

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



Estudio de caso sobre el Trastorno de Somatización a consecuencia de abuso sexual durante la niñez, en una mujer de 38 años atendida en Centro Educativo San Judas Tadeo (CESAJU)
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Ana Julia Ortega Tobías

Guatemala, agosto 2016

Estudio de caso sobre el Trastorno de Somatización a consecuencia de abuso sexual durante la niñez, en una mujer de 38 años atendida en Centro Educativo San Judas Tadeo (CESAJU)
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Ana Julia Ortega Tobías

Licda. Mirna Paola Gaitán Laínez (**Asesora**)

M.A. Eymi Castro de Marroquín (**Revisora**)

Guatemala, agosto 2016

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

**FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: *Ana Julia Ortega Tobías*

Estudiante de la *Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social* de esta Facultad solicita autorización para realizar su *Práctica Profesional Dirigida* para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: agosto 2, 2016.

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de *Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social* se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar *Práctica Profesional Dirigida* está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: *Ana Julia Ortega Tobías*
4. recibe la aprobación para realizar su *Práctica Profesional Dirigida*.


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

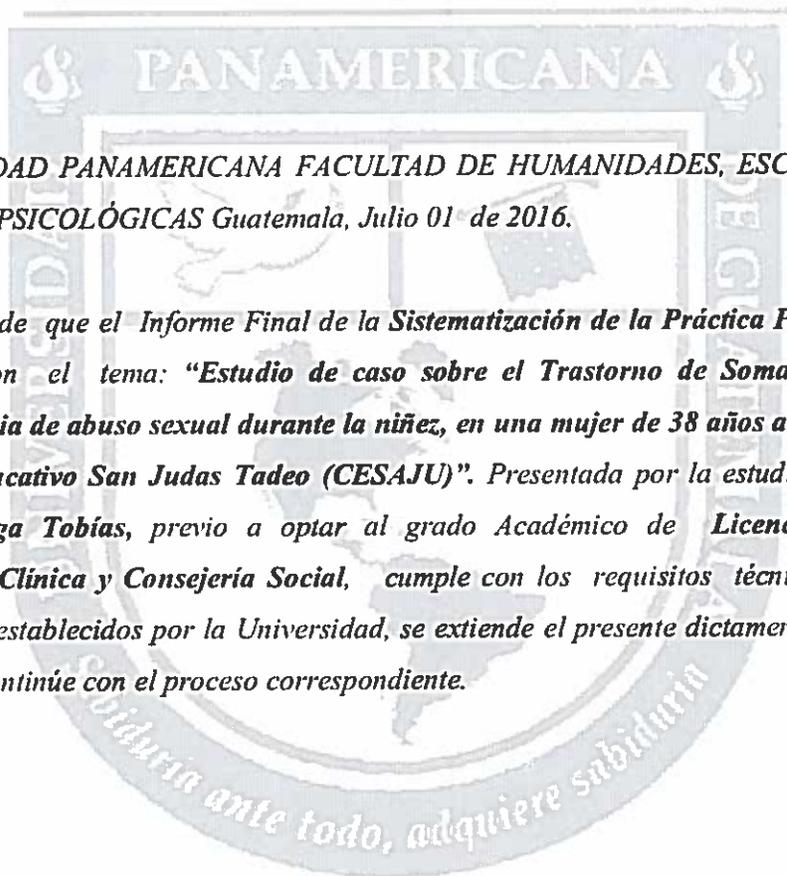


UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, agosto dos mil dieciséis.

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso sobre el Trastorno de Somatización a consecuencia de abuso sexual durante la niñez, en una mujer de 38 años atendida en CESAJU”. Presentada por el (la) estudiante: Ana Julia Ortega Tobías, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Mirna Paola Gaitán Láinez
Asesora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS Guatemala, Julio 01 de 2016.

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso sobre el Trastorno de Somatización a consecuencia de abuso sexual durante la niñez, en una mujer de 38 años atendida en Centro Educativo San Judas Tadeo (CESAJU)". Presentada por la estudiante: Ana Julia Ortega Tobías, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M.A. Eyni Castro de Marroquín
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS, Guatemala agosto del dos mil dieciséis.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso sobre el Trastorno de Somatización a consecuencia de abuso sexual durante la niñez, en una mujer de 38 años atendida en Centro Educativo San Judas Tadeo (CESAJU)", presentado por Ana Julia Ortega Tobías, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Acto que dedico

A Dios:

Por darme las fuerzas necesarias para sentir que puedo vencer cualquier obstáculo que se presente en mi camino. Por amarme tanto que dio a su único hijo, sin yo merecerlo. Bendito sea tú nombre por siempre señor porque gracias a ti estoy donde estoy.

A Ángel Tobías Castellanos:

Por todo el apoyo incondicional, moral, económico, por darme ánimos cuando creía no llegar a mí meta. Dios te recompense todo el sacrificio que hiciste por mí, para que yo lograra mi objetivo.

A mi hija Alejandra Tobías

Por ser mi compañera de estudios, hoy mi colega, por apoyarme con las tareas, con quien lloramos, reímos, con quien compartí momentos de tantas satisfacciones y ahora podemos celebrar la culminación de tantos sacrificios. Te amo hija mía.

A mi hijo Ángel Tobías

Por darme tanto amor como apoyo para que yo concluyera mi carrera con tanta satisfacción. Gracias hijo mío.

A mi nieta Jimena Alejandra

Por darme tantas alegrías y llenarme de muchas satisfacciones al ver tu rostro lleno de vida.

A mi madre Argentina Ortega

Por siempre escucharme y darme ánimos para no desmayar, e inculcarme esa fe maravillosa que tiene en Dios. Gracias mami por todo su amor.

A mis hermanos:

Silvia, Juan Carlos, Elena, Luz Amanda, por darme ánimos constantes para concluir lo que inicie. Dios los bendiga

A mis sobrinos gracias a todos por su amor.

A mi tía Mérida Madrid

Por el apoyo incondicional, su amor por animarme y muchas veces ser mi paño de lágrimas. Gracias tía Dios la bendiga.

A mi tía Chela con mucho cariño

Por siempre estar pendiente de mí. Muchas gracias tía.

A mis compañeras de curso:

Por la amistad que se formó a través de los años por todos los momentos buenos y malos por los recuerdos que serán imperecederos y por continuar cultivando esta amistad.

A la Universidad Panamericana:

Por ser la fuente de saber que me acogió estos años para hoy llegar hacer una profesional y así mismo a cada uno de los catedráticos que me proveyeron sabias enseñanzas.

**Gracias Dios a ti sea toda la Gloria y la Honra por los siglos de los siglos
Amen.**

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	3
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	4
1.7 Misión	4
1.8 Programas establecidos	4
1.9 Justificación	5
Capítulo 2	7
Marco Teórico	7
2.1 Trastorno de somatización	7
2.2 Abuso sexual	9
2.3 Autoestima Deficiente	12
2.4 Problemas conyugales	13
2.5 Problemas sexuales	14
Capítulo 3	17
Marco Metodológico	17
3.1 Planteamiento del problema	17
3.1.1 Problemática del caso de estudio	17
3.2 Pregunta de investigación	18
3.3 Objetivo general	18
3.4 Objetivos específicos	18

3.5 Alcances y límites	19
3.5.1 Alcances	19
3.5.2 Límites	19
3.6 Método	19
3.7 Procedimiento	20
Capítulo 4	21
Presentación de Resultados	21
4.1 Sistematización del Estudio de Caso	21
4.1.1 Motivo de consulta	21
4.1.2 Historia del problema actual	21
4.1.3 Historia Clínica	23
4.1.4 Historia familiar	25
4.1.5 Examen Mental	26
4.1.6 Resultados de las pruebas	27
4.1.6.1 Pruebas proyectivas en pasado	28
4.1.6.2 Pruebas Psicométricas	29
4.1.7 Impresión diagnóstica	30
4.1.8 Evaluación multiaxial	32
4.1.9 Recomendaciones	32
4.1.10 Plan Terapéutico	33
4.2 Análisis de Resultados	35
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Referencias	40
Anexos	42

Resumen

En el presente trabajo de investigación, de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, Sede Naranjo, se desarrolló, durante los meses de marzo a octubre del año 2015.

Se desarrolló un estudio de caso en el que se describen los conceptos del trastorno de somatización y el abuso sexual en la infancia, y la forma en que repercutió en la adultez, en una paciente de 38 años de edad; presentando problemas en las áreas de afectividad, conducta, cognición, relaciones interpersonales, problemas físicos, problemas conyugales y relaciones sexuales.

En el capítulo 1: Marco de Referencia, se realizó una descripción estructurada y detallada de los antecedentes de la institución, conjuntamente de la ubicación organización, programas establecidos y justificación.

En el capítulo 2: se realizó el Marco Teórico el cual muestra información sobre la investigación de trastorno de somatización y cómo afecto el abuso sexual en la niñez en la paciente de estudio, exponiendo sus causas y consecuencias.

En el capítulo 3: Marco Metodológico, se plantean los objetivos, pregunta de investigación, los alcances y limitaciones, metodología utilizada en el caso de estudio, referido para proceso terapéutico por el Centro San Judas Tadeo.

En el capítulo 4: Presentación de Resultados se presenta al caso de estudio, en el cual se realizó entrevistas, evaluación por medio de pruebas, así mismo se realizó el plan terapéutico para luego dar lugar al tratamiento. Se finalizó con el resultado del análisis del caso de estudio dando conclusiones y recomendaciones en torno al caso.

Introducción

La ejecución de la fase de Práctica Profesional Dirigida, para los alumnos que cursan el último año de la carrera de psicología clínica y consejería social en la Universidad Panamericana, sede naranjo zona 4 de Mixco, fue realizada en el Centro San Judas Tadeo de la zona 13 de la ciudad capital de Guatemala.

