



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS  
DE LA EDUCACIÓN**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA: PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS  
PSICOSOMÁTICOS, POR MEDIO DE TÉCNICAS ALTERNATIVAS EN  
MUJERES**

**VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE LA “CASA DE ACOGIDA  
MARÍA AMOR” DE LA CIUDAD DE CUENCA.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN  
PREVIO AL TÍTULO  
DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

**AUTORA:** Pamela Merchán Bustamante

**DIRECTOR:** Mst. Mario Moyano Moyano

**CUENCA-ECUADOR**

**2012**

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este esfuerzo a todas las personas importantes de mi vida, especialmente a mis padres por el apoyo incondicional que me han brindado durante todos estos años, a mis hermanas y mi familia por hacer posible mis logros y alentar mis triunfos, a mis profesores y a mis compañeras de la “Casa de Acogida María Amor” por las enseñanzas que contribuyeron con esta etapa de formación.

## **AGRADECIMIENTO**

Primero, quisiera agradecer a mis padres y a mi familia por ser mi fuente de inspiración; con amor, su experiencia y sus enseñanzas, me han apoyado en todo momento. A mis amigas Paola y Jhoanna que me ayudaron a lo largo de este trabajo motivándome e impulsándome para cumplirlo.

De la misma manera, quiero manifestar mi más sincero y cariñoso agradecimiento al Mst. Mario Moyano, director de esta tesis, por haber encaminado este proyecto con sus conocimientos y generoso apoyo. Presento además un especial agradecimiento a la Mst. Daniela Tripaldi por haber orientado y brindado sus observaciones y su ayuda con dedicación, al Mst. Aberto Astudillo y a la Psc. Clínica Cesibel Ochoa y por la dedicación de su tiempo y colaboración con el desarrollo de este proyecto.

Finalmente, agradezco al esfuerzo y la dedicación de todas las mujeres que participaron en la investigación, de igual forma, al equipo de trabajo de la “Casa de Acogida María Amor”, por la apertura y contribución hacia este proceso y a todas las personas que me apoyaron y depositaron su confianza en la realización de este trabajo.

## **RESUMEN**

La incidencia de los trastornos psicosomáticos se está incrementando de forma notoria, poniendo en riesgo la vida del paciente. Esta investigación propone un tratamiento grupal para la prevención de trastornos psicosomáticos, mediante la aplicación de técnicas alternativas, como la arteterapia, aromaterapia, danzaterapia, musicoterapia y reflexología, en mujeres víctimas de violencia. El grupo estudiado fueron seis mujeres de la casa de acogida “María Amor”.

El fin último de esta propuesta psicoterapéutica fue disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida de las pacientes de una manera holística. Con ello, la aplicación de estos métodos alternativos logró una disminución del 24% de la sintomatología de las pacientes, lo cual demuestra que los resultados de esta propuesta fueron efectivos y procuró cambios positivos en la vida de las mujeres.

## ABSTRACT

The incidence of psychosomatic disorders is increasing notoriously, putting the patient's life in danger. This research proposes a group therapy for the prevention of psychosomatic disorders through the application of alternative techniques such as art therapy, aromatherapy, dance therapy, music therapy, and reflexology to women who have been victims of violence. The study group was made up of six women who are part of "Maria Amor" care center.

The final goal of this psychotherapy proposal was to reduce the symptoms and improve the patients' quality of life through a holistic approach. With the application of these alternative methods, we managed to reduce the symptoms in 24% of the patients, which reveals that the proposal was effective and that it was possible to accomplish positive changes in the lives of these women.



*Diana Lee Rodas*  
Translated by:

Diana Lee Rodas

## ÍNDICE:

### Contenido

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE: .....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I .....	3
LA VIOLENCIA Y GÉNERO .....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 Antecedentes históricos .....	3
1.2 Definiciones de violencia.....	6
1.3. Aparición y desarrollo de la violencia .....	7
1.3.1 Factores sociales .....	8
1.3.2 Factores culturales.....	10
1.3.3 Factores psicológicos. ....	11
1.4 Formas de violencia. ....	14
1.5 Consecuencias de la violencia.....	18
CONCLUSIONES.....	21
CAPÍTULO II. ....	23
TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS .....	23
INTRODUCCIÓN.....	23
2.1. Conceptos y generalidades.....	23
2.2. Teorías Psicológicas de los Trastornos Psicosomáticos.....	25
2.2.1 Teoría Psicodinámica.....	26
2.2.2 Teoría Sistémica.....	27
2.2.3 Teoría Cognitivo Conductual.....	30
2.2.4 Otras teorías .....	31
2.3. Factores que influyen en el desarrollo de los Trastornos Psicosomáticos .....	32
2.4. Criterios diagnósticos de los Trastornos Psicosomáticos según el DSM-IV .....	35
2.5. Diagnóstico .....	37

2.5.1 Diagnóstico Diferencial .....	39
2.6. Manifestaciones Clínicas .....	41
2.7 Tratamiento .....	43
CONCLUSIÓN.....	49
CAPITULO III .....	51
TERAPIAS DE GRUPO Y TERAPIAS ALTERNATIVAS .....	51
INTRODUCCIÓN.....	51
3.1. Historia de la Terapia De Grupo .....	51
3.2. Definiciones de la Terapia De Grupo.....	53
3.3. Objetivos de la Terapia de Grupo .....	55
3.4. Ventajas y beneficios de la Terapia de Grupo .....	57
3.5. El grupo y sus recursos terapéuticos. ....	61
3.6. Efectividad de la Terapia de Grupo .....	62
3.7. Terapias Alternativas .....	65
3.7.1 Antecedentes históricos.....	66
3.7.2. Aportes teóricos a las Terapias Alternativas .....	66
3.7.2.1. Enfoque Cognitivo Conductual.....	67
3.7.2.2. Enfoque Gestal .....	69
3.7.2.3. Enfoque Humanista.....	70
3.7.3. Técnicas Alternativas .....	73
3.7.3.1. Aroma Terapia .....	74
3.7.3.2. Arte Terapia .....	75
3.7.3.3. Danza Terapia .....	76
3.7.3.4. Músico Terapia .....	78
3.7.3.5. Reflexología .....	81
3.7.3.6 Técnicas Psicoeducativas .....	82
3.7.3.7. Técnicas de Expresión Emocional .....	84
3.7.3.8. Técnicas de Desarrollo Personal .....	85
3.7.3.9. Técnicas de Relajación y Visualización.....	87
CONCLUSIONES .....	89
CAPÍTULO IV. ....	90
PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS, POR MEDIO DE TÉCNICAS ALTERNATIVAS EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE LA “CASA DE ACOGIDA MARÍA AMOR” DE LA CIUDAD DE CUENCA. ....	90

INTRODUCCIÓN.....	90
4.1 Propuesta del programa.....	91
4.2 Metodología de la propuesta.....	92
4.2.1. Objetivo general de intervención.....	92
4.2.2 Objetivos específicos.....	92
4.2.3 Procedimiento a seguir en la investigación.....	93
4.2.4 Fase Diagnóstica.....	95
4.2.5. Encuadre del taller.....	95
4.2.6. Planificación.....	96
4.3. Desarrollo del programa.....	98
4.3.1 Primera sesión.....	99
4.3.1.1 Objetivos.....	99
4.3.1.2 Actividades.....	100
4.3.1.3 Desarrollo de la sesión.....	100
4.3.1.3.1 Calentamiento.....	100
4.3.1.3.2 Acuerdos.....	101
4.3.1.3.3 Aplicación del test.....	101
4.3.1.4 Cierre.....	101
4.3.2 Segunda sesión.....	102
4.3.2.1 Objetivos.....	102
4.3.2.2 Actividades.....	102
4.3.2.3 Desarrollo de la sesión.....	103
4.3.2.3.1 Calentamiento.....	103
4.3.2.3.2 Ejercicio de relajación.....	103
4.3.2.4 Cierre.....	104
4.3.3 Tercera sesión.....	104
4.3.3.1 Objetivos.....	104
4.3.3.2 Actividades.....	105
4.3.3.3 Desarrollo de la sesión.....	105
4.3.3.3.1 Calentamiento.....	105
4.3.3.3.2 Técnica: psicoeducación.....	106
4.3.3.4 Cierre.....	106
4.3.4 Cuarta sesión.....	106
4.3.4.1 Objetivos.....	106

4.3.4.2 Actividades.....	107
4.3.4.3 Desarrollo de la sesión .....	107
4.3.4.3.1 Calentamiento .....	107
4.3.4.3.2 Técnica: Arte Terapia.....	107
4.3.4.4 Cierre Cada mujer debía exponer su creación, en el cual se observó que las mujeres lograron identificar conflictos de la niñez y pudieron expresar sentimientos y emociones. Finalmente, iban expresando los aspectos positivos que se desarrollaron durante la terapia. Se mostró gran apertura de las participantes, quienes expresaron haber alcanzado los objetivos previstos. ....	108
4.3.5 Quinta sesión.....	108
4.3. 5.1Objetivos .....	108
4.3.5.2 Actividades.....	109
4.3.5.3 Desarrollo de la sesión .....	109
4.3.5.3.1 Calentamiento .....	109
4.3.5.3.2 Técnica: Aroma Terapia.....	109
4.3.5.4 Cierre.....	110
4.3.6 Sexta sesión.....	110
4.3.6.1 Objetivos: .....	110
4.3.6.2 Actividades.....	111
4.3.6.3 Desarrollo de la sesión .....	111
4.3.6.3.1 Calentamiento .....	111
4.3.6.3.2 Técnica: Danzo Terapia .....	111
4.3.6.4 Cierre.....	113
4.3.7 Séptima sesión.....	114
4.3.7.1 Objetivos .....	114
4.3.7.2 Actividades.....	114
4.3.7.3 Desarrollo de la sesión .....	114
4.3.7.3.1 Calentamiento .....	114
4.3.7.3.2 Musicoterapia.....	115
4.3.7.4 Cierre.....	115
4.3.8 Octava sesión .....	116
4.3.8.1 Objetivos .....	116
4.3.8.2 Actividades.....	116
4.3.8.3 Desarrollo de la sesión .....	116
4.3.8.3.1 Calentamiento .....	116

4.3.8.3.2 Técnica de Reflexología.....	117
4.3.8.4 Cierre.....	117
4.3.9 Novena sesión .....	118
4.3.9.1 Objetivos .....	118
4.3.9.2 Actividades .....	118
4.3.9.3 Desarrollo de la Sesión .....	118
4.3.9.3.1 Calentamiento .....	118
4.3.9.3.2 Análisis de la lectura: “Cerrando Círculos” del escritor Paulo Coelho.....	119
4.3.9.4 Cierre.....	119
4.3.10 Decima sesión .....	119
4.3.10.1 Objetivos .....	119
4.3.10.2 Actividades .....	120
4.3.10.3 Desarrollo de la sesión .....	120
4.3.10.3.1 Calentamiento .....	120
4.3.10.3.2 Aplicación del re-test .....	121
4.3.10.3.3 Evaluación Del Proceso .....	121
4.3.10.4 Cierre.....	121
4.5 Análisis cuantitativo de la investigación.....	122
4.5.1 Informe cuantitativo final.....	122
4.6 Evaluación de las participantes sobre el proceso realizado .....	131
4.7 Informe cualitativo final.....	132
CONCLUSIONES.....	133
CONCLUSIONES GENERALES .....	135
RECOMENDACIONES.....	137
BIBLIOGRAFÍA.....	138
ANEXOS .....	143
Anexo 1: Test de Othmer y Desouza para la detección del Trastorno de Somatización. ..	144
Anexo 2: Láminas de reflexología padal. ....	145
Anexo 3: Lectura “Cerrando Círculos” de Paulo Coelho .....	147
Anexo 4: Cuestionario para la evaluación del proceso .....	150

## INTRODUCCIÓN

Un signo social de la época que ostenta gran presencia en las relaciones interpersonales es la violencia, que cada vez se va arraigando más en la sociedad de manera manifiesta expresada en diversas facetas del convivir cotidiano. Es necesario señalar que la violencia es más notoria en los sectores indefensos de la población, esto es, los niños, los ancianos y las mujeres, que se genera obviamente por condiciones físicas y culturales de los individuos agresores y la indefensión en la que se encuentran al estar desprotegidas por acciones estatales efectivas, tales como leyes adecuadas, programas de prevención, concientización y educación de los entes involucrados en la problemática.

