

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



**El desarrollo del trastorno de somatización a causa de la infidelidad dentro de
las parejas que asisten al Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Eveling Carolina Sequeira Contreras

San Marcos, agosto 2016

**El desarrollo del trastorno de somatización a causa de la infidelidad dentro de
las parejas que asisten al Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Eveling Carolina Sequeira Contreras

Lic. Carlos Grijalva Barrios (**Asesor**)

M. Sc. Anabella Cerezo de García (**Revisora**)

San Marcos, 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 Cóbar

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

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida

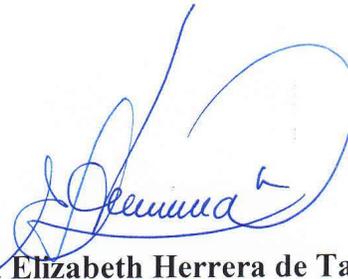
**FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: Eveling Carolina Sequeira Contreras
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología Clínica y Consejería Social**
de esta Facultad solicita autorización
para realizar su **Sistematización de
Práctica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación.

DICTAMEN: 02 de febrero de 2015

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 **Sistematización de 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 **Eveling Carolina Sequeira Contreras**, recibe la aprobación para realizar su **Sistematización de Práctica profesional Dirigida**.

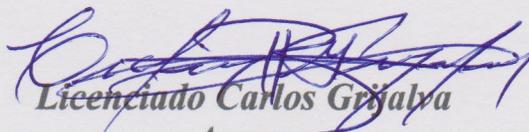


M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan
Decana
Facultad de Humanidades.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala mes de julio del año 2016

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“El desarrollo del trastorno de somatización a causa de la infidelidad dentro de las parejas que asisten al Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez”**.

Presentado por el (la) estudiante: **Eveling Carolina Sequeira Contreras**, 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.


Licenciado Carlos Grijalva
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala uno de julio del dos mil dieciséis.

En virtud de que el Informe Final de la **Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida** con el tema: **“El desarrollo del trastorno de somatización a causa de la infidelidad dentro de las parejas que asisten al Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez”**. Presentada por la estudiante: **Eveling Carolina Sequeira Contreras**, 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.

Anabella CEREZO

M. Sc. Anabella Cerezo de García
Revisora



UPANA
Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de julio del año 2016.

En virtud de que ***Sistematización de práctica profesional Dirigida*** con el tema: "***El Desarrollo del Trastorno de somatización a causa de la infidelidad dentro de las parejas que asisten al Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez***" presentado por: ***Eveling Carolina Sequeira Contreras***, 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 la ***Sistematización de Práctica Profesional Dirigida***

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

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	iii
Capítulo 1	1
Marco de referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	1
1.4 Estructura de la organización	1
1.5 Organigrama	2
1.6 Misión	3
1.7 Visión	3
1.8 Programas establecidos	3
1.9 Justificación de la investigación	4
Capítulo 2	5
Marco teórico	5
2.1 Trastorno de Somatización	5
2.2 Tratamiento psicoterapéutico	22
Capítulo 3	25
Marco metodológico	25
3.1 Planteamiento del problema	25
3.2 Pregunta de la investigación	25
3.3. Objetivo general	25
3.4 Objetivos específicos	26
3.5 Alcances	26
3.6 Método a utilizar	26
Capítulo 4	28
Presentación de resultados	28
4.1 Sistematización del estudio del caso	28

Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias	35

Lista de Figuras

Figura 1 Organigrama del Ministerio de Salud Pública y asistencia social	2
--	---

Resumen

La característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas somáticos deben empezar antes de los 30 años y persistir durante varios años.

El informe de este curso lleva los siguientes pasos; los cuales se realizaron a lo largo de este trimestre.

- En primer lugar se realizó una observación dentro del centro de práctica y se eligió el caso que más nos haya llamado la atención para realizar posteriormente una investigación del mismo.
- En la realización de la práctica se ejecuto el caso con sesiones terapéuticas para reducir las consecuencias más graves del problema.
- Luego se inició con la realización teórica-digital del informe que a continuación se detalla.

El informe consta los siguientes capítulos:

- Marco de referencia: en este marco se incluye información del centro de práctica donde se realizó la investigación.
- Marco teórico: se describe la información de las teorías sobre el tema; también las causas, consecuencias, signos, síntomas, criterios diagnósticos, tratamiento farmacológico y terapéutico.
- Marco metodológico: se describe el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos, el alcance y el método a utilizar en el estudio de caso.
- Presentación de resultados: en este paso se describe el caso estrella.
- Conclusiones y recomendaciones: Tienen relación con el caso estrella.

Introducción

Fisher Helen, es conocida en EEUU como la "antropóloga del amor". Es también autora de best sellers como Anatomía del amor: historia natural de la monogamia, el adulterio y el divorcio o Por qué amamos: naturaleza y química del amor romántico, y afirma que detrás de todas las razones psicológicas que se intentan dar ante una infidelidad, lo que en realidad existe es un impulso evolutivo, es decir, que este hecho según ella, en términos darwinianos siempre tuvo sentido: "Los hijos son la manera de transmitir nuestros genes a la próxima generación. Un hombre que engaña a su mujer tendría el doble de posibilidades de pasar sus genes, mientras que una mujer que engaña podría recibir más recursos para sus bebés tanto como incrementar la variedad genética de sus hijos. Este tipo de comportamiento pasa de una generación a la próxima".

La investigación de este curso lleva por nombre: "El desarrollo del trastorno de somatización a causa de la infidelidad dentro de las parejas que asisten al Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez".

La investigación de este tema permitió conocer y analizar las causas, signos, síntomas y las consecuencias que conlleva el hecho de que un miembro de esposos cometa adulterio, como era conocido antiguamente. Y si realmente la infidelidad puede ser motivo de que se desencadene el trastorno de somatización en uno de los dos.

Se describen los criterios diagnósticos del trastorno de somatización según el DSM-IV-TR, el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico que se puede utilizar para la desaparición de los síntomas del mismo. Fue necesario llegar a las conclusiones respectivas por el caso estrella y de igual manera se recomendaron aspectos para que la paciente pueda cambiar totalmente su vida.

En el proceso psicoterapéutico se hizo uso de la observación y entrevista, las cuales incluyeron técnicas psicoterapéuticas como el Psicoanálisis, Gestalt entre otras que permitieron obtener el diagnóstico certero que permitió llevar el caso Claudio a un resultado favorable y satisfactorio.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El Centro de salud de San Pedro es una institución del estado no lucrativa ya que todos los servicios que ahí se prestan son gratuitos, fue fundado el 31 de julio de 1987 su objetivo es fortalecer las alternativas de formación de técnicos de salud, para brindar un mejor servicio a los pobladores del municipio de San Pedro Sacatepéquez, San Marcos, sirviendo de esta forma a personas de escasos recursos en todo el municipio.