En el presente trabajo se compila y detalla información sobre la paciente atendida con trastorno de somatización a consecuencia de violación sexual en la niñez por lo que se abordaron temas de sumo interés asociados al trastorno, como problemas sexuales, problemas conyugales que afectaron el rol matrimonial y familiar, baja autoestima elementos que son parte integral de la vida del ser humano.

El estudio de caso se plantea desde una perspectiva investigativa, partiendo de la observación, entrevistas, batería de pruebas psicométricas y proyectivas que de una manera adecuada fueron aplicadas para la compilación de información efectiva y veraz.

En el ámbito guatemalteco se resalta la importancia de informar a los pacientes sobre las características específicas de este tipo de trastorno; para evitar no sólo los gastos médicos innecesarios, por las constantes quejas que no tienen causa orgánica, sino por el deterioro físico, emocional y mental que ocasiona.

Así mismo investigar acerca del abuso sexual en la niñez que es una problemática que se debe tomar en cuenta, ya que no se le ha dado la importancia necesaria para el desarrollo de una buena salud mental y que trae consigo muchas secuelas que posteriormente son perjudiciales en la adolescencia y adultez.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La Práctica Profesional Dirigida fue realizada en El Centro Educativo San Judas Tadeo, el cual fue fundado en el año 1993, e inició como guardería, posteriormente según Resolución Ministerial, emitida en la Dirección Departamental de Guatemala, a los ocho días del mes de Julio de 1998 se emite la resolución con la cual se autoriza el funcionamiento de la Escuela Privada “San Judas Tadeo” para impartir preprimaria y primaria. Tres años más tarde se implementa el nivel básico de Cultura General y el Bachillerato en Computación con Orientación Científica, Resolución Ministerial emitida por la Dirección Departamental de Guatemala, a los siete días del mes de julio del año 2001.

Así mismo el día 21 de diciembre de 2007, fue emitida la resolución ministerial con la cual se autorizó al Centro Educativo San Judas Tadeo para impartir la carrera de Bachillerato Industrial y Perito en Electrónica. En enero de 2015 se autorizó el funcionamiento de la carrera de Bachillerato en Ciencias y Letras con Orientación en Finanzas y Administración.

La institución inició con 125 alumnos, con el perfil de estudiantes basados en la escuela Agustiniiana, esta comunidad educativa promueve una formación humano-cristiana y educa desde los valores evangélicos al estilo agustiniano.

1.2 Descripción

A continuación se describen las instalaciones del Centro Educativo San Judas Tadeo: está dividido en tres niveles educativos de pre-primaria: una sección de cuatro años, una sección de cinco años, una sección de seis años; cada área cuenta con patio para recesos, área de juegos designada para estos tres niveles, así mismo cuenta con un nivel exclusivo para la primaria

gozando de los mismos beneficios del área de preprimaria. Las carreras de básicos y diversificado están distribuidos en dos edificios educativos al servicio de los alumnos que se describen de la siguiente manera: biblioteca, es un espacio privilegiado del colegio, signo de la importancia que se otorga al estudio.

Cuenta con un numeroso fondo bibliográfico al servicio de los estudiantes, dispone de amplias mesas de trabajo, acceso a internet para consultas académicas, auto consulta de libros y fuentes bibliográficas. La biblioteca está abierta a personas externas al colegio; tiene una excelente iluminación, tanto natural por sus amplios ventanales como artificial. Salón de actos está ubicado en la planta baja del plantel dispone de escenario, proyector, audio, iluminación.

La capilla está en la planta principal del colegio, es un espacio sagrado dedicado a la oración y la celebración de la Eucaristía, en la oficina adyacente se encuentra el despacho de la dirección, secretaría y administración, la sala de juntas, disponible para reuniones de trabajo de diferentes equipos y comisiones.

La sala de Informática dispone de ordenadores actualizados, dotados de las aplicaciones más utilizadas; además cuenta una multifunción para impresiones, scanner y fotocopias sin costo alguno. Cuenta con un laboratorio de cocina para el uso de los alumnos, laboratorio de electrónica, sala de música, sala de artes plásticas, clínica médica, clínica de psicología, salón de usos múltiples, canchas deportivas, cuenta con una tienda de comida para los alumnos y el personal, existe un área de comedor para los coordinadores y área administrativa, que fue proporcionado para la práctica en algunas ocasiones. En total eran 560 alumnos distribuidos en dos edificios.

1.3 Ubicación

El Centro Educativo San Judas Tadeo se encuentra ubicado en 13 av. "B" 26 – 45, zona 13 Colonia la libertad en la ciudad capital de Guatemala.

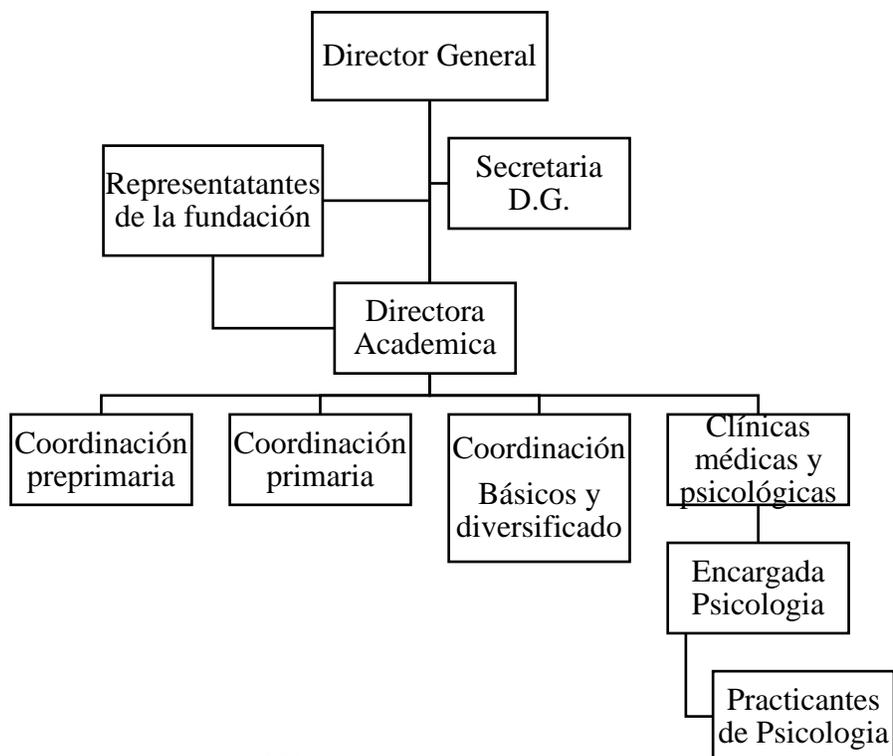
1.4. Organización

El sacerdote de la Orden de los Agustinos Recoletos funge como director general, paralelamente trabajan con él en la dirección de la institución, la junta directiva de la Fundación Guatemalteca de Promoción Humana.

Cuentan con una secretaria de dirección general, del Director general se desprende la dirección académica que dirige a las coordinadoras de cada nivel y las clínicas médicas y psicológicas. De esta última se desplaza la Dirección psicológica quien tuvo a su cargo las practicantes de psicología este año.

1.5 Organigrama

A continuación se presenta el Organigrama del Centro Educativo San Judas Tadeo de Guatemala.



Fuente: elaboración propia, diciembre 2015.

1.6 Visión

La visión del Centro Educativo San Judas Tadeo es: ser una institución que responda a las necesidades educativas, desde las exigencias de la familia y sociedad a través de la calidad y actualización educativas y lo establecido por el Ministerio de Educación, para lograr alumnos/as con una educación integral, con valores ético-cristianos, un Alto Nivel Académico, conscientes de la realidad nacional y comprometidos en la búsqueda de una sociedad donde exista la justicia y la paz.

1.7 Misión

La misión del Centro San Judas Tadeo es: ser un Centro Educativo, comprometidos en formar estudiantes conscientes de su dignidad, responsables ante sí mismos y la comunidad, abiertos a Dios y empeñados en el servicio, con un modelo diferenciado, basados en la aplicación de valores eje, para una educación académica de cultura general integral, avalada por el Ministerio de Educación.

1.8 Programas establecidos

Entre los programas establecidos con los que cuenta el Centro San Judas Tadeo, se pueden mencionar los apadrinamientos: son personas de España y Guatemala, que apoyan económicamente a los niños aportando una cantidad anualmente para sufragar los gastos del centro educativo. Así existe un programa de alimentación que consiste en dar sustento diariamente a todos los niños de pre-primaria, primero, segundo y tercer grado de primaria; se cuenta con personal de trabajo social, quienes hacen estudios socioeconómicos y visitas domiciliarias a todos los alumnos del centro educativo. Brinda apoyo psicológico a todos los alumnos que más lo necesitan, para lo cual en el año 2015 se recibió atención por parte de las alumnas del último año de la Universidad Panamericana de Guatemala.

En el presente ciclo escolar se contó con un voluntariado de consejería por parte de orientadoras familiares graduadas de CIOFA, (Centro Integral de Orientación Familiar de la Arquidiócesis de Guatemala).

Cuenta con una escuela de música, la cual funciona en horario vespertino, atendiendo a niños del centro educativo y a las escuelas aledañas. El centro educativo maneja un banco de libros actualizados que renta a los estudiantes de primaria, básico y diversificado por una cantidad anual simbólica. También cuenta con un programa de educación en valores que trabaja como eje transversal en el currículo institucional.

El centro educativo atiende alumnos con necesidades educativas especiales, bajo la supervisión y el apoyo de DIJESP (Dirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación). Entre las necesidades especiales que se atienden se pueden mencionar: ceguera total, hipoacusia, autismo, síndrome de Ilian Barré, insuficiencia renal etc. así mismo proyectos de lectura que consisten en que todos los alumnos, personal, docente y administrativo del centro educativo leen simultáneamente a diario durante cuarenta minutos una lectura.