Se vuelve fundamental por tanto, la creación de programas que permitan disminuir los índices de violencia intrafamiliar, que según los organismos internacionales que investigan el tema, siempre van en incremento. Adicionalmente, la aplicación de investigaciones que posibiliten determinar la bondad de técnicas que vayan a coadyuvar al mejoramiento de vida de las mujeres que han sufrido de maltrato en su núcleo familiar.

Esta Tesis “Programa para la prevención de trastornos psicossomáticos, por medio de técnicas alternativas en mujeres víctimas de violencia de la Casa De Acogida María Amor de la Ciudad de Cuenca” busca realizar un proceso psicoterapéutico que permita trabajar en la prevención del desarrollo de trastornos psicossomáticos, a partir del diseño y aplicación de talleres que implique la selección de Técnicas Alternativas a ser utilizadas en las sesiones con las mujeres víctimas de violencia. A través de ello se busca disminuir el deterioro físico y emocional de las mujeres que integran el grupo, para mejorar su calidad de vida y conseguir una reestructuración emocional y

social; y, evaluar el grado de confianza en sí mismas y los demás, sus potencialidades y motivaciones.

Por ello, este programa pretende que cada persona paulatinamente sea responsable de su propio crecimiento personal, que sea capaz de integrar todos estos aspectos en su vida cotidiana, que pueda crear nuevas motivaciones para vivir y sobretodo que mantenga un estilo de vida basado en la salud y bienestar.

## **CAPÍTULO I**

### **LA VIOLENCIA Y GÉNERO**

#### **INTRODUCCIÓN**

La violencia intrafamiliar es una cotidiana y cruda realidad que afecta el bienestar de un significativo número de mujeres, niños y niñas, está presente en las diferentes culturas y etnias y en los diversos estratos sociales. Se trata de un problema complejo cuyas causas explicativas y diversos enfoques serán abordados con mayor detalle y profundidad en las siguientes páginas.

Si bien el término violencia intrafamiliar sugiere que la violencia puede ser ejercida o sufrida por cualquier miembro de la familia, en realidad afecta fundamentalmente a las mujeres y a los niños y las niñas.

#### **1.1 Antecedentes históricos del mundo y del país**

El problema de la violencia ha estado presente desde los orígenes de la humanidad, teniendo soporte en una cultura patriarcal. A partir de ello, este problema se ha venido incrementando cuantitativa y cualitativamente, a través del tiempo, transmitiéndose de generación en generación, mediante la familia, instituciones educativas, medios de comunicación, etc., creando mayor dimensión al problema y causando una creciente alarma social.

A partir de la década de los 80, la violencia contra las mujeres empieza a ser una preocupación social, de esta forma, las instituciones públicas y privadas inician un proceso de toma de conciencia, debido a los efectos y magnitud del problema. Testigos de esta lucha son los numerosos congresos, resoluciones y convenios

internacionales. Se logra reconocer que “la violencia contra la mujer en la esfera privada es una violación de los derechos humanos”, promoviendo por todos los medios posibles, la creación de políticas públicas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

El tema empieza a ser entendido como un fenómeno social que involucra a hombres, mujeres y niños, que desde tempranas edades acumulan complejos, padecen baja autoestima, acompañada de temores, odios, iras, resentimientos, impotencia, acarreando consigo la ausencia de mecanismos para expresar, participar y decidir satisfactoriamente en la solución de estos graves trastornos sociales, dejando consecuencias psicológicas, sociales, físicas, económicas y educativas en el entorno familiar.

Para la “casa de acogida María Amor”, la violencia es un fenómeno social y viene generalizándose. Cada vez es mayor el número de personas e instituciones que se ven en la necesidad, de asumir tanto una posición en contra de la violencia como de brindar protección, seguridad y atención a las personas que son víctimas de la misma, para así difundir una cultura de paz, por tratarse de un problema que degrada a las personas en su condición de ser humano, sujetos de derechos y libertades, que deben ser respetados.

En este proceso, es necesario reconocer el papel que han tenido las organizaciones y movimientos de mujeres, quienes han venido desarrollando una labor incansable junto con sectores de la sociedad civil, ONG's, entre otros, gracias a lo cual el tema ha alcanzado reconocimiento, fundamentación y ratificación en cuanto a derechos básicos.

La Organización Panamericana de la Salud (1994) en la Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud; reconoce que la

violencia es un "creciente problema de salud pública, hecho que se demuestra por los alarmantes aumentos de tasas regionales de mortalidad; morbilidad y discapacidad; así como por los abrumadores daños físicos, psicológicos y sociales". (p. 7)

En el Ecuador, en 1994 los movimientos de mujeres van logrado conquistas importantes en este campo. La violencia doméstica, deja de ser un problema social, encubierto, para convertirse en un problema público, gracias a un largo proceso de demandas y presión de diferentes sectores, siendo las organizaciones de la sociedad civil, en las ciudades de Quito y Guayaquil, las primeras en abrir centros que dan a las mujeres la posibilidad de denunciar, los hechos de violencia a los que las sometían sus parejas. Se crean departamentos especializados (legales, psicológicos, médicos) para atender desde una perspectiva holística el problema de violencia.

Dentro de este contexto, en Cuenca en el año 1993 se dan las primeras iniciativas para empezar a tratar la violencia doméstica como un asunto público, y en el año 1995 empieza a funcionar la Primera Comisaría de la Mujer y la Familia. (Tomado del Documento de Metodología de Trabajo de la Casa de Acogida María Amor, 2007).

Reconociendo los múltiples problemas de las mujeres, y considerando que las instituciones adonde acuden a solicitar apoyo para ellas y para sus hijas/os (niños/as y adolescentes), no estaban en posibilidad de brindar una atención integral, en el aspecto legal, médico, psicológico y social, surge la preocupación de emprender en acciones colectivas para enfrentarla, entonces se impulsa la formación de una Red de instituciones que actúen coordinadamente en la búsqueda de nuevas estrategias para dar atención integral, trabajar en la prevención y erradicación de la violencia.

Por otra parte, la inclusión de las mujeres y con ellas la inclusión de las propuestas de género en los Gobiernos Locales, permite que desde la Municipalidad se emprenda en la realización del Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO) que contempla entre sus

ejes, uno de violencia intrafamiliar como problema de Seguridad Ciudadana estableciéndose como objetivo el fortalecimiento de una cultura de tolerancia y respeto a las diferencias, permitiendo que la Red Interinstitucional de Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar (RIAP-VIF) conjuntamente con organizaciones de mujeres y otras, de la sociedad civil para que participen activamente en la elaboración de una ordenanza que el Concejo Cantonal de la Ciudad de Cuenca aprueba; ésta permite el marco normativo indispensable a la hora de formular una política pública.

## **1.2 Definiciones de violencia**

Para L. Rodríguez (1998), la violencia opera mediante el uso de determinados procedimientos que ocasionan daño o perjuicio físico, psicológico o de cualquier otra índole. Podemos definir a la violencia como una modalidad cultural, conformada por conductas destinadas a obtener el control y la dominación sobre otras personas. Es el uso de la fuerza, en la resolución del conflicto que implica la agresión física, verbal y/o psicológica de carácter destructivo ligada a una emoción de ira. El comportamiento violento puede ejercerse contra personas, animales o el entorno ambiental.

Según Corsi (1994), la violencia es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza, que implica un desequilibrio de poder, que puede estar caracterizado por diversos factores culturales, socialmente aceptados, o producido por maniobras interpersonales de control de la relación. Es decir, aunque se reconoce la potencialidad agresiva del ser humano, para que esta se transforme o en una conducta violenta debe estar influenciada y modificada por diferentes factores. De esta forma,

la acumulación de experiencias, vivencias y aprendizajes, influyen sobre el ser humano para que este resulte violento o pacífico ante determinada situación. Por tanto, la violencia, es el resultado de la interacción entre el potencial agresivo innato y la cultura.

Ashley (1986), define la violencia como toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar (por afinidad, sangre o afiliación) y que transforma en maltratantes las relaciones entre ellos, causando daño físico, emocional, sexual, económico o social a uno o varios de ellos”. (Pag. 104)

Por otro lado, para Guerrero (2002), la violencia hace referencia no solo a las acciones encaminadas a hacer daño a otro sino también a las acciones que sin realizarlas producen un efecto de sufrimiento. Así, violencia es una acción ejercida por una o varias personas, en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto físico como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas, con el propósito de obtener fines en contra de la voluntad de la víctima.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término de violencia intrafamiliar, señala todas las formas de abuso que tiene lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Pueden existir agresiones por daño físico, psicológico, sexual y/o abandono, cometidas por el esposo o conviviente, abuelos, padres, hijos, hermanos, parientes civiles u otros familiares.

### **1.3. Aparición y desarrollo de la violencia**

No existe un factor que explique por sí solo el porqué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. En el análisis realizado por Labrador, Rincón, De

Luis y Fernández (2008), se ha recurrido a un modelo que tiene en cuenta numerosos factores, sociales, culturales y psicológicos que influyen en la violencia.

### **1.3.1 Factores sociales**

Según France (2006), factores, sociales como la deficiencia de comunicación interpersonal y la falta de tolerancia en la familia, podría acarrear dificultades en cuanto a la resolución de conflictos. De esta manera, al estar la comunicación basada en los canales emocional y conductual, y muy pocas veces en un canal cognitivo. Se incluirían en este grupo, la incapacidad para pedir las cosas de maneras aceptables, la dificultad para expresar opiniones, es decir, la falta de comunicación.

En este contexto, la diferencia de clases sociales, especialmente si la mujer pertenece a un estrato social más bajo, podría desarrollar, en ella, sentimientos de inferioridad, sumisión y baja autoestima, generando el ambiente acorde al sistema patriarcal propicio para que las agresiones físicas y psicológicas se presenten.

Los autores Labrador, Rincón, De Luis y Fernández (2008), exponen que muchas sociedades tiene la característica de ser androcéntrica, esto quiere decir que toma al hombre como medida para todas las cosas, como prototipo del ser humano y todas las instituciones creadas socialmente, responden a las necesidades del varón.

En este contexto, los roles sexuales se consideran como el comportamiento basado en las diferencias sexuales biológicas. Dicho comportamiento está determinado por el sexo biológico de cada individuo, ejemplos de ellos tenemos: la menstruación, orgasmo, embarazo, erección, lactancia, eyaculaciones seminales, etc. Algo importante de resaltar es que estos roles son influenciados por las normas y valores de la cultura.

Por otro lado, los mismos autores señalan que los roles de género son comportamientos socialmente creados, que se asignan diferencialmente a hombres y mujeres, son expectativas creadas sobre el comportamiento femenino y masculino. En el rol del género femenino, destacan actividades de ser pasivas, tiernas y dependientes y se ve a las mujeres, como madres, enfermeras y profesoras, y a los hombres con un comportamiento agresivo, competitivo y se les ve como doctores, generales y legisladores, etc.

