubramos estados emocionales que pueden estar contribuyendo a la enfermedad física, bien produciendo síntomas directamente (dolores de cabeza, problemas digestivos, etc.) o bien debilitando nuestras defensas de modo que seamos más fácilmente atacados por agentes infecciosos (como virus de la gripe o de otro tipo) y que nos cueste demasiado trabajo librarnos de ellos.

La forma de apreciar el mundo también influye en los síntomas crónicos. Las personas con sentimientos y pensamientos crónicos de desesperanza, desamparo, tristeza y depresión que, además, tienen poca capacidad de tolerancia a la frustración o resolver los problemas de sus vidas (la llamada capacidad de afrontamiento), tienen más probabilidades de tener enfermedades crónicas.

En sistema de desarrollo integral para la familia (DIF) acuden personas con la intención de que se les brinde atención psicológica que ayude a disminuir o quitar

síntomas físicos como problemas para respirar, dolores a la altura del pecho, sensación de asfixia, dolores musculares en espalda y brazos, crisis nerviosas, ceguera, diabetes, problemas gástricos, entre otros. Algunas de estas personas al presentarse por primera vez, se muestran con un estado anímico depresivo, desalineados, carentes de atención y afecto y sobre todo, en su mayoría viven actualmente violencia familiar, que a su vez, vivieron en un ambiente violento durante su infancia.

Desafortunadamente no existe registro de entrevistas o estudios de caso a este tipo de padecimientos para realizar un comparativo y detectar a partir de que fecha ocurren este tipo de casos. Esto nos limita la posibilidad de ampliar la investigación en casos pasados. Por lo que hoy en día se realiza un registro de estos casos creándoles un expediente en donde se plasma las entrevistas realizadas a cada uno de los pacientes.

Para clarificar la problemática que se está investigando es importante mencionar algunos de los factores que ayudan a la aparición de enfermedades psicosomáticas como: Cuando estás en una situación estresante en forma continua y no terminas de resolverla adecuadamente por lo que estás en estado de tensión permanente; cuando no expresas adecuadamente alguna de estas emociones vitales: Tristeza, Rabia, Afecto, Miedo, Alegría; cuando no cultivas hábitos saludables: Alimentación sana, actividad física; cuando no compartes ni te relacionas profundamente con las personas; Cuando no sabes cómo relajarte ni descargar adecuadamente tus tensiones diarias; cuando crees que poco puedes hacer para resolver tus problemas y algunos otros más.

Los cuadros sintomatológicos adquieren su fuente en los bloqueos emocionales los cuales se viven como conflictos psicológicos que tienen sus repercusiones en las diferentes áreas de la vida de una persona, que en esta ocasión nos enfocamos a las que están en un margen de 30 a 40 años de edad.

1.4 Objetivo general

- Investigar de qué manera influyen los conflictos emocionales vividos en la infancia en la aparición de las enfermedades psicosomáticas de las personas de entre 30 y 40 años de edad de los pacientes que acuden a tratamiento psicológico en el DIF municipal de Jaltocán, Hgo.

1.5 Objetivos particulares

- Investigar material bibliográfico referente al significado de enfermedades psicosomáticas para ampliar el conocimiento de la misma.
- Conocer las emociones involucradas en los traumas emocionales de la infancia para ampliar el conocimiento de la problemática y sustentar la investigación.
- Aplicar instrumentos de evaluación para detectar la procedencia de las enfermedades psicosomáticas.
- Elaborar una propuesta de intervención para los pacientes detectados con enfermedades psicosomáticas.

1.6 Planteamiento del problema

Las enfermedades psicosomáticas son malestares emocionales y ansiosos que se manifiestan en síntomas corporales que afectan a personas de la población en Jaltocán, Hgo. al no saber manejar situaciones generantes de estrés o permaneciendo en largos estados ansiosos, logrando así, un bloqueo de los conflictos emocionales, lo cual afecta en la salud psicológica y física de las personas, desencadenando enfermedades orgánicas; crónicas, degenerativas, gastrointestinales, respiratorias, cardiovasculares, musculares, nerviosas, sensitivas, mentales, etc.; mentales que a pesar de tratamientos médicos es imposible eliminar la enfermedad. Es por ello que el investigador se ha planteado la siguiente interrogante de investigación.

1.7 Interrogante de la investigación

¿De qué manera intervienen los conflictos emocionales vividos en la infancia en el hecho de manifestación de las enfermedades psicosomáticas en los adultos de entre 20 y 40 años de edad?

Capítulo II:
Marco teórico

2.1 Las emociones

Para la persona lo más importante es ella misma, de ahí surge la impaciencia de saber que pasa y porque surgen determinadas reacciones en sí misma. A partir de la inquietud de encontrar una respuesta de ¿por qué el cuerpo reacciona a través de las enfermedades?, surge la idea de indagar en el mundo de las emociones.

El ser humano mediante el cuerpo, que está compuesto por la parte biológica (órganos y tejidos) fabrica y acumula experiencias emocionales, a la vez que genera conductas y transmite mensajes verbales y no verbales a los demás seres humanos, los cuales son reflejos de su personalidad.

Las emociones son reacciones naturales que nos permiten ponernos en alerta ante determinadas situaciones que implican peligro, amenaza, frustración, etc. Los componentes centrales de las emociones son las reacciones fisiológicas: aceleración del ritmo cardíaco y respiración, tensión muscular, etc.; y los pensamientos.

De acuerdo con Karmelo Bizkarra (2005). “La palabra emoción proviene del latín **“emovere”** que significa sacudir, **“mover al exterior”**. Una emoción es algo que nos pone en movimiento, que nos impulsa desde nuestro interior, que nos mueve al exterior y nos impulsa a actuar” (p. 17). Retomando este autor, nos señala la idea que el ser humano se mueve gracias a este fenómeno llamado emociones y que de éste parte para realizar sus actividades y la manera en que las hace.

Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad. Se puede acordar que la reacción emocional es algo universal a todo proceso psicológico.

En el mundo de las emociones existen infinitos modelos teóricos, pero quizás también un conocimiento menos preciso. Posiblemente sea debido a que se trata, por las propias características del objeto de estudio, de un campo difícil de investigar, en el que los estudios sistemáticos son recientes y quizá hasta hace unas décadas mucho más escasos que en cualquier otro proceso psicológico.

2.1.1 Dinámica de las emociones

En las emociones humanas entran en juego los siguientes aspectos: una situación concreta; una serie de reacciones fisiológicas específicas o sensaciones (aceleración del pulso y de la respiración, tensión muscular, etc.); determinados; Un tipo de respuestas concretas apropiadas para esa situación. Para entender mejor la dinámica se ilustra en el esquema que a continuación se presenta en este apartado.



De acuerdo con Susana Bloch citado en Karmelo Bizkarra (2005) una emoción:

Implica tres niveles: uno el cambio fisiológico del organismo (cambia la respiración, el pulso, hay lagrimeo...), dos la expresión de la emoción (se expresa a través del tono muscular, la postura corporal y la expresión facial) y tres el nivel de sensación personal (lo que siento íntimamente y que puedo transmitir por el lenguaje). En la emoción cambia la postura, la respiración y la expresión de la cara (ojos incluidos especialmente) (p.17 y 18).

La idea es reforzada con la percepción de estos autores sobre el dinamismo de la emociones.

En el vivir diario de cada persona la necesidad de enfrentar y resolver problemas es necesario, mismos que le generan emociones que se exteriorizan tanto en la mente como en el cuerpo, a través de posturas corporales, gestos y expresiones, etc. Los problemas a los cuales se enfrenta pueden ser resueltos de manera adecuada o inadecuada, dependiendo de esto será el impacto que tenga en el la persona.

2.1.2 Tipos de emociones

Innumerables personas han tratado de entender las emociones y a la vez clasificarlas, por lo cual existen diferentes ideas. Cada autor pretende explicar, desde su percepción, las principales emociones de los seres humanos y como se manifiestan a través de la conducta.

Las emociones básicas forman parte de nuestro equipamiento fundamental emocional. Están arraigadas biológicamente en nuestra naturaleza y forman parte de nosotros, tanto si queremos como si no. En cambio, el modo en que manejamos este tipo de formas de comportamiento innatas está en nuestras manos: poseemos la libertad de medir las diferentes posibilidades de actuación y de decidir de acuerdo con nuestros propios motivos y criterios.

Para algunos autores existen cuatro emociones básica: el miedo, la tristeza, la coraje y alegría, las cuales se conjugan entre si y dan lugar a nuevas emociones a las cuales denominan emociones secundarias, como por ejemplo: la culpa, remordimiento, sorpresa, amistad, satisfacción, etc. Para el autor Karmelo Bizkarra (2005) “considero que de todas las emociones las básicas son el **miedo**, la **tristeza**,

la **rabia** y la **alegría**, aunque todas ellas están muy interrelacionadas entre sí” (p. 32). Lo que el autor propone es que para cada acontecimiento surge una emoción a partir de la combinación de las cuatro principales. Plutchik Robert citado en Charles G. Morris y Albert A. Maisto (2005) clasifica las emociones en ocho principales, “temor, sorpresa, tristeza, repugnancia, enojo, expectativa, alegría y aceptación” (p. 311). Que al igual que los demás autores las dividen en las emociones básicas y secundarias.

Todas estas emociones surgen a partir de que el ser humano se relaciona con su medio ambiente, a través de ellas comunica al exterior como percibe y afecta al a su organismo, tanto físicamente como psicológicamente. Por lo cual se deduce que el medio en el que se desenvuelve el hombre cumple un papel importante en las reacciones del mismo y de acuerdo con algunos autores estas generaran traumas o no, de acuerdo si se viven adecuada o inadecuadamente.

2.1.3 Emociones adecuadas

Estas provienen de una evaluación realista de nuestras circunstancias personales, de los acontecimientos que nos suceden. Como la alegría o la tristeza. Pero independientemente de su percepción, tienen el valor de facilitarnos el camino hacia nuestros objetivos.

2.1.4 Emociones inadecuadas

Estas provienen, en cambio, de una evaluación distorsionada de la realidad. En el caso de estas, nos encontramos con que, en lugar de reconducirnos hacia los objetivos deseables, lo único que hacen es paralizar la acción, llevándonos a un estado de ánimo inútilmente doloroso, cuya única función parece ser la de servir de castigo a quien lo experimenta.

La clave de la distinción entre lo “**adecuado**” e “**inadecuado**”, en lo que al mundo emocional se refiere, puede residir en aprender a distinguir entre preferencias y necesidades imperiosas: Todos tenemos nuestras preferencias personales, de modo que, cuando las vemos realizadas, nos sentimos satisfechos y a gusto; cuando no se cumplen nuestras preferencias, lógicamente podemos sentirnos tristes, frustrados, contrariados o/y desesperados.

La ansiedad y la ira son reacciones naturales y positivas que tenemos para ponernos en alerta ante determinadas situaciones, que son consideradas como peligrosas. Pero también pueden ser emociones negativas que no funcionan como debieran, activándose ante estímulos inofensivos y provocando malestar y conductas inadecuadas.

Partiendo de la conjetura de que las emociones no se expresan, sino que, se viven a través del cuerpo, las enfermedades psicósomáticas aparecen posterior a la vivencia de un conflicto emocional.

2.1.5 Conflictos emocionales

El **conflicto emocional** implica dificultades interpersonales que surgen sobre los sentimientos de ira, desconfianza, disgusto, miedo, resentimiento, etc. Comúnmente, a este conflicto se le conoce como "choque de personalidades". Pueden desgastar la energía de las personas y distraerlas de las prioridades de la vida.

Es necesario adquirir ciertas habilidades para manejar las emociones ya que una intensidad excesiva puede hacer que las personas las vivan como estados desagradables o les lleven a realizar conductas indeseables.

En las personas se producen este fenómeno como reacciones complejas que a lo largo de la infancia fueron adquiridos y moderados por formas de

comportamientos adecuados, esas reacciones van acompañadas por pensamientos específicos, que nos permiten diferenciar un rango mayor de emociones las cuales exteriorizamos de acuerdo a nuestra personalidad para que el mundo las conozca.

Las emociones pueden ayudar a la personas a tener procesos adaptativos. En caso contrario cuando las emociones no contribuyen a la adaptación, la persona experimenta un proceso patológico. Por ejemplo, cuando una persona experimenta un abandono, este se deprime y devalúa, lo que lo lleva a pensar que no es importante. Verónica Orozco Romo, (2006) menciona que las emociones “es como un sensible detonador que se dispara automáticamente al sentir un ataque, reacciona especialmente a estímulos que le desencadenen sentimientos de inseguridad y temor” (p. 126).

En algunas situaciones de vida del ser humano es posible que no se permita expresar sus emociones de forma verbal, sin embargo, de manera inconsciente se expresan a través del cuerpo. La voz del cuerpo es capaz de manifestar todos los conflictos emocionales que en tanto no sean resueltos traerá secuelas. A partir de esto surgen diferentes fenómenos; las malformaciones del cuerpo, las enfermedades físicas y las enfermedades psicológicas (como las enfermedades psicosomáticas). Karmelo Bizkarra (2005) menciona que “Por ejemplo una persona que dice ser pacifista puede contraer, consciente o inconscientemente, la mandíbula, las manos, los dedos de los pies... para no contactar con su núcleo interno de rabia” (p.21) es impresionante como el autor percibe la consecuencia de un conflicto emocional interno.

A través de los días y años de la vida, continuamente se experimentan emociones de algún tipo u otro. La vida puede ser difícil y las emociones a veces pueden ser

abrumadoras. Un sujeto es capaz experimentar excesivas emociones negativas por momentos. La mayoría preferiría olvidar algunos de estos desafíos, pero desafortunadamente, la influencia de estos acontecimientos puede quedarse en la forma de bloqueos emocionales. A veces, por motivos que aún no se comprenden con claridad, las emociones no se procesan completamente. En estos casos, en vez de simplemente experimentarse la emoción y luego avanzar, la energía de la emoción queda de alguna manera “atrapada” dentro del cuerpo físico. Entonces, en vez de atravesar el momento de enojo, o un período temporal de pena o depresión, esta energía emocional negativa puede permanecer dentro del cuerpo causando un significativo estrés físico y emocional. La mayoría de las personas se asombran al descubrir que el “bagaje emocional” es más literal de lo que habían imaginado. Tienen una figura y una forma. A pesar de no ser visibles, son muy reales.

Muchas personas fracasan al desempeñarse conforme a su habilidad y presentan dificultad para hacer que su vida funcione como debería. A menudo, la causa subyacente de su frustración es un conflicto emocional de un acontecimiento del pasado que puede ser que no se den cuenta que está sabotando sus esfuerzos.

Los conflictos emocionales pueden generar la formación de suposiciones incorrectas, tener reacciones de manera exagerada frente a comentarios inocentes, malinterpretación de una conducta y problemas en las relaciones interpersonales. Aún peor, las emociones pueden crear depresión, ansiedad y otros sentimientos indeseables complicados de resolver. Pueden interferir en el funcionamiento correcto de los órganos y tejidos del cuerpo, causando estragos en la salud física, causando dolor, fatiga y enfermedad. Karmelo Bizkarra (2005) aporta la idea de que “el equilibrio entre los sentimientos, emociones y pensamientos es algo que nos acerca

a la salud. Por el contrario el desequilibrio nos lleva a la crisis psíquica y física, que se puede traducir en alguna enfermedad psicosomática” (p.25) por lo tanto, reforzamos el conocimiento de la voz del cuerpo.

Los conflictos emocionales en los adultos se deben a diferentes factores, en su mayoría surgen a partir de las primeras experiencias en la infancia. Éstas quedaron grabadas como un patrón de aprendizaje que limitarán o liberarán las emociones en las personas a partir de la personalidad desarrollada.

El autor Roberto Navarro Arias (2007) menciona que:

El cariño o su ausencia, junto con el grado de y el tipo de estrés que alguien estuvo sometido en sus primeros años de vida, moldean la autoestima y los sentimientos que los hombres y las mujeres tienen hacia sí mismos y hacia el universo que les rodea (p.75)

Todo esto da origen al desarrollo de algo que rige la conducta humana como lo es la personalidad.