1.2 Descripción

Actualmente cuenta con el CAP (Centro de Atención Permanente) donde se atienden a mujeres embarazadas. El 19 de septiembre de 2005, un día memorable para el pueblo de San Pedro, pues dentro de las actividades del Gabinete Móvil se realizó la inauguración del proyecto con la presencia del Ministro De Salud Pública Dr. Marco Tulio Sosa y pueblo en general, siendo el primer niño nacido en este servicio el hijo de la Señora Jennifer Monzón de esta ciudad.

1.3 Ubicación

El Centro de Salud que funciona como un Centro de Atención Permanente (CAP), ubicado en la parte noreste del parque central por camino que conduce al sector de la Calzada Independencia.

1.4 Estructura de la organización

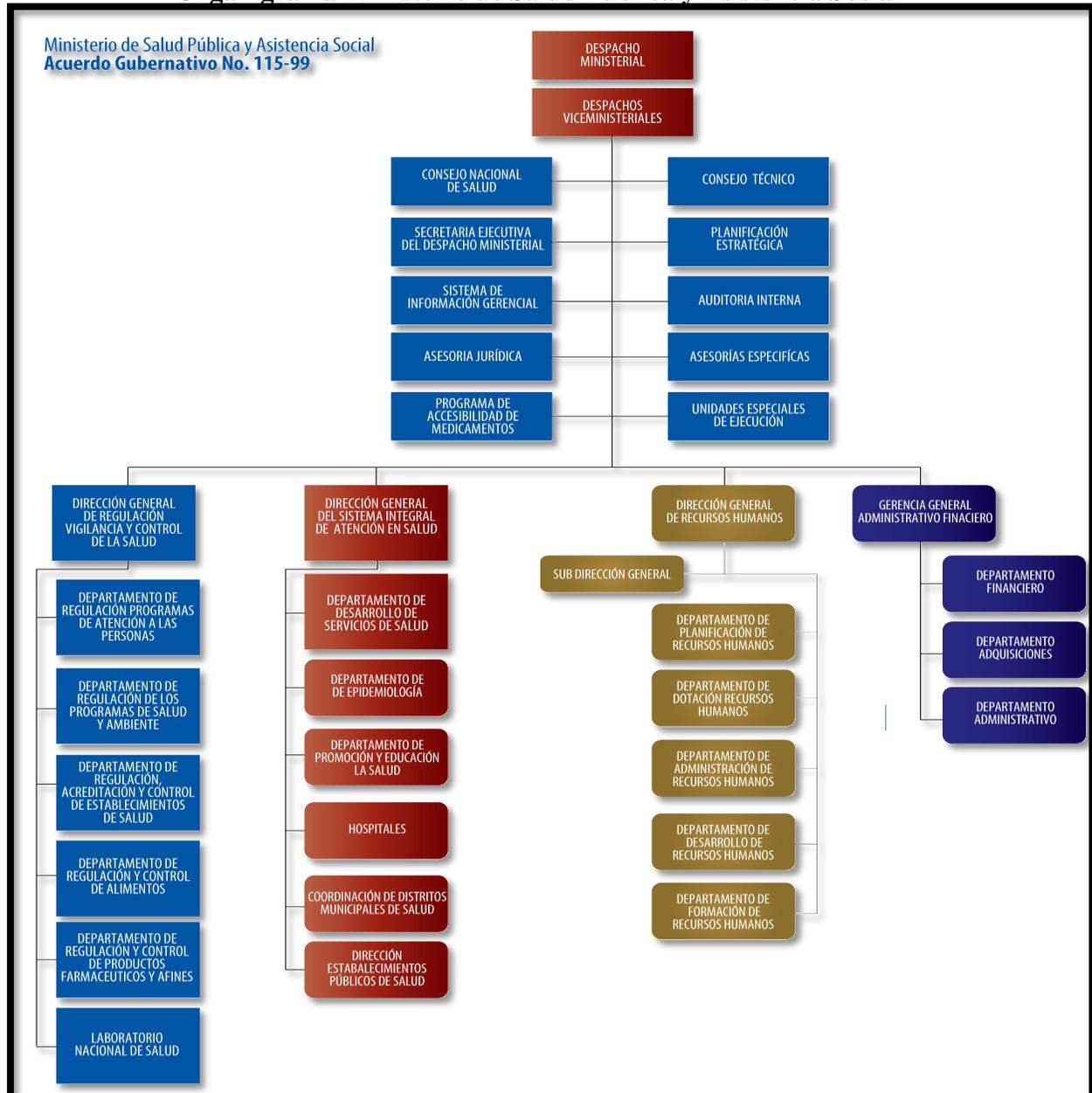
El Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez es atendido por 7 Doctores, 3 enfermeras profesionales y 22 auxiliares, un odontólogo, 1 técnico laboratorista, dos inspectores de

saneamiento, el cual se moviliza la población del municipio y de las aldeas cercanas para recibir atención médica calificada.

1.5 Organigrama

Figura 1

Organigrama Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

1.6 Misión

El Ministerio de Salud conduce, regula, promueve y garantiza la salud de la población.

1.7 Visión

Brindar un servicio de calidad en los niveles I y II de atención. Crear la necesidad de un hospital municipal con servicios especializados en: oftalmología, ortopedia, ortodoncia. En alianza con universidades extranjeras, así como servicios de hospitales de día, en jornadas periódicas.

1.8 Programas establecidos

El centro de salud de San Pedro Sacatepéquez atiende a personas del todo del casco urbano de San Pedro Sacatepéquez y San Marcos, pero especialmente cuenta con la asistencia más frecuente de personas del altiplano cubriendo áreas de Palo Gordo, Sipacapa, Tejutla, Tacana, San Miguel Ixtaguacan, San Cristóbal Cucho, y demás lugares cercanos; con los siguientes programas:

- Vacunación
- Medicina general
- Talla y peso
- Farmacia
- Planificación Familiar
- Laboratorio clínico
- Educadores
- Consejería VIH
- Maternidad
- Ultrasonido
- Ginecología

- Partos
- Odontologías

1.8 Justificación de la investigación

Según el DSM-IV-TR menciona lo siguiente: “La característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativo si requiere tratamiento médico a causa o causa un deterioro evidente de la actividad social y laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas somáticos deben empezar antes de los 30 años y persistir durante varios años”. En la actualidad nos damos cuenta que el trastorno de somatización puede ocasionar un desequilibrio en la vida de las personas a causa de la infidelidad, por lo cual la presente investigación pretende profundizar sobre el tema, a través de un estudio con parejas, la misma nos proporcionara valiosa información que podría servir de base para otras investigaciones y como recursos para analizar las causas y consecuencias del trastorno de somatización.