La familia es el núcleo de los roles del género, proporciona el marco básico en que se identifican los nuevos miembros con los roles del género a través de los modelos paternos y maternos. Es donde a los niños desde muy temprana edad se les transmite los patrones del género. Es decir, tanto la familia como la escuela son instituciones que enseñan los patrones del género.

De esta forma, existen tres áreas en las que se produce la socialización del género en los niños y niñas;

- Las diferentes estructuras para niños y niñas del entorno físico, los colores azul-rosa, la decoración de habitaciones, sus adornos.
- Los sujetos que se proporcionan según el sexo, para las niñas, muñecas, para los niños camiones, incluso los juguetes neutros, tales como, los animales de peluche se escogen según el tipo de animales, por ejemplo los conejos para las niñas, los leones para los niños.
- Los diferentes estilos de interacción con los bebés, por parte de los padres y otros adultos, en función del género.

En este sentido, los géneros marcan las relaciones de poder y cualquier cambio que haya en ellos, afectan la estructura social, la familia y la escuela, que es el lugar donde aprenden a desarrollarse tales géneros, constituyéndose la desigualdad de los géneros.

### **1.3.2 Factores culturales**

La Organización Mundial de la Salud (2002), señala que los factores culturales, se centran en la estructura de la sociedad, como las normas sociales que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, aunque también tiene en cuenta las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales.

De esta forma, se considera que el aspecto fundamental de la aparición y desarrollo de la violencia se fundamenta en una cultura machista.

Para Corsi (1994), los fenómenos del machismo se vuelven deberes ineludibles e irrenunciables y cuesta mucho trabajo renunciar al machismo y modificar esas formas de ser, aún para las mujeres. Al ciertos hombres le cuesta mucho trabajo renunciar a golpear a las mujeres, porque en su pequeña cultura, así se realiza la virilidad, entonces si renuncia deja de ser macho.

La mujer vive inmersa en esta sociedad patriarcal de manera no tiene las mismas oportunidades que los hombres. La característica principal es el androcentrismo que permea nuestras instituciones, también ha redundado en que todas las declaraciones de derechos humanos, las garantías constitucionales y libertades fundamentales del hombre, tienen como parámetro, modelo o prototipo de varón de la especie humana. Se puede visualizar que el machismo, está latente en todo momento de la historia, así también se encuentra en las convenciones, declaraciones, constituciones y leyes, en su

inmensa mayoría, son de y para los hombres, aunque no lo digan explícitamente, pues solo ellos han participado en la definición, conceptualización y selección de esos derechos, no debe de extrañar, cuando se ven los contenidos o en las convenciones internacionales no se reflejan ni las necesidades, ni la realidad de las mujeres.

El poder que ejerce el machismo no se limita a la opresión de las mujeres, sino que llega a todos los derechos que poseen la mujer, hijos e hijas y ancianos.

Las cualidades del machista son: capacidad de mando, sabiduría, el conocedor de todo, poseer sólo él la verdad, cualidades que son positivas para el hombre, ya que es él quien ejerce el poder, pero negativas para la mujer, porque es quien está sujeta a ese poder, éste poder es delegado de generación en generación, patriarcalmente.

### **1.3.3 Factores psicológicos.**

Para los autores, Labrador, Rincón, De Luis y Fernández (2008), los factores psicológicos, se encuentran íntimamente relacionados con la familia, los amigos, la pareja y los compañeros influyen en el comportamiento violento, teniendo en cuenta a tal efecto factores como el hecho de haber sufrido castigos físicos severos durante la infancia, la falta de afecto y de vínculos emocionales, la pertenencia a una familia disfuncional, el tener amigos delincuentes o los conflictos conyugales o parentales.

Según France (2006), existen diversos elementos psicológicos, que pueden desencadenar situaciones de violencia:

- a) **Celos:** pueden generar un comportamiento posesivo que comúnmente son manifestados por el hombre como consecuencia del machismo que presenta la sociedad.

- b) **El abuso de sustancias por parte del hombre:** especialmente de alcohol, lo que generaría cambios en la personalidad y en el comportamiento.
- c) **Consumo de sustancias por parte de los hijos:** la madre podría ser responsabilizada por ello, generando una conducta violenta.
- d) **La inmadurez psicológica de personas que contraen matrimonio a tempranas edades:** este aspecto se refiere, a la poca capacidad de asumir las responsabilidades y exigencias de la vida conyugal, generando conflictos y tensiones constantes hasta llegar a agresiones físicas.

Para Ferreira (1992), dentro de los factores psicológicos que contribuyen la aparición y desarrollo de la violencia, existen características psíquicas y del comportamiento como:

- Un escaso control de comportamientos.
- Una baja autoestima.
- Trastornos de la personalidad y la conducta.
- La falta de lazos emocionales y de apoyo
- El contacto temprano con la violencia en el hogar (ya sea como víctima directa o como testigo).
- Las historias familiares o personales marcadas por divorcios o separaciones.
- El abuso de drogas y alcohol.
- La pobreza, las disparidades en los ingresos y las desigualdades entre los sexos.

Es importante mencionar, que a nivel psicológico, han existido diversas propuestas para la explicación de este problema. De esta forma, Walker (1999) propone un modelo explicativo del problema, conocido como El Ciclo de la Violencia. En donde, señala que el inicio de la violencia es muy variable, sin embargo, existe un carácter

cíclico de episodios violentos. Una vez que se da un episodio de violencia, lo más probable es que vuelva a repetirse, aunque el tipo de violencia pueda ser distinto en una y otra ocasión.

- a) **Acumulación de tensiones.-** Constituye la primera fase del ciclo, se caracteriza por la construcción y acumulación de situaciones estresantes en la pareja como problemas cotidianos, falta de dinero, conducta y educación de los niños, etc. Generalmente la mujer posee un mínimo de control en cuanto a la aparición y severidad de incidentes subidos de tono. Se presentan exigencias del agresor que de alguna manera pueden ser manejadas por la víctima logrando así retrasar la presentación de incidentes violentos, siempre y cuando sea capaz de someterse poco a poco a las exigencias del agresor.
- b) **Descarga de la violencia física.-** Se constituye por la presentación de un episodio grave de violencia, generalmente de agresiones físicas. Las conductas “inapropiadas” de la mujer son castigadas y tienen como consecuencia la pérdida de control de la situación. Este puede ser el período más corto pero sumamente significativo ya que es aquí cuando la mujer puede tomar la iniciativa de pedir ayuda, presentar denuncias, buscar apoyo psicológico o salir del hogar.
- c) **Arrepentimiento o luna de miel.-** Se caracteriza por la movilización del agresor para demostrar arrepentimiento. Generalmente se presentan en esta etapa una serie de compromisos y promesas de cambio. El refuerzo de este ciclo se produce de manera inmediata ante la presencia de reforzadores inmediatos como la expresión de arrepentimiento y ternura, y un refuerzo demorado como la posibilidad de un cambio conductual.

**Otros factores:** La dependencia económica, creencias religiosas, la preocupación por los hijos, la ilusión de que solo es un evento aislado o que la culpa la tiene el alcohol o la situación de tensión, el interés porque no se entere la familia o los amigos, el evitar la sensación de fracaso, el recuerdo de buenos momentos, el miedo, etc. Por esta compleja trama es muy difícil establecer la solución definitiva del problema.

#### **1.4 Formas de violencia.**

Para Corsi, las diferentes formas de violencia no se presentan de manera aislada, sino entrelazadas dentro de un proceso que aumenta en términos de intensidad y frecuencia.

Describe una etapa en la que la violencia es muy sutil y casi imperceptible, tomando la forma de intimidación psicológica, cuyo principal objetivo es minar la autoestima de la mujer mediante ridiculizaciones, desatención a comentarios, desvalorización, comparaciones, etc. Si bien estas manifestaciones no son catalogadas inicialmente como “violentas”, producen un efecto devastador de progresivo debilitamiento de las defensas psicológicas de la mujer.

Consecuentemente, se dan la aparición las manifestaciones de violencia verbal. El agresor refuerza la violencia psicológica mediante el uso de insultos y epítetos denigrantes, tanto en privado como en público.

La segunda etapa se convierte en violencia física, puede iniciar con “juegos” groseros, empujones, presiones a nivel de las extremidades, los brazos generalmente, para luego darle bofetadas en la cara, tirones del cabello, patadas, pudiendo terminar incluso en homicidio o en provocar suicidios.

Ferreira (1995) explica que la conducta violenta puede tener diferentes manifestaciones, algunas cargadas de actividad haciéndolas fácilmente identificables, y otras, por el contrario tan sutiles que incluso resultan invisibles o muy poco evidentes. Otro aspecto que hay que tener en cuenta es que no necesariamente se trata de algo consumado y confirmado; puede manifestarse también como una amenaza sostenida y duradera, causante de daños psicológicos en quienes la padecen y con repercusiones negativas en la sociedad.

Según el autor puede manifestarse de las siguientes formas:

a) **Violencia intrafamiliar**, también denominada violencia Doméstica, violencia familiar, pero más allá del término que se emplee, al hablar de violencia Intrafamiliar, estamos haciendo referencia a un conjunto de acciones y omisiones que se producen dentro de un grupo familiar, protagonizadas por una figura de poder y dirigidas hacia los demás miembros, que la sufren en calidad de víctimas. Abarca todas las modalidades crónicas de agresión y/o abuso en un entorno cotidiano: situaciones donde existen mujeres golpeadas, niños maltratados y ancianos o minusválidos violentados. Las formas que toma son muy variadas e incluyen violencia psicológica, física y sexual en diversas combinaciones. Se reproducen, al interior de la familia o de espacio doméstico de convivencia, las jerarquías asignadas a los papeles de género, edad y preferencia sexual predominantes en la sociedad, con lo cual el agresor, es predominantemente un hombre y las víctimas son mujeres.

Así, dentro de esta violencia que ocurre dentro de las paredes del hogar, podemos encontrar diferenciaciones en base a quien protagoniza el hecho violento, y hacia quien va dirigido. Podemos encontrar los cuadros de violencia conyugal, maltrato y/o abuso infantil, entre otros. Cada uno de ellos sería por sí mismo un tema de investigación.

**b) Violencia de género,** es aquella que se produce en la relación hombre-mujer (el sexo es el factor de riesgo) y puede ocurrir en el ámbito doméstico, en el lugar de trabajo, la escuela, el barrio, la calle las instituciones, etc. La violencia de género incluye violación, abuso y hostigamiento sexual, mutilación, agresiones en el ámbito doméstico y homicidio.

Cuando hablamos de violencia de género, nos referimos a todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones hombre-mujer y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas, especialmente aquellos grupos que han sido considerados como vulnerables.

**c) Violencia conyugal,** aquella que se da de un cónyuge al otro; se instala en la relación íntima y estable entre un hombre y una mujer, estén casados legalmente o no. Incluye hechos como amenazas, insultos y golpes, este tipo de violencia incluye situaciones de extrema gravedad como violación sexual, tortura y hasta homicidio. La mujer que sufre esta situación puede experimentar abuso emocional y psicológico, abuso físico y/o abuso sexual.

Según M. France (2006) la clasificación de la violencia puede hacerse en los siguientes términos:

**a) Violencia Física:**

Se denomina así a todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación, proveniente de uno de los miembros del núcleo familiar, que provoca daño a la integridad física de una persona, adulta o menor de edad y que se manifiesta mediante la acción del agresor contra el cuerpo de la víctima.