1.9 Justificación

La compilación de este trabajo se ejecuta como parte de la sistematización de práctica profesional dirigida, como requerimiento del pensum de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana.

El estudio de caso sobre el trastorno de somatización, fue de interés personal debido a la sintomatología padecida por la paciente y la forma en la que incidía en la vida diaria, mostrando un deterioro clínicamente significativo, el cual en la mayoría de casos es pasado por alto y no se le da la atención que amerita, enfocándolo sólo como un cuadro médico y dejando de lado el aspecto psicológico que es fundamental para el desarrollo integral de todos los seres humanos.

La finalidad de esta labor fue adquirir nuevos conocimientos, y ponerlos en práctica para el progreso y desarrollo personal. La práctica dio inicio el 10 de marzo al 21 de octubre del año en curso y se realizó en el Centro San Judas Tadeo (CESAJU).

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Trastorno de somatización

Son problemas psicológicos, manifestados físicamente, sin causa orgánica, no obstante al efectuarse exámenes médicos no aparece ninguna enfermedad o bien si aparece alguna no explica todos los síntomas. El paciente afectado persiste por mucho tiempo en buscar atención médica, lo cual le genera ansiedad por creer que tiene enfermedades extrañas o incurables.

“El trastorno de somatización (anteriormente histeria o síndrome de Briquet) es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor” (López y Valdés, 2000, p.545).

Es necesario hacer referencia que dentro de las etiologías más frecuentes que da origen a este tipo de trastornos, se encuentra los eventos estresantes que pueden amenazar o poner en riesgo la vida o la integridad de las personas, sobre todo en la etapa de la niñez en donde dicho evento, puede permanecer como una huella imborrable.

En 2003, Halgin y Whitbourne refieren:

Que en la mayor parte de los casos, el trastorno de somatización aparece por primera vez durante la adolescencia y progresa a un curso fluctuante de toda la vida, durante el cual los eventos estresantes pueden causar la intensificación episódica de los síntomas. Los individuos con trastorno de somatización rara vez pasan un año sin buscar tratamiento médico para un problema físico no diagnosticable. Estas personas se esfuerzan demasiado, buscando de manera compulsiva tratamiento médico y quirúrgico para sus problemas físicos vagos y no comprobada” (p. 201).

Las consultas por este tipo de trastorno están aumentando según las estadísticas, ya que el 25% según (DSM-IV- TR) López y Valdés (2000) lo constituyen las nuevas consultas en atención médica. Lo más relevante o que cabe mencionar, es que las personas con este desorden suele frecuentar médicos para someterse a distintos tipos de exámenes diagnósticos sin encontrar una causa orgánica, y por ende tienden a depender de un fármaco como analgésico para calmar el dolor que este representa; aun así el paciente no encuentra un medicamento que le haga sentirse mejor y recurre nuevamente a las emergencias de un hospital y en muchas ocasiones a cirugías innecesarias con el propósito de encontrar alivio.

Estas personas se mantienen sumamente estresadas, ansiosas y a veces con cuadros depresivos graves por no encontrar la causa del dolor que presentan, el padecimiento del paciente es innegable, por lo tanto ellos necesitan que se les tenga una actitud empática ante los que están sintiendo.

Según López y Belloch (2002), este trastorno es más frecuente en las mujeres, no obstante, esta tendencia depende mucho de la cultura, en el caso de los hogares guatemaltecos se manejan patrones de crianzas muy diferentes, variando de manera significativa la educación y la manera de manejar los acontecimientos; por ejemplo en distintos lugares del interior de la República, a menudo se enseña que la mujer debe ser “sensata y permanecer callada en diversas situaciones”. Por lo tanto es importante considerar, que la psicología debe jugar un papel importante en el tratamiento de este trastorno, desde la psicoeducación.

De acuerdo con la investigación de López y Belloch (2002), aportan un dato importante respecto a que encuentran que las personas con el trastorno de somatización en su mayoría son de clase económica baja, cuentan con menos educación y por lo tanto son personas que no tienen el hábito de acudir a un psicólogo y la manera de expresar las emociones es por medio de síntomas corporales.

Se cree que para este trastorno no hay condición social, porque el dinero no compra la salud, tal vez los medicamentos. Dependerá mucho de la manera que cada individuo sepa percibir las emociones, y manejarlas de una manera sabia y oportuna, para contrarrestar cualquier dolor que se presente físicamente. Y más que nada saber vivir una vida con optimismo, alegría y sentido de la vida aun en medio de las adversidades.

2.2 Abuso sexual

Bustamante 2011) denominan al abuso sexual como comportamientos impuestos, realizado por una persona adulta que violenta a través de usar poder y autoridad erróneamente a una persona menor de edad; abusando sexualmente por medio de contacto físico, genital o no. Existe abuso oral, mímico y exhibicionista y otros que incorporan palpamientos e inclusión vaginal, anal y oral. El abusador busca de alguna manera satisfacerse sexualmente al perpetrar la injusticia.

En 2006, CONACMI refiere “De acuerdo con el Centro Internacional de la infancia de Paris, “el abuso sexual infantil es cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad, no siendo necesario que exista un contacto físico utilizando al niño como objeto de estimulación sexual” (p. 18).

Guerricaechevarria (2000), denomina las consecuencias a corto plazo del abuso sexual, constatando que únicamente un 20-30% de las víctimas continúan relativamente estables emocionalmente luego del atentado. Las secuelas psicológicas dependerán del nivel de culpa y de la victimización del niño por parte de los padres, así como con la resiliencia con que cuente la víctima, para estabilizar sus emociones. Es más usual que las niñas presenten reacciones ansiosas y depresivas, en los niños es más frecuente el fracaso escolar e inconvenientes inexplicables en la socialización, como conductas agresivas.

En 2006, Echeburúa y Corral proponen que las consecuencias a largo plazo son menos usuales que las iniciales, pudiendo afectar, por lo menos, un 30% de las víctimas. La dificultad más común es la alteración sexual, disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, así como un

control inadecuado de la ira. Ya que las víctimas tienden a relacionar inconscientemente el abuso sexual en el momento de la intimidad en pareja, y por ende no llegan a un orgasmo siendo este un punto culminante de la excitación sexual.

Pinzón (2013), refiere “sin embargo, cerca de una de cada cuatro mujeres con problemas sexuales, afirma que no tienen orgasmos. Obviamente, si el deseo está ausente y no hay erección, el orgasmo no le seguirá a este fallido proceso”. (parr. 2).

Echeburúa 2011, las alteraciones en el área sexual traumática puede manifestarse en forma de inhibición sexual, que podría llegar hasta una fobia o a la aversión al sexo, de dificultades de identidad sexual y de hipersexualidad, que se reflejan en conductas disfuncionales: sexualidad precoz, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, promiscuidad sexual e incluso aparición de comportamientos abusivos hacia otros menores.

Mayormente se dará en una persona que ha sufrido una violación, ya que las secuelas que trae consigo serán un muro de contención no tan fácil de derribar; a menos que la persona busque la ayuda adecuada, para poder encontrar el disfrute sexual adecuado.

En 2013, Pinzón argumenta otra condición que puede afectar a las mujeres que han experimentado un sexo forzado, como violación o incesto, es una forma extrema de frigidez. La paciente siempre tratará de evitar cualquier forma de contacto sexual. (parr. 3).

Adicionalmente hay un conjunto de áreas afectadas como la baja autoestima, ansiedad, depresión, culpabilidad etc. A continuación se expone el cuadro de Echeburúa y Guerrica, (1998), sobre las principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia.

Tipo de secuela	
Físicas	<p>Síntomas físicos y dolores crónicos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hipocondría y trastornos de somatización ❖ Alteraciones del sueño (pesadillas) ❖ Problemas gastrointestinales ❖ Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Intentos de suicidio ❖ Consumo de drogas y/o alcohol ❖ Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple)
Emocionales	<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
Sexuales	<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
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Problemas en las relaciones interpersonales ❖ Aislamiento ❖ Dificultades en la educación de los hijos

Fuente: Echeburúa y Guerricaecheverria (1998).

Rodríguez; Aguiar y García (2012), estiman que las consecuencias psicológicas que se han relacionado con la experiencia de abuso sexual infantil, pueden perdurar a lo largo del ciclo progresivo y repercutir, en la edad adulta. También es posible que la víctima no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como problemas nuevos en la adultez.

En 2012, Rodríguez Et al, muestran otros estudios que también han confirmado la frecuente presencia de problemas de tipo sexual en víctimas de abuso sexual infantil, como una sexualidad insatisfactoria y disfuncional.

2.3 Autoestima Deficiente

Matud, Padilla, Gutiérrez (2005), consideran que es la estimación que se hace de uno mismo y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos ido reuniendo a lo largo de nuestra vida. Para mejorar nuestra autoestima necesitamos: conocernos, en lo que nos gusta y en lo que no, saber cuáles son las fortalezas y debilidades.

Cuando una persona ha sufrido de abuso sexual en la niñez es indudable que las secuelas de este fatal acontecimiento saldrá a luz en cualquier momento de la vida, de alguna manera o de otra, se desarrollaran ciertas actitudes o formas de comportamiento ante situaciones que recuerden el suceso lamentable; y serán el detonante para exteriorizar todo aquello que ha estado en secreto desde el primer día del abuso guardado en lo más profundo del interior de la víctima.

Tratar a víctimas de abuso sexual resulta un trabajo arduo pero fructífero, en primer lugar es necesario trabajar el sentimiento de culpa, muchas veces el agresor es quien controla y manipula la situación para hacer creer que la víctima es tan responsable como él de lo sucedido. En segunda instancia el restablecimiento de autoestima, es parte fundamental del trabajo terapéutico, ya que esta parte básica de la identidad la que fue dañada, adicionalmente qué la víctima sea capaz de afrontar el estigma social a partir de la confianza y empoderamiento personal.