Por ello, el profundizar en los rasgos y en la construcción social de las emociones en los niños y en la importancia para su formación integral es fundamental para todos cuantos se ocupan de la educación infantil.

2.1.6 La Infancia y los procesos emocionales

Los bebés nacen con un limitado registro de emociones, que van haciéndose más complejas a medida que crece y madura. Los recién nacidos son capaces de mostrar tres expresiones emocionales: sorpresa, placer y malestar. Sin embargo, alrededor de los dos meses, muestran la primera conducta verdaderamente social a las caras de las personas que los cuidan: sonrían. A los cuatro meses, han añadido una cuarta emoción a su repertorio: el miedo. Papalia, Olds y Feldman (2005). Mencionan que “el desarrollo emocional temprano depende de la experiencia” por lo tanto, mucho influye el ambiente en el cual se desarrolla.

El ser humano, al nacer adopta varias características en su desarrollo, entre ellas tenemos: la procreación, como componente fisiológico; la crianza, como componente más orgánico y físico; la educación, como componente informativo y formativo. Estas dos últimas etapas permiten que el niño desarrolle sus posibilidades innatas; el ambiente juega un papel más importante que la herencia. Numerosas evidencias ponen de manifiesto que las influencias que se ejercen desde los contextos primarios (familia, escuela infantil, etc.) son más eficaces en la configuración de la personalidad del individuo que las dependientes de la herencia. Para Nicholas S. Dicaprio (1989) “virtualmente cada aspecto del desarrollo y funcionamiento de la personalidad es producto conjunto de dotes individuales e influencias culturales” (p.172) lo que contribuye a creer que el sistema cultural, la estructura social y el desarrollo afectivo en la crianza y educación resultan ser la fuente primaria del carácter del individuo, de la estructuración de la personalidad y de su configuración psicológica.

El contexto emocional donde los niños se desarrollan proporciona el primer referente. Un buen ambiente socio-afectivo proporciona el repertorio emocional que permite canalizar las emociones de forma que mejore su calidad de vida futura.

El aprendizaje integral no sólo comprende los estilos cognitivos, sino que hace referencia también a la emoción, los sentimientos y la acción. La respuesta de la investigación actual debe tener como objetivos, además de la transmisión de conocimientos, el desarrollo de las competencias emocionales y sociales y el estímulo de la autonomía de la propia responsabilidad y control.

La personalidad es el rasgo de comportamiento característico de cada ser humano que lo diferencia de los demás, reacciona para satisfacer sus intereses y

necesidades de acuerdo al aprendizaje que ha adquirido a lo largo de su vida. Para Nicholas S. Dicaprio (1989). Es “es nuestra naturaleza psicológica individual. Para simplificar, podemos pensar en la personalidad como una identidad personal del individuo” (p.6). Considerando este pensamiento reforzamos la creencia que a través de la experiencia en los primeros años de vida del ser humano se estructura este aspecto tan importante.

2.2 Formación de la Autoestima en la infancia

La autoestima se define como lo que cada persona siente por sí misma, su juicio general acerca de sí. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación (alta o baja autoestima) e indica en qué medida el individuo se siente capaz, digno y exitoso. Es un juicio personal que se expresa en actividades del individuo hacia sí mismo. Luis Rojas Marcos (2007). Define a la autoestima como “el sentimiento, placentero de afecto o desagradable de repulsa, que acompaña a la valoración global que hacemos nosotros mismos. Esta autovaloración intelectual y afectiva se basa en nuestra vida que seleccionamos porque las consideramos relevantes” (p. 22). Con esta declaración nos damos cuenta que es un sentimiento que se expresa siempre con hechos.

La motivación, el rendimiento escolar y deportivo, la calidad de las relaciones con los compañeros, la tolerancia a la frustración y el abuso de drogas y alcohol están necesariamente influidos por la manera como piensan los niños sobre sí mismos.

Los hijos de padres y madres que muestran seguridad tienen más probabilidades de sentirse felices. Estos padres y madres saben que equivocarse forma parte de la propia educación y así se lo transmiten a sus hijos e hijas. Padres y

madres también cometen fallos y su actitud enseña a los niños y niñas a aceptar a los demás con sus virtudes y limitaciones. Virginia Satir (2002). Refuerza esta idea mencionando que “la integridad, sinceridad, responsabilidad, compasión, el amor y la competencia, todo surge con facilidad en aquellos que tienen una elevada autoestima” (p. 36). Un estilo de vida que marca la vida adulta.

2.2.1 Los primeros peldaños de la autoestima

El niño nace sin sentido del yo, aquel núcleo limitado, coherente y lúcido de la personalidad, que sirve de barrera entre el ello, fuente de las pulsiones, y el mundo exterior. Nicholas S. Dicaprio (1989) menciona que “los padres y otras autoridades tienen la seria responsabilidad a que aprenda las lecciones de la vida, sin recibir ni mucha indulgencia ni demasiada frustración durante el proceso de adiestramiento” (p. 49).

El desarrollo del amor propio se produce por la interacción entre el temperamento innato del niño y las fuerzas ambientales que reaccionan a este, comenzando por la autovaloración, que se aprende en la familia. Posteriormente intervienen otras influencias, pero estas tienden a reforzar los sentimientos de valor o falta del mismo que se hayan adquirido en el hogar. Erik Erikson (1968). Menciona que “las madres infunden un sentido de confianza en sus hijos mediante la clase de sus cuidados la cual en su calidad combinan la atención sensible de las necesidades individuales del bebe y un firme sentido de honradez personal” (p. 103). Todo valor hacia el “yo” mismo parte de la confianza y esto se adquiere en los primeros cuidados y por lo tanto, los hábitos de autoprotección a la salud propia también. En la mayoría de las enfermedades, la falta de autocuidado y autoprotección tienen un

papel importante, ya que la persona toma decisiones encaminadas a la autodestrucción inconsciente.

La autoestima tiene una estrecha relación con la conciencia del “yo”, las neuronas encargadas de este proceso de lucidez son estimuladas y puestas a trabajar cada vez que esto sucede, sin embargo, si la persona a menudo es falto de conciencia las neuronas se deterioran y existe enfermedades como resultado de esta falta de actividad neuronal. Luis Rojas Marcos (2007). Aporta el dato de que “A medida que se alarga la vida aumentan los trastornos de la conciencia asociados con el envejecimiento de las neuronas” (p. 55). El autor cree que cuanto más utilice el estado de conciencia a lo largo de la vida mayor será la repuesta neuronal en la adultez y la vejez.

Los padres de niños con baja autoestima no cuentan con un grado de conciencia sano, por lo tanto no lo establecen con sus hijos, pero sus métodos enseñanza tienden a ser rudos, autocráticos y en ocasiones hostiles, fríos y traumatizantes. Es frecuente que estos padres no esperen mucho de sus hijos y sus expectativas de índole negativa a menudo se convierten en realidad, contribuyendo a la aparición de conflictos personales emocionales que a su vez terminaran acumulados en el inconsciente para presentarse en la vida adulta.

Queda claro entonces que en el proceso de la formación de una buena autoestima, el buen trato es un elemento fundamental, que abarca no solo la exclusión de actitudes agresivas con el niño, sino también la violencia sutil que aunque menos dramática en sus manifestaciones y más insidiosa en sus efectos lacera y puede llegar a limitar en el niño las potencialidades de su propio desarrollo. El buen trato debe implicar también la evitación de actitudes sobreprotectoras hacia

el niño, que generan en él sentimientos de minusvalía y dependencia que van a dificultar la formación de una buena autoestima.

Existen varios efectos en la persona con autoestima baja, gracias a la experiencia de la violencia familiar surgen tendencias de autodestrucción, Luis Rojas Marcos (2007). Aclara “que está ampliamente demostrado que estos niños, a partir de los veintidós años, tienen cuatro veces más probabilidad de sufrir depresión y de intentar suicidarse que el resto de la población en general” (p. 211). Se confirma que la baja autoestima genera secuelas nocivas y que contribuyen a los malestares psicológicos.

Otros autores contribuyen aportando información referente las consecuencias de la formación de la mala autoestima. Erik Erikson (1977). Menciona que:

De todos los trastornos psicológicos que hemos aprendido a conectar ontogénicamente con las etapas de la vida, las más profundas y devastadoras son aquellas en las que la luz del reconocimiento y la esperanza mutuas son perdidos tempranamente en un retraimiento autista y psicótico. (p. 89).

Refiere que las personas a cierta edad deben cumplir y cimentar ciertas características para poder pasar a otra etapa de transición y todo esto se da gracias a las personas que están a cargo de la crianza de los niños, que son quienes ayudaran a cumplir o sabotear cada etapa del desarrollo propuesto por Erik Erikson en su teoría de la personalidad, las cuales se explican más adelante.

2.3 Resultados de la dinámica familiar en aspectos emocionales

El ser humano a lo largo de su historia se ha sometido a diferentes eventos evolutivos, algunos de estos lo han llevado a establecerse como un ser social y definirse como familia a través de procesos ambientales, culturales, ideológicos, socioeconómicos y políticos.

Estrada (2005) define a la familia de la siguiente manera:

La familia es el núcleo original y primario en que se desenvuelve el hombre, metafóricamente, es una célula social cuya membrana protege el interior de sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes; siendo esta al mismo tiempo, la unidad más pequeña de la sociedad que a través de ella se trasmite la cultura de una generación a otra (p. 11).

Refiere que la familia ejerce un papel importante en la protección y educación de sus miembros para lograr relaciones interpersonales adecuadas o inadecuadas. Es el grupo natural que da satisfacción a estas necesidades de manera simultánea, posibilitando así el desarrollo psicológico y social de sus miembros.

La familia es un sistema, es decir, un grupo en el cual los miembros están interrelacionados; un sistema vivo y dinámico en constante transformación: vida y cambio van unidos e inseparables. La característica principal de cualquier sistema vivo es la tendencia al crecimiento: nacer, crecer, reproducirse y morir. Por lo tanto la familia, como sistema vivo, está constantemente sometida a cambios; por lo que también es necesario buscar formas de organización que se adapten al cambio.

Por otra parte Minuchin, citado en Andolfi, (1984) también la define como "un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción" (p. 29).

Bajo esta aportación entendemos que la presencia de cada miembro, la estructura funcionará mediante sus interacciones y para que su función sea el adecuado tendrá que estar dirigido por reglas; acuerdos verbalizados y no verbalizados que se establecen entre los miembros de la familia, necesarias para que las acciones se ejecuten de forma adecuada o inadecuadamente.

En su trabajo con familias, Virginia Satir (2002) terapeuta familiar refiere que existen cuatro aspectos importantes al momento de trabajar con ellas, descritas a continuación:

- Los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo, a lo que le llama autoestima.
- Los métodos que utilizan las personas para expresar sus ideas a los demás; a esto lo llama comunicación.
- Las reglas que usan los individuos para normar como deben sentir y actuar, denominándolo sistema familiar.
- La manera como la gente se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia, dominándolo enlace con la sociedad. (p.17, 18).

Estos aspectos de la familia nos proporcionaran un panorama del estado en el que se encuentran los integrantes de la familia, teniendo en cuenta que cada periodo tiene sus características propias y plantea diferentes necesidades y exigencias. En el momento en que todo esto no se satisface satisfactoriamente comienza un desequilibrio familiar que llevara a desencadenar diferentes conflictos psicológicos y emocionales en los integrantes de la familia, en cada integrante, el impacto y la asimilación será diferente de acuerdo a la personalidad y la habilidad de afrontamiento de problemas.

2.4 Secuelas de la violencia familiar en las emociones

La violencia familiar es una enfermedad psicológica que consume a cada una de las familias que la padece, lo preocupante de esta enfermedad es que es silenciosa ante los ojos de la sociedad porque no es algo que pueda comunicarse fácil y abiertamente y por la arraigada creencia de que es un problema familiar. La mayoría de las familias la padece, en menor o mayor grado, física, emocional, económica, sexual, psicológica. Según la Dra. Lourdes García Fonseca Y la Dra. Beatriz Cerda de la O. (2005) “cualquier tipo de violencia sufrida en la infancia o posteriormente, tiene efectos inmediatos y a largo plazo y pueden persistir por mucho tiempo, aún

después de que la violencia ha cesado” (p. 5). Lo cual refuerza la idea de que la violencia familiar suele generar secuelas psicológicas ante las personas inmersas, provocando que se genere más violencia a corto y largo plazo, secuelas que dependerán de varios factores (se retomará y se explicará en la investigación).

2.4.1 Definición de violencia familiar

Las formas de maltrato más devastadoras que vive el ser humano es la que experimenta en la familia. En ella se dan los mensajes sanos o patológicos, verbales y no verbales que ayudaran a integrante de la familia a integrar su información para poder comportarse.

Según la Norma Oficial Mexicana, NOM-046-SSA2-2005. Su definición es:

La violencia familiar es el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra (pág. 1).

Que a mi criterio es la más acertada en la variedad de definiciones existentes.

Esto nos da pauta a discutir los factores que influyen y las consecuencias de esta enfermedad psicológica familiar ya que en las familias donde se da violencia doméstica, los niños presencian los incidentes de abuso. Lo cual es uno de los factores que ayuda a presentar síntomas de enfermedades complicadas de aliviar y de curar en algunos años adelante.

2.4.2 Causas de la violencia familiar

Una vez que somos concebidos comienza la interacción con el mundo a través de la madre y también inicia la captura de información a nivel emocional en el inconsciente del feto, generalmente y de acuerdo al tema que estamos desarrollando, esta información es de carácter violento y agresivo. Esto se debe a la dinámica violenta

de la relación que existe entre la madre con los miembros de su familia, pareja, esposo, padres, hijos u otros, que posterior a un evento violento la madre experimenta emociones los cuales transmitirá al ser vivo que esta creciendo en el vientre que a su vez registrará como marial emocional inconsciente. Esto, como otros factores contribuyen a desarrollar el temperamento y carácter de una persona, en el cual existe la marcada probabilidad de tener una personalidad violenta. El autor Bouchard, citado en Papalia, Olds y Feldman (2005) menciona que “el temperamento parece ser, en gran medida, innato y a menudo es consistente a lo largo de los años, aunque puede responder a experiencias especiales o a la educación dada por los padre” (p. 91). Lo cual contribuye con la idea de que el ambiente en el cual crece el feto influirá en su personalidad.

Sabemos que nuestra sociedad genera violencia y vive violencia en todo momento y cada día como un método para dar solución a sus problemas de manera precipitada, contribuyendo al aprendizaje de la sociedad como la única forma de resolver los conflictos, de aquí la idea de que el ser humano es y será violento por naturaleza. La intensidad y la forma en que se genere la violencia dependerán en gran medida de los usos y costumbres de cada grupo social. La violencia se transmite de generación en generación, es un patrón de conducta que se repite.

El género también es un factor que contribuye a la violencia familiar de acuerdo con NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-046-SSA2-2005

Nuestra cultura aun es patriarcal y promueve ideas, creencias, valores, expectativas y prácticas de asimetría o desigualdad entre varones y mujeres (incluyendo los miembros de la familia), siendo generalmente el varón adulto quien ejerce poder, autoridad y dominio hacia las niñas, los niños y las mujeres (pág. 2).

Por lo que este factor se suma a la lista.

Generalmente el varón es quien tiene la batuta en la familia por ser el sexo más fuerte físicamente, lo cual le da la herramienta para someter a los demás integrantes de la familia a quienes percibe como débiles (mujeres, niños y niñas, personas de la tercera edad, adolescentes).

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2011).

Menciona que la esposa o pareja del varón es quien recibe mayor índice de violencia

Entre las mujeres de 15 y más años que han tenido al menos una pareja, sea por matrimonio, convivencia o noviazgo, 44 de cada 100 han sido agredidas por el actual o último esposo, pareja o novio en algún momento de su vida marital o durante su relación de pareja o noviazgo (p.2).