**b) Violencia Psicológica:**

Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente. Suele ser la más difícil de reconocer e identificar, pero es la que más consecuencias ocasiona. Esta puede tener diversas manifestaciones:

- a) **Abuso verbal:** insultar, ridiculizar, humillar, manipular e inducir a la confusión haciendo creer a la víctima que es culpable de tal agresión.
- b) **Intimidación:** acusar con miradas, golpes o gritos.
- c) **Abuso económico patrimonial.-** Control abusivo de la economía familiar, castigos monetarios e impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, etc.
- d) **Abuso sexual.-** Imposición de relaciones sexuales en contra de su voluntad, imposición para el no uso de anticonceptivos, menosprecio sexual, etc.
- e) **Aislamiento.-** Control abusivo de la vida del otro, mediante la vigilancia de sus actos y movimientos, la escucha de sus conversaciones e impedimento de su socialización.
- f) **Desprecio.-** Consiste en tratar al otro como inferior, impedimento de toma decisiones importantes.

**b) Violencia Sexual:**

Se considera violencia sexual a todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras

prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

De esta forma, se considera violencia sexual a toda acción que implica amenazas o intimidaciones que afectan la integridad y la libertad sexual. Su expresión más grave es la violación sexual, pero los acercamientos íntimos no deseados son también variaciones. También está considerada cualquier forma de contacto sexual o erotización con un niño o niña, la exhibición, la exposición a situaciones de pornografía, la explotación sexual, caricias no deseadas, relaciones emocionales sexualizadas, penetración oral, anal o vaginal con el pene u objetos, exhibicionismo, entre otras formas de expresión.

#### **d) Violencia Económica:**

Es toda acción que implica la negligencia, abandono y/o descuido por parte del padre o la madre o quien tiene a cargo el menor en todo los aspectos: emocionales, culturales, educación, salud, etc.

### **1.5 Consecuencias de la violencia**

La violencia doméstica es la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte para la mujer y tiene serios efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía (American Psychological Association, 1999; Hughes y Jones, 2000; Resnick y cols., 2000).

La vivencia de violencia doméstica causa distintas consecuencias psicológicas en sus víctimas. Se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas presentan problemas psicológicos moderados o graves, afectando a todas las áreas significativas de la persona.

A continuación se revisarán los principales trastornos y problemas psicopatológicos que desarrollan las mujeres víctimas de violencia como consecuencia de situación en la que viven.

Según Labrador, Rincón, De Luis y Fernández (2008), las consecuencias se extienden desde:

**a) Daños Físicos:** muchas mujeres presentan consecuencias que van desde lesiones “superficiales” como hematomas, hasta otras que requieren atención médica inmediata. Fruto de las agresiones físicas, las mujeres pueden sufrir heridas que requieren sutura, fracturas, pérdida de piezas dentales, quemaduras, desfiguraciones, discapacidad, lesiones internas o resultar mortales como en el caso del muerte por lesiones.

Existe un alto el porcentaje de mujeres que son obligadas a mantener contactos sexuales mediante coerción, provocando desgarraduras vaginales o anales, mutilaciones genitales, lesiones en las mucosas útero-vaginales por introducción de objetos usados para violarlas, etc. Muchas son obligadas a no usar métodos anticonceptivos, resultando las violaciones en embarazos no deseados o en contagios de enfermedades de transmisión sexual. Este tipo de agresiones puede generar otras disfunciones sexuales como falta de interés sexual.

**b) Daños Psicológicos:** la violencia doméstica tiene graves consecuencias no sólo en la salud física, sino también en la salud mental de sus víctimas.

Entre los principales problemas se encuentran la depresión, trastorno de estrés postraumático, abuso o dependencia de sustancias, baja autoestima, cogniciones postraumáticas, déficit en solución de problemas, inadaptación y suicidio o ideación suicida. Si bien se ha descrito un síndrome específico para los diversos síntomas o

trastornos las mujeres puedan llegar a desarrollar “el síndrome de la mujer maltratada”. De todos los problemas mencionados, los más importantes son la depresión y el trastorno de estrés postraumático, que se encuentran en un promedio en tasas de prevalencias de un 47,6% y 63,8, respectivamente.

Las cogniciones postraumáticas, la baja autoestima y el déficit en solución de problemas, se explica como la consecuencia de la situación en la que viven. La experiencia de un suceso traumático rompe las creencias que una persona tiene acerca de sí, del mundo y de los demás.

La pérdida de autoestima se ve reforzada por el agresor con acciones de minusvalía hacia la mujer. Asimismo, el déficit en solución de problemas se deriva de esta pérdida de autoestima y de los síntomas tanto del TEP como de la depresión, que impiden a la víctima ejercer frente a la situación. El abuso o dependencia de sustancias y los intentos de suicidio, se los considera como lamentables alternativas de solución frente a la problemática en la que se encuentran las víctimas. La inadaptación a la vida cotidiana se convierte en la consecuencia de estos trastornos y problemas psicopatológicos.

**c) Daños o impacto a escala social:** para hablar de este nivel de daño, se considera necesario diferenciar dos niveles un interno y otro externo. A nivel interno, el daño hace referencia a las conductas de marginación, exclusión y violación de derechos mediante los que las mujeres son revictimizadas por parte de la sociedad. Ellasns entonces se ve obligada al aislamiento progresivo desde círculos sociales más amplios hasta grupos familiares y amigos íntimos.

En cuanto al nivel externo, la sociedad puede verse afectada en aspectos como agregados en costos de atención de salud, al ser considerados gastos “extraordinarios”

para la atención y tratamiento de las lesiones. El tratamiento psicológico necesario debería estar también incluido.

Como se menciona anteriormente, se producen efectos también en los niveles de productividad generando un impacto económico que puede extenderse a la pérdida de empleo de la mujer.

**d) Daños para las generaciones futuras:** en los casos de violencia intrafamiliar, la mujer no es la única víctima, puesto que sus hijos e hijas resultan afectados directa o indirectamente. Estudios han comprobado que niños crecidos en hogares violentos tienen mayores probabilidades de convertirse en agresores, en comparación con aquellos que no tenían violencia en la familia de origen. En el caso de las niñas, se ve que tienen mayor riesgo de permanecer en relaciones violentas cuando adultas, repitiendo modelos maternos de sumisión aprendidos desde la infancia.

## CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo, hemos incluido el problema de la violencia enfocada al género. De esta forma, se puede observar, que la realidad es compleja, pues en la aparición y desarrollo de la violencia familiar implica múltiples factores. La modalidad más frecuente de violencia, es la psicológica, con sus diferentes formas, sin embargo, se puede presentar de maneras muy variadas en diferentes situaciones en el hogar: económico, cultural, machismo, etc. Por ende, la mayoría de la población no está concienciada de la magnitud del problema, puesto que una sociedad machista busca justificaciones en un entorno cultural socialmente aprendido.

Finalmente, es importante señalar que para alcanzar el control de este problema, no solo requiere de la implementación de políticas públicas, sino, un cambio profundo ligado a la acción de las leyes y la concienciación del problema.

## **CAPÍTULO II.**

### **TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS**

#### **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, uno de los mayores problemas que afecta a la sociedad son los trastornos psicosomáticos; esta enfermedad constituyen un conjunto de síntomas para los cuales no se encuentran una explicación médica adecuada, que conservan una base psicológica y no están bajo en control voluntario y provoca malestar significativo en la vida social, laboral y familiar de la persona que lo padece.

En este capítulo explicaremos con mayor profundidad la definición de los trastornos psicosomáticos, sus manifestaciones, clasificación y las diversas teorías que fundamentan estos trastornos.

#### **2.1. Conceptos y generalidades**

Los trastornos psicosomáticos, tienen sus orígenes en el concepto de histeria, el cual en sus inicios hacía referencia a un grupo heterogéneo de trastornos debido a causas anatómicas.

Durante el siglo XIX, los estudios de Charcot y Jane (citado por Machleidt, 2004), aportaron un origen psicológico, para la explicación de síntomas neurológicos no evidentes, los mismos, que estuvieron relacionados con experiencias traumáticas.

Aunque Freud compartió inicialmente esa idea, la descarto, proponiendo una explicación dinámica basada en la presencia de conflictos inconscientes relacionados con estadíos del desarrollo psicosexual temprano. De este modo, explico que los

contenidos mentales reprimidos son transformados en somáticos, con el fin de proteger al sujeto de contenidos mentales y afectos intolerables a la experiencia consciente.

A partir de estos conceptos, se han desarrollado diversas definiciones que mencionaremos a continuación.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua define al término trastorno como “la acción y efecto de trastornar”. De igual manera lo delimita como “la acción de invertir el orden regular de algo o perturbar el sentido o la conducta de alguien”. Es así, que con esta definición, en el campo médico se puede hacer uso de la palabra trastorno, cuando existe una alteración de la salud, ya sea esta física o psíquica.

Para Toro y Yepes (2004), los trastornos psicosomáticos son un tipo integral de trastorno, que se refiere a las enfermedades físicas causadas o agravadas por factores psicológicos.

Esta entidad también denominada síndrome de Briquet consiste en un trastorno crónico; que devienen de la interrelación recíproca de elementos psicológicos y somáticos que está caracterizado por múltiples síntomas físicos localizados en varios órganos o sistemas.

El autor Pinkerton (1974, citado por Machleidt, 2004), manifiesta que existen varias definiciones para el concepto psicosomático; pero las principales serían tres:

- a) **Secuencia Somato psíquica:** según esta secuencia, si existe una lesión orgánica que repercuten en lo intelectual y emocional.
- b) **Secuencia Seudosomática:** conforme a esta secuencia el génesis de la enfermedad física o sus síntomas, es lo emocional, lo que se reprime.

- c) **Secuencia Psicosomática:** son los desórdenes concretos como el asma, úlceras, migrañas, etc., que tienen un fundamento fisiopatológico activado por factores emocionales.

En el DSM IV-TR, se define a los trastornos psicosomáticos como elementos del estado psicológico que repercuten en el estado físico. De acuerdo a esta definición, para que se produzcan los trastornos psicosomáticos, debe existir uno o más elementos psicológicos condicionantes que perjudican de un modo desfavorable al estado físico.

Finalmente, podríamos decir que estos trastornos constituyen un conjunto de enfermedades físicas, desarrolladas a partir de un origen psicológico, que causan malestar significativo en la vida de las personas que lo padecen.

## **2.2. Teorías Psicológicas de los Trastornos Psicosomáticos**

Según Chiozza (1995), los primeros conceptos que se desarrollaron sobre los trastornos psicosomáticos fueron elaborados por Freud, quien señaló que los factores psíquicos pueden dar lugar a la formación de síntomas somáticos. A partir de este concepto, el psiquiatra alemán Heinroth fue quién usó por primera vez en el año de 1818 el término psicosomático. Sin embargo, éste término fue difundido a inicios del siglo XX, cuando este se torna en un aspecto de interés específico para la medicina, surgiendo el desarrollo de diversas teorías, que mencionaremos a continuación.

### **2.2.1 Teoría Psicodinámica**

Chiozza (1995), considera que lo psíquico no debe ser concebido como una misteriosa e inasible emanación de materia, sino como la cualidad concreta de significación que constituye una historia.

De esta forma, una historia es atemporal, ya que se representan una y otra vez en el escenario de la vida, que reclaman nuestra atención. Es por este motivo, que Freud descubrió el significado psíquico inconsciente de algunos trastornos corporales, es decir; algunas enfermedades con el efecto de una causa psíquica. Dándose así el origen de una psicopatología que se llamó “dinámica”, que dio lugar a consideración de que existen enfermedades que son psicosomáticas.