Proteger la vida, la integridad física, la seguridad de las personas y sus bienes, el libre ejercicio de los derechos y libertades, así como prevenir, investigar y combatir el delito preservando el orden y la seguridad pública.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno de somatización

CDI 10 (1994) f45.0 Trastorno por somatización. El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero el más frecuente son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son frecuentes.

En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico. El trascurso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas la actividad social, interpersonal y familiar. Se sabe que en algunos países el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones, por lo general comienza al principio de la edad adulta.

Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedantes y analgésicos)

Pautas para el diagnóstico

- Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años.

- La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.
- cierto grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.
- Incluye trastorno de quejas múltiples.

Trastorno psicossomático múltiple

DSM – IV-TR (2005) La característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas somáticos deben empezar antes de los treinta años y persistir durante varios años. Los individuos con trastorno de somatización generalmente describen sus síntomas de un modo llamativo y exagerado, pero muy a menudo falta información objetiva específica. Las historias que narran son poco consistentes, por lo que para determinar un patrón de síntomas somáticos frecuentes, una entrevista diagnóstica puede ser menos eficaz que una revisión de los tratamientos médicos y de las hospitalizaciones llevadas a cabo. Estos enfermos son visitados frecuentemente por médicos a la vez.

El trastorno de somatización es una enfermedad crónica, aunque fluctuante que pocas veces remite de manera completa. Es poco frecuente que pase más de un año sin que el individuo que padece este trastorno no busque ayuda médica por síntomas somáticos relacionados inexplicados.

La enfermedad se diagnostica antes de los 25 años de edad y los primeros síntomas pueden empezar a presentarse ya durante la adolescencia; en las mujeres las irregularidades menstruales constituyen uno de los signos que manifiesta con más magnitud. Los síntomas sexuales se asocian muy a menudo a conflictos matrimoniales.

Se ha observado que el 10%-20% de las mujeres parientes de primer grado de estos enfermos presentan también trastornos de somatización. Los familiares hombres de las mujeres con este trastorno tienen un mayor riesgo de padecer trastorno antisocial de la personalidad y trastornos relacionados con sustancias.

Los estudios relacionados con sustancias Los estudios realizados con personas adoptadas indican que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen a incrementar el riesgo de padecer trastorno antisocial y trastorno de somatización.

El cuadro clínico del trastorno de somatización es habitualmente inespecífico y puede solaparse con muchas enfermedades médicas. Existen tres características que sugieren más un trastorno de somatización que una enfermedad médica: 1) Afectación de múltiples órganos; 2) Inicio a temprana edad y curso crónico, sin signos físicos o anomalías estructurales, y 3) Ausencia, en las pruebas de laboratorio, de las anormalidades características de las enfermedades médicas.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno de somatización son diferentes a los DSM-IV. Por una parte, se exige la presencia de 6 síntomas de una lista de 14 distribuidos en los siguientes grupos. 6 síntomas gastrointestinales, 2 síntomas cardiovasculares, 3 síntomas genitourinarios y 3 síntomas relacionados <<con la piel o el propio dolor>>. Por otra parte, deben aparecer síntomas de por lo menos dos grupos. Además, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la presencia de <<rechazo persistente a aceptar la opinión de los médicos de que no existe una casusa orgánica que explique estos síntomas físicos>>.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de somatización

- Historia de múltiples síntomas físicos, que empiezan antes de los 30 años y obligan a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral y familiar o de áreas importantes de actividad del individuo.

- Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionado con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (je.. cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación el acto sexual o la micción).

Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (P ej. Náuseas distención abdominal, vómitos (no durante el embarazo, diarrea, o intolerancia a diferentes alimentos.

Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej. O indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculación, menstruaciones irregulares, perdidas menstruales excesivas, vomito durante el embarazo.

Un síntoma pseudoneurológico: Historia de al menos un síntomas o déficit que sugiera un trastornoneurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión de tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía ceguera, sordera, convulsiones

Cualquiera de las características siguientes:

Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por lo efectos directos de una sustancia(p ej.., dragas o fármacos).

Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabria esperar por la historia clínica, la exploración física o loa hallazgos de laboratorio.

Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio)

El tipo y la frecuencia de presentación de los síntomas somáticos puede variar entre cultura. Los Síntomas relacionados con la función reproductora masculina son más prevalentes en las culturas en las que existe una preocupación sobre la pérdida de semen (ej. El síndrome dhat en la india). Por esta razón, es necesario contextualizar los síntomas en cada una de las culturas.

Steckel (1943) definió el término como el proceso en que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales, probablemente sea esta la definición que posee una fuerte connotación etiológica y una estrecha vinculación, más o menos explícita con los marcos teóricos psicodinámicos.

Kleinman y Kleinman (1986), para quienes la somatización es la expresión del malestar social y personal, mediante un idioma de quejas somáticas que lleva a la búsqueda Médica del paciente que está en busca de respuesta.

Bridge y Goldberg (1985), han definido al paciente somatizador diferenciándolo del que denominan psicologizador a partir de la presencia de cuatro características según ellos un somatizador sería un individuo que 1) realiza una presentación somática de su malestar 2) Realiza una atribución somática para sus síntomas 3) se constata la existencia de un trastorno psiquiátrico; y 4) existe la expectativa de una respuesta positiva al tratamiento psiquiátrico.

María Moliner y Manuel Seco (1998 y 1999), coinciden con su acepción, definiendo la somatización como el proceso de convertir un trastorno psíquico en alteraciones orgánicas o funcionales.

Bass y Benjamín (1993) la somatización es la expresión del distress personal y social de quejas o síntomas corporales, con requerimiento de ayuda médica.

2.1.1 Infidelidad Matrimonial

Sálesman (2002) afirma que la infidelidad conyugal es sin duda el quebrantamiento de votos matrimoniales. Involucra relaciones sexuales íntimas con una persona soltera o casada que no es el propio conyuge. En gran parte del mundo occidental hay un aumento de esta infidelidad

Afifi Falato y weiner (2001), la infidelidad es conceptualizada como la conducta romántica y sexual que se da fuera de las relación convenida de pareja entre miembros casados o no y quienes tienen una expectativa de mantener una relación formal con exclusividad sexual en sus relaciones inicales.

Williamson (1977), por su parte define la infidelidad como el hecho de engañar al cónyuge, violando una cláusula del contrato inicial, pues la infidelidad tiene que ver con el sentido de propiedad que varía según la cultura.