Desafortunadamente a pesar de que no agrada este acto violento dentro de las familias se sigue dando ya que las víctimas permiten que esto suceda, algunos de los factores son: existe tolerancia a este tipo de comportamientos por el gran temor hacia las consecuencias que esto podría causar en caso de separación, problemas en el sustento económico, futuro incierto, soledad, etc.; la dependencia hacia el agresor desde la parte económica, afectiva y relacional; temor a las represalias por parte del agresor; el estado psicológico en el cual se encuentra la víctima que le imposibilita encontrar otro estilo de vida (Ejem. baja autoestima).

Otras causas que podrían influir en la aparición de la violencia familiar son: el alcoholismo, celos, cambio de trabajo, problemas económicos, infidelidad y toxicomanía.

2.4.3 Tipos de violencia familiar

El objetivo de ejercer violencia hacia los demás integrantes de la familia siempre será el mismo, generar control en la víctima o víctimas. Mediante el uso de la fuerza física o manipulación psicológica el agresor busca obtener lo que necesita sin importar que

sea bueno o dañino para su persona y para las víctimas. Por lo cual a partir de esta dinámica se definen los siguientes.

Violencia física: Ocurre en forma recurrente y aumenta en frecuencia e intensidad conforme transcurre el tiempo, pudiendo llegar a provocar la muerte, incluye manifestaciones como empujones, puñetazos, bofetadas, sujeción, heridas con armas, quemaduras, mordidas, rasguños, intento de estrangulamiento, etc. Generalmente el padre de familia, integrante de familia que tenga el papel de la autoridad o el más fuerte físicamente quien genera este tipo de violencia.

Violencia psicológica o emocional: de acuerdo con la Dra. Josette Bogantes Rojas (2008). La describe como la “Acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras persona” (p. 56). Lo que la hace la menos reconocida por que la mayoría de las veces se da de manera inconsciente, pero es la más frecuente. Incluye gritos, humillaciones, devaluaciones, amenazas, celos, insultos, amenazas de daño, intimidaciones, críticas constantes, posesividad exagerada, abandono, manipulación, asignación de culpas por todo lo que sucede, aislamiento de familiares y amigos, etc. En menor o mayor grado todas las familias viven este tipo de violencia.

Violencia sexual: Todo acto sexual que según la Dra. Josette Bogantes Rojas (2008). Se da “mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal” (p. 56). A fin de consumarse. Los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona. Incluye

acciones como insinuaciones sexuales, palabras obscenas, miradas intimidantes, tocamientos o intento, manoseo, la exposición de órganos sexuales (exhibicionismo) y de imágenes o relaciones sexuales, pornografía infantil (procurar, obligar, inducir a realizar actos sexuales o de exhibicionismo corporal con el fin de filmar, fotografiar), la violación sexual (introducción del pene en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, incluye la introducción de cualquier otra parte del cuerpo u objeto por vía vaginal o anal, por medio de la violencia física o moral), etc. La violencia sexual es la más difícil de referir y desafortunadamente un alto porcentaje de esta violencia ejercida hacia mujeres, niñas y niños es llevada a cabo por varones que son familiares, amistades, personas conocidas o que ejercen el rol de cuidadores o tutores, lo cual dificulta más su detección y el poder brindar un manejo adecuado.

Negligencia: Es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud. La negligencia consiste en no brindar las necesidades básicas físicas (alimentación, higiene personal y del hogar, atención médica, educación, etc.) y psicológicas (afecto, estimulación, apoyo, protección, custodia, etc.). La figura de autoridad o la persona que esté a cargo de la familia es quien habitualmente genera este tipo de violencia.

Violencia económica: Alude al control del dinero, a no informar el monto de los ingresos familiares y a impedir el acceso a ellos, así como a la negación al ingreso familiar, con lo cual se impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo. Esta última la Dra. Josette Bogantes Rojas (2008). La contempla en el tipo de violencia patrimonial en la cual menciona que es toda: “Acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de

objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades” (p. 56).

2.4.4 Ciclo de la violencia familiar

Para que la violencia se desarrolle deben ocurrir una serie de pasos que de acuerdo con la Dra. Josette Bogantes Rojas (2008). Las mujeres víctimas de violencia doméstica están sometidas a un ciclo compuesto por una serie de comportamientos repetitivos en el tiempo y cada vez más frecuentes y graves. (p. 57). En donde el agresor identifica de manera consciente e inconsciente el momento ideal para ejecutar la violencia y obtener sus beneficios.

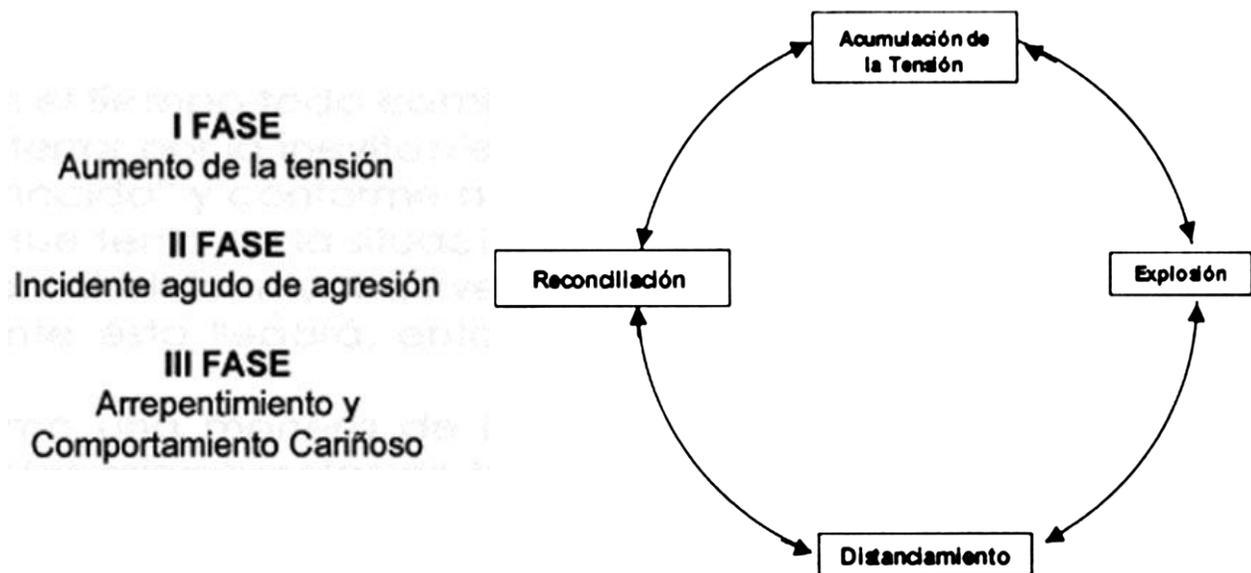
Se inicia con un periodo de construcción de la **tensión** en la pareja o con algún otro integrante de la familia (víctima), según la Dra. Josette Bogantes Rojas (2008). Esta etapa: “Tiempo de duración días, semanas, meses o años” (p. 57). En la que la víctima tiene un mínimo control de la frecuencia y severidad de los episodios violentos. La víctima puede evitar o retrasar el maltrato si acepta las exigencias del agresor, o acelerando si rechaza o se enfrenta a sus demandas. La tensión surge de los conflictos cotidianos, como los problemas económicos, la educación de los hijos, el estrés laboral, etc. Lo que pone en marcha los episodios de maltrato es la negativa de la víctima a hacer algo exigido por el agresor, cuando y como él lo demanda.

La segunda fase se inicia cuando **aparece la violencia**. Para la Dra. Josette Bogantes Rojas (2008). El “Tiempo de duración de 2 a 24 horas. Es la descarga incontrolable de las tensiones que se ha venido acumulando en la fase anterior”. (p. 57). En la cual las agresiones actúan como un castigo ante cualquier conducta de la víctima y tiene como consecuencia una pérdida del control de la situación. Este

periodo es el más corto, sin embargo, es el que produce un daño mayor, tanto físico, y psicológico.

La tercera fase es la del **arrepentimiento**. Esta última para la Dra. Josette Bogantes Rojas (2008). “Generalmente es más larga que la segunda fase y más corta que la primera” (p. 57). La cual dejará el espacio para que se inicie nuevamente el ciclo. El agresor muestra conductas de arrepentimiento y se compromete a cambiar y tomar medidas para resolver la situación.

El ciclo se muestra en este esquema



Dra. Josette Bogantes Rojas. Medicina Legal de Costa Rica, vol. 25 (2), setiembre 2008. ISSN 1409-0015.

2.4.5 Consecuencias psicológicas de la violencia familiar

La violencia familiar es una situación generante de constante angustia y estrés que provoca un impacto psicológico importante en la mayoría de las víctimas. Como cualquier otro estresor la violencia en el hogar produce reacciones diferentes en

cuanto al grado de intensidad, en función de diversas variables tales como los rasgos de personalidad, habilidades de afrontamiento, recursos propios, apoyo social y características propias del maltrato. Los efectos, como ya lo hemos mencionado, pueden ser a corto y largo plazo.

2.4.5.1 Corto plazo

De manera directa y a **corto plazo** las consecuencias, también, se reflejan en el comportamiento de los menores expuestos a tal dinámica familiar. Los investigadores Rosa Patró Hernández y Rosa María Limiñana Gras (2005). Mencionan que “Resultados hallados en diversos estudios muestran que los niños expuestos a la violencia en la familia presentan más conductas agresivas y antisociales y más conductas de inhibición y miedo que los niños que no sufrieron tal exposición”. (Fantuzzo, De Paola y Lambert, 1991; Hughes, 1988; Hughes, Parkinson y Vargo, 1989)(p.13). Los resultados de estos efectos podrían repercutir en la salud física y emocional del menor.

Los primeros años de vida de los niños en la familia son cruciales para la formación de su aprendizaje cognitivo y emocional, por lo que, tales efectos de la violencia familiar suelen ser profundos y severos en ellos.

La Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (2007). Menciona que:

Los infantes con problemas de violencia en sus hogares han mostrado tener bajos niveles de rendimiento académico (Corbalán y Patró, 2003; Shonk y Cicchetti, 2001; Adamson y Thompson, 1998; Rossman, 1998) y han mostrado una mayor probabilidad de presentar niveles altos de ansiedad, depresión, síntomas traumáticos (World Health Organization, 2002; Maker, Kemmelmeier y Peterson, 1998; Stenberg, 1993; Hughes, 1988) y algunos problemas clínicos en la conducta (McDonald y Jouriles, 1991).

(Consultado en página web el 22 de febrero del 2014).

Estos síntomas y conductas traerán consecuencias no adecuadas para la autoestima del menor.

Las secuelas de la violencia familiar se revelan en las actitudes de los menores, de acuerdo con Rosa Patró Hernández y Rosa María Limiñana Gras (2005). “El 10% presenta conflictividad en la escuela, 7.5% huida del hogar, 35% comportamiento violento hacia iguales, 22.5% comportamiento violento hacia la madre, 25% bajo rendimiento escolar, 27.5% miedo hacia el maltratador, 30% tristeza y aislamiento” (fig. 1 y 2 p. 13 y 14). Estas actitudes traerán otros conflictos que se sumarán a algunas de las causas en la aparición de las enfermedades psicosomáticas.

Los trastornos en la niñez son muy comunes si la familia proporciona violencia constante hacia ellos. La mayoría de las familias no distingue los trastornos ya que se encuentran segados y atrapados por el ciclo de la violencia o no cuentan con la información suficiente para discrepar de una conducta adecuada de los menores a una inadecuada, como lo sería un trastorno.

La Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (2007). Distingue los siguientes trastornos a corto plazo como consecuencia de la violencia familiar:

Trastorno	Definición
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	Patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.
Trastorno Negativista Desafiante (TND)	Patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros, mostrarse iracundo y resentido o ser rencoroso o vengativo.

Trastorno Disocial (TD)	Patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.
Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)	Ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado.
Trastornos de la Eliminación	Enuresis: emisión repetida de orina durante el día o la noche en la cama o en los vestidos. Ecopresis: emisión repetida de heces en lugares inadecuados (p. ej., la ropa o el suelo).
Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	Curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores (cuya característica esencial es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades), sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.
Trastorno Distímico (TDis)	Estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años.

Tabla 1. Características Psicopatológicas presentes en los niños

En cuanto a los datos expuestos en este apartado de la investigación indican un siguiente nivel en las secuelas de este mal familiar. Los niños y niñas que han sido testigos o sufrido de violencia Tienen mayor posibilidad de ser abusadores o víctimas de nuevos abusos. A través del aprendizaje vicario los varones emiten conductas de sus padres y aprenden de ellos a ser violentos con las mujeres. Las niñas aprenden de sus madres que la violencia es inevitable y es algo con lo que tienen que vivir.

A partir de lo anterior el ser humano adopta información que dará pie a la formación de la personalidad con lo cual el individuo se expresa a través de las estrategias que puede utilizar para enfrentar las circunstancias vitales, ya sean adversas o no. Se describen rasgos de esta personalidad que fortalecerían al individuo frente al estrés, por ejemplo, la flexibilidad en las relaciones sociales, la aceptación de los problemas en forma activa y decisiva, el autocontrol. Estos elementos permiten que el individuo sea capaz de resolver los conflictos que puedan

aparecer entre él y el mundo sin un costo emocional elevado y sin generar enfermedades.

2.4.5.2. Largo plazo

Los desenlaces de las víctimas pueden aterrizar más a **largo plazo**, según Rosa Patró Hernández y Rosa María Limiñana Gras (2005). “El más importante es que este tipo de situaciones constituye un modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar”. (p.14). Si bien es sabido, la familia es denominada como la primera escuela. En ella se adquieren los primeros aprendizajes de conducta, los cuales utilizarán en sus relaciones interpersonales posteriores.

La familia, pilar importante en el desarrollo de los hijos, dota de vitales herramientas para el desarrollo de la adaptación en las diferentes esferas: familiar, escolar, social, sexual y laboral. Los autores Patró Hernández y Rosa María Limiñana Gras (2005). Mencionan que “las relaciones familiares, especialmente los estilos de crianza y la relación entre los padres, influyen sobre la capacidad del niño para la autorregularización de sus conductas y emociones”. (p.14). Reafirmando la idea de que las experiencias de conflictos emocionales a temprana edad tienen efectos nocivos en la adultez.

Existe una amplia gama de efectos de este mal familiar como los síntomas psicopatológicos que presentan las víctimas. Surgen como consecuencia de los acontecimientos vividos y no de un desequilibrio anterior u orgánico o fisiológico, sino más bien, por una parte el trastorno de estrés postraumático y por otra, variables psicopatológicas asociadas.

De acuerdo con la Dra. Josette Bogantes Rojas (2008). Las principales consecuencias son:

Encontramos fatiga crónica, agotamiento, depresión, síndrome de estrés post-traumático, alteraciones en la alimentación, dificultades en las relaciones íntimas de pareja, incremento del ausentismo laboral, y disminución del rendimiento, lesiones varias, embarazos no deseados, cefaleas, partos prematuros, abortos, adicciones, discapacidad física o mental, enfermedades de transmisión sexual. (p. 58).

Esto nos indica que existe una lista enorme de causas que podrían desencadenar las enfermedades psicosomáticas.

La dinámica de la violencia, que ya se explicó, la Dra. Lourdes García Fonseca y la Dra. Beatriz Cerda de la O. (NOM-046-SSA2-2005). Nos menciona que “las víctimas pueden también presentar trastornos psiquiátricos: del estado de ánimo, de ansiedad, de la ingestión y conducta alimentaria, sexuales, del sueño, abuso o dependencia al alcohol y otras sustancias, enuresis o encopresis, trastornos de la personalidad, etc.” (p.5). Por lo cual es importante revisar estos síntomas ya que algunos ayudarán a entender la procedencia de las enfermedades psicosomáticas.