Freud en sus investigaciones, tuvo un único interés por los cuadros neuróticos con síntomas corporales, que dio lugar a la llamada “histeria de conversión”. Después de Freud, el psicoanálisis solo se interesó por las enfermedades corporales a las que pudo adjuntar un sentido simbólico. Por ello, para el psicoanálisis el desarrollo de las enfermedades psicosomáticas dependen de los cuidados maternos y los trastornos provocados por la falta de estos cuidados.

De esta manera, existen una serie de perturbaciones narcisistas que surgen en diferentes momentos pre-edípicos de la evolución y debido a los distintos defectos en la relación madre-hijo; primitivamente se ubican las enfermedades psicosomáticas. Por lo tanto, los objetos del maternizaje obstaculizan el proceso según el momento y duración de la interferencia, presentando circunstancias diferentes.

En este contexto, el desarrollo de la enfermedad corresponde a los acontecimientos visibles observables, que ocurren en la relación madre-hijo desde el nacimiento; y a

los procesos intrapsíquicos que desencadena esta relación. En vista de ello, el impacto de esta falta de maternidad implica una desorganización total, que provoca el desarrollo de una enfermedad psicosomática.

### **2.2.2 Teoría Sistémica**

La teoría sistémica, es considerada como un enfoque que integre los múltiples componentes de la persona, es decir: lo biológico, lo emocional y lo cognitivo; estar relacionado con el ambiente y con el mundo en el que se desenvuelve.

De acuerdo a esta concepción, el cuerpo resume en sí mismo un sentido que espera ser decodificado, es así como los trastornos psicosomáticos, son considerados como un indicador de un malestar que hace referencia; no sólo al individuo portador, sino al contexto al que pertenece. Por ende, es el contexto el que le da sentido al síntoma, si bien es corporal, adquiere un significado simbólico que va más allá del símbolo individual para convertirse en una "metáfora familiar".

Para Onnis (1990), los sistemas familiares con problemas psicosomáticos son complicados, con una delimitación inestable en las fronteras entre generaciones; con una tendencia constante a la intrusión en los espacios físicos y emocionales de cada uno de los integrantes. Presentan además, un bajo grado de tolerancia hacia las tensiones conflictivas, que impide explicitar los desacuerdos y la posibilidad de definir claramente las relaciones; todo transita en un consenso unánime de pseudoarmonía, negando la presencia de cualquier otro problema que no sea el síntoma del paciente.

Generalmente, cada tensión y preocupación gira en torno al síntoma, mostrando la función protectora que ejerce circularmente sobre la homeóstasis familiar. Estos

procesos dificultan los procesos de individuación y diferenciación, favoreciendo aún más la cohesión familiar.

Según Winnicott (1966, citado por Bekei. 1992), el proceso evolutivo temprano desde el punto de vista de la dependencia del infante, señala que existe una falla ambiental, entre dependencia e independencia. En donde explica que una dependencia patológica genera el desarrollo de una enfermedad psicosomática. La cual está caracterizada de una forma manifiesta o latente.

Para esta teoría, existe una relación causal con el vínculo temprano madre-hijo. Las provisiones inadecuadas provocan angustia vital de aniquilación. De esta forma, reconoce la función de la madre sostenedora que provee al infante de un “yo auxiliar”, dado que el “yo” del bebé solo se empieza a formar gracias a los cuidados y a los estímulos que la madre le proporciona.

Por lo tanto, una madre que no observa y no escucha las señales de su bebé ni comprende lo que comunican y administran los cuidados según sus propias necesidades viola el self de su hijo, imponiéndole lo que no necesita y lo priva de lo que reclama. Esto puede acarrear consecuencias corporales directas, produciendo síntomas como reacciones de protesta hacia la madre.

Winnicott señala que si se produce una falla seria en la relación madre-hijo durante este periodo simbiótico, se provocara un trastorno muy grave; desarrollando enfermedades psicosomáticas.

En el periodo de separación- individualización pueden desarrollarse trastornos psicosomáticos de formas diferentes. Por un lado, apresurar la separación y estimular los intentos de independencia con brusquedad, sin reconocer que la necesidad del apoyo del niño está ligado a sus procesos de autoafirmación, no permiten el desarrollo

de las mismas, debido a las necesidades patológicas propias de la madre. Recibiendo así, un rechazo cuando se aleja y expresando afecto si da muestras de su dependencia. Por ello el niño no puede renunciar a una parte muy valorada de sí mismo, ya que teme perder el amor de su madre, al mismo tiempo que quiere seguir independizándose, consecuentemente se enferma y da lugar a conductas no empáticas que refuerzan los sentimientos ambivalentes del niño; creando resentimiento, rabia y sensaciones de desamparo. Razón por la cual amor y odio entran en conflicto, suprimiendo y reprimiendo el odio, dirigiendo la agresión dirigida hacia sí mismo y produciendo la enfermedad.

Para Rubio (2002), las alteraciones psicósomáticas pueden ser causadas por:

- Cuando existe dificultad para poner límites o ambivalencia los miembros de la familia.
- Cuando los padres presentan dificultad para mantener los límites (entre la rigidez y la ausencia de límites).
- Cuando expresan temor e inseguridad con el niño.
- Cuando expresan respuestas hiperansiosas ante cualquier síntoma.
- Cuando utilizan la sobreprotección como proceso reparador.
- Cuando exponen mensajes contradictorios y baja autoestima en su consideración como padres.
- Cuando se desarrolla un reflejo narcisista en el hijo.
- Cuando las relaciones se establecen en torno a síntomas físicos.
- Cuando no existe una relación basada en la expresión de afectos.

- Cuando existe incapacidad para diferenciar entre síntomas físicos y necesidades emocionales.
- Cuando la familia presenta dificultad para expresar verbalmente emociones.
- Cuando los miembros de la familia son incapaces de reconocer y usar sus propios sentimientos

Finalmente, podríamos acotar, que la aparición de trastornos psicósomáticos, no influye solamente la relación con la madre, sino que es el resultado de la interacción de todos los miembros de la familia. Es conveniente que, a la hora de tratar a una persona con alteraciones psicósomáticas sea necesario tratar a la familia completa o al entorno social en el que se desenvuelve.

### **2.2.3 Teoría Cognitivo Conductual**

Según esta teoría, el desarrollo de trastornos psicósomáticos evoluciona a partir de diferentes visiones negativas con relación a sí mismo, del mundo, las experiencias y la forma negativa de interpretar su futuro. Con esto podemos predecir que los síntomas motivacionales, anímicos y somáticos pueden ser explicados por estas visiones distorsionadas.

Según Beck (2003), existen errores cognitivos, esquemas o patrones de cogniciones constantes a lo largo de nuestra vida, los cuales ayudan a formar las distintas cogniciones de nuestro entorno. Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Estos esquemas pueden permanecer sin usarse por determinados periodos de tiempo y pueden ser activados en otros, debido a disposiciones del medio ambiente, y hacen que la persona actúe de determinada forma.

En este contexto podemos entender que los trastornos psicósomáticos, pueden desarrollarse a partir de errores cognitivos o esquemas negativos que han sido establecidos en base de una previa experiencia. De esta manera, el individuo, no podrá evaluar objetivamente, ya que no existe una conexión lógica entre la situación verdadera y sus ideas catastróficas negativas, impidiéndole pensar de manera objetiva; debido a que, el procesamiento de la información cree en lo negativo a pesar de tener evidencias contrarias.

Por otro lado, Lewinsohn (1974, citado por Ruiz y Cano, 2002) sostiene que los trastornos psicósomáticos son una respuesta directa a la falta de reforzamientos positivos contingente a la conducta manifestada.

Esta teoría señala que existen factores ambientales que origina esta patología; esto se desarrolla, cuando el ambiente no brinda refuerzos suficientes para el individuo; también por la falta de habilidades y por la incapacidad de poder aprovechar los refuerzos disponibles debido a la ansiedad social que puede padecer.

Es así como los trastornos psicósomáticos se mantienen, porque son considerados para el individuo, como refuerzos positivos, que se caracteriza por la atención y cariño que reciben; sin embargo, es importante mencionar que si el enfermo deja de tener la misma atención, puede aumentar el desarrollo de síntomas psicósomáticos.

#### **2.2.4 Otras teorías**

Según Louise Hay (1992), las pautas mentales que causan la mayoría de los malestares del cuerpo son: la crítica, la rabia, el resentimiento y la culpa; considera que cada trastorno demanda una necesidad, en donde el síntoma es solo un efecto externo, por ende, primero se debe trabajar en la causa mental. Sostiene que los trastornos

psicosomáticos constituyen un modelo integral, en que lo físico interacciona con lo psíquico.

Louise Hay, afirma que pacientes con este trastorno, tienen un estilo perceptivo que amplifica las molestias físicas, transformando las señales no específicas de estrés en unos niveles significativos de activación fisiológica, física y de la sintomatología psiquiátrica.

### **2.3. Factores que influyen en el desarrollo de los Trastornos Psicosomáticos**

Las hipótesis psicológicas sobre la génesis de los síntomas psicosomáticos se basan en la frecuente asociación temporal que existe entre la aparición de la sintomatología y un evento vital estresante frecuentemente de naturaleza traumática. Sin embargo, cuando no ha existido estos antecedentes, se postula la presencia de un conflicto intrapsíquico inconsciente.

A continuación, mencionaremos los diversos factores que influyen para la aparición y desarrollo de estos trastornos.

#### **a) Factores Genéticos:**

Estudios en neurofisiológicos, han demostrado que síntomas psicosomáticos motores o sensoriales, se asocian con hiperactividad en el área cortical, correspondiente al déficit y a una hiperactivación relativa en áreas frontales. Esto sugiere la presencia de un mecanismo inhibitorio frontal sobre el área cortical implicada en los síntomas. Entonces podríamos señalar que mecanismos en el hemisferio derecho están implicados en los fenómenos psicosomáticos. En este sentido, estudios recientes han demostrado una prevalencia de síntomas psicosomáticos en el hemisferio izquierdo, esta tendencia sugiere que el mecanismo postulado tiene lugar sobre mecanismos

neutrales normalmente asociados a percepciones consientes. Es decir, aunque el estímulo es procesado normalmente por la corteza primaria, el elemento consciente de la experiencia, está ausente.

Por otro lado, diversos estudios han concluido que existe un riesgo mayor cuando uno de los padres biológicos del individuo ha sufrido algún tipo de trastornos de somatización y que cuando ambos progenitores la han padecido, el riesgo aumenta todavía más. (Toro y Yepes 2004).

#### **b) Factores psicológicos:**

Según Sarno (1998) existen seis tipos de factores psicológicos que pueden influir en el desarrollo de trastornos psicósomáticos, estos son:

- Los trastornos mentales.
- Síntomas psicológicos.
- Rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento.
- Conductas desadaptativas relacionadas con la salud.
- Respuestas fisiológicas asociadas al estrés.
- Otros factores no especificados que pueden inducir efectos adversos sobre un tratamiento como factores culturales, etc.

Sin embargo, Sarno a partir de los factores antes mencionados, establece la siguiente distinción: una condición médica general, donde exista una patología orgánica demostrable, no debe confundirse con trastornos psicósomáticos, es decir, los síntomas no pueden ser explicados por una condición médica, por efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.