El proceso consistirá en aportar herramientas que le permita salir a flote, sin importar por qué sino el para qué sucedió esto. Transmitir la idea de que son personas que tiene un propósito en la vida y que fueron creados para lograr alcanzar su autorrealización; y que su vida tiene un valor intrínseco, como el propósito mismo que Dios diseñó.

2.4 Problemas conyugales

Las relaciones de pareja sin duda son una de las más complicadas, entre dos seres humanos que se aman, ya que el amor no es todo en el vínculo matrimonial. La biblia menciona en los versículos de 1ª. Corintios 13 que si no tengo amor vengo hacer como címbalo que retiñe, el amor es sufrido, no es jactancioso, no tiene envidia, no hace nada indebido, no busca lo suyo, no se irrita, no guarda rencor, no se goza de la injusticia, se goza de la verdad.

En 2012, Papalia describe los tres elementos del amor de la siguiente manera: intimidad lo que lleva al vínculo, la calidez la confianza. La pasión el elemento motivacional, se traduce en la estimulación fisiológica en deseo sexual y por ultimo pero no menos importante, el compromiso, es la decisión de amar y quedarse con el ser amado.

Las bases del mantenimiento del matrimonio o de una relación para que sea imperecedera sin dudarle es el amor, claro se une a esta la confianza, la comunicación y los relaciones sexuales.

En 2007, Fernández propone no en vano se dice que el verdadero amor existe sólo ordenado por el respeto. El amor es como una fuerza ciega, es semejante a un río que baja impetuoso de la montaña. Mientras no se le encauce es peligroso y puede llegar a ser destructivo: arrastra y rompe. Si se le encauza, se le puede utilizar para generar energía creadora, se transforma en fuente de vida.

Si el amor es así tan puro, sincero, como un tornado que arrasa con las más grandes dimensiones, que lo podemos usar para bien, pero si no lo dirigimos hacia lo correcto se desborda y devasta y mata. El amor es como una planta que si no se riega muere, si no le colocamos el abono y todos sus nutrientes no da buen fruto y genera enfermedades y contagia a los demás y luego muere. Al contrario si le damos a esa planta todo lo necesario para que se ponga hermosa lucirá bella y contagiara con su luz propia a los demás y vivirá por siempre.

Tobón 2015, Maridos, amad a vuestras mujeres, así como Cristo amó a la iglesia, y se entregó a sí mismo por ella, así también los maridos deben amar a sus mujeres como a sus mismos cuerpos. El que ama a su mujer, a sí mismo se ama. Porque nadie aborreció jamás a su propia carne, sino que la sustenta y la cuida. El plan de Dios para la humanidad es que nos amemos los unos a los otros como él nos amó; tan sencillo pero difícil de llevarlo a la práctica.

En la biblia se hace mención de que estemos bien con todos mientras podamos, esto Dios ya sabía que era extremadamente difícil de realizarlo, por lo mismo el apóstol pablo lo recalca nuevamente, de manera que se nos grave, llévense bien con todos mientras puedan.

2.5 Problemas sexuales

En una pareja son múltiples los inconvenientes que pueden surgir, pero cuando se trastocan los pilares básicos: respeto, comunicación, situación económica y sexualidad se puede caer en una crisis matrimonial.

Tobón (2013), refiere:

La sexualidad permite nombrar al conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo. El término también hace referencia al apetito sexual (como una propensión al placer carnal) y al conjunto de los fenómenos emocionales y conductuales vinculados al sexo. La sexualidad humana abarca tanto las relaciones sexuales (el coito) como el erotismo, la intimidad y el placer. La sexualidad es experimentada y expresada a través de pensamientos, acciones, deseos y fantasías. (párr. 2).

En las relaciones de pareja es sumamente importante llevar una salud sexual adecuada, ya que genera satisfacción, sentimiento de unidad, armonía y mejora la salud física en general.

De la Sota (2015), menciona que es usual a lo largo de la vida que en una pareja se sufra de algún tipo de problema en las relaciones sexuales. Las causas pueden ser diversas, pero una a las que se le pone menos importancia es las relaciones sexuales insatisfactorias.

Las parejas cuya relación sexual se limita a realizar el coito de forma rápida, mecánica y rutinaria, con el objeto de alcanzar el orgasmo (el hombre en mayor medida que la mujer, debido a que la mujer, por su fisiología, tiene un ritmo sexual más lento que el del hombre) se hace difícil que la relación sea satisfactoria, lo que le genera frustración.

Una de las secuelas del abuso sexual en la infancia es la anorgasmia en la vida adulta; con frecuencia la mujer finge el orgasmo para que el hombre acabe cuanto antes con algo que a ella le genera rechazo, ya que al momento del contacto sexual recordará el suceso, ocasionando repudio hacia la pareja. Esto último es mucho más perjudicial para la mujer, ya que su sexualidad está basada en la sensualidad, el romanticismo y la fantasía, mientras que la del hombre tiene un marcado carácter genital.

Por otra parte la Biblia Reyna Valera (2001) Afirma:

1 Tesalonicenses 4:3-7 dice: Pues la voluntad de Dios es vuestra santificación; que os apartéis de la inmoralidad sexual; que cada uno aprenda a controlar su propio cuerpo de una manera santa y honrosa, sin dejarse llevar por los malos deseos como hacen los paganos, que no conocen a Dios; y que nadie perjudique a su hermano ni se aproveche de él en este asunto. El Señor castiga todo esto, como ya les hemos dicho y advertido. Dios no nos llamó a la impureza sino a la santidad. (P. 1392).

Por ende al tener diferencias relacionadas a la sexualidad, muchos matrimonios terminan por desertar o buscar una nueva motivación fuera del matrimonio y esto trae consigo mayores problemas, porque se adhiere la desconfianza, malos tratos entre sí, desamor, apatía, desestabilidad en el hogar etc. y se crea una nube de inseguridades para todo el núcleo familiar.

No digamos en personas que traen secuelas de la niñez a través de un abuso, son mayores los miedos, la capacidad de confianza, y se les dificulta disfrutar en intimidad el uno del otro, por la sencilla razón que mantienen el recuerdo latente del abuso sexual; y si estas personas no aprenden a exteriorizar lo que han guardado por mucho tiempo y a saberlo manejar, perdonándose ellos mismos, perdonando al agresor, aceptándose tal cual son, únicamente conseguirán que el matrimonio pierda el auge y lleguen a la ruptura total.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El abuso sexual es un fenómeno cultural de violencia en el que lamentablemente las víctimas son niñas, niños y adolescentes a los que se les arrebató de manera injusta y sorpresiva la inocencia y bienestar físico y emocional.

Guatemala, es un país donde el porcentaje de víctimas de abuso sexual va en aumento, desafortunadamente el número de denuncias es reducido, comparado con el índice de agresiones sexuales que se suscitan día con día. Por lo tanto hay niños sufriendo en silencio, sin contar con el apoyo necesario para poder parar el abuso o superar el trauma.

Como consecuencia de este tipo de violencia sin atención durante la infancia y adolescencia, estas víctimas pueden llegar a sufrir desórdenes psicológicos entre los cuales cabe mencionar el trastorno de somatización, en el cual el individuo canaliza las emociones o experiencias negativas a través de malestar físico que provoca un dolor real a pesar de no tener un fundamento médico, deteriorando así varias áreas de desenvolvimiento físico y social.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

El caso de estudio fue atendido en el Centro Educativo San Judas Tadeo (CESAJU), se atendió a la señora K.V. de 38 años de edad, para proceso terapéutico, esto debido a maltrato físico, psicológico, social y violencia intrafamiliar, la señora se encontraba en estado de desesperanza, triste y desmoralizada por la situación que atravesaba y además presentaba sentimientos de culpa, enojo, inseguridad, temor y desvalorización.

K.V. refiere que cuando tenía ocho años fue abusada sexualmente por un tío, (hermano de la madre), ya que él se quedaba al cuidado de la paciente, durante el tiempo que la madre trabajaba.

En la adolescencia tuvo únicamente un novio el actual esposo, ya que no se sentía capaz de tener relaciones de noviazgo, por sentir rechazo hacia los hombres y por considerarse una mujer inmerecedora por las circunstancias.

Desde la juventud padeció diferentes dolores en varias partes del cuerpo, que no fueron comprobados por exámenes médicos. No obstante los síntomas persistieron y no eran simulados. En su relación marital hubo varios problemas de índole sexual, a raíz del abuso, ya que la paciente presentó rechazo, dolores vaginales al momento de las relaciones, y no lograba la culminación del placer sexual, por lo que fue diagnosticada con trastorno de somatización, debido a la problemática presentada, fue de interés tomar el caso para exponer la relación entre el abuso sexual en la niñez y el trastorno de somatización.

3.2 Pregunta de investigación

¿Es el trastorno de somatización una consecuencia de abuso sexual durante la niñez en una mujer de 38 años atendida en CESAJU?

3.3 Objetivo general

Establecer como el trastorno de somatización surgió como consecuencia de abuso sexual durante la niñez en una mujer de 38 años atendida en CESAJU.

3.4 Objetivos específicos

- Establecer cómo afectó el abuso sexual durante la niñez a la paciente de estudio.
- Explicar cómo fue afectada la autoestima de la paciente de estudio
- Determinar cómo los problemas conyugales han influyeron en el caso de estudio
- Explicar cómo los problemas sexuales afectaron a la paciente de estudio.

3.5 Alcances y límites

3.5.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de caso de la Práctica Profesional Dirigida, se logró que la paciente K.V. manejara de una manera asertiva los problemas, encontrando el sentido a la vida, equilibrio emocional, control de enojo o ira, resolución de problemas, y restableciendo su autoestima.