Los menores no siempre repiten el mismo patrón de conducta cuando crecen. A muchos no les gusta lo que ven e intentan duramente no repetir los errores de sus padres. Incluso así, los niños de familias violentas con frecuencia crecen sintiéndose ansiosos y deprimidos y tienen dificultad para tener relaciones con otras personas.

Otro de los efectos es la **Ansiedad**, aparece como consecuencia de la violencia repetida e intermitente, entremezclada con periodos de arrepentimiento y de ternura. Suscitan una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes. La percepción de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal provoca una sensación de temor continua, dificultades de concentración, irritabilidad y un estado de hipervigilancia. La víctima experimenta trastornos del sueño, pesadillas y pensamientos obsesivos en relación con el maltrato y el maltratador.

2.5 Efectos del Abuso Sexual Infantil

El abuso sexual infantil es uno de los maltratos más graves dentro de la familia y ocurre cuando un adulto utiliza la seducción, el chantaje, las amenazas o la manipulación psicológica para envolver a un niño o niña en actividades sexuales tales como acariciarle los genitales, convencerlos de que le acaricie los genitales, el contacto de genitales con la boca, tocarlo con los genitales, penetrarles la vagina o el ano, enseñarle los genitales, mostrarles pornografía, utilizarlos como modelos para hacer la pornografía, etc.

De acuerdo con Irene V. Intebi con información de la OMS 2001.

Se considera abuso sexual infantil (ASI) a involucrar a un niño/a en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales están evolutivamente inmaduro/a y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que trasgreden las leyes o las restricciones sociales.

Esta forma de maltrato infantil representa un problema social de grandes proporciones, sobre todo por el sufrimiento que esta experiencia ocasiona en la vida de las víctimas y sus familias, ya que los efectos inmediatos y de largo plazo constituyen una amenaza potencial al desarrollo psicosocial de los niños y jóvenes que han sufrido estas situaciones. A si mismo corren el riesgo de tomar patrones de conducta del abusador y reproducirlos en la vida adulta.

La OMS en el apartado de Maltrato infantil Nota descriptiva N.º 150 (Enero 2014).

Menciona que los estudios internacionales revelan que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 23% de las personas de ambos sexos refieren maltratos físicos cuando eran niños. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/> (consultado 24 de febrero 2014).

La información confirma que el abuso sexual infantil regularmente va acompañado de maltrato físico y emocional por el violador o por los demás integrantes de la familia, ya que la víctima se encuentra en un estado emocional inadecuado para poder diferenciar la violencia de una vida emocional saludable.

2.5.1 Efectos a corto plazo

Las consecuencias del abuso sexual infantil suelen ser muchas, sin embargo, por la gravedad del hecho no se ventilan ni se conocen del todo. Este tipo de eventos suelen permanecer ocultos, ya que no se le permite a la víctima exteriorizar lo que está viviendo y experimentando con el agresor por temor a ser rechazado o castigado, ya que el agresor a introyectado al menor miedo y duda sobre lo que está pasando.

La gravedad es de este acto atroz es inminente ante los hechos consumados, las víctimas desarrollan una serie de síntomas como consecuencia de tal agresión. E. Echeburúa y P. de Corral (2000). Clasifican los efectos a corto plazo del abuso sexual infantil en la siguiente tabla.

TABLA III: Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes [19] (p. 79).

Tipos de efectos	Síntomas	Período evolutivo
<i>Físicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de sueño (pesadillas) - Cambios en los hábitos de comida - Pérdida del control de esfínteres 	infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia
<i>Conductuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de drogas o alcohol - Huidas del hogar - Conductas autolesivas o suicidas - Hiperactividad - Bajo rendimiento académico 	adolescencia adolescencia adolescencia infancia infancia y adolescencia
<i>Emocionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo generalizado - Hostilidad y agresividad - Culpa y vergüenza - Depresión - Ansiedad - Baja autoestima y sentimientos de estigmatización - Rechazo del propio cuerpo - Desconfianza y rencor hacia los adultos - Trastorno de estrés postraumático 	infancia infancia y adolescencia infancia y adolescencia
<i>Sexuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad - Masturbación compulsiva - Excesiva curiosidad sexual - Conductas exhibicionistas - Problemas de identidad sexual 	infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia adolescencia
<i>Sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit en habilidades sociales - Retraimiento social - Conductas antisociales 	infancia infancia y adolescencia adolescencia

Tales síntomas son evidentes y compulsivos en la víctima afectando las áreas mencionadas en cuanto al desarrollo de su Yo y a sus relaciones interpersonales.

Los menores que en su experiencia han sufrido abuso sexual reflejan que existe, posterior a los síntomas ya mencionados, un efecto a largo plazo. Éste comienza a manifestarse aproximadamente después de los dos años de vivir el abuso sexual, por lo que es difícil correlacionar los hechos de la violación con los síntomas de la víctima.

2.5.2 Efectos a largo plazo

Partiendo de la premisa de que los infantes, víctimas de abuso sexual, padecen de consecuencias manifestando síntomas de varios tipos como resultado a largo plazo

destacan alteraciones físicas: alteraciones del sueño, dolores crónicos, hipocondría y trastornos de la alimentación; conductuales: consumo de sustancias tóxicas, trastornos disociativos de identidad o intentos de suicidio; emocionales: incluyendo depresión, ansiedad, baja autoestima, **alexitimia** y síndrome de estrés postraumático; sexuales: destacando las fobias y disfunciones sexuales, así como las alteraciones de la motivación sexual; y sociales: a través de problemas de relación interpersonal, dificultades de vinculación afectiva con los hijos/as y mayor probabilidad de sufrir revictimización.

El abuso sexual afecta la calidad de vida en las etapas evolutivas de las niñas y niños que la han padecido, los autores E. Echeburúa y P. de Corral (2000). Mencionan que existen “alteraciones en la esfera sexual - la depresión y el trastorno de estrés postraumático, control inadecuado de la ira (en los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, en forma de conductas autodestructivas)” (p. 79). Por lo que el abuso suele ser un potente factor de riesgo para el desarrollo de una diversidad de trastornos psicopatológicos.

El traumatismo en las víctimas a largo plazo se presenta, de acuerdo con E. Echeburúa y P. de Corral (2000). Bajo las siguientes características. “Tabla IV: Principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia [19].” (p.80).

Tipos de secuelas	Síntomas
<i>Físicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dolores crónicos generales - Hipocondría y trastornos de somatización - Alteraciones del sueño (pesadillas) - Problemas gastrointestinales - Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia
<i>Conductuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Intentos de suicidio - Consumo de drogas y/o alcohol - Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple)
<i>Emocionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Ansiedad - Baja autoestima - Estrés postraumático - Trastornos de personalidad - Desconfianza y miedo de los hombres - Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad
<i>Sexuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Fobias o aversiones sexuales - Falta de satisfacción sexual - Alteraciones en la motivación sexual - Trastornos de la activación sexual y del orgasmo - Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo
<i>Sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas en las relaciones interpersonales - Aislamiento - Dificultades en la educación de los hijos

Nuevamente se confirma la relación entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de una diversidad de problemas psicológicos, principalmente relacionados con la sintomatología internalizante (depresión, ideación y conducta suicida, trastorno por estrés postraumático) y los problemas en el área de la sexualidad.

2.6 Abandono infantil

Los niños al nacer están dotados, por una parte, de una sensibilidad preferencial por los estímulos de origen social hacia los que se orientan activamente y por otra, de un sistema de señales; expresiones emocionales, llanto, sonrisa, y de conductas; presión, aferramiento, succión no nutritiva, cuya meta es conseguir y mantener la proximidad, el contacto y la interacción con las personas que los cuidan. Estos, a su vez, muestran una tendencia generalizada a responder de forma adecuada al

repertorio de conductas del niño: tienden a establecer un contacto piel a piel, contextualizan la satisfacción de necesidades biológicas primarias en un intercambio más global y lúdico, muestran una conducta visual especial, adaptan su lenguaje verbal cargado de afecto.

El adulto instituye un marco sólido de interacción y marca los límites, con lo que ofrece al niño un entorno predecible. Ambos construyen un marco interactivo compartido que el niño interioriza progresivamente, ya sea de manera sana y estable o patológica e inestable.

El Abandono infantil es la falta de atención a las necesidades básicas de un niño. De acuerdo con Garbarino et. Al. (1986). “El maltrato psicológico es un patrón de conductas psicológicamente destructivas, y se define como actos u omisiones de un adulto que amenazan el desarrollo de la identidad y la competencia social de un menor”. (p.123). Muchas veces es el resultado de una carencia afectiva o excesiva frialdad emocional y una falta de conocimiento de sí mismos de los padres. No es extraño que las personas que han sufrido maltratos se conviertan en agresores. Para ellos esta conducta es simplemente la forma en la que se criaron y la única que conocen. Ezpeleta (2005). Menciona “que las psicopatologías de los padres y los trastornos emocionales, entre otros, como factores de riesgo de problemas comportamentales y emocionales en la infancia”. (p. 96). Esto apoya a realizar una hipótesis sobre la procedencia de las enfermedades a corto y largo plazo de la niñez. La falta de conocimiento de cómo ser padres, las expectativas irreales para con los niños, las crisis familiares frecuentes, problemas económicos, la pobreza, las discapacidades físicas, el estrés, la falta de sistemas de apoyo en la comunidad, el

abuso de sustancias tóxicas, los problemas de salud mental, el abuso sexual y la violencia doméstica son factores de riesgo que contribuyen al abandono infantil.

Por lo general los padres negligentes tienen una menor interacción social, desarrollan menos conductas prosociales, frecuentemente ignoran las conductas de los niños. Por lo que los niños están afectados por la falta de atención emocional familiar y su desarrollo emocional es mucho más vulnerable ante situaciones estresantes y por la falta de modelos adecuados para el desarrollo emocional.

2.6.1 Efectos a corto plazo

El efecto principal que produce el abandono en la infancia es la distorsión del equilibrio dinámico entre las operaciones promotoras de la seguridad y las operaciones promotoras de la competencia. Al no obtener seguridad de su cuidador principal, estos niños exploran el ambiente de una forma menos competente y los modelos representacionales que desarrollan, aunque sean adaptativos a corto plazo, pueden dañar su habilidad para enfrentarse a situaciones nuevas y estresantes, así como la formación de nuevas relaciones sociales. Por todo ello es predecible que los niños que han sufrido malos tratos y abandono a una edad temprana manifiesten más reserva y dependencia al relacionarse con los adultos, menos motivación de logro, un rendimiento intelectual más pobre y niveles más altos de problemas emocionales y de conducta.

De acuerdo con López. (1995), menciona que

La mayor parte de estas deficiencias están asociadas a ausencia de figuras de apego o figuras de apego inseguro que no le permiten adquirir una confianza básica relacional, patrones de relación confiados y seguros, ni tampoco aprender las habilidades para la comunicación íntima y social en general, capacidad para ponerse en el lugar del otro, conocimiento social y normas interiorizadas, etc. Carecen de las condiciones sociales que le permiten sentirse seguro (querido y protegido por personas buenas) y que le permiten aprender las habilidades propias de la competencia social. (p. 52).

De esta forma, estos niños refuerzan las expectativas negativas que sobre sí mismos y sobre los demás crearon al interactuar con sus cuidadores.

Algunas de las áreas más afectadas en el desarrollo son: la baja autoestima, conductas agresivas, desconfianza hacia las personas, pobre integración en el grupo de iguales, problemas de identidad, retraso en el desarrollo cognitivo, bajo rendimiento escolar, etc.

Todas estas situaciones marcan la historia de vida de menores y los orilla a adoptar estilos de vida en los que se enfrentaran a desaprobación y descalificación social y familiar, que a su vez tendrá consecuencias a largo plazo.

2.6.2 Efectos a largo plazo

Las secuelas de los malos tratos son un fenómeno complejo y multifacético, que está relacionado con distintos factores etiológicos y que se manifiesta en muchos niveles de la ecología del desarrollo del niño, por lo tanto, es de esperar que las secuelas no se deban exclusivamente a un único aspecto y que distintas perspectivas teóricas sean relevantes en su explicación.

Las personas que en su infancia tienen este tipo de experiencia tienden a realizar frecuentes visitas al médico y permanecen durante más tiempo en los hospitales, tienden a mostrar conductas autodestructivas, su autoestima y capacidad de confiar en los demás es pobre, manejan con dificultad sus propios impulsos agresivos.

Los padres maltratadores tienden a aislarse de los recursos comunitarios y de las redes de apoyo informal. Este aislamiento podría extenderse a sus hijos porque se restrinja activamente el contacto con otros niños o porque simplemente estén

menos disponibles. Por otra parte, hay evidencia de que las madres con un apego seguro facilitan a sus hijos el contacto con otros niños.

2.7 Enfermedades psicosomáticas

Curiosamente y aunque las personas aseguran que no tienen problemas, casi a diario, parecen padecer una migraña, problemas intestinales, o la presencia de algún otro malestar a nivel físico que algunas veces le hace faltar al trabajo o les imposibilita realizar su quehacer cotidiano. La persona sufre de enfermedades psicosomáticas cuando presenta uno o más síntomas físicos y tras un examen médico estos síntomas no pueden ser explicados por una enfermedad médica y a pesar que la persona pueda padecer una enfermedad, tales síntomas somáticos y sus consecuencias son excesivos en comparación con lo que se podría esperar. Todo ello causa a la persona que sufre estas molestias una constantemente ansiedad y angustia recurrentes, lo que traería un gran malestar en distintos ámbitos de su vida.

2.7.1 Definición de enfermedades psicosomáticas

Es muy difícil ofrecer una definición de enfermedades psicosomáticas que sea lo suficientemente amplia para abarcar todas sus manifestaciones y que al mismo tiempo, no sea tan exclusiva como para permitir que cualquier aspecto determine el concepto; las enfermedades psicosomáticas se puede presentar en diferentes contextos y esta cambia ante determinadas situaciones.

Para Dolto (1984/1999), los trastornos psicosomáticos son:

Afecciones funcionales del cuerpo que no se deben a causas orgánicas: no hay infección, no hay en un principio trastornos lesionales; no hay trastornos neurológicos; y, sin embargo, el individuo padece un desarreglo de su salud, sufre. Su cuerpo está enfermo, pero el origen de su desorden funcional fisiológico es un desorden inconsciente psicológico (p. 279).

El autor refiere y atribuye las enfermedades físicas a conflictos psicológicos no resueltos. Es una manifestación a través de síntomas en el cuerpo que tienen su raíz en la dinámica psicológica.

Las enfermedades psicosomáticas son aquellas en las cuáles existen factores psíquicos que generan cambios orgánicos los cuales son la esencia corporal de la enfermedad, por ejemplo asma, hipertensión arterial, úlceras, colitis, etc.

2.7.2 Dinámica de las enfermedades psicosomáticas

Cuando la relación mente cuerpo ve alterada su armonía, debido a conflictos emocionales, sentimientos generantes de ansiedad permanente, modificaciones del ciclo vital, baja autoestima, alteraciones funcionales o situaciones de alto impacto emocional generadoras de estrés, inevitablemente se produce un impacto, que puede representarse en forma de síntomas o enfermedades psicosomáticas.

Detrás de todo síntoma físico hay guardados sentimientos, temores, pensamientos, y reacciones emocionales. Escuchar lo que estos síntomas nos están tratando de decir es una forma y una oportunidad de mantener la salud y una equilibrada forma de vida del eje mente-cuerpo.

2.7.3 Causas de las enfermedades psicosomáticas

De las molestias que sentimos a diario algunas deben a causas naturales. Entre éstas, encontramos las que puede provocar el propio funcionamiento del organismo cuando realizamos la digestión, cuando respiramos, o cuando sudamos. Incluso, los hábitos de vida poco saludables como la mala alimentación, malos hábitos de sueño o realizar poco ejercicio físico también pueden provocarnos malestar físico. El medio ambiente también influye en nuestro cuerpo; aquí encontramos factores como la contaminación, la humedad, el calor, el frío, hongos, etc. Algunos de nuestros

dolores se deben a enfermedades físicas. Por último, encontramos las molestias físicas que podemos sentir por causas psicológicas. En este punto es donde se encuentran las enfermedades psicosomáticas.