Según la autora, otro de los factores que puede precipitar la manifestación de estos trastornos, son las situaciones traumatizantes como maltratos físicos, sexuales,

psicológicos, violaciones, accidentes en medios de transportes, pérdidas de familiares o amigos cercanos; carencias y frustraciones, las cuáles también podrían estar ligadas a escasas estrategias de afrontamiento.

Por su parte, Machleidt (2004), considera que las personas más proclives a padecer un trastorno psicosomático suelen ser aquellas que tienen dificultad para expresar sentimientos y/o para afrontar factores estresantes. De esta manera, estos estados anímicos activan o inhiben procesos corporales.

Machleidt considera que el factor psicológico más importante que puede desencadenar el desarrollo de trastornos psicosomáticos, es la negación. De esta forma, considera a la negación, como un mecanismo de defensa que ayuda a reducir la ansiedad y hace más tolerable una situación amenazadora. Por ello, la negación puede impedir que una persona cumpla un tratamiento, lo cual puede acarrear mayores consecuencias en el desarrollo de estos trastornos.

Sin embargo, existen otros factores psicológicos que pueden desencadenar el desarrollo de estos trastornos; estos pueden ser:

- Condiciones de trabajo negativas por sobrecarga de tareas o esfuerzo mental.
- Monotonía o variación excesiva en el curso vital.
- Factores relacionados con el miedo, la frustración o el conflicto.
- Relaciones insatisfactorias con los grupos de pertenencia.
- Incomunicación o aislamiento.
- Dificultades para la obtención de apoyo social, etc.
- Conductas agresivas y violentas.
- Conductas dependientes e inmaduras.

- Trastornos psicológicos como las conductas ansiosas, las fóbicas, las obsesivas, los déficit de conductas de afrontamiento adecuadas, etc.

Es importante señalar, que la falta de satisfacciones de las necesidades básicas también es un punto importante para el desencadenamiento de dicho trastorno, pues podrían poner en riesgo el sentido de auto-concepción generando el desarrollo de esta enfermedad.

#### **c) Factores psicosociales:**

Otros elementos que determinan el inicio de los trastornos psicosomáticos son las vivencias de los primeros años de vida, frustración de sus necesidades, carencia de apoyo por parte de uno o ambos progenitores, pérdida de los padres, maltratos, etc.

Desde un punto de vista psicosocial varios estudios han demostrado que las situaciones estresantes pueden desencadenar el desarrollo de trastornos psicosomáticos, tales como; los desastres ambientales, las guerras, etc.

Por lo tanto; entendemos que los trastornos psicosomáticos representan la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales. (Onnis, 1990).

#### **2.4. Criterios diagnósticos de los Trastornos Psicosomáticos según el DSM-IV**

La somatización, es frecuente en la práctica médica de atención primaria, presentando síntomas físicos múltiples que generan discapacidad en los pacientes y sobrecarga de los servicios de salud. El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias".

**A.** Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

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

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

**2.** Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)

**3.** Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)

**4.** Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del 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; síntomas

disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

**C.** Cualquiera de las dos características siguientes:

1. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)
2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

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

## **2.5. Diagnóstico**

Según el CIE-10, se deben seguir las siguientes pautas diagnósticas:

- a) Síntomas somáticos múltiples y variables, para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años.
- b) La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.
- c) Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

Para Toro y Yepes (2004), el diagnóstico de los trastornos psicósomáticos plantean problemas importantes en la práctica clínica, debido a la gran dificultad para descartar

totalmente una entidad médica como responsable de un determinado síntoma. Por esta razón, en la mayoría de los casos es prudente plantearlo como un diagnóstico presuntivo. No es raro que la sintomatología constituya elaboraciones secundarias de manifestaciones clínicas de patologías existentes, previamente diagnosticadas.

Para lograr establecer el origen psicológico del trastorno; es útil explorar la presencia de eventos vitales estresantes o traumáticos, que puedan estar en relación temporal con el inicio del síntoma. Por lo general, la naturaleza de la sintomatología es recurrente.

Por lo tanto, es necesario una valoración profunda y detallada, tomando en cuenta los diferentes factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales, ya que, nos darán una visión más holística y acertada.

Para Creed y Guthrie, (1993 citado por Luis y Fernando Caballero 2008) el terapeuta debe mantener una actitud neutra pero empática, historiar con interés y detallar los síntomas, su curso temporal y la discapacidad que se les asocia. De este modo, la valoración completa de un trastorno psicósomático incluye:

- La posible presencia de otros síntomas de trastorno mental (por ansiedad, afectivos, por abuso de sustancias) o físico (que puede coexistir).
- La respuesta emocional (por ejemplo: angustiada, desconectada o dramática).
- La conducta anómala ante la enfermedad (p. ej., la expresión atípica de los síntomas).
- Los posibles beneficios secundarios.
- Las creencias o el modelo con el que explican la enfermedad (ideas sobrevaloradas, modelo cultural, convicción).

### 2.5.1 Diagnóstico Diferencial

Los trastornos psiquiátricos tienen una muy fuerte asociación con síndromes de somatización. En atención primaria el 50 a 70% de los trastornos psiquiátricos se presenta en forma somática. Por lo general, el paciente con trastorno de somatización acude a consulta por molestias derivadas de los síntomas y no por su significado.

Para Toro y Yepes (2004), los trastornos psicósomáticos no se diagnostican cuando los síntomas pueden ser explicados por otra entidad psiquiátrica, por ejemplo síntomas catatónicos o ideas delirantes somáticas en psicosis, esquizofrenia o depresión, o dificultades para tragar en una crisis de pánico.

Luis y Fernando Caballero (2008) explican que el diagnóstico diferencial debe realizarse con los siguientes enunciados:

- Enfermedades orgánicas sistémicas que cursan con una afectación general importante (como el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el lupus eritematoso sistémico, la miastenia grave, la porfiria aguda intermitente, la esclerosis múltiple y algunos procesos infecciosos o expansivos del sistema nervioso central.
- Trastornos ansiosos y depresivos que pueden presentarse con síntomas funcionales somáticos secundarios. Descartando esta posibilidad, en presuntas somatizaciones que se manifiestan después de los 40 años.
- En la hipocondriasis, el énfasis es la preocupación de padecer una enfermedad seria, mientras que en los trastornos psicósomáticos puede existir relativa despreocupación con la sintomatología.
- Los síntomas conversivos y los dolores somatomorfos pueden formar parte del trastorno por somatización, pero a diferencia del trastorno conversivo y del trastorno por dolor somatomorfo, están acompañados por otros síntomas funcionales.

- En los trastornos facticios, los síntomas los producen voluntariamente los pacientes, sin otro beneficio aparente que el de ser considerados y tratados como enfermos o ingresar en hospitales. Por lo general, suelen presentar trastornos de personalidad y se presenta más en personas que sufrieron abusos o deprivaciones importantes en la infancia.
- En la simulación el síntoma suele tener un tinte burdo o falso, generalmente, el paciente tiene antecedentes de simulación, pretendiendo diversos beneficios; como puede ser la compensación económica, evasión de responsabilidades, etc.
- En la esquizofrenia o en depresiones psicóticas pueden presentarse síntomas somáticos funcionales que suelen presentar características bizarras o extravagantes, ser menos numerosos y más persistentes y estables.

El trabajo psicoterapéutico con el paciente somatizador presenta varias dificultades, por lo que requiere entrenamiento específico. Habitualmente el paciente se presenta de un modo dramático y tiene un estilo de comunicación característico que son enunciadas desde la primera entrevista. Por lo general, presenta más síntomas; que signos, una expresión clínica o preocupación desproporcionada con ellos y expresa una alteración emocional desencadenante. De esta forma, las historias son vagas, los detalles elusivos o inconsistentes que el paciente niega, olvida o deforma en diversas ocasiones.

Por otra parte, los esfuerzos por clarificarlos pueden ser poco productivos y frustrantes. El propio paciente suele sentirse frustrado; sin embargo, ante hechos como estos, lo fundamental es disponer de una historia clínica completa y detallada y de la información adicional de familiares y/o allegados.

## **2.6. Manifestaciones Clínicas**

Generalmente los síntomas son de inicio agudo y de curso transitorio. Sin embargo, hay circunstancias en las cuales, debido a la presencia de ganancias secundarias persistentes se pueden hacer crónicos. Es importante aclarar que aunque estos síntomas no están bajo el control voluntario del paciente, la forma específica de la sintomatología está relacionada con las concepciones previas que el individuo ha creado de la enfermedad en general. Por ende, los síntomas varían en cada paciente.

Los trastornos psicósomáticos son considerados como los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la práctica médica general, su prevalencia se estima entre el 16% pero es mucho más alta si se usan criterios menos estrictos que los del DSM IV. Aproximadamente, se estima que la problemática de los síntomas somáticos sin explicación clínica representa el 15 al 25% de las consultas en atención primaria y que 30 a 70% de este tipo de consultas, permanece sin explicación luego de una evaluación.

Los síntomas psicósomáticos parecen tener una prevalencia 2 a 5 veces mayor en el sexo femenino, puede presentarse a cualquier edad, sin embargo, es más frecuente su ocurrencia durante la adolescencia o adultez temprana. (Toro y Yepes, 2004).

Los pacientes somatizadores sufren discapacidades y disminuyen su calidad vida en forma similar a quienes padecen enfermedades crónicas graves o trastornos del ánimo como ansiedad o depresión, con la desventaja que son más persistentes y refractarios al tratamiento médico. Generalmente, estos pacientes presentan una historia médica larga, complicada e imprecisa. Es así que un 30% de pacientes con síntomas psicósomáticos presentan comórbidamente una depresión, el 8% un cuadro esquizofrénico y aproximadamente un 40% tiene un trastorno de personalidad.

Según Cardenal y Sánchez (2006), el paciente somatizado, manifiesta su estrés o sus situaciones vitales difíciles a través de síntomas físicos mediante:

1. La amplificación de las sensaciones corporales: la preocupación sobre una posible enfermedad hace que el paciente, aumentando su ansiedad.
2. La necesidad de identificar un paciente dentro de un grupo familiar patológico o desestructurado; es decir, la familia se organiza en torno al enfermo, para olvidar otros conflictos o problemas.
3. Necesidad de estar enfermo: manifestar un sufrimiento que no puede expresar de otra manera, con el fin de conseguir una ganancia.
4. La disociación: capacidad de la mente de experimentar sensaciones completas y detalladas en ausencia de estimulación sensorial; las sensaciones así percibidas son reales.

Para Lorente (1983, citado por Ruiz y Cano, 2002), los trastornos psicósomáticos más frecuentes son:

1. Trastornos cutáneos: acné, dermatitis, pruritos, eczemas, hiperhidrosis, urticaria y alopecia areata.
2. Trastornos respiratorios: asma bronquial e hiperventilación.
3. Trastornos hemáticos y linfáticos.
4. Trastornos gastrointestinales: gastritis crónica, úlcera péptica, colitis ulcerosa, estreñimiento, hiperacidez, pilorismo, cardialgia y colon irritable.
5. Trastornos endocrinos: hipertiroidismo, hipotiroidismo y diabetes.
6. Trastornos de los órganos de los sentidos.
7. Trastornos osteomusculares: tortícolis y cefaleas tensionales.

## **2.7 Tratamiento**

Para Chiozza (1995), el curso de los síntomas psicósomáticos es transitorio y de terminación espontánea. Por ello, una vez, establecido el diagnóstico, es importante comunicarle al paciente de una forma empática y no devaluadora el estado actual de la situación. Además es necesario realizar cambios ambientales encaminados a neutralizar elementos reforzadores de la condición, con el fin de implementar procesos psicoterapéuticos.