Fisher Helen, es conocida en EEUU como la "antropóloga del amor". Es también autora de best sellers como Anatomía del amor: historia natural de la monogamia, el adulterio y el divorcio o Por qué amamos: naturaleza y química del amor romántico, y afirma que detrás de todas las razones psicológicas que se intentan dar ante una infidelidad, lo que en realidad existe es un impulso evolutivo, es decir, que este hecho según ella, en términos darwinianos siempre tuvo sentido: "Los hijos son la manera de transmitir nuestros genes a la próxima generación. Un hombre que engaña a su mujer tendría el doble de posibilidades de pasar sus genes, mientras que una mujer que engaña podría recibir más recursos para sus bebés tanto como incrementar la variedad genética de sus hijos. Este tipo de comportamiento pasa de una generación a la próxima".

La infidelidad amorosa, acepción con la que frecuentemente se asocia el término, es descrita, grosso modo, como la falta al pacto normativo que limita el número de personas involucradas en una relación amorosa o erótica y, por tanto, la prohibición de mantener otras de forma paralela, sean ocasionales o continuas. De forma que, en las relaciones con tradición monogámica la

inclusión de un tercero supone una violación del acuerdo, mientras que en relaciones poliamorosas se produce al involucrar a personas ajenas al círculo aceptado. Bajo esta definición, ser infiel es romper de forma consciente un acuerdo afectivo o sexual preestablecido para el tipo de relación escogida

El concepto de infidelidad así como los motivos que llevan a ella, han sido construidos por cada cultura y se han mantenido de generación en generación, pues la infidelidad es resultante de una serie de regulaciones que cada cultura ha creado y ha ido transformando a lo largo del tiempo. Hunt (1959)

Fuentes (1999) explica que hay que reconocer la infidelidad matrimonial es uno de los dramas conyugales más graves que afectan, en nuestro tiempo a la institución matrimonial. Cuando un hombre y una mujer de los cuales al menos uno está casado establecen una relación sexual, aunque ocasional, comenten un adulterio.

Houston (2005) indica que los porcentajes de hombres y mujeres infieles se están acercando y que aun cuando más hombres son engañados por sus esposas, el 70% de las mujeres siguen siendo engañadas. Cole (2006) plantea que las decisiones acerca del comportamiento sexual, generalmente, no se planean con anticipación.

Poca gente planea intencionalmente ser infiel (al menos la primera vez). Un amorío ocurre, generalmente, no porque se planea, sino porque la gente se encuentra en situaciones donde sus emociones los conducen a tenerlo. Los escenarios que pueden ayudar a que el amorío ocurra son:

Estudio sobre infidelidad en la pareja: Análisis de contenido de la literatura febrero – julio 2014

- Estar cercano o ser interdependiente de alguien que no sea la esposa.
- Estar cerca de alguien en quien se está sexualmente interesado(a).
- Emplear mucho tiempo en una relación de uno a uno con alguien.
- No sentirse cercano o conectado con la esposa.

- Estar en una situación que ofrezca la oportunidad.
- Estar en situaciones que involucren alcohol o drogas.

2.1.2 tipos de infidelidad

La infidelidad sexual se refiere a actividad sexual con alguien más además de la pareja estable, la infidelidad emocional ocurre cuando uno de los miembros de la pareja centra sus fuentes de amor romántico, tales como el tiempo y atención en alguien más. Shakelford et al.,(2000).

Cabrera (2005), hay diferentes tipos de infidelidad y que cada una de ella se lleva a cabo por factores relacionados a la tipología.

Infidelidad por evitación. Se refiere al obstáculo que algunas personas tienen para aceptar la intimidad implica auto exposición y un cierto grado de dependencia emocional. Cuando se revela la aventura se convierte en arma de confrontación.

Baizan (2009) A esta se la ha definido como la relación que se da fuera de la pareja estable, que rompen el compromiso de lealtad de compromiso de lealtad sentimental contraído entre los involucrados, pues traiciona la promesa de exclusividad hecha por cada uno de los miembros de amar solo a esa persona con la que se comparte la vida

Díaz – loving, Rivera, Rocha, Sánchez & Shmith (2002) Así mismo se le ha ubicado como la falta de compromiso sexual y/o emocional convenido entre los miembros de la pareja marital o de noviazgo, que puede ser vista como respuesta al conflicto, pero también como causante del mismo, pues desencadena entre los miembros una serie de comportamientos destructivos que pueden llevar al rompimiento de la relación.

Infidelidad por adicción sexual. Esta aventura puede ocurrir en cualquier momento de la relación, es más común en los hombres que en las mujeres, y tiene un toque de desafío, cuando se revela la infidelidad, se defienden del miedo, la humillación y el dolor, a través de acusaciones.

Infidelidades accidentales. Inesperadas no planeadas no es que ocurren de manera involuntaria, pero hay un cierto grado de inconciencia, ya que no se tienen muy claras las consecuencias del acto.

Infidelidad como castigo. Se utiliza como arma de venganza de la otra persona, aunque no siempre implica un castigo por infidelidad, sino por diferentes aspectos que pudieran estar presentes desde el principio de la relación.

Por otro lado se ha considerado que un aspecto importante a considerar es el género dadas las condiciones culturales. Un hombre puede hacer disociaciones entre amor y genitalidad. En esto se basa la justificación de la multiplicidad de parejas que puede tener un varón. Por el contrario la mujer primero es infeliz y luego es infiel, esto ocurre por condiciones culturales ya que físicamente nada les impide actuar en forma similar a los hombres. Por último cabe mencionar que la infidelidad puede presentarse mayormente en las siguientes etapas del ciclo de la vida, tempranamente, cuando los miembros de la pareja están luchando por establecer los límites de su compromiso e intimidad. Durante la maternidad, cuando nace el primer o segundo hijo, cuando los hijos dejan el hogar y cuando resulta claro que la pareja no responde a la imagen ideal que se tiene.

Allman (1993) señala que más del 90% de las personas casadas, en algún momento de sus vidas, se han involucrado en amoríos accidentales, en relaciones sexuales ilícitas, libertinaje a relaciones sexuales de una noche. Todo esto pareciera ser muy moderno, pero un grupo de investigadores argumenta que el amor, al estilo de los norteamericanos, es de hecho parte del comportamiento humano universal que tiene sus raíces en los primeros días de la humanidad. Algunos signos de la infidelidad son:

- Visualizar el tener un amorío como una conquista (sexual) y no como una oportunidad para intimar. Prevalece la gratificación a un nivel básico.