Por lo general, se tiende a pensar que las enfermedades psicológicas sólo causan tristeza, llanto, sentimientos de inferioridad y otros síntomas que no tienen que ver con el cuerpo, sin embargo, esta idea es errónea. Nuestras emociones influyen en nuestro cuerpo, al igual que éste influye en nuestras emociones.

Lo anterior en una estrecha relación con las situaciones de vida actuales la ansiedad, el estrés y la depresión actúan sobre distintas hormonas, provocando cambios en nuestro organismo, que nos hacen más sensibles al dolor e influyen en distintas enfermedades. Un ejemplo serían los estudios que relacionan el estrés con el cáncer. En este sentido, se ha demostrado que éste puede influir tanto en el origen como en el curso de la enfermedad. Del mismo modo, se ha demostrado que las personas que padecen depresión presentan una debilitación del sistema inmunológico o de defensa, con lo que pueden enfermar con más facilidad o bien les puede ser más difícil recuperarse de ciertas enfermedades.

Algunos autores mencionan que las enfermedades surgen a partir de conflictos emocionales bloqueados o guardados en el inconsciente, la Lic. Alejandra Fernández y la Lic. Silvia Olijavetzky afirman

Que lo que es displacer consciente puede ser placer inconsciente, por tanto el automatismo de repetición se impone a los dos principios, realidad y placer; es por ello que la cura puede presentarse al paciente como una pérdida inconsciente de objeto, el tratamiento se presenta como una amenaza, entonces reaparece la enfermedad. Hay algo que se resiste a cambiar y persiste, lo indestructible del deseo inconsciente. (p. 6)

Esto y retomando algunas ideas ya planteadas en capítulos anteriores, como es el hecho de que, los conflictos emocionales vividos durante los primeros años de

vida influyen para determinar nuestra personalidad y que posterior a este se crean los hábitos y estilos de vida (involucrarse en situaciones de generadoras de ansiedad y estrés). Todo esto marca un proceso para encaminarse a desarrollar alguna enfermedad de acuerdo a nuestra personalidad y nos patrones que inconscientemente se deseen repetir.

Los síntomas que pueden provocar la ansiedad o la depresión en algunos sistemas de nuestro organismo: en el Sistema Nervioso pueden provocar dolores de cabeza, mareos, vértigos, desmayos, hormigueos, parálisis musculares, entre otros. En nuestros sentidos pueden llegar a provocarnos ceguera, visión doble, afonía, principalmente. En el Sistema Circulatorio producen palpitaciones y taquicardias. En el Sistema Respiratorio pueden causar sensación de ahogo, dolor u opresión en el pecho, etc. En el Sistema Digestivo pueden producir resequedad de boca, sensación de atragantamiento, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, etc. En el sistema osteomuscular es común que provoquen tensión muscular, dolor muscular, cansancio, etc.

2.7.4 Síntomas psicósomáticos más frecuentes

Muchas enfermedades médicas están estrechamente relacionadas con el estrés (como ya mencionamos, es un estilo de vida por elección) y el tipo de personalidad del individuo. Entre ellas encontramos: la hipertensión, distintas enfermedades coronarias, el asma, la gripe, el cáncer, el hiper y el hipotiroidismo, las úlceras de estómago, el síndrome del intestino irritable, Cefaleas, el dolor crónico, contracturas musculares, impotencia, etc.

Los síntomas físicos suelen ser llamados de atención que indican que algo en nuestras áreas de vida están necesitando atención. En la enfermedad psicósomática

a medida que las emociones, el estrés o sentimientos negativos son más intensos, más fuertes o más impactantes, también lo son esas respuestas emocionales o cognitivas y esto genera una inestabilidad en la dualidad mente cuerpo. Lo que indicaría que detrás de todo síntoma físico hay guardados sentimientos, temores, pensamientos, y reacciones emocionales.

Tras observar que la depresión, la ansiedad y el estrés, entre otros, son factores que influyen tanto en el origen, el mantenimiento y la evolución de distintas patologías físicas, es más fácil comprender la influencia de nuestra mente sobre nuestro cuerpo y el papel del psicólogo en nuestras molestias físicas.

Para la psicología en la aparición de las enfermedades psicosomáticas las situaciones emocionales son un factor desencadenante muy importante como lo son las bacterias, las toxinas para la medicina. La aparición misma y la evolución de la enfermedad en el orden somático corporal puede ser inducida por lo psíquico del mismo modo que la enfermedad somática tiene su incidencia en lo anímico y psicológico. Los estados depresivos, las situaciones de tensión emocional prolongada, el estrés, producen disminución en las defensas inmunológicas. Cuando la respuesta inmunológica se halla disminuida, se pueden presentar síntomas y enfermedades somáticas, al grado de afectar un órgano o una función del cuerpo.

Digestivas: *colon irritable* o síndrome de intestino irritable úlcera, colitis ulcerosa, aerofagia y dispepsias psicógenas, hipo, neurosis gástricas, gastritis, reflujo, de la motilidad, espasmo de píloro, evacuatorias, constipación, diarreas psicógenas, meteorismo, estado nauseoso, dolor abdominal crónico funcional, globus o globo histérico, sensación de tener un nudo en la garganta que causa disfagia y otras formas de disfagia orofaríngea.

Respiratorias: asma bronquial, bronquitis, alergias, rinitis alérgica, tos psicógena, hiperventilación. En la depresión o los estados depresivos producen suspiros, ante el factor sorpresa se corta la respiración, la emoción sofoca y los estados de angustia ahogan.

Corazón y Sistema Cardiovascular: hipertensión arterial, infarto de miocardio y hemorragias cerebrales, neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria, hipertensión.

Genitourinarias: vaginismo, trastornos menstruales, Dismenorrea psicógena enuresis, disfunciones sexuales, paruresis, disuria psicógena, vejiga nerviosa, polaquiuria.

Endocrinas: bocio, diabetes, hipertiroidismo y obesidad.

Dermatológicas o Cutáneas: eczemas, alopecia, psoriasis, dermatitis, alopecia areata -caída del cabello, barba o bello en zonas determinadas-, acné, picazón intensa, prurito psicógeno o urticaria, hiperhidrosis, vitíligo, sensación de hinchazón, hormigueo, entumecimiento o de sensaciones extrañas.

Osteomusculares: cefaleas tensionales, fibromialgia, tortícolis psicógena y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos.

La mayoría de las enfermedades enlistadas anteriormente cumplen el propósito del inconsciente (manifestar el desacuerdo ante los conflictos emocionales vividos por la persona que las presenta) y estas a su vez generan otros síntomas como la ansiedad.

2.8 Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal y necesaria para la supervivencia de las personas. En ocasiones, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles

muy altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En estos casos la reacción deja de ser normal y se considera como patología.

Las causas por las que surge la ansiedad en las personas pueden ser muy diversas y de diferente naturaleza. Los casos van de la mano de algunas causas orgánicas (enfermedad o daño al cuerpo por alguna adicción) y ciertos trastornos psíquicos sobre todo los psicósomáticos.

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en **trastornos físicos**, que normalmente atiende el médico, se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos: trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.), trastornos digestivos (colon irritable, úlcera), trastornos respiratorios (asma), trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema), y otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.). La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide. También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante, etc.

Entre los **trastornos mentales** los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos: los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.), las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.), los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia), trastornos del sueño, trastornos sexuales, trastornos del control de impulsos

(juego patológico, tricotilomanía, etc.), trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.).

Para conocer los **trastornos de ansiedad** es necesario acudir a los criterios diagnósticos que, universalmente aceptados, definen dichos trastornos. Vamos a recurrir la DSM-IV, la última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana.

2.8.1 Ataques de pánico

Este trastorno se caracteriza por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de los siguientes síntomas: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos. Dentro de los trastornos de ansiedad el Instituto Nacional de la Salud Mental clasifica el **trastorno del pánico**, este

Se caracteriza por ataques repentinos de terror, usualmente acompañados por latidos fuertes del corazón, transpiración, debilidad, mareos, o desfallecimiento. Durante estos ataques, las personas con trastorno de pánico pueden acalorarse o sentir frío, sentir un hormigueo en las manos o sentirlas adormecidas; y experimentar náuseas, dolor en el pecho, o sensaciones asfixiantes. Los ataques de pánico usualmente producen una sensación de irrealidad, miedo a una fatalidad inminente, o miedo de perder el control (p.4).

<http://www.nimh.nih.gov> consultado el 18 de febrero del 2014.

Este fenómeno, también, se presenta posterior a los eventos de violencia, la víctima presenta sensaciones desagradables que la orillan a evitar conductas que podrían interpretarse como motivos para que se le genere violencia.

En la mayoría de los casos de violencia familiar las víctimas se ven afectadas gravemente, ya que, los ataques de pánico pueden interferir en sus actividades diarias, sobre todo en el funcionamiento a nivel personal, familiar, laboral, social. Comienzan por evitar lugares, personas, actividades y todo lo referente a impedir un detonante de la violencia.

2.8.2 Agorafobia

En este fenómeno la ansiedad aparece al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

2.8.3 Fobia

Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos como: volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre.

La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Interfieren, notablemente, con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, académicas o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo. En ocasiones las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar. En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos, la duración de estos síntomas debe tener una duración de 6 meses como mínimo, antes de considerarse como trastorno.

2.8.4 Obsesivo compulsivo

Las **obsesiones** se caracteriza por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos, los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real, la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos , la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las **compulsiones** se definen por comportamientos como; lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones; o actos mentales rezar, contar o repetir palabras en silencio. Todo lo anterior de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente,

El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales, con acepción en los niños.

Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales, académicas o su vida social.

2.8.5 Estrés postraumático

La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido, ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

En donde el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan

malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo incluyendo la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse. En ocasiones los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico, malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

2.8.6 Enfermedad médica

La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave). Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

2.8.7 Ansiedad por separación

Se presenta una ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, referente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado emocionalmente, puesta de manifiesto por malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las

principales figuras vinculadas, preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño, por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante extraviarse o ser secuestrado, resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación, resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares, a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa, pesadillas repetidas con temática de separación, quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas, produce antes de los 18 años de edad.

La ansiedad provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos casos estos trastornos limitan al grado de orillar a las personas a abandonar muchas de sus actividades y someterlas a vivir una realidad alterna al que comúnmente se conoce.

2.9 Abordaje de algunas teorías psicológicas.

Algunas teorías psicológicas como es el caso del modelo psicodinámicos con la contribución de Freud, menciona que el inconsciente tiene una influencia significativa en la conducta de las personas ya que es capaz de regir y mantener el rumbo para la satisfacción de nuestras necesidades (satisfacción del placer). Nicholas S. Dicaprio (1989) retoma la aportación de dicho autor y menciona que “la conducta de la

persona está al servicio de un deseo inconsciente más que de uno consciente”. (p. 39). El Proceder inconsciente humano logra la autocomplacencia del placer en el momento de descargar la energía libidinal reprimida por el consciente y si nos referimos a las enfermedades psicosomáticas, el inconsciente manifiesta con síntomas somáticos que no está de acuerdo con lo que pasa en su vida o de esa manera logra satisfacer la necesidad de mitigar la energía psíquica. Para los autores Ileri Yunuen Vázquez García, María del Carmen Manzo Chávez, Martín Jacobo Jacobo, Benigna Tenorio Cansino:

El tema del cuerpo en psicoanálisis está estrechamente ligado a la temática de la histeria. Es en la histeria y en los síntomas histéricos que Freud va a plantear la estrecha relación entre lo psíquico y lo somático. El cuerpo para Freud era lugar de alojamiento de la energía psíquica. Lo que sucedía en el cuerpo de las mujeres histéricas fue nombrado por Freud como conversión; por un lado se instituye como una energía psíquica de paso; o sea, una inervación somática. (p. 58)

De acuerdo a esta dinámica de la personalidad es como surgen muchas de las enfermedades en las personas entre ellas las enfermedades psicosomáticas.

En repetidas ocasiones se mencionó que el ser humano, a medida que crece y se desarrolla, adquiere muchas de sus experiencias que lo llevan a percatarse de sus emociones como la frustración, temor, tristeza, depresión y coraje. Estas emociones generan conflictos emocionales que el ser humano no entiende, lo que provocará se presenten enfermedades, como las psicosomáticas. Toda esta dinámica se debe a la histeria de cada ser humano, mismos que le ayudarán a establecer su personalidad y así mismo a elegir su estilo de vida.

El autor André Sassenfeld J. (2004) cita a Jung (1934). Abordando la formación de la personalidad

Jung consideraba que la psique es un fenómeno humano que, en un inicio, es unitario e integrado; es decir, el individuo nace, en términos psicológicos, como totalidad (Sassenfeld, 2004). Sin embargo, de acuerdo a él, el psiquismo manifiesta una tendencia marcada hacia la

disociación o escisión cuando la experiencia en el mundo comienza a enfrentar a la persona con las ineludibles y dolorosas frustraciones que forman parte intrínseca de la existencia. De hecho, Jung creía que la neurosis, en cierto sentido, es el sufrimiento de un individuo que aún no ha comprendido el sentido de sus vivencias o, también, que consiste en la incapacidad o el rechazo de contener y soportar sufrimientos legítimos –una especie de negativa, en gran parte inconsciente, a experimentar los afectos asociados a pérdidas, separaciones y conflictos. En vez de ello, los sentimientos dolorosos o alguna representación psíquica de ellos “se escinde de la consciencia y la totalidad inicial –el Self primordial– se quiebra” (Sandner & Beebe, 1995, p. 301).

De esta manera los autores explican la formación de la personalidad y su contribución de los conflictos emocionales en las enfermedades psicosomáticas.

Capitulo III:
Metodología de la investigación

3.1 Hipótesis

Hipótesis de Investigación:

Los conflictos emocionales vividos en la infancia favorecen la aparición de las enfermedades psicosomáticas de los adultos.

Hipótesis Nula:

Los conflictos emocionales vividos en la infancia no favorecen la aparición de las enfermedades psicosomáticas de los adultos.

Hipótesis alternativa:

Las enfermedades psicosomáticas de los adultos de entre 20 y 40 años de edad de debe meramente a aspectos genéticos.

3.2 Conceptualización de variables

VI: Conflictos emocionales: El conflicto emocional implica tener dificultades interpersonales que surgen sobre los sentimientos de ira, desconfianza, disgusto, miedo, resentimiento, etc. Comúnmente, a este conflicto se le conoce como "conflicto emocional inconsciente" o "histeria" (Bellomo, L. (2004). Pueden desgastar la energía de las personas y distraerlas de las prioridades de la vida.

VD: Enfermedades psicosomáticas: deterioros funcionales del cuerpo que no se deben a causas orgánicas: no hay infección, no hay en un principio trastorno de lesiones; no hay trastornos neurológicos; y, sin embargo, el individuo padece un desarreglo de su salud, sufre. Su cuerpo está enfermo, pero el origen de su desorden funcional fisiológico es un desorden inconsciente psicológico.

3.3 Descripción de la metodología

El paradigma que se ha utilizado en la metodología de la presente investigación es de tipo cualitativa. El enfoque cualitativo según Sampieri (2010), se distingue:

Porque el estudio puede desarrollar preguntas e hipótesis, durante o después de la recolección y análisis de los datos. Este estudio cualitativo se basa más en una lógica y proceso inductivo el de explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas. Va de lo particular a lo general. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos) (p.9)

Sampieri especifica al decir que los estudios mediante este método no buscan probar hipótesis y realmente es cierto, aunque se debe considerar que a medida que avanza la investigación y se va recolectando nueva información que puede ir generándose la hipótesis. En esta investigación la hipótesis se formuló en el trascurso del proceso en el que se obtuvo la información del fenómeno estudiado.