Actualmente la paciente goza de buena salud, ha cesado en los exámenes médicos que continuamente efectuaba, una mejor relación marital y mejores vínculos afectivos con los hijos, en el rol de madre, mejores relaciones sociales con los compañeros de trabajo, con quienes ya no compartía por falta de deseos y tiempo, así como también menos ausencias al trabajo por encontrarse enferma. El tiempo que se atendió a la paciente fue por un lapso de siete meses.

3.5.2. Límites

Desde el inicio de la práctica en el Centro San Judas Tadeo (CESAJU), los inconvenientes que se presentaron estuvieron relacionados con el acceso al lugar ya que la zona es un área de riesgo, (zona roja), no se contaba con área de parqueo ya que se tenía que dejar el auto en la calle corriendo el riesgo que lo abrieran o le robaran alguna parte del mismo. En algunas ocasiones no se contó con la presencia de algunos padres de familia para recabar información necesaria en el caso de menores, por encontrarse en el trabajo, esto ocasionó que la información fuera escasa.

3.6 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo y se dio como parte de la asignatura de Metodología de la investigación psicológica, de quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

La investigación cualitativa se justificó en el estudio de caso, por medio del cual la paciente K.V se presentó a solicitar terapia psicológica, por maltrato físico, psicológico, social violencia intrafamiliar.

3.7 Procedimiento

La investigación se basó en el estudio de caso de la señora K.V. tratado en el Centro San Judas Tadeo, (CESAJU), referido por la misma institución, por maltrato físico, psicológico, social violencia intrafamiliar. En el caso de estudio se inició el proceso de psicodiagnóstico a través de la observación, entrevista, historia clínica, aplicación de pruebas proyectivas menores como el Test de la familia, Test de la casa, Test del árbol, y psicométricas como la Escala de Depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton, Escala de depresión de Beck, Test de auto estima, y Test de personalidad y solución de conflictos. Para el diagnóstico se utilizó el manual estadístico de los trastornos mentales DSMIV-TR, diagnóstico diferencial y criterio multiaxial.

Luego de utilizar dichas herramientas de diagnóstico se evidenció el daño psicológico en la paciente. Por lo tanto se abordó el trastorno con los diferentes enfoques terapéuticos: Multimodal con predominio en abordaje Cognitivo Conductual, Gestalt, Logoterapia y Psicoeducación. El plan terapéutico se trabajó con diferentes tipos de técnicas y ejercicios con la adecuada inducción, además de la colaboración y aceptación de la paciente, ya que fue constante en su asistencia, por lo que avanzó considerablemente y trajo consigo avances en la evolución de la paciente para alcanzar las metas terapéuticas.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del Estudio de Caso

Datos generales

Nombre:	K. H. V.R.
Sexo:	femenino
Fecha de nacimiento:	23 marzo 1977
Edad:	38 años
Escolaridad:	Maestra de pre primaria
Religión:	Católica
Dirección:	Zona 13
Profesión:	Coordinadora del área de pre primaria
Lugar de trabajo:	San Judas Tadeo
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	17- 03- 2015
Referido Por:	CESAJU

4.1.1 Motivo de consulta

La paciente refiere: “sufro de maltrato físico, verbal, psicológico y que ya se cansó de esa vida”.

4.1.2 Historia del problema actual

La paciente K.V. Refirió que es la tercera de cuatro hermanos, es casada desde hace 13 años. Hace aproximadamente un año el esposo le fue infiel con una mujer, a raíz de este problema discutían todos los días, el esposo la agredía físicamente constantemente. (El maltrato físico y verbal dio inicio desde que nació el primer hijo).

K.V. Aparte de trabajar como coordinadora de preprimaria en un colegio, estudio los fines de semana en la Universidad de San Carlos, en donde conoció a un hombre con quien inició una relación (amorosa). Esta persona le dio un trato preferente de halagos y atenciones, lo cual a ella le agrado. Luego de un tiempo de salir juntos, sostuvieron relaciones sexuales. El esposo se enteró de la relación extramarital de la esposa, y recurrió a los golpes, ocasionando que la paciente fuera internada en un hospital, debido a la gravedad de los golpes.

La paciente, interpuso una denuncia por maltrato físico y violencia intrafamiliar, orden de alejamiento, resguardo, y que el agresor abandonara la casa. Adicionalmente, solicitó pensión alimenticia temporal para los dos hijos y otras medidas para evitar que el esposo se acercara.

No obstante, el esposo no abandonó el hogar y decidieron de común acuerdo continuar viviendo juntos, en la búsqueda del bienestar de los niños.

La paciente refiere que el esposo no la ha golpeado desde la denuncia, y que cuando se enfadaba con ella decidía dormir en el trabajo (el esposo) para no tener problemas. Continuaron viviendo juntos, la paciente K.V mencionó que le desagradaba tener relaciones sexuales con el esposo por tener muchos problemas emocionales y de salud en cualquier ocasión en que se veía forzada a tener relaciones sexuales, pero que accedía para evitar problemas. La paciente se dedicaba las tareas de la casa y la atención hacia el esposo, y además compartían los gastos de la casa en un 50% cada uno.

Los esposos decidieron de común acuerdo compartir los fines de semana intercalados con los niños para no tener discusiones y tratar de evitar los problemas. Además la paciente refirió que cuando ella estaba pequeña calcula que tenía 8 o 10 años aproximadamente, la madre los dejaba al cuidado de un tío, hermano de la madre y que el abusaba de ella y de la hermana menor, el abuso duró 2 años. En común acuerdo decidieron con la hermana no comentar a la madre nada en absoluto, por temor a que las agrediera, abordaron el tema hasta ahora que ya son mujeres adultas y casadas. (La madre no hizo ningún comentario al respecto) refirió la paciente.

La paciente refirió que padecía de dolores fuertes de cabeza, (sucedió desde que ella era adolescente), y en algunas ocasiones no lograba conciliar el sueño, al levantarse mostraba soñolencia, por no haber dormido bien. No tenía deseos sexuales, desde hace mucho tiempo pero cuando que ocurrieron los problemas de infidelidad fue mayor; Al inicio del matrimonio todo funcionó de una mejor manera.

Desde la juventud tuvo problemas de infecciones urinarias severas, constantes, dolorosas y abundantes menstruaciones la paciente refirió que se debía a los abusos sexuales constantes del tío que los cuidaba, cuando la madre estaba ausente por trabajo.

Hace poco menos de dos meses refirió la paciente que se enteraron ambos padres, que la hija menor fue abusada sexualmente por un niño de 12 años, en el establecimiento de estudio y que esto le ha ocasionado sentirse impotente ante la situación y le ha generado ansiedad, desesperanza, desolación y culpa. Además de tener que acudir continuamente a declarar al M.P. para poder solventar la situación. La paciente refirió que se encontraba aturdida, desconsolada, ya que no podía creer que a la hija le haya sucedido lo mismo que a ella.

4.1.3 Historia Clínica

Comentó K.V que ha padecido de varias enfermedades que según ella le surgió a raíz de problemas en la casa de los padres, siendo adolescente; y en la relación matrimonial. La paciente refirió que seguía unida al esposo exclusivamente por el sostén económico ya que tenía varios gastos por la situación médica que padecía y por los constantes controles a los que se sometía. La meta a corto plazo era graduarse de pedagoga y optar a mejores condiciones económicas, poder independizarse y sufragar los gastos de ella y los niños. La paciente refiere que a raíz de los problemas que han sucedido con el esposo, ambos se tenían desconfianza y en la relación había problemas de comunicación. Continuamente discutían sin motivo, cualquier palabra era un detonante para argumentar sobre lo que han hecho anteriormente y cosas del pasado que más bien

les ocasiona problemas. En los momentos que los hijos están presentes se esforzaban por aparentar estabilidad y cordialidad. “Fingir que eran una linda familia”, refirió la paciente.

La paciente refirió que cuando sostuvieron relaciones sexuales con el esposo le ocasiono dolor intenso en el vientre y le dio ardor en la vagina y al orinar también. Ingería antibióticos que le alivian por semanas, pero la infección se repetía. Esto sucede desde que contrajeron matrimonio, la paciente trataba de disfrutar las relaciones sexuales y el tiempo que pasaban juntos, aun sabiendo que después le dolería.

La paciente refiere que no ha podido experimentar un orgasmo, ya que cree que no puede ser posible por lo que le sucedió anteriormente con el tío. Refiere la paciente que en ocasiones se recuerda de los abusos de parte del tío, y eso la hace sentir vergüenza y sucia. Además de los golpes y malos tratos que le daba el esposo, eso la hacía enojar con ella misma, por dejar que el esposo abusara de ella de tal manera.

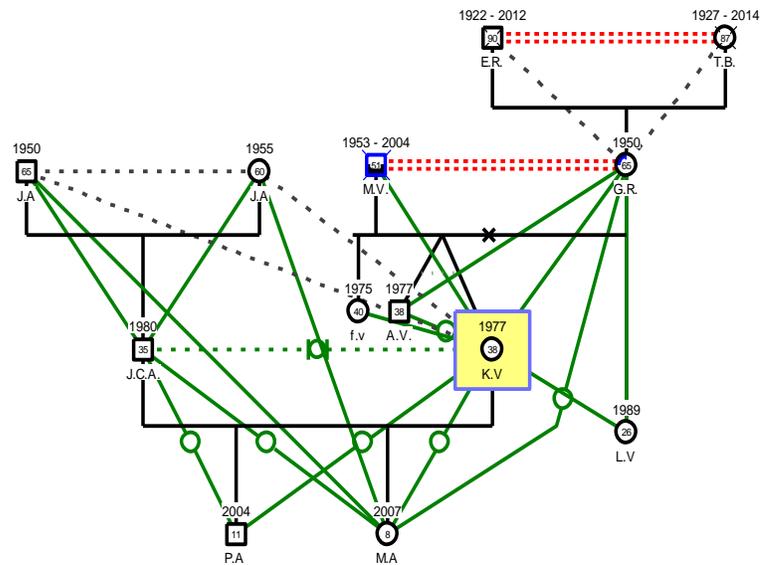
Le practicaron una cirugía de apéndice, mantuvo infecciones urinarias recurrentes, infecciones vaginales. Varicela, sarampión, Tics oculares.