- El desear ser adorado y creer ser merecedor de la excitación y gratificación personal porque se le ha ganado.
- Desenvolverse en un mundo que apoye estas ilusiones y comportamientos y coludirse con los amigos (as), para mantener este mundo.
- Tener problemas con la otra persona porque quizás no satisface sus necesidades y expectativas.
- No experimentar ningún conflicto, mantener el equilibrio y pensar que la vida se desarrolla sin problemas.

Infidelidad femenina Ali y Millar (2006) señalan que una mujer que esté en sus cuarentas, creció y se desarrolló durante las permisivas décadas de los 60 y 70.

En general, tuvo experiencias sexuales antes de casarse, lo cual ocurrió alrededor de cinco años después de la edad en la que su madre lo hizo. Vive en una cultura que promueve la posibilidad de tener buen sexo y buena figura aún después de la menopausia. Esta mujer desea tener gran sexo y citas románticas en su matrimonio, pero ve que eso no existe, por ello, las parejas empiezan a vivir vidas paralelas. Cuando trabajan, conviven con otros hombres, salen con ellos a comer y gradualmente pueden empezar a salir con otro, empiezan a divertirse y a reír juntos, la relación puede entonces evolucionar y solidificarse y puede resultar que decidan tener un amorío, y no porque ella se sienta miserable sino simplemente porque puede.

Snyder (2003) señala que el 60% de las mujeres engaña a su pareja. Dentro de las razones que se dan para el esto, están las siguientes:

- La otra persona le parece deliciosa.
- Está aburrida.
- Piensa que la otra persona es el hombre de sus sueños.
- Desea jugar con lo prohibido.
- Quiere jugar con los jóvenes guapos.

Houston (2005), señala que las mujeres son infieles porque:

- Desean tener un apego emocional e intimidad.
- Desean tener la atención (quieren ser el centro de atención del hombre otra vez).
- Quieren reafirmar que son deseadas (reafirmarse como mujer).
- Desean re experimentar sentimientos de romance.
- Desean sentirse especiales.
- Están aburridas.
- Se sienten solas.
- Es un deseo sexual.

Magdalena Varela Macedo febrero - julio 2014 Norment (1998), señala que las razones por las cuales las mujeres engañan, varían considerablemente. Algunas de las razones son:

- Se sienten solas.
- Quieren escapar de la monotonía del matrimonio.
- Quieren vengarse de la infidelidad del marido.
- Simplemente les interesa ser infieles.
- Son fácilmente excitables sexualmente.
- Por dinero.
- Por querer adquirir algunos bienes materiales.
- Por la necesidad de tener intimidad emocional.

Norment (1998), también comenta que de acuerdo a Berry, otras razones pudieran ser:

- Su matrimonio se está deshaciendo.
- Se sienten rechazadas por la pareja.

Por su parte Chapman (citado en Norment, 1998) propone que las mujeres engañan porque:

- Buscan apoyo emocional.
- Buscan protección.
- Quieren reforzar la idea de que son deseables.
- Se sienten rechazadas.
- Desean tener relaciones.
- Sus maridos las engañan.
- Es una necesidad emocional.
- Se sienten solas.

Otras razones que se plantean serían las siguientes (Norment, 1998):

- Desean confirmar que están bien.
- Quieren sentirse hermosas y deseables.
- Quieren sentir que todavía son sexies.
- Quieren sentir que alguien las ama por lo que son, no por lo que hacen.
- Desean sentir confianza en sí mismas.
- Buscan excitación sexual.
- Quieren ser seducidas y cortejadas.
- Desean tener un romance.

2.1.3 Causas de la infidelidad

Estas son algunas causas del porque se da la infidelidad en la pareja:

La infancia: la manera en cómo se vivió en la infancia, determina las formas de conducta de la familia y la persona en la edad adulta. Por lo tanto una persona que de niño fue desatendido, extremadamente sobreprotegido, inseguro, proveniente de una familia disfuncional, o en donde

no hay la promoción de valores y principios, es más probable que cuando mayor sea infiel a su pareja.

Vacío: la soledad, el aislamiento, desesperanza o una depresión sin explicación, provocan inestabilidad en los matrimonios. Cuando aparece ese sentimiento de vacío en una de las partes, la persona tiende a seguir buscando a su "pareja ideal", y aunque no sabe lo que realmente quiere, es infiel.

Otro de los factores que provoca la infidelidad se refiere a la elección de la propia pareja.- después de un tiempo, él o ella se da cuenta de que no son compatibles y tal vez durante un tiempo pudieron sobrellevar la situación, pero después fue imposible.

Búsqueda de nuevas experiencias: esto ocurre sobretodo en personas que no han tenido relaciones con otras personas.

El sentimiento de menosprecio: una vez que ha pasado la etapa de enamoramiento en la pareja, ésta se enfrenta a la realidad, olvidando a aquella persona que tanto se idealizaba, ahora sus conductas ya no son placenteras en la convivencia, por lo que se defraudan las expectativas. Por otro lado hay un abandono mutuo en la pareja, centrándose cada uno en sus objetivos personales y no en los de ambos, así que si aparece otra persona que los haga sentir más valorados, se elige inconscientemente como nueva compañera.

La monotonía: esta es uno de los más grandes enemigos en la relación de pareja. Un matrimonio sumido en la rutina y en el aburrimiento está más vulnerable, por lo tanto si llega alguien que ofrece un panorama distinto, lleno de encantos, novedades, riesgos y demás cosas de que carece la relación conyugal, es muy probable que se acepte.

La vida sexual deficiente: aunque no es el único elemento en la relación de pareja, si es muy importante, por lo que si una de las partes no se siente satisfecho sexualmente tiende a buscar fuera de la relación la satisfacción sexual que no encuentra en su pareja, a pesar de amarla. El que

ella o él no satisfagan al otro o no quiere llevar a cabo sus fantasías sexuales, le crea un sentimiento de enojo y venganza, llevándolo(a) a tener relaciones sexuales con otra persona.

Interferencia de la familia (padres): otro factor que influye para que la infidelidad se dé es la intervención de los padres en la vida matrimonial de sus hijos, lo cual viene de la mano con la dependencia emocional de la pareja. Ya que al no establecerles límites, provoca que haya sentimientos de abandono y poco valor hacia el otro, llevándolo a buscar una relación extramarital.

Ya no sienten lo mismo: cuando el enamoramiento que existía en un principio en la pareja se ha ido acabando y se vive en el hastío de una relación, mientras que al mismo tiempo una de las partes necesita seguir satisfaciendo su necesidad de seguir enamorado, es muy común que busque vivir nuevamente ese sentimiento con otra persona.

No perder la idealización de la pareja: otro factor causante de la infidelidad es cuando una de las partes desea que su pareja la siga idealizando y para evitar modificar esa imagen elige como amante a una persona totalmente opuesta. Con ella es con quien llevan a cabo todas sus fantasías sexuales y no con la pareja.