De este método se desprende el tipo de estudio correlacional descriptivo, utilizado en el presente trabajo de investigación, ya que se contrastan estudios de casos individuales para llegar a resultados y conclusiones de mayor poder explicativo y de generalidad.

De esta manera, la presente investigación busca explorar, describir y conocer la influencia de los conflictos emocionales en la aparición de las enfermedades psicosomáticas de los adultos de entre 20 y 40 años de edad.

Trabajar el método cualitativo es la mejor opción que se requiere en este estudio, ya que las características que se presentan en dicha investigación se adaptan a los lineamientos de este método.

3.4 Población y muestra

De acuerdo a la problemática presentada se determina a utilizar una muestra no probabilística o dirigida, misma que Sampieri (2006) define como: "El subgrupo de la

población en la que la elección de los elementos no dependen de la probabilidad si no de las características de la investigación”. (p. 241).

La población que se utiliza en esta investigación se tomó del Centro de Salud Municipal de Jaltocán, Hgo., consta de 5 personas de ambos sexos de entre 20 a 40 años de edad. Las cuales manifiestan enfermedades, que posterior a una evaluación médica en el área de salud mental, se detectó, que no corresponden a una causa orgánica; no hubo infección, no manifestaron en un principio trastorno de lesiones; no hay trastornos neurológicos. La muestra tomada, de acuerdo a los síntomas y a la entrevista realizada son pacientes con aparente enfermedades psicosomáticas.

Por lo tanto se utiliza una muestra cualitativa por el hecho de considerar a un cierto número representativo de personas, sobre el cual se recolectarán datos, sin tener que generalizar los resultados pero si profundizar en el fenómeno estudiado y crear alternativas o propuestas de solución.

3.5 Técnicas e instrumentos de investigación

El éxito de la investigación, además de la plena identificación de las variables, la correcta formulación de las hipótesis, la información adecuada para probar dichas hipótesis, etc., depende de la calidad de los instrumentos a utilizar en dicha investigación de datos.

Las técnicas constituyen el conjunto de mecanismos, medios o recursos dirigidos a recolectar, conservar, analizar y transmitir los datos de los fenómenos sobre los cuales se investiga.

Por lo cual a partir de estas premisas se parte para elegir los siguientes instrumentos de investigación:

Entrevista clínica

La entrevista clínica es un acto único en el que se dan dos facetas de forma casi inseparable: una faceta inter- personal, en la que dos o más individuos entran en relación y se comunican de una forma irrepetible, y otra en la que se produce un acto de tipo técnico, en la que se ponen en juego las aptitudes del clínico. Correlacionar ambas de manera eficaz es un arte. Un buen entrevistador no nace, sino que se hace a sí mismo en un proceso continuo de autocrítica, complementando sus conocimientos y habilidades de comunicación con un auténtico interés por la información de su entrevistado. En la entrevista clínica se buscará información enriquecedora como conjunto de datos situados en su contexto.

La razón principal de la entrevista en esta investigación, es encontrar datos que ayuden a comprobar las hipótesis y a responder la pregunta del planteamiento. Por lo que se utilizará una entrevista semi-estructurada que se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar datos que contribuyan al objetivo de la misma. La entrevista está dirigida a 5 personas que presentan síntomas de enfermedades psicosomáticas, su aplicación es de manera individual ya que brinda a los participantes la libertad y confianza para expresar sus experiencias, pensamientos, sentimientos y emociones. Lo que contribuye a la veracidad de los resultados a obtener. Consta de diez áreas en las cuales se encuentran cinco preguntas que permitirán al entrevistado compartir experiencias de vida durante su niñez y parte de su vida actual.

Entrevista a profesionales

El propósito de las entrevistas es obtener repuestas sobre el tema de enfermedades psicosomáticas, problemática o tópico de interés en los términos mencionados anteriormente, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado. En esta investigación nos apoyamos con el centro de salud de Jaltocán y Huejutla Hidalgo, entrevistando a los titulares del área de Salud Mental con el que cuentan dichas dependencias, ya que se encuentran atendiendo de manera directa a pacientes con enfermedades psicosomáticas; así también se entrevista a un psicoterapeuta de la región. La entrevista consta de 10 preguntas abiertas para que los entrevistados respondan de acuerdo a su criterio y experiencia laboral.

Grupo de enfoque:

Es un método de recolección de datos a nivel grupal; el investigador se interesa por conocer como las personas forman un esquema o perspectiva de un problema o situación, a través de la interacción. Creswell (2005), refiere que “el tamaño de los grupos varía de acuerdo al tema: 3 a 5 personas cuando se expresan emociones profundas o temas complejos y de 6 a 10 participantes cuando los temas son cotidianos”. El formato y naturaleza de la sesión o sesiones depende del objetivo, las características de los participantes y del planteamiento del problema de la investigación. Algo importante en esta técnica de recolección de datos, es que la unidad de análisis es el grupo (lo que expresa y construye), los conceptos personales, las experiencias, emociones, creencias, categorías, sucesos o los temas que interesan en la investigación.

Respecto a la presente investigación se consideran los siguientes aspectos que permiten obtener información requerida:

- 1) Se determinó el grupo y las sesiones de acuerdo al tema y objetivos planteados.
- 2) Se precisó el número de participantes de acuerdo al perfil requerido. Los participantes son pacientes que acuden al DIF municipal para recibir atención psicológica.
- 3) Detección de los participantes con características esenciales quienes deben presentar síntomas de enfermedades psicosomáticas.
- 4) Se realiza las invitaciones correspondientes a la sesión calendarizada.
- 5) Se organiza la sesión. Se determina un lugar libre de estímulos distractores, silencioso, iluminado y aislado para que los participantes se sientan tranquilos, despreocupados y relajados.
- 6) Se lleva a cabo la sesión. El facilitador debe poseer conocimientos básicos en el manejo de grupos, y crear un clima de confianza (rapport) entre los participantes; propiciar la intervención ordenada y la interacción entre todos solicitando opiniones, haciendo preguntas, administrar cuestionarios, intercambiar puntos de vista y valorar diversos aspectos. El facilitador debe tener muy en claro la información o los datos que habrán de recolectarse.
- 7) Elaboración del reporte de sesión, el cual incluye principalmente:
 - a) Datos sobre los participantes
 - b) Fecha y duración de la sesión.

- c) Información completa del desarrollo de la sesión, actitud y comportamiento de los participantes hacia el facilitador y la sesión en sí, resultados de la sesión.

Observaciones del facilitador, así como una bitácora de la sesión.

3.6 Cronograma general

MES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
ACTIVIDAD CAPÍTULO I Presentación del problema									
CAPÍTULO II Marco Teórico									
CAPÍTULO III Metodología de la investigación									
CAPÍTULO IV Análisis de resultados									
CAPÍTULO V Sugerencias									

Capítulo IV:
Descripción de resultados

4.1 Concentrado de entrevista clínica a pacientes

Para sustentar la presente investigación es necesaria la presentación de resultados que apoyen a la pregunta de investigación, partiendo de lo particular a lo general y poder generar perspectivas teóricas. Estudiar cada resultado de los métodos de investigación implementados para tener una conjetura de la realidad de la influencia de los conflictos emocionales en la aparición de las enfermedades psicosomáticas.

Paciente 1

Ficha de identificación

Nombre: HHS

Edad: 34 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Ocupación: Albañil

Domicilio: Barrio Tlalnepantla, Jaltocán, Hgo.

Religión que profesa: Católica

Fecha: 29 de Mayo del 2014.

HHS muestra pena y retraimiento a los cuestionamientos pero finalmente coopera con la entrevista.

Como antecedentes encontramos que HHS proviene de una familia de origen con carencias afectivas, un padre ausente por su trabajo, con problemas en el consumo del alcohol que cuando se encontraba bajo los efectos del mismo agredía,

física, verbal y psicológica a su madre. Ante este evento HHS experimentaba emociones de miedo y angustia al tener la idea de ser asesinados por su padre.

Ante los conflictos presentados en la familia los miembros resolvían las dificultades de manera individual, no existió cercanía, cooperación ni diálogo; menciona que la relación entre los hermanos es poca, refiriendo que cada uno de ellos vive su propia vida.

Menciona que de niño no le agradaba ir a la escuela primaria y por tanto la madre lo dejaba sin comer, ante esta experiencia en su vida HHS experimentaba enojo, rechazo, abandono y angustia. HHS menciona que a partir de estas experiencias en su vida comenzó a desarrollar sentimientos confusos dirigidos hacia su madre. En el desarrollo de la entrevista HHS deduce que gracias a la actitud de la madre él siente odio y rencor ella pero que nunca fue capaz de expresarlo. En uno de sus diálogos dice: -“gracias a que mi mamá me dejaba sin comer yo sentía mucho miedo y angustia porque creo que quería que me muriera de hambre”- actualmente uno de sus principales síntomas es que antes de comer experimenta una sensación de asfixia y presión en el pecho lo cual le provoca una ansiedad y angustia a la muerte.

HHS menciona también que su madre tuvo preferencia en atención y cariño hacia sus demás hermanos ya que ellos si cumplían sus expectativas al momento de asistir a la escuela.

Actualmente HHS vive con su propia familia compuesta por 4 integrantes; escasa comunicación con la pareja y los hijos. Una de las dificultades más marcadas es la poca expresión de afectos como amor y cariño.

Paciente 2

Ficha de identificación

Nombre: YGM

Edad: 34 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Domicilio: Barrio Tlalnepantla, Jaltocán, Hgo.

Religión que profesa: Católica

Fecha: 30 de Mayo del 2014.

YGM con excelente actitud de cooperación ante la entrevista, su aspecto físico manifiesta estar enferma, menciona tener alteraciones de sueño, dificultades para respirar al momento de comer algo, presión en el pecho.

Refiere que cuando era niña en la etapa de la primaria vivió bullying de sus compañeros y compañeras de grupo, los padres no la apoyaban por lo que se sentía sola y abandonada. Ella experimentó sentimientos de rechazo por partes de los padres ya que menciona que sus padres no la querían y que siempre daban prioridad y cuidados a sus hermanos. A los 9 años de edad sufrió acoso sexual de su cuñado y nunca lo platico a alguien, menciona que en ocasiones sueña algo ligado a esa experiencia de su vida. YGM experimentaba una emoción de angustia y enojo al no poder manifestar verbalmente y menos agresivamente su inconformidad ante los eventos de su vida durante su niñez a lo que ella decía –“en ese época prefería tragarme mi coraje para que los demás no se burlaran de mi o no me fura peor”- ante este dato podemos citar la aportación del Dr. Ernesto Lammoglia en donde menciona

que “una niña que se *traga su enojo* vuelca hacia sí misma sus sentimientos coléricos” (2006-p.137). es claro que ante tantos eventos que desencadenaban ese patrón en la emoción generara un aprendizaje, lo que lleva a desarrollar los síntomas actuales.

Actualmente su esposo se alcoholiza y la agrede física y psicológicamente, por lo que requiere del apoyo de sus padres y al momento de acudir a ellos no la apoyan, la ignoran o no le dan la importancia a la severidad de su situación familiar. Refiere sentirse sola y abandonada por Dios ya que menciona que está muy enferma y que su situación familiar está empeorando cada día más, manifiesta angustia y temor a la muerte.

Paciente 3

Ficha de identificación

Nombre: CGG

Edad: 39 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Ocupación: estilista y Ama de casa

Domicilio: Barrio Toltitla, Jaltocán, Hgo.

Religión que profesa: Católica

Fecha: 5 de Junio del 2014.

Mujer que presenta un cuadro depresivo severo por lo que actualmente se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico, diagnosticada con diabetes y presenta ceguera a causa de la diabetes. Por decisión propia se mantiene en aislamiento social.

Refiere que en su infancia el padre siempre fue alcohólico y que maltrataba a su madre, hermanas y a ella, menciona que vivía en constante angustia y temor lo cual le provocaba ansiedad –“de hecho el recordar en este momento esa experiencia de mi vida me provoca terror y ansiedad y siento mucho coraje hacia mi papa”, menciona también, que su padre era a fin a una de sus hermanas (su preferida), la consentía mucho, hasta que resulto embarazarse y se decepcionó mucho. Dicha decepción la descargo aumentando su alcoholismo lo cual afecto notablemente a su esposa, quien falleció a causa del cáncer, con respecto a esto la CGG comenta que –“mi madre enfermo por culpa de mi papa, siempre le dio una mala vida y siempre se guardó todos sus sentimientos”. A los 3 años de la muerte de la esposa el padre comenzó a aumentar sus niveles de consumo de alcohol, por lo que la CGG decidió internarlo en un centro de rehabilitación, que tres meses después falleció.

Los familiares del padre culparon a CGG de la muerte de su papá, que de acuerdo al su propio argumento dice que –“yo maté a mi papá, si no lo hubiera internado seguiría vivo”-, a los 8 meses de fallecer el papá CGG comenzó con la diabetes y al año exactamente inicio con los síntomas de su ceguera. De acuerdo con el Psicoterapeuta Jacques Martel los “Problemas en los ojos son la indicación de que existen cosas que rehusó ver y que vuelven a plantear frecuentemente mis principios fundamentales y mis nociones de justicia” (p. 324). De acuerdo a la aportación del autor la paciente reacciona a través de la ceguera la negación de su realidad en ese momento de su vida.

A dos años de haber fallecido el papa ella manifiesta tener un sueño recurrente en donde el papa la invita a cruzar un rio de aguas negras y ella se niega, menciona sentirse culpable por no acudir a su llamado en el sueño, esta experiencia despierta

emociones de culpabilidad y angustia por sentir resentimiento hacia Él, mismo que se siente incapacitada para expresárselo, por lo cual, arremete contra ella misma. Actualmente visita su tumba por lo menos dos veces a la semana, refiere que si no lo hace no está tranquila, menciona -“vivo en constante angustia y ansiedad por el hecho de abandonar a mi papá”- y sus estados del sueño se ven seriamente afectados.

Conclusión: En cada uno de los sujetos examinados se percibe una niñez tormentosa y como resultado generaron conflictos emocionales internos que no fueron exteriorizados, ya que se encontraban en una etapa en donde no les resultaba fácil manifestar sus desacuerdos por temor a la desaprobación o reprimendas. Sus experiencias tempranas generaron hábitos de vida encaminados a repetir patrones para desarrollar enfermedades a partir de conflictos emocionales vividos actualmente.

4.2 Resultado de entrevista a expertos

EXPERTOS	CONCLUSIONES
EXPERTO 1	Las experiencias en la vida diaria generan emociones, estas forman parte de las reacciones de las personas, lo cual las lleva a manifestar sus inquietudes a través de sus actitudes pero cuando no lo hacen el cuerpo lo realiza de manera inconsciente a través de enfermedades psicosomáticas.
EXPERTO 2	Cuando una persona vive en constantes estados de ansiedad a partir de una experiencia dolorosa, el cuerpo comienza a manifestar el desacuerdo a través de una enfermedad psicosomática. Los estados ansiosos se mantienen por el tipo de personalidad y los niveles de autoestima de la persona.

EXPERTO 3	Los conflictos vividos en la infancia generan un aprendizaje de emociones tanto en el consciente como en el inconsciente, lo cual lleva a las personas en la etapa adulta vivir situaciones parecidas para reactivar esas emociones y poder vivir nuevamente su neurosis, lo cual se manifiesta a través de enfermedades ya que el cuerpo revela el tormento emocional vivido.
-----------	--

Conclusión: De acuerdo con los expertos entrevistados, las enfermedades psicosomáticas son el resultado de una vida de estrés desde que somos concebidos hasta el momento de nuestra muerte. Las emociones que no son manifestadas adecuadamente crean bloqueos y comienzan por manifestarse a través de enfermedades.