Según Luis y Fernando Caballero (2008), el tratamiento de los trastornos por somatización pretende los siguientes aspectos:

El abordaje de estos pacientes trata sobre todo de corregir la iatrogenia aplicando los siguientes principios:

- a) Proporcionar un solo médico al paciente.
- b) Evitar procedimientos de diagnóstico o tratamiento innecesarios o peligrosos.
- c) Llevar a cabo exploraciones físicas simples del área afectada.
- d) Proporcionar soporte en las áreas estresantes de la vida del paciente.

Estudios posteriores de Smith (1991, citado por Luis y Fernando Caballero 2008), han demostrado que la aplicación de normas de buena práctica clínica por el médico de atención primaria, es capaz de aliviar los síntomas, de disminuir la demanda de atención, de mejorar la satisfacción de los pacientes por la atención recibida y limitar los costes en un 53%. Smith propone las siguientes normas:

### **Normas de buena práctica clínica para los trastornos por somatización:**

- El paciente ha de ser atendido por un solo médico.

- Planificar citas regulares cada 4-6 semanas durante el primer año o ante la aparición de un nuevo síntoma (en períodos de reagudización pueden ser más frecuentes).
- Consultas breves para que sean posibles en la agenda del médico general.
- Buscar signos y tratar de interpretar los síntomas en el contexto de la comunicación personal.
- Evitar pruebas diagnósticas que no sean imprescindibles (para reducir la exposición iatrogénica, los falsos positivos y el gasto inútil).
- Evitar tratamientos innecesarios.
- Tranquilizar y reasegurar.
- Derivar adecuadamente a los servicios psiquiátricos.

Otra propuesta para el tratamiento de los trastornos de somatización, en atención primaria es la llamada “técnica de retribución de síntomas” que fue diseñada por Goldberg (1989, citada por Luis y Fernando Caballero 2008); esta técnica pretende poner en contacto al paciente desde la primera entrevista con factores determinantes o desencadenantes de su trastorno. De esta manera, el paciente requiere una cierta disposición psicológica y que sus síntomas sean leves o de corta duración.

**Técnica de retribución de síntomas para el tratamiento de las somatizaciones en atención primaria:**

**a) Fase I. Evaluación comprensiva:**

- Historia completa de los síntomas.
- Factores emocionales.
- Factores sociales y familiares.

- Creencias acerca de la salud.
- Examen físico focal.

**b) Fase II. Ampliación de los temas:**

- Exposición de los resultados de la exploración.
- Subrayar la realidad de los síntomas.
- Reformular las quejas y relacionar.

**c) Fase III. Explicaciones simples.**

- Explicación a partir de estos tres aspectos:
  - Emocional.
  - Fisiológico.
  - Somático.

Por otro lado, estudios empíricos de Kashner (1989, tomado de Luis y Fernando Caballero 2008), han mostrado la eficacia de terapias psicoeducativas aplicadas en grupo, psicoterapias cognitivo-conductuales y psicodinámicas. Sin embargo, los somatizadores crónicos, aunque no estén psicológicamente orientados y hayan resultado resistentes a otros tratamientos, pueden beneficiarse de psicoterapias específicas en las que se fomentan la aparición de un vínculo psicosomático a través de la relación con el terapeuta; para ello se necesita que entiendan y acepten la técnica terapéutica concreta. Por otro lado, en los casos con pacientes hostiles y negadores el paciente puede ser atendido “como si tuviese un problema orgánico” y el papel del psiquiatra, en ese caso, puede limitarse al de “experto en el control de algunos síntomas”.

A continuación, presentaremos consejos elaborados por Bass y Benjamin (1993, tomado de Luis y Fernando Caballero 2008), para el abordaje general del paciente somatizador crónico:

**Abordaje general del paciente somatizador crónico:**

1. Identificar los estímulos psicosociales que intervienen.
2. Evitar información ambigua acerca de los hallazgos que se realizan.
3. Planificar citas regulares para atenderlos clínicamente.
4. Establecer objetivos prioritarios.
5. Limitar a lo imprescindible las exploraciones complementarias.
6. Controlar las visitas a especialistas.
7. Evitar diagnósticos equívocos.
8. Evitar explicaciones dicotómicas (del tipo “mental” frente a “físico”).
9. Facilitar al paciente un modelo explicativo acerca del origen de los síntomas.
10. Hacer que el paciente sea visto por un solo médico.
11. Intervenir, cuando es posible, en sus problemas psicosociales.
12. Ser sincero con la información.
13. Abordar algunos problemas de modo multidisciplinario.

A continuación, se expondrá diferentes formas de tratamiento psicoterapéuticos de acuerdo a los enfoques psicológicos cognitivo-conductual, sistémico, farmacológico y otras formas de tratamiento alternativo:

### **a) Tratamiento Cognitivo-conductual:**

Ruiz Y Cano (2002) en sus estudios e investigaciones exponen que las terapias psicológicas más aceptadas en el tratamiento de trastornos psicosomáticos son las terapias cognitivas y las terapias interpersonales; de esta forma, es recomendable tomar técnicas válidas de varias orientaciones psicológicas, para que el tratamiento sea integral y completo. Sin embargo, es importante señalar, que el tratamiento dependerá de las necesidades individuales.

La utilización de terapias cognitivo-conductuales están guiadas a la modificación de la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro que mantiene el enfermo; pretenden encontrar los supuestos básicos distorsionados del paciente y luchar contra ellos, con el fin de reducir o eliminar pensamientos automáticos, visiones y esquemas cognitivos negativos, que dan origen a sentimientos y actitudes disfuncionales.

Esta terapia desarrollada por Beck es muy importante pues presenta técnicas efectivas que sirven para identificar, modificar y reducir los síntomas existentes. Como resultado, la persona será capaz de enfrentarse a su enfermedad y al mundo con mayor seguridad, de tal forma que, su comportamiento pueda convertirse en más adaptable. Ochoa (2009, tesis en proceso de publicación).

### **b) Tratamiento Sistémico:**

Por lo general, la psicoterapia sistémica no es muy utilizada para el tratamiento de los trastornos psicosomáticos, sin embargo, se presenta como una terapia adecuada para el abordaje de este trastorno; por ello, la psicoterapéutica, tanto con familias, como con individuos, grupos, sistemas varios o redes sociales ha demostrado resultados favorables.

En este contexto, trabajar con individuos no es solamente hacer terapia individual, puesto que en el curso de cualquier terapia familiar o de pareja surgen también casi inevitablemente interrogantes sobre la conveniencia de algún trato diferenciado a los miembros del sistema y, en especial, al paciente identificado. (Tomado de Onnis, 1990)

**c) Tratamiento farmacológico:**

La medicación psicoactiva y analgésica que se ha probado en los trastornos por somatización parece poco útil. No obstante, no existen prácticamente ensayos clínicos al respecto. Por lo general, como estos pacientes abusan de drogas de prescripción médica, las prescripciones han de restringirse y controlarse. Si existe un trastorno psiquiátrico concurrente que tenga un tratamiento psicofarmacológico eficaz, dicho tratamiento ha de aplicarse explicando al paciente el objetivo del mismo (que, en todo caso, no sería “curar” el trastorno por somatización). En el mismo sentido, es posible el tratamiento sintomático o conservador de algunos síntomas que suelen presentarse en el trastorno por somatización mediante antidepresivos, analgésicos, acupuntura y otras técnicas para el tratamiento del dolor crónico. En el caso de ansiedad crónica la relajación, en general, es preferible a los ansiolíticos en estos pacientes. Los tricíclicos son útiles en el tratamiento del colon irritable o la fibromialgia. Los nuevos inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (venlafaxina, duloxetina) podrían ser de utilidad en el tratamiento de algunos síntomas funcionales dolorosos.

#### **d) Otros formas de tratamiento:**

Por otro lado, la aplicación de técnicas interpersonales, demuestra la eficacia en el tratamiento de estos trastornos. En la actualidad, la utilización de técnicas alternativas ha incrementado notablemente hasta el punto de considerarse como la medicina contemporánea. Las terapias alternativas son métodos basados en una manera global de enfrentar los cuidados de la salud y el tratamiento del cuerpo, la mente y el espíritu, apoyándose para ello en métodos naturales.

La mayoría de estas medicinas están guiadas a la prevención de enfermedades, a la búsqueda del origen de la dolencia y al tratamiento de sus síntomas. Estas medicinas alternativas no tratan signos y síntomas sino causas internas y externas que conducen a un desequilibrio orgánico.

Finalmente, podríamos decir que no existe un tratamiento curativo específico para el trastorno por somatización. Sin embargo, es primordial un psicoterapeuta que se relacione de modo flexible y empático, que conozca las técnicas específicas de entrevista y sepa aplicar las técnicas necesarias para alcanzar una buena práctica clínica.

### **CONCLUSIÓN**

A lo largo de este capítulo hemos visto que el problema de los trastornos psicósomáticos constituye una patología muy importante, debido a que, su incidencia ha incrementado notablemente en la práctica clínica psicoterapéutica.

Podríamos resumir, que la naturaleza de estos trastornos constituyen un grupo común de síntomas somáticos para los cuales no se encuentran un explicación médica adecuada. En este contexto, se reconoce que los factores psicológicos constituyen de manera importante en el desarrollo de la enfermedad, por que se encuentran íntimamente relacionados. Es importante señalar, que la aparición de estos trastornos está asociada a un evento vital estresante, de naturaleza traumática o de un conflicto intrapsíquico inconsciente.

Generalmente, los trastornos psicosomáticos, representan gran dificultad en el diagnóstico, debido a que el curso de la sintomatología es transitoria y espontanea. Por ello, el tratamiento demanda una psicoterapia holística con el fin alcanzar un tratamiento integral.

## **CAPITULO III**

### **TERAPIAS DE GRUPO Y TERAPIAS ALTERNATIVAS**

#### **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, la psicoterapia de grupo es una forma de intervención orientada hacia la naturaleza social del hombre, que se caracteriza por la exploración de las relaciones y procesos de grupo; generalmente, existe una polaridad entre los diversos puntos de vista teóricos acerca de la forma de estudio en la que los grupos deben conducirse. Sin embargo, la intervención se enfoca hacia diferentes diagnósticos y motivos de consulta, es decir, la psicoterapia grupal constituye una importante alternativa de tratamiento, porque ha demostrado gran eficacia en el campo clínico.

A continuación, se prestará una visión del desarrollo de la psicoterapia grupal, el amplio conjunto de técnicas psicoterapéuticas que maneja y las diferentes teorías e hipótesis que fundamentan esta alternativa psicoterapéutica.

#### **3.1. Historia de la Terapia De Grupo**

Las terapias de grupo, tienen una historia que precedió a su popularidad en las décadas de 1950 y 1960. Al parecer, la necesidad de agruparse con fines terapéuticos surgió con gran demanda al finalizar la II guerra mundial, especialmente en los Estados Unidos.

Rogers (1972) explica, que en 1947, el psicólogo Kurt Lewin, junto a sus estudiantes, organizó el laboratorio de entrenamiento centrado en el grupo y los denominó Grupos T. rápidamente y bajo la influencia del Leland Bradford, se desarrollaron los NTL

(National training Laboratory). Quienes realizaron experimentos en grupo con el fin de modificar las actitudes de las personas respecto de sí mismas, así como las formas en que se relacionan con los demás. La participación en estos grupos brindó a los participantes elementos para observar su propio desempeño y aprender a responder a la retroalimentación directa en torno a sí mismo.