Miedo a perder la libertad: cuando la pareja es asfixiante o una de las partes tiene miedo a perder su independencia y quedar atrapados en una relación, intenta sentirse libre cometiendo actos de infidelidad.

Por lo que se tiene: en muchas ocasiones, también se llega a ser infiel, cuando uno de la pareja por haber obtenido poder, dinero y una posición social, siente que se ha ganado el derecho a tener un mayor potencial sexual con el sexo opuesto.

Cuando la pareja lo permite porque sabe que la relación está mal: se da sobre todo cuando ambos se dan cuenta de las deficiencias de su relación, y por lo tanto están de acuerdo en que los dos o a

veces uno tenga relaciones extramaritales con otra persona, de tal forma que con ella pueda satisfacer lo que le hace falta en su relación con su pareja estable.

2.1.4 consecuencias de la infidelidad

Se ha encontrado que la infidelidad le puede proporcionar a la persona que es infiel, momentos placenteros, no obstante la infidelidad puede tener consecuencias negativas en la pareja (Adkines, 2005, Eldridge Baucom & Christense, 2005; Gordon & Snyder 2004). La mayoría de los matrimonios consideran la infidelidad como el colmo de la deslealtad una conducta inaceptable, que puede conducir a un daño permanente que justifica el divorcio. Se identifica la infidelidad como una de las más frecuentes de divorcio en las parejas (40% 60%) .

Mario Zumaya,* Cynthia Brown Harry Baker (2008) En la infidelidad se pone en juego la identidad completa de quien es traicionado: ya no soy «tan hombre» o «tan mujer». A quien le han sido infiel, sobre todo si ha sufrido de traiciones importantes en la infancia y/o adolescencia, padece intensamente por experimentar de nuevo sentimientos de humillación, enojo, frustración, tristeza y culpa.

En nuestra cultura mexicana en donde a toda infidelidad «debe» seguir el divorcio inmediato, se presenta, sin embargo un dilema: ¿continuar o separarse? Y si se decide seguir, otro nuevo dilema: olvidar o perdonar.

Olvidar es imposible; ¿será posible perdonar? El perdón es muy difícil, tarea casi de Dios mismo y aquí apunto el dato curioso de que los infieles, en su origen, lo fueron ante la divinidad al no profesar la «fe verdadera», la cristiana por supuesto o, si estuviésemos en los países islámicos, la mahometana. En algunos casos la infidelidad es muy útil: ¿será el martillo que se utiliza de manera constante e histórica para sacar ventajas y golpear emocionalmente? ¿Por qué perder esa carta? Y la respuesta a plantearles es: ¿en qué mundo emocional se quiere vivir? ¿En uno de confianza, disfrutable y amorosa camaradería o en uno de mentira, engaño, celos y constante

paranoia? El infiel, con más frecuencia el que ha sido descubierto, también sufre: quiere que para empezar se olvide el evento o, en el mejor de los casos, que se le perdone. «Ya lo pasado, pasado; no me interesa», como dice la canción.

Pero el sufrimiento de la víctima proviene de los pensamientos recurrentes intrusivos: la obsesión con la infidelidad del cónyuge. Se le interrogan al infiel los detalles, todo tipo de detalles: dónde, cuándo, cuánto, cómo contribuyeron cada uno de los actores, los amantes, de la tragicomedia de la infidelidad, las características físicas, sexuales, de todo tipo, de la «competencia».

Todas las parejas de los y las infieles se obsesionan. La obsesión es una maniobra para enviar un mensaje poderoso: «ahora te va a costar» y se trata de que me pidas disculpas...sin límites.

La obsesión es, en sí misma, un proceso de evitación de dolor por parte del fiel. Evita mirar de frente la participación o responsabilidad que se tiene en la infidelidad del cónyuge. Se focaliza en el drama de la aventura: «yo me obsesiono y tu me pides disculpas y promesas que nunca son suficientes; y así ad nauseam: «no pides que te perdone con argumentos suficientemente convincentes, pides el perdón suficiente...»

Lo que sucede es que la dinámica del poder antes de la infidelidad consistía en que el infiel era el menos poderoso y después de su infidelidad es el que ahora tiene el control. La obsesión de la fiel, los interminables interrogatorios y los reproches, tienen la intención de descargar el dolor y restablecer el balance del poder perdido.

Ahora bien, tomando en cuenta que no hay otra realidad más que la que acordamos culturalmente por medio del lenguaje,¹⁰ por ejemplo: «¿estás seguro que yo veo estas manchas como las ves tú?», o, más bien, ¿existe un acuerdo social y cultural a partir del lenguaje de llamarlas letras negras? Por ello nosotros, o «YO», creamos los síntomas derivados de la infidelidad, la mayor parte de las veces dichos síntomas son el producto de eventos fundamentales de nuestra historia personal que tienen que ver con traiciones. Y si nosotros, o «YO», somos los creadores de nuestros síntomas, somos nosotros, o «YO», quienes podemos resolverlos o cambiarlos. Si

no fuera así, ¿cómo explicar el intenso y enorme sufrimiento de unas personas, en contraste con otras que hacen suya la frase ancestral que tanto dolor ha menguado de «no importa que tu esposo tenga capillitas mientras tu seas la catedral»? Y, por supuesto, hay muchas alternativas de cómo ver y ampliar la conciencia en relación a lo que ha sucedido.

La infidelidad puede afectar las distintas áreas que componen al ser humano. Algunos de los efectos son los siguientes:

Cognitivos: la persona engañada suele tener pensamientos recurrentes sobre lo sucedido al punto de afectar su concentración y rendimiento diario. Otra de las respuestas frente a la infidelidad es un cambio en la forma de ver al infiel y a la relación de pareja, ya que se pierde la confianza en esa persona e incluso en posibles futuras parejas, llegando a no sentirse seguro en una relación. Se crea una huella de desconfianza difícil, aunque no imposible, de sanar.

Conductuales: pueden darse reacciones de agresividad por parte del traicionado. Puede aparecer la hipervigilancia, buscando con esto comprobar que la relación de su pareja con ese tercero se ha terminado. También las constantes preguntas indagando sobre lo que ha pasado y una comunicación bastante agresiva.

Emocionales: el sufrimiento emocional es muy grande. Aparecen sentimientos de rabia, de ser víctima de ridículo, depresión, ansiedad. Estos sentimientos pueden variar en cuestión de horas, por lo que se padece de constantes y repentinos cambios de humor.