4.3 Concentrado de la información del “Grupo de enfoque”

Preguntas	Respuestas	Conclusiones
¿Qué es una enfermedad psicosomática?	RP1: <i>enfermedad psicológica.</i> RP2: enfermedad que no se trata con médicos. RP3: provienen del estrés de la vida	Se le atribuye al estrés de la vida, desde que nacemos asta nuestra muerte, que solo es tratada para su cura a través de tratamientos psicológicos, ya que se menciona que es una enfermedad psicológica.
¿Qué factores consideran que ocasionan las enfermedades psicosomáticas?	RP1: los altos niveles de estrés RP2: las preocupaciones de los esposos, hijos y dinero. RP3: la violencia que hay en casa.	Existen varios factores en la vida que se relacionan para desencadenar la aparición de las enfermedades psicosomáticas como lo son el estrés en las diferentes áreas de la persona y la violencia familiar, que conlleva a experimentar niveles altos de ansiedad.
¿Cómo afectan las enfermedades	RP1: no puedo trabajar a gusto. RP2: en la casa ando molesto e irritado todo	Los síntomas afectan sus actividades diarias, al grado de

psicosomáticas en su vida actual?	el día. RP3: tengo mucho miedo de morirme.	desatenderlas. Ya que el temor a empeorar es inminente.
¿Considera usted que las experiencias de su infancia contribuyen en la aparición de sus enfermedades psicosomáticas? ¿Por qué?	RP1: si, porque pienso mucho en lo que viví cuando era niña y me duele. RP2: si, por que son traumas de niños que no se olvidan. RP3: las cosas malas que nos pasan en la infancia toda nuestra vida las tenemos presentes.	los sujetos de estudio manifiestan haber experimentado una infancia traumática, que refieren, ha afectado notablemente su estilo de vida y su personalidad
¿Qué alternativas sugiere para sanar su enfermedad?	RP1: terapia psicológica para olvidar lo que nos pasó cuando éramos niños. RP2: sacar el resentimiento y odio que le tenemos a la persona que nos dañó. RP3: tratamiento psicológico porque solos no podemos.	Todos sugieren un tratamiento psicológico ya que la enfermedad que padecen se la atribuyen a los traumas del dolor causados por las experiencias de la vida.

Conclusión: Los síntomas manifestados en cada uno de los sujetos de estudio se atribuyen a los traumas de la infancia, algunos refieren que es la violencia familiar, abandonos y abusos sexuales y demás, los cuales jamás serán olvidados y que como consecuencia provocan estrés en la vida junto con otros factores de la vida diaria.

4.4 Triangulación de los resultados

En la presente investigación y bajo las particularidades que inciden en ella han permitido conocer de manera cercana una de las problemáticas sociales que pueden desarrollarse en los seres humanos. A través del proceso y las técnicas de recolección de datos utilizados, se pretende conjugar la información teórica con la obtenida en los instrumentos aplicados con relación a las enfermedades psicosomáticas.

A) Entrevista Clínica: Las personas entrevistadas durante su infancia experimentan conflictos emocionales que sellan su comportamiento, el cual está dirigido por todo lo que han aprendido, y mucho de este aprendizaje está encaminado a repetir patrones estresantes, es decir, su personalidad dirige al individuo a tener eventos interpersonales que le produzcan ansiedad y tensión, sentimientos que se producen a partir de conflictos emocionales aprendidas en su infancia. Dichas personas, a partir de lo explicado anteriormente, sufren somatizaciones cuando presentan uno o más síntomas físicos y tras un examen médico estos síntomas no pueden ser explicados por una enfermedad médica y pese a que la persona pueda padecer una enfermedad, tales síntomas y sus consecuencias son excesivos en comparación con los que se podría esperar. Todo ello causa a la persona que sufre estas molestias un gran malestar en distintos ámbitos de su vida. De acuerdo a los resultados de la entrevista clínica las enfermedades psicosomáticas tienen su origen en el estrés que se genera en las relaciones interpersonales en el área familiar, laboral, social, escolar que, en principio, el

paciente no se permite aceptar que le provoca ansiedad y tensión que por lo tanto no se asimila adecuadamente en el cuerpo.

B) Entrevista a expertos: Las enfermedades psicosomáticas son el resultado de una vida de estrés. Las emociones que no son manifestadas adecuadamente crean bloqueos en ciertas partes del cuerpo y se manifiestan a través de enfermedades físicas. La realidad psíquica (con el fantasear), la realidad social desde el registro de los vínculos y la realidad del cuerpo conforman una compleja estructura a la que se deberá enfrentar el ser humano en tanto no se permita liberar ciertas emociones que experimenta en su diario vivir.

C) Grupo de enfoque: De los adultos sujetos de estudio, que manifiestan enfermedades psicosomáticas, a sus eventos de infancia le atribuyeron una carga emocional negativa. Los sujetos de estudio manifiestan haber tenido una infancia de "infierno" o "traumada". La aparición de las enfermedades psicosomáticas puede ser secundaria a las diversas exigencias a las cuales se ven sometidos, como lo son: elevar las exigencias familiares, tratar de mejorar las actitudes ante sus relaciones interpersonales, además de ser un modelo ante la sociedad.

De todo lo anterior se desprende la necesidad de intervenir en estos aspectos de salud mental y emocional, para mejorar la calidad de vida y la salud en general, en especial disminuir la prevalencia de enfermedades psicosomáticas en las personas, ya que ello tendría un impacto positivo en cada una de sus áreas de vida.

Un dato significativo y sobresaliente tanto en la entrevista clínica y el grupo de enfoque es la carencia de amor (como principal referencia de afecto social) como hace referencia Erich Fromm (2012), "es una actitud, una orientación del carácter

que determina el tipo de relación de una persona con el mundo como totalidad” (pág. 65) de los padres hacia los hijos; haciendo referencia que los padres difícilmente se incorporen en las actividades escolares, familiares, sociales y personales de los hijos.

La violencia familiar, el abandono psicológico y físico, el abuso sexual, la violación sexual, la baja autoestima de los padres, las adicciones, y otros conflictos más de ellos, son los desencadenantes de los conflictos emocionales de la infancia de los hijos, los cuales son almacenados en el inconsciente de cada persona. A lo largo de su vida generan un hábito de vida que a su vez crea la personalidad de cada individuo. La naturaleza de cada ser humano, como ente social, es lo que dictará el tipo de emoción a experimentar de cada persona y la intensidad de este cuando se relacione.

Por esta razón y bajo los resultados obtenidos mediante los instrumentos aplicados se permite apreciar que la familia primaria de origen ejerce una fuerte influencia en el comportamiento de una persona.

Los síntomas de las enfermedades psicosomáticas, de acuerdo a los expertos, la información obtenida en esta investigación y a los sujetos entrevistados, son atribuidos a las experiencias de vida en la niñez, las cuales son eventos no agradables que generaron conflictos emocionales internos en cada infante. Estos eventos fueron internalizados en el inconsciente que de una u otra manera, tarde o temprano, tienden a salir a flote en cada persona, esto sucede a través de una manifestación de comportamiento o enfermedad, lo cual es el caso en las enfermedades psicosomáticas.

Capítulo V:

Discusión y sugerencias de intervención

5.1 Estrategia de intervención

“Sanando Heridas Emocionales de la Infancia”

Objetivo general: Elaborar una propuesta de intervención para los pacientes detectados con enfermedades psicosomáticas, recabando información sobre la historia familiar de origen como agente proveedor de eventos que provoquen conflictos emocionales en la infancia, implementar técnicas Humanistas para así vivir la emoción atrapada en ese evento para poder liberarla y sanar la herida para poder crear hábitos sanos de vida.

Justificación:

Dentro de nuestro contexto en la región son evidentes las dificultades por la que atraviesan familias; la violencia familiar, el abandono psicológico y físico, el abuso sexual, la violación sexual, la baja autoestima de los padres, las adicciones, y otros conflictos más, los cuales provocan conflictos emocionales que originan estados psicológicos inapropiados en las personas lo cual las lleva a desarrollar las enfermedades psicosomáticas. Es por ello que surge la estrategia de intervención denominado **“Sanando Heridas Emocionales de la Infancia”** dentro de las actividades del Sistema Municipal DIF de Jaltocán, Hgo. Dirigiéndose a personas adultas que voluntariamente acuden a dicha instancia y de esta manera contribuir saneamiento de las enfermedades psicosomáticas y mejorar la calidad de vida de las personas en los ámbitos personal, familiar, social, etc.

Modelo o teoría psicológica:

Por las características de la sintomatología de las enfermedades psicosomáticas y la raíz de estos, es favorable implementar técnicas psicoterapéuticas de la corriente Psicológicas “Humanista”.

La base Humanista trabaja con las experiencias presentes, el sentimiento proveniente de la complejidad de las situaciones y sus dificultades de la persona en el aquí y el ahora.

El concepto central de esta orientación es el del “*self*” o concepto de “*sí mismo*”, las ideas y percepciones propias del individuo respecto a sus experiencias personales y aspiraciones (el autoconcepto, la autoimagen). El principal autor que representa esta postura es Carl Rogers (1902-1987), un autor eminentemente clínico que aborda en los años 60 una formulación teórica de la personalidad en consonancia con sus posiciones terapéuticas.

Objetivo: la conceptualización del proceso de tratamiento en curso. Se toman las sensaciones del presente inmediato de naturaleza orgánica, y se guía la conceptualización. Este conjunto de sensaciones es fuente de significados y permite la persona, formar conceptos y referirse a ella.

Cuando las experiencias simbolizadas que forman el autoconcepto reflejan fielmente las experiencias del organismo, Rogers supone que la persona ha alcanzado la madurez, funciona por completo y está bien ajustada psíquicamente. Sin embargo, en la práctica, todos estamos plagados de pequeñas incongruencias entre lo que creemos ser (*self*) y lo que realmente somos (organismo).

Si la incongruencia se hace especialmente grande aparecerá el trastorno patológico. En este caso, el estado de incongruencia genera en la persona una sensación de tensión y confusión interior, al tiempo que provoca rigidez perceptiva debido a la necesidad de distorsionar la realidad para adaptarla a un self artificial, percepciones erróneas causadas tanto por la distorsión como por la omisión de ciertos datos en la conciencia, y un modo de actuar regido más por unas creencias que por una confrontación adecuada con la realidad.

El desajuste psíquico viene determinado por la magnitud del proceso de incongruencia y del proceso de defensa. Sobre esta base, Rogers establece dos tipos de conductas patológicas: las conductas defensivas comprenden las conductas que habitualmente se conocen como neuróticas (racionalización, fantasía, proyección, compulsiones, fobias, etc.), así como ciertas conductas que han venido encuadrándose dentro del marco de las psicosis, como la paranoia y los estados catatónicos. El aspecto característico de las conductas defensivas es que el individuo consigue “ocultar” su incongruencia mediante una combinación de los mecanismos de distorsión y negación; las conductas desorganizadas son más graves y se corresponden con las conductas típicamente psicóticas, “irracionales” y “agudas”; responden a un grado de incongruencia tan importante y significativa que el mecanismo defensivo resulta ineficaz para controlarlo. Cuando una experiencia significativa pone repentinamente de manifiesto la incongruencia, es decir, se llega a percibir claramente, el individuo experimenta un estado de ruptura y desorganización provocado por el desmoronamiento del self. En semejante estado, el organismo se conduce, a veces, de modo consistente con aquellas experiencias que habían sido negadas o distorsionadas, en franca oposición con su self; este tipo de

comportamientos parece ocurrir en los “estados psicóticos agudos” donde conductas irracionales son frecuentes. En otros momentos, la conducta será acorde con el concepto de sí mismo (self).

Terapia centrada en el cliente

Tendrá como objetivo primordial la reintegración de la personalidad, aumentando la congruencia entre lo que la persona experimenta y su correcta simbolización en la conciencia. Para que dicho proceso sea factible es necesario que concurren ciertas condiciones:

- 1.- Reducir todo lo que se pueda las condiciones de valor ajenas a la persona e incorporadas al self durante la educación.
- 2.- Aumentar la autoconsideración positiva (autoestima) no condicionada (ya que detrás de cada problema psíquico hay una persona que no se acepta como es, que se detesta).

El primer aspecto que enfatiza esta terapia es el concepto de “no directividad”. Supone Rogers que la persona lleva en su interior la solución de todos sus problemas, de forma que el terapeuta no debe dirigir la terapia, no debe dar consejos, no debe indicar a la persona qué debe hacer, sino que debe limitarse a eliminar los obstáculos que están impidiendo que la persona crezca (siguiendo la metáfora tan habitual de la “flowerpeople”: igual que el jardinero no “tira” de las plantas hacia arriba, sino que limpia el jardín para que las plantas crezcan desarrollando su interior, todos los problemas de la persona se resolverán cuando consiga ser él mismo). La “terapia centrada en el cliente” es ante todo una psicoterapia de la libertad y la responsabilidad de la persona. El hombre es libre y responsable de sí mismo, de forma que cuando los psicoanalistas o los conductistas

dirigen el curso de la terapia están faltando al respeto a su cliente, considerándolo incapaz, inmaduro, no como una persona libre y capaz que lleva en su interior la solución de los problemas. Así, la relación terapéutica debe ser la “no relación”; el psicoterapeuta debe ser la “no persona”, de forma que el cliente, por primera vez en su vida, se encuentra con una situación en la que se dan las condiciones para que crezca libremente como persona.

El segundo énfasis de la terapia rogeriana está en la empatía. El terapeuta debe crear un clima en donde se produzca la unión de los campos fenoménicos del terapeuta y el cliente. Por tanto, el terapeuta debe tener la habilidad de renunciar por completo a su propio marco valorativo, a su propia forma de ver las cosas, y adoptar por completo el punto de vista del cliente. El terapeuta debe convertirse en el cliente. (Para ello puede ayudarse de una serie de técnicas, la más popular de las cuales es la “técnica del reflejo del sentimiento” o “técnica del espejo”, mediante la cual el terapeuta se limita a reflejar lo que el cliente le está expresando, afín de que el cliente, viéndose en el otro (el terapeuta), obtenga un “insight”, una idea fiel de sí mismo. La técnica es tan simple que ha dado lugar a “terapeutas computerizados”).

La última de las claves de la terapia rogeriana, derivada de la anterior, consistiría en la **aceptación incondicional** del cliente. El terapeuta no debe juzgar ni valorar absolutamente nada del cliente, ni positiva ni negativamente. Se ha de aceptar a la persona tal y como es, independientemente de lo que sea. No debe haber ni una crítica, ni una alabanza, la neutralidad debe ser total. El terapeuta debe limitarse a comprender, a querer al cliente tal y como es, sin ningún tipo de interpretación moral, de forma que la persona, por primera vez en su vida, se encuentra en una relación en la que no es juzgado, y en donde el amor (de una

persona tan socialmente significativa como es el terapeuta) lo obtiene independientemente de juicios externos y de forma dependiente sólo de sí mismo.

5.2 Sugerencias

Para lograr el objetivo de la propuesta es de suma importancia la colaboración activa de las partes comprendidas; es por ello que a continuación se mencionan algunas sugerencias para cada una de ellas:

1.- Paciente con enfermedad Psicosomática:

A) A través de campañas, informar a la población en general sobre las características y sintomatología de las enfermedades psicosomáticas.

B) Crear programas de detección de pacientes con sintomatologías de enfermedades psicosomáticas para ser canalizados al área correspondiente y ser atendidos.

C) Asistir a sesiones terapéuticas como tratamiento a su enfermedad psicosomática.

D) Explorar historia familiar de infancia indagando en eventos traumáticos que provocaron conflictos emocionales.

E) Implementar técnicas humanistas, con el objetivo de sanar las heridas que fueron provocados por eventos traumáticos y que están repercutiendo en la vida diaria de los pacientes, los cuales se manifiestan mediante enfermedades psicosomáticas.

2.- Médicos:

A) Concientizar a los médicos sobre la existencia de las emociones en las personas y la importancia de la influencia en las enfermedades orgánicas.

B) Mediante campañas, dotar de información a los médicos sobre las enfermedades psicosomáticas.