Padeció de dolores de cabeza desde la adolescencia (los cuales fueron evaluados medicamente con tomografías y exámenes de laboratorio, resultados negativos). Insomnio, colon irritable, menstruaciones abundantes y dolorosas desde la juventud, sensación de un nudo en la garganta. Y además es intolerante a la lactosa a causa del colon irritable. Mantuvo una dieta baja en grasas; como la reducción en la ingesta de ciertos alimentos.

4.1.4 Historia familiar

Genograma

Imagen No. 2



Fuente de elaboración propia, diciembre 2015

Casada, vive con el esposo, con quien tienen una relación emocional de cercanía porque comparten el mismo hogar pero en realidad continúan distantes, ya que se logró reparar la relación, no obstante aún hay secuelas que afectan un tanto la dinámica familiar y la comunicación. De esa relación procrearon dos niños, un varón de 10 años y una niña de 8 años de edad, con quien la relación emocional es de amor y armonía, alquilan una casa que ambos esposos sostienen, ya que trabajan para el mantenimiento de la misma.

Antecedentes familiares: Los problemas por los que atravesaron se debían a desconfianza, celos y problemas de comunicación por lo que continuamente riñen, siempre y cuando los niños no se dieran cuenta ya que tienen establecido no discutir frente a ellos.

Además hace poco menos de dos meses la hija pequeña fue abusada sexualmente por un niño de 12 años, por lo que tienen que acudir continuamente al M.P para presentar declaraciones sobre lo sucedido. Este suceso los ha desviado de los problemas que han venido atravesando, y ahora la prioridad es ayudar a la hija a superar este episodio doloroso, ya que ambos padres se encuentran dolidos e impotentes ante la situación.

4.1.5 Examen Mental

Vestuario acorde a la edad, aspecto en general en la apariencia personal despeinada, ropa apretada, en mal estado y con maquillaje en colores oscuros en los ojos. Cabello corto negro, altura 1.50 peso 140 libras, tendía a encorvarse cuando estaba sentada, la mayoría de ocasiones fue reservada al inicio de cada sesión, pero al tomar confianza cambiaba notablemente. La paciente se comportó amable, colaboradora, contacto visual evasivo al inicio de las sesiones, pero en el transcurso de las mismas tomaba confianza y se expresaba con desenvoltura. Con respecto a la afectividad muestra un leve decaimiento, al inicio del proceso cuando relataba algún acontecimiento con relación a lo que le sucedía y tendía a llorar.

Mantuvo preocupación excesiva al sentirse enferma, y por la situación acaecida recientemente con la hija menor, en relación al abuso sexual sufrido en las instalaciones del centro de estudio de la niña, y del temor de sentirse impotente ante las circunstancias. Ya que la paciente relacionó este hecho, con lo que ella padeció por parte del tío que la cuidaba cuando era pequeña.

La actitud de la paciente en el transcurso de la sesión fue amable, cooperadora, se conducía durante la entrevista con mucha educación con lenguaje técnico, en algunos casos busca aprobación ya que maneja mucha culpa y en ocasiones tiende a menospreciarse por lo que relata.

Tenía movimientos involuntarios tics consistente en parpadeo de ojos. Manejaba estados de ánimo diferentes en el transcurso de la sesión, manejaba culpa, y la expresión facial coincide con el contenido ideatorio; el afecto es adecuado con respecto al estímulo desencadenante. Atención y concentración sostenida, responde a la estimulación visual y la auditiva; mantiene la

concentración y atención aplicándosele varias pruebas para comprobar la concentración, y responde adecuadamente a cada una de ellas y eventualmente muestra signos de cansancio.

La paciente lograba comunicar lo que deseaba, hablaba espontáneamente y concordaba con el volumen, del timbre de voz con el estado anímico, tenía conocimiento de sí misma en función con el tiempo y espacio, recordaba actividades que realizaba días antes, recordaba datos de la infancia, juventud y adultez. El pensamiento era lógico, organizado y continuo, coherencia en lo que hablaba no se salía del tema se consideraba concreto, tangencial.

La paciente manejaba algunas preocupaciones con relación al futuro del matrimonio, padecía de insomnio por los problemas de pareja, falta de apetito, la paciente refería que estaba consciente de los problemas con el esposo y de las enfermedades que padecía, además sabía que necesitaba tratamiento médico y ayuda psicológica; sabía que el esposo podría llegar a agredirla nuevamente y en ocasiones temía por la integridad física, no tanto por la de los hijos ya que el padre no agrede a los niños. Pensaba afrontar los problemas de manera inteligente (siendo condescendiente con el esposo mientras se pueda).

4.1.6 Resultados de las pruebas

Durante las pruebas la paciente se mostró relajada y animada al realizarlas.

Cuadro No. 1
Pruebas e Instrumentos aplicados

Pruebas e Instrumentos Aplicados	Fecha de
Test de la Familia	16-06-15
Test de la Casa	14-07-15
Test del Árbol	21-07-15
Escala de Depresión de Beck	21-07-15
Escala De Hamilton - Depresión	21-07-15
Inventario de Autoestima de Coopersmith:	12-05-15
Escala de ansiedad de Hamilton	05-15

Test de Personalidad/Test de resolución de conflictos	26-06-15
-------------------------------------------------------	----------

Fuente: elaboración propia, diciembre 2015

4.1.6.1 Pruebas proyectivas en pasado

(Test de la familia, Luis Corman Test de la casa, Dra. María Dolores López Pérez, Test del árbol, Karl Koch).

De acuerdo a las pruebas realizadas la paciente mostraba carácter extrovertido, sentimiento de seguridad confianza en sí misma, capacidad de adaptación. Sin embargo, a la vez denotaba que tenía la necesidad de ser tomada en cuenta, miedo a la separación, necesitaba asegurar su proximidad a la familia.

Estos aspectos se pueden relacionar con la situación por la que K.V. atravesó, involucrándose en una relación extramarital, ya que sostuvo una relación con un hombre que le brindaba cuidados y atenciones. Control de impulsos podría verse ligado los problemas que mantiene con el cónyuge, debido a problemas de infidelidad; por lo tanto la paciente refiere que se mantenía de mal humor y le llamaba la atención a los niños sin razón.

Mostró estabilidad y control de la realidad, manejó cierto grado de ansiedad, se esforzaba por ganar aprobación, sentimiento de culpa y evade sentimientos.

El grado de ansiedad que se proyectó en la paciente, puede estar relacionado a varios aspectos: uno de ellos, el evadir los sentimientos se relacionó al abuso sexual sufrido en la niñez de parte de un familiar cercano, la relación que sostuvieron los padres y que no permitieron un hogar estable, y este mismo, refuerza en la paciente un grado de ansiedad ya que ella estuvo involucrada en una relación que afectó la confianza del esposo hacia ella, y que aún afecta la

relación. De igual forma afectó a la paciente, el actual acontecimiento que sucedió con la hija menor quien fue abusada sexualmente por un niño de 12 años.

Los sentimientos de culpa, y evasión de sentimientos, se relacionarían con las emociones que genera en la paciente, el hecho de una relación extramarital, la cual ha afectado la dinámica de la familia, y a su vez prefiere evadir esos sentimientos para continuar con sus planes y para apoyar a los niños en el hogar.

4.1.6.2 Pruebas Psicométricas

Escala De Hamilton – Depresión (R. Michael Bagby; Andrew G. Ryder; Deborah R. Schuller Margarita B Marshall)

De acuerdo a las pruebas aplicadas el resultado fue de 19 puntos mostrando en la paciente depresión severa, por encontrarse en los parámetros de 19-22

Inventario de Autoestima de Coopersmith; Stanley Coopersmith;

Los resultados evidenciaron autoestima moderada baja, por encontrarse en los rangos de 11-14, obteniendo la paciente 11.

Escala de ansiedad de Hamilton; Hamilton, M., A

El resultado fue de 10 el cual denota Ansiedad ligera menor. Por estar en los parámetros de 8-13

Escala de Depresión de Beck; Aarón T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, Autor de la adaptación española. Jesús Sanz y Carmelo

Posteriormente se le practicó nuevamente un test de depresión para ver si los niveles habían bajado y relativamente correspondían a una leve perturbación del estado de ánimo.

Test de Personalidad/Test de resolución de conflictos: Mostró falta de seguridad a causa de las carencias afectivas y del sufrimiento emocional que padecía. El acomodamiento generoso en la paciente se relacionaba a la falta de encarar los problemas y evadir responsabilidades, le temía a los resultados y prefería acceder antes que afrontar.

4.1.7 Impresión diagnóstica

Según la anamnesis aplicada la paciente K.V. de 38 años de edad, casada de sexo femenino estudiante y laborando, con dos hijos, varón de 10 años y una niña de 8 años de edad, viviendo con el esposo quien la agredía física, económica, sexual y socialmente. Paciente con padecimiento de dolores de cabeza, sin aparente causa médica, ya que las evaluaciones y estudios realizados no mostraron ninguna afección neuronal o cefálica. Presentó náuseas frecuentes, infecciones urinarias constantes, dolor de extremidades relacionado a las infecciones urinarias, adicionalmente, presentó menstruaciones dolorosas, sin causa biológica, (siendo evaluada por el ginecólogo y descartada cualquier anomalía).

La paciente presentó tics oculares, según detalló, por golpes ocasionados de parte del esposo ya que la agredía físicamente, puñetazos en la cara, patadas en las piernas y en una ocasión fue tan grave que paró en la emergencia del hospital, estos acontecimientos le han ocasionado mantenerse ansiosa y además le ha generado indiferencia sexual, y relaciones sexuales dolorosas.