Fisiológicos: alteraciones en el sueño, en el apetito, y pérdida de energía. También se suele dar una fuerte reacción fisiológica a los estímulos que le recuerdan la traición, por ejemplo, películas, comentarios, lugares, etc.

2.2 Tratamiento psicoterapéutico

Mario Zumaya,* Cynthia Brown Harry Baker (2008) Psicoterapia de parejas. Una de las definiciones de psicoterapia es la cura a través de la palabra o, dicho de una manera más amplia, la sanación por medio de una conversación especializada que no sigue las pautas tradicionales ya que está focalizada en el cliente o paciente y conducida, dirigida, por el psicoterapeuta.

La psicoterapia de parejas, sin duda la más difícil de todas sus aplicaciones, requiere de entrenamiento en un marco teórico y de habilidades específicas. Los clientes no siempre escucharán cosas agradables o lo que quieren oír. Cuando una pareja acude con un profesional de la salud mental es porque hay un acuerdo implícito y/o explícito entre todos ellos de que su interacción va a tener el propósito de transformar lo que está sucediendo.

Por lo tanto se va a dar un proceso de duelo, en donde se abandonará la relación que la pareja tenía previamente. El objetivo no es, necesariamente, mantener, ni tampoco separar a la pareja.

Es común que se polarice la situación: que uno quiera mantener la relación, mientras que el otro desea separarse.

Los varones son más propensos a evitar la psicoterapia y buscan aliarse con el terapeuta para que éste tranquilice a sus parejas. Las mujeres, en general, acuden a hablar, a desahogarse y conseguir que el terapeuta «regañe y ponga en cintura» a sus cónyuges. Pero no se trata de una conversación social. Él que tiene que estar a cargo de lo que ocurra en su consultorio, es el dueño de casa, el terapeuta.

El primer paso es el manejo de la rabia, la culpa y la confusión. Y esto inicialmente se da por medio de control de la conducta con el fin de calmar las acciones impulsivas. No es recomendable tomar decisiones en periodos de crisis. Se evalúa el significado de la infidelidad para cada uno. Por ejemplo, el pensar que «me fue infiel» puede ser interpretado (incluso erróneamente) como «no me quiere». Hay que recordar que uno no puede evitar sentir lo que

siente, sino solamente el cómo lo expresa. Es importante saber qué ocurría antes de la aventura y esto implica un poco de historia individual y de la pareja.

¿Por qué vienen justo ahora?, ¿qué es lo que desean?, ¿aceptan o no aceptan un contrato para intentar la reconstrucción matrimonial? Para ello es indispensable transitar de la confianza infantil a la adulta: «Confío en tí, aunque sé que me puedes traicionar». Esto lo señalo porque he escuchado muchas veces la frase «yo no le soy infiel, para que mi pareja no me lo sea»; misma que me suena a autoengaño o, peor, a una relación que se mantiene por miedo.

Lo anterior se logra por medio de un contrato terapéutico que siempre va a ser de fundamental importancia y en donde se define si existe idoneidad por parte del terapeuta para tratar a esta pareja: edad, sexo, ideología, entre otras; frecuencia de visitas, costos, duración del tratamiento, necesidad de sesiones individuales a solicitud del terapeuta, aspectos administrativos y algunas condiciones para el tratamiento, como sería la terminación de la aventura y aclarar que no le digan nada al terapeuta que éste no pueda repetir enfrente de su cónyuge, porque ello lo convertiría en cómplice.

Hay que recordar que la psicoterapia de la crisis marital por infidelidad tiene intensas e inmensas connotaciones éticas, por supuesto, técnicas.

En el proceso de psicoterapia es esencial evitar las mentiras y asumir la responsabilidad de nuestras acciones. Sería básico hablar de las emociones en lugar de actuarlas.

Hay que evitar destruir aún más al frágil, las humillaciones, las comparaciones y las sorpresas. Habrán de reconocer y validar los sentimientos del otro. Están ahí para tocar los elementos de la crisis, no para evadirlos, aunque la tendencia natural sea evitar el dolor...

Aún así, el psicoterapeuta no es mago, ni Gurú que posea los secretos ocultos de la mente. Ni tampoco está en sus manos poder cambiar a los consultantes, de hecho nadie lo tiene, sólo lo

posee el que desea cambiar. Sólo ellos pueden lograrlo a través de: motivación, esfuerzo, capacidad y constancia. Y esto no siempre sucede en la dirección deseada.

El resultado de la infidelidad puede incluir la posibilidad de violencia, de crisis frecuentes a las que no tan raramente se sigue un incremento del erotismo para caer de nuevo en otra crisis. Todo ello hace que se dé la necesidad de que el terapeuta se pueda aliar momentáneamente con uno de los dos.

Pero... la única justificación real para continuar con la pareja después de la crisis por infidelidad es porque la relación matrimonial va a ser mejor. Y es esto, precisamente, lo que pretende la psicoterapia: revisar los mecanismos y patrones que están detrás de la infidelidad para develarlos y, de ser posible, modificarlos comprendiendo también el significado de ésta.

De no ser posible la modificación de estos patrones, la comprensión del significado e impacto de la infidelidad se convierte en una tarea básica en aquellas parejas que han dejado de serlo mucho antes de que la infidelidad ocurriera.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

En el municipio de San Pedro Sacatepéquez, departamento de San Marcos no se ha realizado ningún estudio de observación sobre el desarrollo del trastorno de somatización a causa de la infidelidad dentro de las parejas; ya que en nuestro medio es muy común observar que en los matrimonios existen infidelidades; debido a esto se considera de utilidad e interés evaluar a los pacientes que asisten a la clínica psicológica del Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez, con la finalidad de obtener información local sobre el tema y así comprender mejor ciertos procesos psicológicos en los pacientes y es por ello que se plantea la siguiente interrogante ¿Qué consecuencias conlleva la infidelidad dentro de las parejas?

3.2 Pregunta de la investigación

La investigación nos permitirá conocer y analizar si el trastorno de somatizaciones es consecuencia de la infidelidad dentro de las parejas, por lo que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Puede desarrollar la infidelidad dentro las parejas el trastorno de somatización en alguno de los dos?

3.3. Objetivo general

Analizar un estudio acerca del desarrollo del trastorno de somatización a causa de la infidelidad dentro de las parejas que asisten al Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez.

3.4 Objetivos específicos

- Describir los criterios diagnósticos del trastorno de somatización según el DSM-IV-TR.
- Mencionar las consecuencias que conlleva la infidelidad en los pacientes.