C) Capacitar a los médicos para que sepan en que momento les corresponde canalizar al área de salud mental a los pacientes con enfermedades psicosomáticas.

D) Que los médicos realicen una intervención multidisciplinaria en donde participen en el mejoramiento de la salud del paciente con enfermedad psicosomática.

E) Informar al área médica del trabajo del terapeuta en el paciente con enfermedades psicosomáticas.

3.- Área de salud mental en los Centros de salud:

A) Capacitarlos al personal del área de la salud sobre enfermedades psicosomáticas y la dinámica en el paciente.

B) Instruirlos con técnicas de psicoterapia breve para que sean capaces de aminorar la angustia de la enfermedad psicosomática, ya que la enfermedad no cuenta con una raíz sustentable orgánicamente.

C) Capacitar sobre los medicamentos que se pueden emplear en pacientes con estas características.

D) Dar seguimiento al tratamiento y vigilar que se concluya con el control de la enfermedad psicosomática.

E) Crear una campaña para informar a la población de que es una enfermedad psicosomática y que se debe hacer en caso de presentarla.

4.- DIF Municipal:

A) Implementar campañas para informar a la población sobre que es una enfermedad psicosomática.

B) Canalizar al área correspondiente a las personas que manifiesten sintomatología de enfermedades psicosomáticas.

C) Contratar personal capacitado profesionales en terapia Humanista.

D) Implementar campaña “**Sanando Heridas Emocionales de la Infancia**” a través de terapias individuales y de grupos terapéuticos.

E) Dar seguimiento al tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico de cada paciente con enfermedades psicosomáticas.

5.- Familias:

A) Realizar campañas de información acerca de las características de la sintomatología de las enfermedades psicosomáticas.

B) En caso de presentar algún síntoma acudir a la instancia más cercana de salud para que sea valorado.

C) Acudir con algún profesional en psicoterapia humanista para que le sea tratado su enfermedad psicosomática.

D) Acudir con el profesional del área de salud mental para tomar el tratamiento psicofarmacológico.

E) Continuar con el tratamiento tanto medico como terapéutico asta sanar la enfermedad psicosomática.

F) Crear redes de apoyo dentro de la familia para trabar la problemática del paciente con enfermedad psicosomática.

6.- Profesional en psicología:

A) Capacitar a los psicólogos o contratar profesionales en cuanto a una especialidad en psicoterapia humanista.

B) Realizar campañas de información sobre las enfermedades psicosomáticas para que la población conozca sus características en cuanto a su sintomatología.

C) Crear programa de detección de personas con síntomas de enfermedades psicosomáticas para que sean valorados y atendidos si les es requerido.

D) Crear grupos terapéuticos y sesiones de terapia individual para dar tratamiento a las personas con enfermedades psicosomáticas.

E) Dar seguimiento psicoterapéutico y psicofarmacológico consumándose en el paciente sane su enfermedad psicosomática.

F) Capacitar a los Psicólogo en información como bioenergética, farmacología, Couching que les sea de utilidad para trabajar con la problemática de enfermedades psicosomáticas.

Anexo 1
ENTREVISTA CLINICA INDIVIDUAL

FECHA:

1. FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre:

Edad:

Sexo:

Nivel educativo:

Estado civil:

Ocupación:

Domicilio:

Religión que profesa:

1. DESCRIPCION DEL ENTREVISTADO

Se consideran aspectos generales del entrevistado, aspecto físico, vestimenta, actitud, movimientos corporales, gestos, lenguaje, tono afectivo y disposición en el interrogatorio.

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

- 1.- ¿Cómo se encuentra constituida la familia de la cual desciende?
- 2.- ¿Tus papas se peleaban?
- 3.- ¿Cómo fué su relación con los integrantes de su familia de origen?
- 4.- ¿Cuáles fueron conflictos o dificultades en su familia durante su niñez?
- 5.- ¿su familia de origen padece de enfermedades psicosomáticas?

4- CONFORMACION FILIAL ACTUAL.

- 1.- ¿Quiénes integran su familia?
- 2.- ¿Podría describir a cada uno de los integrantes de su familia?
- 3.- ¿Cómo manifiestan las emociones y sentimientos en su familia?

- 4.- ¿actualmente su familia presenta enfermedades psicosomáticas?
- 5.- ¿Cuál cree que sea la razón de las enfermedades psicosomáticas en su familia?

5.- AREA SEXUAL

- 1.- ¿A qué edad fue su primera experiencia sexual?
- 2.- ¿Experimentó una violación sexual en su niñez?
- 3.- ¿Cómo afectó en si vida adulta la experiencia de violación sexual?
- 4.- ¿Cómo es su vida sexual íntima?
- 5.- ¿desarrolló alguna enfermedad psicosomática a partir de la violación sexual?

6.- AREA COGNITIVA

- 1.- ¿Podría describir la situación actual de vida en cuanto a los síntomas que presenta?
- 2.- ¿Qué requiere para su enfermedad psicosomática?

- 3.- ¿Cuál es su pensamiento acerca de su enfermedad psicosomática?
- 4.- ¿Cómo evaluaría su estilo de vida?
- 5.- ¿Qué necesidades identifica usted en su vida personal, que no se han podido resolver?

7.- AREA AFECTIVA

- 1.- ¿presentas bloqueos emocionales?
- 2.- ¿Cómo expresa sus emociones?
- 3.- ¿Qué experiencia en tu niñez marco tu vida emocionalmente?
- 4.- ¿tuviste amor y cariño en tu niñez?
- 5.- ¿presentas alguna enfermedad a partir de tus traumas de la niñez?

8.- AREA INTERPERSONAL

- 1.- ¿Cómo fueron sus relaciones interpersonales durante su niñez?
- 2.- ¿Cómo son sus relaciones interpersonales actualmente?
- 3.- ¿Qué persona o personas fueron sus redes de apoyo ante situaciones problemáticas en su niñez?
- 4.- ¿Cómo resuelve sus conflictos emocionales actuales?
- 5.- ¿Se han presentado algunas situaciones que le genere estados anímicos de aislamiento?

9.- DESCRIPION DE SI MISMO

- 1.- ¿Podría hacer una descripción de su persona?
- 2.- ¿Cómo percibe la visión de su vida?
- 3.- ¿su vida emocional es sana?
- 4.- ¿Cree usted que su conducta se debe a las experiencias de su niñez?
- 5.- ¿Cómo afecta su vida el tener una enfermedad psicosomática?

10.- ÁREA DE SALUD

- 1.- ¿Tiene alguna enfermedad psicosomática?
- 2.- ¿Cuáles son los síntomas y desde cuando las presenta?
- 3.- ¿Su enfermedad es algún síntoma a causa de enfermedad orgánica?
- 4.- ¿Se encuentra bajo tratamiento médico?
- 5.- ¿a qué cree que se deben las enfermedades psicosomáticas?

Anexo 2

ENTREVISTA A EXPERTOS

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

PERFIL:

AREA LABORAL:

1. ¿Qué entiende por enfermedad psicosomática?
2. ¿A qué factor le atribuye la presencia de enfermedades psicosomáticas?
3. ¿Qué son las emociones?
4. ¿De qué manera se adquieren las emociones?
5. ¿De qué manera influyen los conflictos emocionales en las personas?
6. ¿Qué papel juega la autoestima en las enfermedades psicosomáticas?
7. ¿De qué manera influye la violencia familiar en la aparición de las enfermedades psicosomáticas?
8. ¿De qué manera influye el abuso sexual infantil en la aparición de enfermedades psicosomáticas?
9. ¿De qué manera influye el abandono físico o emocional infantil en la aparición de las enfermedades psicosomáticas?
10. ¿Cuál es papel de la ansiedad en las enfermedades psicosomáticas?

Anexo 3

Guía de Formato de Grupo de enfoque

APERTURA: Bienvenida a los participantes y se les invita a que tomen un lugar para dar inicio a la actividad grupal.

PRESENTACION: Presentación del facilitador a los participantes y posteriormente cada uno de ellos lo hace de manera personal y de esta manera lograr un reconocimiento entre los integrantes.

INDUCCION A LA TEMATICA: El facilitador comienza con una inducción a la temática, mencionando aspectos generales sobre las enfermedades psicosomáticas en las personas; por su parte los integrantes externalizaran a través de lluvia de ideas lo que de manera personal perciben como enfermedades psicosomáticas y sus manifestaciones en sí mismos. Se pretende también que expresen de manera vivencial, como han experimentado esta problemática en su vida.

TRABAJO INTERPERSONAL: Una vez que se haya compartido la información teórica y la parte vivencial de los participantes, se realiza el trabajo interpersonal, en donde tendrán que responder a cinco preguntas previamente elaboradas en hojas blancas por el facilitador que son las siguientes:

1. ¿Qué es una enfermedad psicosomática?
2. ¿Qué factores considera usted que ocasionan las enfermedades psicosomáticas?
3. ¿Cómo afectan las enfermedades psicosomáticas en su vida actual?
4. ¿Considera usted que las experiencias de su infancia contribuyen en la aparición de sus enfermedades psicosomáticas?
5. ¿Qué alternativas sugiere para sanar su enfermedad?

CIERRE: Finalmente se da una realimentación sobre la actividad realizada y se les da un agradecimiento total por la cooperación y participación activa.

Glosario

ANSIEDAD: Es un estado emocional displacentero de miedo o aprensión, bien puede estar en amenaza de peligro o en ausencia de este. La ansiedad se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como temblor, tensión muscular; por síntomas cognitivos como inquietud psíquica, hipervigilancia, o síntoma relacionados con la alteración de la alerta y un gran sentimiento de inseguridad.

PERSONALIDAD: Es un constructo psicológico determinado por características de una persona que lo individualiza de los demás, su organización interior que lo hace actuar de manera particular ante una o varias situaciones.

DINÁMICA DE LAS EMOCIONES: En las emociones humanas entran en juego los siguientes aspectos: una situación concreta; una serie de reacciones fisiológicas específicas o sensaciones (aceleración del pulso y de la respiración, tensión muscular, etc.); determinados; Un tipo de respuestas concretas apropiadas para esa situación

ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS: son aquellas en las cuáles existen factores psíquicos que generan cambios orgánicos los cuales son la esencia corporal de la enfermedad, por ejemplo asma, hipertensión arterial, úlceras, colitis, etc.

AUTOESTIMA: Es el reconocimiento y valor propio de la persona. Se le conoce también como el aprecio y consideración de los propios sentimientos, pensamientos y emociones.

DEPENDENCIA: Es un estado de incapacidad de la persona para valerse por si misma, duda de las capacidades personales y vive necesitando al otro para encontrar "equilibrio".

DEPRESION: Es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

EMOCION: Son reacciones biológicas que surgen por medio de una situación o experiencia; se manifiestan a través de los siguientes aspectos: subjetivo (sentimientos), biológico (respuestas que movilizan energías), funcional (propósito/motivación que dirige hacia algo) y expresiva (expresiones faciales/posturas/vocalización).

FAMILIA: Es un sistema con una estructura determinada por los miembros que la componen y las reglas o pautas de interacción que estos siguen. Considerado como la institución más antigua de la tierra y desempeña un papel fundamental en la sociedad.

NEUROSIS: Es un trastorno psíquico sin alteración orgánica demostrable, en donde el juicio de la realidad se encuentra conservado. Los cuadros neuróticos se producen como consecuencia de conflictos en la estructura psíquica de la persona.

PAREJA: Unión de dos personas de orden público o de guardia civil que conllevan vínculos afectivos, intelectuales, sexuales, comparten aspectos cotidianos y forjan el plan de vida.

VIOLENCIA FAMILIAR: Es aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, sexual o psicoemocional a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar.

Referencias bibliográficas

- Bass C., y Benjamín S. (1993). "The treatment of chronical somatization" Britihs journal of Psiquiatry
- Bouchard, citado en Papalia, Olds y Feldman (2005). *Desarrollo humano*. Mexico, D.F. McGRAW-HILL (p. 91). (p.209)
- Dr. Ernesto Lammoglia, (2006). *Triangulo del dolor*. México D.F. Debolsillo
- Dra. Josette Bogantes Rojas (2008) Medicina Legal de Costa Rica, vol 25 (2) ISSN 1409-0015. (p. 56). (p. 57). (p. 58).
- Dra. Lourdes García Fonseca y la Dra. Beatriz Cerda de la O. (2005). *VIOLENCIA FAMILIAR* (p.5)
- E. Echeburúa y P. de Corral (2000) *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. Barcelona. Ariel. (p. 79). (p. 79). (p.80)
- Erich Fromm (2012). *El arte de amar*. Paidós. Madrid, España (pág. 65)
- Erik Erikson (1968). *Identidad*. Nueva York. Norton (p. 103).
- Erik Erikson (1977). *Toys and reason*. Nueva York. Norton (p. 89).
- Estrada, I.L (2005). *El ciclo vital de la familia*. México D.F: Grijalbo p. 11
- Irene V. Intebi (2001) con información de la OMS (2001) *Definiciones y conceptos básicos acerca del abuso sexual infantil*. OMS. Gobierno de Cantabria consejería de sanidad y servicios sociales
- Karmelo Bizkarra (2005) ENCRUCIJADA EMOCIONAL Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia) 4ª edición *España* EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., Henao, 6 - 48009 Bilbao (p.25). (p. 17). (p. 21). (p. 32).

Lic. Alejandra Fernández y la Lic. Silvia Olijavetzky *Cátedra Fisiopatología y Enfermedades Psicosomáticas*. (p. 6)

Luis Rojas Marcos (2007). *La autoestima*. México, D.F. BOOKET. (p. 55). (p. 211). (p.22).

Michael B. First, Allen Frances y Harold Alan Pincus. (2005). "DSM-IV" Barcelona España. Masson S. A.

Nicholas S. Dicaprio (1989). *Teorías de la personalidad*. McGRAW-HILL (p.6) (p.39) (p. 49) (p.172)

Patró Hernández y Rosa María Limiñana Gras (2005) "Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas" 2005, vol. 21 (p.14)

Plutchik Robert en Charles G. Morris y Albert A. Maisto (2005). *Introducción a la psicología*. México. Person educación. (p. 311).

Roberto Hernández Sampieri (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico D.F. McGRAW-HILL (p.241)

Roberto Navarro Arias (2007). *Psicoenergética*. México D.F. PAX MÉXICO (P.75)

Rosa Patró Hernández y Rosa María Limiñana Gras (2005), (Fantuzzo, De Paola y Lambert, 1991; Hughes, 1988; Hughes, Parkinson y Vargo, 1989) (p.13)

Rosa Patró Hernández y Rosa María Limiñana Gras (2005). (p.14).

Rosa Patró Hernández y Rosa María Limiñana Gras (2005). *anales de psicología* vol. 21, nº 1 (fig. 1 y 2 p. 13 y 14)

Susana Bloch citado en Karmelo Bizkarra (2005) "Encrucijada Emocional, Miedo (Ansiedad), Tristeza (Depresión), Rabia (Violencia), Alegría (Euforia) (4a. Ed.)" p.17 y 18).

Verónica Orozco Romo, (2006) "Lazos De Amor, Lazos De Dolor" (p. 126)

Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas

Virginia Satir (2002). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México, D.F.PAX MEXICO. (p.17, 18). (p. 36).

Referencias electrónicas

André Sassenfeld J. (2004) cita a Jung (1934) “Sobre el concepto de neurosis en la teoría de Jung” Revista Encuentros. N.3 2011. Págs. 80 – 90

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2011) (p.2).

<http://etimologias.dechile.net/?psicosoma.tico>

<http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/Transtornodelpensamiento1.htm>

Instituto Nacional de la Salud Mental (p.4).<http://www.nimh.nih.gov> consultado el 18 de febrero del 2014.

La Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (2007) (Tabla 1(Consultado en página web el 22 de febrero del 2014)

La OMS en el apartado de Maltrato infantil Nota descriptiva N.º 150 (Enero 2014).

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/> (consultado 24 de febrero 2014)

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-046-SSA2-2005 (pág. 1) (pág. 2)