Según evaluación diagnóstica realizada durante (8 meses), apoyada en batería de pruebas aplicadas, se determinaron aspectos importantes relacionados a los acontecimientos y los efectos de éstos sobre la salud de la paciente. Un hallazgo concordante con la incidencia emocional hacia la salud de la paciente, fue principalmente el antecedente de múltiples tratamientos previos, relacionados a infecciones urinarias, recurrentes, desde la juventud, los servicios de medicina interna, cardiología, urología, ginecología y gastroenterología a los cuales fue sido sometida la paciente, descartan una enfermedad física, la intervención de las distintas especialidades médicas, sin hallazgos clínicos concluyentes en la salud de la paciente, derivan hacia aspectos relacionados con un trastorno somatomorfo.

En la paciente se vio afectada la concentración y rendimiento diario, alteraciones en el sueño, en el apetito, y pérdida de energía. También se suscitó una fuerte reacción fisiológica a los estímulos que le recordaban la traición, por lo tanto el esposo de K.V. continuamente se quedaba a dormir en el lugar de trabajo para evitar confrontamientos agresivos; y con respecto a la infidelidad es un

cambio en la forma de ver al esposo y el esposo a ella, perdiéndose la confianza en ambos, llegando a no sentirse seguros en la relación, se creó una huella de desconfianza difícil, aunque no imposible, de sanar.

Se suscitaron reacciones de agresividad por parte del esposo, apareciendo la hipervigilancia, buscando con esto comprobar que la relación de ambos con la otra persona se había terminado. Una comunicación bastante agresiva, sentimientos de rabia, de ser víctima de ridículo, depresión, ansiedad; estos sentimientos variaban en cuestión de horas, por lo que la paciente padeció de constantes y repentinos cambios de humor.

A raíz de la denuncia por maltrato físico, ambos trataron de llevar una relación menos conflictiva y evitan que los hijos observaran los comportamientos de ambos, y de hacerles creer que todo funcionaba de una mejor manera. La paciente estudia los fines de semana, por lo tanto optaron de común acuerdo con el esposo por llevar a los niños de paseo un domingo cada uno, por separado para evitar discusiones, todo este acuerdo fue antes de que se enteraran que la hija menor había sido violada sexualmente.

Refirió la paciente que cuando ellos se enteraron de lo sucedido a la hija menor, cambiaron las relaciones maritales y familiares, les sirvió para comunicarse asertivamente, ya que tenían audiencias seguidas para presentar declaraciones y esto les ocasionó más comunicación, la paciente refiere que a consecuencia de lo sucedido permanecían más tiempo juntos que el esposo la trataba mejor y que la relación familiar en sí es más armoniosa.

de acuerdo a las pruebas aplicadas y los resultados obtenidos a sabiendas que la paciente mostró, dolores desde la juventud por problemas no resueltos (abuso sexual en la niñez), por familiar cercano, e incidencia de problemas de violencia e infidelidades de ambas partes, problemas laborales, abuso sexual a la hija menor, deterioro social y las constantes quejas de dolores fuertes no especificados; tomando en cuenta que los síntomas no son intencionados ni simulados; existieron realmente en la paciente.

Según el DSM IV TR existen tres características que sugieren más un trastorno de somatización que una enfermedad médica:

- Afección de múltiples órganos
- Inicio a temprana edad y curso crónico
- Ausencia en la prueba de laboratorio, de las anormalidades características de las enfermedades médicas.

Para este caso se propone el diagnóstico de trastorno por somatización, debido a que los aspectos expuestos, evaluados y descritos por la paciente, concuerdan.

4.1.8 Evaluación multiaxial

EJE I: F 45.0 Trastorno de Somatización [300.81]

Z63.0 Problemas conyugales [V61.1]

EJE II: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

EJE III: Ninguno

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, Problemas maritales de infidelidad, problemas económicos, economía insuficiente debido a los múltiples exámenes médicos. Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: juicio por la hija menor que fue abusada sexualmente. Actualmente en proceso.

EJE V: E.E.A.G 65

4.1.9 Recomendaciones

La psicoterapia, tanto individual como de grupo, es una herramienta que ayuda a los pacientes con trastorno de somatización y familiares a reducir los gastos de atención médica y también ayuda a enfrentarse a los síntomas a expresar las emociones subyacentes y a desarrollar estrategias alternativas para expresar los sentimientos. El tratamiento de somatización tiende a

presentar sentimientos de frustración en los pacientes, y a enojarse con brusquedad ante la menor sugerencia de que su padecimiento no es físico.

Por lo tanto se recomienda a la paciente continuar con las sesiones de psicoterapia una vez por semana. Se sugiere también trabajar en la autoestima. Así como también recibir terapia familiar breve con todos los integrantes de la familia para las buenas relaciones sociales y de comunicación. De igual manera se motivó a la paciente para que trabajara las secuelas emocionales del abuso sexual que sufrió en la niñez, que continúe incorporándose a la sociedad y emprenda nuevas metas y sueños y los concluya. Se recomendó que conjuntamente con la hija menor trabajara en la sanidad emocional y del alma, por el abuso del cual las dos fueron víctimas.

4.1.10 Plan Terapéutico

A través del proceso terapéutico se buscó que la paciente que somatiza se propusiera metas realistas, pero sin olvidarse que la paciente pasó por un tipo de abuso sexual en la infancia, que está repercutiendo en la adultez. Por lo que se abordó primeramente con terapia Gestalt lo que concernía al abuso sexual.

La terapia Gestalt, está basada en técnicas de mucha utilidad, ya que para la paciente que fue víctima de abuso sexual en la infancia, es muy difícil evidenciar lo que realmente le está ocurriendo, por lo tanto presentaba problemas como desintegración de sus partes, como una sensación de estar dividida.

El propósito de dicha terapia fue ayudar a la paciente a cambiar íntegramente, a darse cuenta de sus partes fragmentadas, que admitiera, reclamara e integrara, al hacer estas facetas le ayudaría a realizar la metamorfosis adecuada, desde la dependencia hasta la autosuficiencia; y aceptar la realidad sin utilizar mecanismos de defensa como las preferencias evasivas.

Algunas secuelas que la paciente manifestó en la adultez a raíz del abuso sexual en la niñez fueron la ira, sentimientos de enojo de culpa, baja autoestima, vergüenza, desconfianza. Con la terapia Gestalt se fortaleció en:

- Elevar la autoestima
- Bajar los niveles de ansiedad y estrés
- Bajar los niveles de culpa
- Despojarse de la ira
- Mejorar las relaciones sociales
- Mejorar las relaciones íntimas en el matrimonio.
- Mejorar las relaciones de pareja, trabajar el perdón hacia la infidelidad
- Perdonar al agresor del abuso de la hija menor

Así también se trabajaron dos sesiones de logoterapia de (Víctor Frankl) para fortalecer la autoestima y el autoconocimiento de la paciente, ya que es fundamental que K.V. reconociera que en cada una de las experiencias desagradables que le han surgido, siempre hay una oportunidad de crecimiento. Así mismo se trabajó un proyecto de vida donde la paciente fue consciente de tener una visión a futuro y encontrarle sentido a la vida.

Posteriormente se trabajó lo que es en si el Trastorno de somatización, de igual manera con terapia Gestalt de (Fritz Perls) ya que se consideró que la paciente K.V. necesitaba expresar determinadas emociones para que ella callera en cuenta de la obligación o menester de poder expresar lo que le lástima, sin auto culparse. La terapia Gestalt le ayudó a darse cuenta de lo que ha reprimido por años y a vivir el aquí y el ahora. Así como dice la biblia un día a la vez, no olvidándose que las misericordias de Dios son nuevas cada mañana.

Considerando que la logoterapia es una herramienta muy útil para este tipo de trastorno, se trabajó con la paciente haciéndole conciencia de las situaciones adversas y las encaminara hacia un proceso adecuado. Y le favoreció en:

- Disminución en la utilización de servicios médicos
- Disminución en los comportamientos inadecuados
- Mejoría en la asistencia al trabajo
- Mejoría en las relaciones interpersonales.
- Mejorar las relaciones íntimas en el matrimonio.

4.2 Análisis de Resultados

Trastorno de somatización provocado por el abuso sexual en la infancia

Según Halgin y Whitbourne, (2003), refieren que en la mayor parte de los casos, el trastorno de somatización aparece por primera vez durante la adolescencia y progresa a un curso fluctuante de toda la vida, durante el cual los eventos estresantes pueden causar la intensificación episódica de los síntomas.

En el estudio de caso se constató que toda la sintomatología correspondiente al trastorno de somatización, se debió al abuso sexual durante la niñez, ya que de una manera inconsciente estaba desplazando el trauma sufrido a través de síntomas como: infecciones urinarias recurrentes, dolores de cabeza, dispaurenia, colon irritable y un tic en el ojo derecho.

Abuso sexual: Según Rivera, Cruz, Grajeda, Rodríguez y Reyes (2005), denominan al abuso sexual como comportamientos impuestos, realizado por una persona adulta que violenta a través de usar poder y autoridad erróneamente a una persona menor de edad; abusando sexualmente por medio de contacto físico, genital o no.

Según Rodríguez, Aguilar, García (2012), estiman las consecuencias psicológicas que se han relacionado con la experiencia de abuso sexual infantil, pueden perdurar a lo largo del ciclo progresivo y repercutir, en la edad adulta, los llamados efectos a largo plazo del abuso sexual. También es

posible que la víctima no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como problemas nuevos en la adultez.

El abuso sexual en la infancia provocó en la paciente secuelas que alteraron la homeostasis, y el sistema orgánico, originando así el trastorno de somatización que dio origen a múltiples exámenes médicos sin un origen orgánico. Adicionalmente generó en la paciente sentimientos de culpa, enojo y frustración que le impedían un desarrollo psicobiosocial adecuado.