3.5 Alcances

- Humanos
- Papel
- Hojas
- Lapiceros
- Computadora
- Impresora
- Fuentes de consulta
- Mobiliario y equipo
- Institucionales
- Financieros

3.6 Método a utilizar

- Selección del tema.
- Recopilación de información buscando varios autores en relación al tema.
- Formulación de hipótesis y objetivos.
- Definición de variables
- Selección de la muestra
- Selección de instrumento
- Redacción de la bibliografía
- Trabajo de campo realizado
- Análisis estadístico y discusión de resultados

- Presentación de la tesis y examen final

Acharandio L. (1992) menciona que este estudio es una investigación de tipo descriptivo, este tipo de investigación es la que estudia interpreta y refiere lo que aparece abarca la recopilación de datos, a ordenarlos, a tabularlos a interpretarlos y presentarlos en gráficas. La fórmula el porcentaje se saca de la siguiente manera Función de coeficiente de correlación y graficas de dispersión.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del estudio del caso

Datos personales

Nombre completo:	R.G
Lugar y fecha de nacimiento:	Malacatán San Marcos
Edad:	25 años
Estado civil:	casada
Género:	femenino
Ocupación:	perito contador
Nacionalidad:	guatemalteca
Religión:	Católica
Dirección:	Malacatán
Nombre de quien lo refiere:	Secretaria del CAP

Motivo de consulta

“Estoy muy enferma desde hace un cuatro años que estoy así ya no sé qué hacer he ido con varios doctores y me dicen que no tengo nada y a mí no me deja de doler la cabeza y me duele mucho el estómago hay días que no puedo caminar por el dolor”

Historia del problema actual

- Fecha de inicio y duración: Hace cuatro años vi a mi esposo con otra mujer teniendo relaciones sexuales, en nuestra casa, llore mucho y lo quise sacar de mi casa pero lo perdoné.
- Factores Precipitantes: Infidelidad del esposo.
- Impacto de la enfermedad: A veces no me concentro en el trabajo porque estoy trabajando y ahí empieza mis dolores

Historia clínica o antecedente

Hace cuatro años vi a mi esposo con otra mujer teniendo relaciones sexuales, en nuestra casa.

Personales no patológicos

Historia Pre-natal:	Adecuada
Desarrollo Psicomotriz:	Adecuada
Desarrollo Escolar:	Adecuado
Adolescencia:	Fue normal me llevaba bien con mis papas
Adulterio:	Me case a los 17 años
Historia Psicosexual:	Tuve mi primera relación sexual con mi pareja actual a los 17 años cuando me case con él.
Personales Patológicos:	Adecuado hasta que vi la infidelidad.
Historia Familiar:	Me llevaba bien con mis papas, a mis papas los veía discutir pero nunca se gritaron ni nada mi mama siempre hacia lo que mi papa decía la relación con mis tres hermanas es normal.

Examen mental o evaluación semiológica

a) Apariencia:	Desarreglada
b) Actitud:	Preocupada
c) Conducta:	Ansiosa
d) Lenguaje:	Acelerado
e) Curso del Pensamiento:	Enfermedad
f) Contenido del Pensamiento:	Enfermedad
g) Percepción:	Desilusionada
h) Humor:	Deprimida
i) Afecto:	Apatía y desesperanza
j) Inteligencia:	Promedio
k) Orientación:	Adecuada
l) Memoria:	Promedio
m) Control de impulsos:	Poco
n) Capacidad de Juicio Crítico:	Poco
o) Capacidad de Insight:	Muy poco
p) Confiabilidad:	Muy poca

Discernimiento para el diagnóstico

Criterios Diagnósticos: Según el DSM IV T.R cumple criterios para el trastorno de somatización [300.81] y el DSM V trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor

Diagnóstico semiológico: Desilusionada por mi esposo.

Diagnóstico Psicodinámico: Ninguno.

Evaluación multiaxial

Eje I: F45.1 Trastorno de síntomas somáticos. F45.0 Trastorno de Somatización

Eje II: F60.6 Trastorno de la personalidad por dependencia

Eje III:

Eje IV: De relación

Eje V: Ingreso 60 Egreso 90

Diagnóstico diferencial

El cuadro clínico es habitualmente inespecífico y puede relacionarse con enfermedades médicas.

Evaluación pronóstico: La paciente tiene buena actitud colaboradora, el pronóstico es reservado.

Plan terapéutico

Tratamiento cognitivo-conductual. La actitud de la paciente es positiva, confía que se le puede ayudar con la terapia. Tratamiento: la fase educativa será de suma importancia así como detectar las creencias sobre los síntomas, la enfermedad y las conductas de salud, reemplazándolas por pensamientos más adaptativos.

Notas evolutivas

En las sesiones 1 y 2 se dialogó con la paciente para determinar las causas y consecuencias las cuales determinaban al trastorno de síntomas somáticos.

En las sesiones 3 y 4 se trabajó con la terapia psicodinámica y sus técnicas (la asociación libre, el análisis de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y con el análisis de la resistencia) para que la paciente expresara los sentimientos que le generaba el trastorno.

En las sesiones 5 y 6 se trabajó con su pasado donde se descubrió que su esposo la engañó en su propia casa y que a partir de allí inician sus síntomas físicos.

En la última sesión se trabajó con la terapia racional emotiva analizando los eventos activadores de los problemas, las consecuencias emocionales y las creencias irracionales que afectan en la vida cotidiana. Y en el cierre se hizo una relajación para que se fuera tranquila la paciente a su hogar.

Conclusiones

Se logró diagnosticar a la paciente con el trastorno de somatización ya que cumplía con los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR.

Se detectó la causa principal del desarrollo del trastorno de somatización, el cual fue por la infidelidad de su esposo.

A través del empleo de las diferentes técnicas de las escuelas psicoterapéuticas se ayudó positivamente a la paciente.

Recomendaciones

Que la paciente cumpla a totalidad su tratamiento para que los síntomas se reduzcan.

Que la paciente a través del tiempo siga practicando el perdón hacía su esposo para que no reviva ese evento traumático que le causo el trastorno.

Continuar periódicamente con las sesiones psicológicas hasta que su esposo de igual manera se incluya para mejorar la relación de pareja.

Referencias

Bibliografía

Barragán, F. (1999). *Sexualidad, Educación Sexual y Género*. Sevilla, España: Novograf S.A.

Córdova, J. y Sánchez, L. (2012). *Por mi salud y tu tranquilidad hablemos de sexualidad*. México: Secretaría de Educación Pública.

Padrón, Fernández, García y París (2009). *Libro Blanco Sobre Educación Sexual*. Málaga, España: Centro de Educación de la Diputación de Málaga.

Mellody, P. y Wells, A. (2004). *Codependencia*. Barcelona España: Editorial Paidós Ibérica.

Bisquerra, R. y Pérez, M. (2007) *Educación Emocional y Bienestar*. Barcelona, España: Praxis.