Auto estima deficiente

Según Matud, Padilla, Gutiérrez (2005), comentan que es la estimación que se hace de uno mismo y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos ido reuniendo a lo largo de nuestra vida. Para mejorar nuestra autoestima necesitamos conocernos, en lo que nos gusta y en lo que no, en mis puntos fuertes y mis puntos débiles.

Por el contrario, la paciente al haber sufrido abuso sexual durante la niñez, instaló en su psique las experiencias vividas en el momento del abuso; y dio lugar a formar un autoconcepto, autoimagen, y autoestima deficientes; por la culpa, vergüenza, miedo y tristeza que sentía. Así mismo generó miedo, problemas para dormir, pesadillas, confusión, sentimientos de culpa, vergüenza, y en la pubertad y adultez mantuvo dolores estomacales, problemas de concentración, dolor de cabeza, fuertes molestias en el ciclo menstrual. Afectándole así la vida física, mental y social, manteniéndola ansiosa y además generando indiferencia sexual, y relaciones sexuales dolorosas.

Problemas conyugales

Según Fernández (2007), propone no en vano se dice que el verdadero amor existe sólo ordenado por el respeto. El amor es como una fuerza ciega, es semejante a un río que baja impetuoso de la montaña. Mientras no se le encauce es peligroso y puede llegar a ser destructivo: arrastra y

rompe. Si se le encauza, se le puede utilizar para generar energía creadora, se transforma en fuente de vida.

Una relación de pareja alterada, produce enojo, el estar enojado o enfadado con la pareja puede ir desde malentendidos reparables, pequeños fracasos o un simple arrebato, que llevan a alejarlos del sexo; el sexo se utiliza como una herramienta de presión o moneda de cambio o trueque para obtener beneficios, y no se realiza en un ambiente de confianza, respeto y deseo mutuo.

Dado que la paciente sufrió de violencia doméstica de parte del esposo, por los constantes rechazos al contacto sexual, surgieron problemas conyugales serios, siempre relacionados al abuso sexual sufrido en la niñez por los recuerdos que el rechazo que se daba en la paciente

Problemas sexuales

Menciona Bustamante (2011), los problemas sexuales son como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida, ya que la sexualidad es una parte fundamental de nuestra identidad.

Los problemas sexuales afectaron en la paciente y en la relación conyugal; ya que por las constantes infecciones urinarias y dolores pélvicos que manifestaba, se abstenía al contacto sexual con su pareja, por lo que el esposo incurrió a la infidelidad, ocasionando dificultades mayores en el entorno familiar.

Conclusiones

El trastorno de somatización surgió en la paciente, como consecuencia de abuso sexual en la niñez, porque se constató en los exámenes médicos, que la paciente presentaba manifestaciones de quejas de dolores crónicos, pero sin causa orgánica, y además inició con la sintomatología en la adolescencia manteniendo un deterioro bastante significativo en muchas áreas de su vida.

El abuso sexual durante la niñez afectó en la paciente generándole miedo, problemas para dormir, pesadillas, confusión, sentimientos de culpa, vergüenza, así mismo en la pubertad y adultez mantuvo dolores estomacales, problemas de concentración, dolor de cabeza, fuertes molestias en el ciclo menstrual. Afectándole así la vida física, mental y social, manteniéndola ansiosa y además generando indiferencia sexual, y relaciones sexuales dolorosas.

La autoestima en la paciente fue afectada porque sentía rechazo hacia su propio cuerpo, y odio ya que ella creía que ella había provocado esa situación. Llevándola así a desvalorizarse y sentirse inmerecedora de alcanzar la felicidad en el matrimonio. Las mujeres que han sido víctimas de abusos sexuales suelen tener además mala salud o problemas psicosomáticos derivados de su actitud negativa hacia el propio cuerpo.

Los problemas conyugales influyeron de tal manera en la relación de la pareja, que mantenían constantes discusiones al extremo de incurrir a la infidelidad, por la misma desvalorización de la paciente; ocasionando que ella se sintiera aun peor de lo que ya se sentía.

Los problemas sexuales influyeron en gran parte en la relación de pareja debido a que la paciente se negaba continuamente, por el desagrado que le daba el hecho de tener intimidad con quien la agredía y así mismo por no llegar a la cima orgásmica. Los problemas sexuales suscitaron a causa de la indiferencia sexual que existía en ambos por los síntomas dolorosos que experimentaba la paciente, por lo tanto no alcanzaba el clímax y no disfrutaba las relaciones sexuales como tales.

Recomendaciones

Se sugiere a los padres de familia tener cuidado de los hijos, no dejándolos en manos de cuidadores de quienes no se tengan referencias, estar pendientes y alertas al momento que puedan reflejar algún indicio de estar siendo víctimas de algún tipo de abuso, para evitar el desarrollo de posibles patologías como el trastorno de somatización.

Se recomienda a las personas que hayan sufrido un abuso sexual en la niñez tengan un proceso psicológico; para subsanar el interior y así puedan expresar lo sucedido, por medio de terapias adecuadas a cada situación; y no se convierta en un trastorno de somatización. Así mismo que los padres de familia cuiden a sus hijos, que denuncien a las autoridades pertinentes y que el abuso sea tratado desde que interpongan la denuncia.

Que se trabaje la autoestima en los pacientes abusados, desde el inicio para poder fomentar la aceptación, la confianza y enseñarles a mantener una actitud positiva constantemente, para que ellos puedan ver en ellos las capacidades y la belleza que no ha logrado verse en todo este tiempo.

Fomentar en las personas que ya gocen de un núcleo familiar, terapia de pareja, terapia familiar trabajando en las áreas necesarias y así logren incorporarse a la vida social, logrando alcanzar estabilidad en el hogar y en la relación de pareja.

Se recomienda tener una adecuada comunicación de pareja, en donde exista la confianza de compartir alguna experiencia traumática en el ámbito sexual, para acudir a apoyo psicológico y que esta problemática no afecte la relación de pareja.

Referencias

Bibliográficas

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Sexual infantil intrafamiliar. Tratamiento Psicológico de las víctimas de abuso. Número 2 (Vol. 19) pp. 469-486.

López, J. y Valdez, M (2005). *Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado DSM-IV-TR*. México: Masson S.A.

Halgin, P. y Witbourne, K. (2009). *Psicología de la anormalidad* (5ta. Ed.). Editorial McGraw-Hill. Interamericana de España S.L.

Lopez, J. y Belloch, A. (2002) *La somatización como síntoma y como síndrome*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Numero 2 (Vol. 7), pp 73-93

Bustamante, J. (2011). *Sexualidad y Salud mental*. (22. Ed.) Editorial Caribe. Una división de Thomas Nelson, Inc. Nasville, TN- Miami, Fl.

Asociación nacional contra el maltrato infantil (Conacmi) (2006) *Libro las representaciones sociales sobre abuso sexual con énfasis en el incesto*. Recuperado 10.11.15 de [http//](http://) (p.19).

Pinzón, M. (2013). Milagro para la disfunción. Recuperado 22.11.15 de [http//www.enplenitud.com](http://www.enplenitud.com)

Rodríguez, Y.; Aguiar, B. y Garcia, I. (2012). *Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil*. Num 1 (vol. 9). Assuncion.

Matud, M.; Padilla, V. y Gutierrez, A. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja*. Editor Minerva Ediciones. Madrid, España

Papalia, D.; Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (10ma. Ed.). McGraw-Hill Companies, Inc. Mexico

Fernandez, P. (2007). *Matrimonio vocación de amor*. Santiago, Chile: Editorial Nueva Patris.

De la Sota, E. (2015). *Satisfacción sexual en la pareja, Importancia de las relaciones sexuales en la pareja*. Recuperado 23.11.15 de <http://www.netdoctor.es/articulo/satisfaccion-sexual-pareja>

Tobón, M. (2015). *Intimidad sexual en el matrimonio*. ¿Qué significado tiene El Acto Sexual? <http://www.lamparaamispies.org/intimidad-sexual-en-el-matrimonio/> Recuperado 19.11.15.

Tobón, M. (2013). *Responsabilidades Del Hombre Y La Mujer, RESPONSABILIDADES DEL HOMBRE*. Recuperado 19.11.15. <http://www.lamparaamispies.org/responsabilidades-del-hombre-y-la-mujer>

Reina, C. y Valera, C. Revisión (1960). *Santa Biblia*. Philadelphia, Pensilvania: Sociedades Bíblicas en América Latina, National Publishing Company.

Anexos

Tabla de variables: estudio de caso sobre el trastorno de somatización a consecuencia de abuso sexual durante la niñez, en una mujer de 38 años atendida en CESAJU

PROBLEMÁTICA	VARIABLE DE ESTUDIO	SUB-TEMAS DE LA VARIABLE DE ESTUDIO (Marco Teórico)	PREGUNTA DE Investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos
abuso sexual en la niñez	Trastorno de Somatización	Abuso sexual	¿Es el trastorno de somatización una consecuencia de abuso sexual durante la niñez en una mujer de 38 años atendida en CESAJU?	Establecer cómo el trastorno de somatización surgió como consecuencia de abuso sexual durante la niñez en una mujer de 38 años atendida en CESAJU.	Establecer cómo afectó el abuso sexual durante la niñez en el caso de estudio.
Sentimientos de culpa desesperanza auto imagen negativa		Autoestima deficiente			Explicar cómo fue afectada la autoestima de la paciente de estudio.
Violencia física y verbal en la pareja		Problemas conyugales			Determinar cómo los problemas conyugales han influido en el caso de estudio.
Rechazo al contacto sexual		Problemas Sexualidad			Explicar cómo los problemas sexuales afectaron a la paciente de estudio.