Las experiencias del Grupo T. demostraron que en un entorno de apoyo se daban cambios de personalidad importantes. De esta manera, Giba (1971) concluyo: “todo parece indicar que las experiencias en la instrucción de grupo intensiva ejercen efectos terapéuticos de carácter significativos”. (p.118).

Aunque los LNC se formaron y desarrollaron principalmente en la costa este, en California el Instituto Eslen se dedicaba a investigar procesos de grupo más intensivos y menos estructurados. Su propósito, era entender las nuevas tendencias que resalten las potencialidades y los valores de la existencia humana. En la de cada de 1960, Eslen organizó, una serie de talleres a los que llamo grupos básicos o de encuentro. Por otro lado, Rogers trabajó con los grupos de manera independiente, pero similar al modelo de encuentro básico creado en Esalen.

Sorprendentemente, todos los grupos de encuentro brindaban un clima de seguridad psicológica que estimula la expresión inmediata de las emociones, así como las reacciones que suscitan. El líder, se encargaba de establecer y preservar el tono y la concentración del grupo. En este contexto, el terapeuta genera una atmósfera que puede abarcar desde lo pragmático hasta lo emocional, resultando ser, una herramienta de trabajo de gran importancia en el trabajo terapéutico.

### **3.2. Definiciones de la Terapia De Grupo**

La terapia grupal es definida como una forma de psicoterapia durante la cual uno o varios terapeutas tratan a un pequeño grupo, de forma individual.

En este contexto, personas diversas confluyen dentro de un espacio físico y psicológico, unido por un elemento en común y bajo la dirección de un terapeuta.

Para Dyer y Vriend (1980), la psicoterapia de grupo es un tratamiento en el que personas con problemas emocionales se reúnen en un grupo dirigido por un terapeuta, para lograr cambios dirigidos a objetivos y conductas alternativas que proporcionarán intervenciones, estructuras, actividades o simulaciones que ayudaran a los individuos a aprender estrategias; para luego ser capaces de aplicar las conductas aprendidas en su mundo personal.

Esta forma de tratamiento, puede ser aplicado a una gran diversidad de condiciones como perturbaciones emocionales (depresión, ansiedad social), enfermedades físicas (cáncer, cardiopatías), adicción a sustancias, trastornos severos (psicosis, trastornos de personalidad), entre otros. Los objetivos son ajustables a cada situación. Es por esto que puede ser aplicado a situaciones muy diversas, pero con distintos objetivos enfocados a las situaciones o problemáticas grupales existentes.

Según Arias y Vargas (2003), el asesoramiento grupal es un procedimiento asistencial que se inicia con una exploración de su propio mundo, con el fin de identificar los procesos de pensamiento, sentimientos y acciones que resulten contraproducentes. Los miembros determinan y revelan cuales son las conductas y decisiones negativas.

Héctor Fernández define a la terapia grupal como “un dispositivo que emplea la interacción como recurso primordial para promover cambios que puedan brindar beneficios recíprocos a sus participantes”.

Según el autor, los principios generales de la psicoterapia de grupo son:

- Colaboración entre pacientes y terapeutas
- Empleo de recursos psicológicos
- Objetivos ajustables a cada situación clínica

Este dispositivo puede ser aplicado a diversas condiciones como perturbaciones emocionales (depresión, ansiedad social), enfermedades físicas (cáncer, cardiopatías), adicción a sustancias (toxico-dependencia, alcoholismo), trastornos severos (psicosis, trastornos de personalidad), entre muchos otros. Y sus objetivos son ajustables a cada situación dependiendo de la demanda del grupo. (Mejía 2008, tesis de maestría no publicada).

Por otro lado, Rogers (1970) considera a la terapia de grupo como una forma de crear destrezas personales, para brindar asesoría, motivación y auxilio a las personas. Dichos grupos proporcionan a los miembros la oportunidad de vivir una experiencia personal inusualmente intensa, que fomentan el crecimiento personal de los individuos mejorando la comunicación, promoviendo la confianza y fomentando la colaboración a pesar de las diferencias culturales e ideológicas. (p.442)

Finalmente podríamos decir que la psicoterapia de grupo es un tratamiento en el que personas con problemas emocionales se reúnen en un grupo dirigido por un terapeuta entrenado y se ayudan unas a otras a llevar a cabo cambios de conducta o personalidad. El terapeuta de grupo dirige las interacciones de los miembros del grupo para que puedan lograr sus cambios.

### **3.3. Objetivos de la Terapia de Grupo**

Los objetivos de la psicoterapia grupal estarán guiados a las necesidades específicas de cada grupo, las mismas que se desarrollaran en el contexto de las diferentes orientaciones de la psicología. Sin embargo, a continuación mencionaremos los objetivos que orientan a esta terapia.

Dyer yVriend (1980) considera que la terapia de grupo es efectiva para personas con dificultades para relacionarse con los demás, pretendiendo desarrollar habilidades sociales en distintos ámbitos como la familia, el trabajo, la pareja, etc. Sin embargo, se ha demostrado que éste tipo de terapia tiene beneficios importantes en trabajos de desarrollo personal o problemas interpersonales. Por lo tanto, sus objetivos, sus técnicas y tipos de grupo son múltiples. Pero, existen objetivos que generalmente orientan a tanto a la terapia, como al terapeuta; entre ellos podemos mencionar:

- Fomentar la salud mental de sus participantes.
- Generar cambios en las relaciones interpersonales.
- Facilitar la expresión verbal.
- Potenciar las características personales favorables.
- Facilitar la comprensión de los demás y de las propias dificultades.
- Promover alivio sintomático.

Diversos estudios realizados por los autores, han demostrado que, la diversidad de las modalidades de terapias de grupo, son aplicadas desde diferentes orientaciones psicológicas, debido a que, la terapia grupal no está basada en una sola teoría psicoterapéutica, sino es el resultado de procesos que ha ido generando cambios. De esta manera, las aplicaciones técnicas grupales cada vez son más difundidas y van incluyendo elementos dinámicos y con cierto grado ortodoxo.

Desde el punto de vista de Varas (2000), los principios del trabajo grupal poseen grandes postulados, que son aplicables para el desarrollo interpersonal y transpersonal; estos se manifestarán efectivamente en su metodología, en sus técnicas y en la realización de sus ejercicios. Estos postulados son:

- Confiar en el ser humano y en su capacidad de autodirección constructiva.
- Dar más importancia al potencial de la persona que a sus limitaciones.
- Resaltar la responsabilidad personal por sobre determinado fatalismo.
- Explorar la naturaleza del hombre como positiva y tendiente a valores.
- Unidad del organismo: el hombre es un ser corporal, psicológico espiritual y social.
- Honestidad: la apertura de un canal fluido y directo entre el interior del ser humano y el mundo de personas y sus cosas que lo rodean.
- Darse cuenta: la apertura de la propia conciencia a su propia comprensión y a la comprensión de sí mismo, de los otros y del universo.
- Libertad: la valoración de la capacidad y derecho de elegir de cada persona.
- Responsabilidad: la valoración del ejercicio de la capacidad de responder y hacerse cargo de las elecciones y dediciones asumidas.
- Naturalidad: el desarrollo de la capacidad de de fluir con sencillez por la vida.
- Forma de vida: el trabajo grupal no es solamente una técnica o método, sino una forma de vida desde la cual se valora la interacción como la clave para mejorar la calidad de ella. Es una forma de cultura que privilegia la cooperación en vez de la competición, el encuentro y no la pugna, la acogida, el amor y el respeto de la vida.

### **3.4. Ventajas y beneficios de la Terapia de Grupo**

La terapia grupal, brinda beneficios a través de la participación activa de los miembros del grupo, con el fin de aprender estrategias adecuadas que ayudan a los individuos a entenderse entre sí mismos y a aprender hábitos eficaces para actuar de modo más consciente en su mundo personal y su entorno social.

Para Varas (2000) la terapia de grupo puede ayudar a la mayoría de las personas. Por ejemplo en situaciones de:

- Dificultades en las relaciones interpersonales.
- Impacto de enfermedades crónicas o graves.
- Situaciones de depresión o ansiedad.
- Fallecimiento o abandono de un ser querido.
- Afrontamiento de traumas.
- Trastornos de la personalidad.

Aunque existen muchos beneficios en la terapia de grupo, esta difiere significativamente de la terapia individual. Por ejemplo, la terapia de grupo a menudo es por tiempo limitado, mientras que el tratamiento individual puede tener un carácter más indefinido. Los miembros del grupo generalmente reciben menos atención personalizada en las sesiones de grupo, al contrario de la terapia individual, en la cual la atención del terapeuta se centra completamente en un paciente. Así, el apoyo encontrado en los demás componentes del grupo y en el terapeuta, se convierten en el beneficio primordial de esta alternativa de tratamiento.

Entre otros beneficios de la terapia grupal podemos mencionar que explora situaciones en un contexto social que refleja mejor la vida real, proveyendo una oportunidad para observar y reflexionar en las técnicas sociales propias y de los

demás, para beneficiarse a través de la participación activa, así como de la observación cuidadosa; una oportunidad para dar y recibir retroalimentación inmediata sobre preocupaciones, situaciones y problemas que afectan la vida de cada uno. Los miembros de la terapia grupal se benefician al tratar sus problemas personales en un ambiente de apoyo y confidencialidad; y, ayudar a los demás a tratar los suyos.

Dyer y Vriend (1980) exponen que la terapia se convierte en la estrategia adecuada para descubrir formas nuevas de relacionarse con los demás. Se consiguen habitualmente aumentos en el sentido de autoeficacia y autoestima, haciendo que los integrantes puedan sentirse útiles al ayudar a otros con sufrimientos similares. Proporciona a los participantes una sensación de apoyo y sentimiento de pertenencia a un grupo que activa procesos de identificación con los demás miembros del grupo. Da al paciente un lugar, un espacio y un tiempo compartido que lo acompaña aún cuando no se encuentre en él. El grupo potencia y favorece los procesos de cambio. Se descubren los obstáculos autoimpuestos elaborando miedos y dudas.

Permite disminuir la sensación de aislamiento y soledad tan frecuente en algunas personas, dándoles la oportunidad de descubrir que no son los únicos que viven ese sufrimiento; lo cual los hace sentir más seguros. Permite escuchar y poner en práctica con los demás integrantes.

Permite descubrir nuevas formas de afrontar la vida y los problemas cotidianos con el aporte de los demás miembros y la guía del terapeuta. Permite mejorar la autoconciencia y promueve el crecimiento y desarrollo personal. El dispositivo grupal provee la oportunidad de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales y la interacción entre las personas del grupo, generando una amplitud

del repertorio conductual. Nos invita a reflexionar acerca de conductas estereotipadas instaladas en nuestra personalidad y nos desafía al cambio.

Hablar y exponer el propio sufrimiento, posibilita ponerle palabras a situaciones vividas desmitificándolas, quitándoles la connotación de trágicas. El grupo permite la confrontación y nos ayuda a poner límites, aprendiendo estrategias para enfrentar distintas situaciones. Al escuchar y compartir diferentes ópticas nos amplía nuestras opciones de solución haciéndonos más flexibles. Por lo tanto, en la terapia grupal revisamos nuestras creencias y como ellas han limitado nuestras vidas.

De esta forma, el grupo apunta a solucionar los conflictos vitales de cada integrante configurando en el grupo, su sistema familiar, con la finalidad de trabajar los desórdenes e implicancias en el mismo.

A través de un proceso de confrontación de apoyo, los miembros del grupo son preparados de maneras alternativas para controlarse ellos mismos y a sus sentimientos. Formular metas, aumentar el nivel de entendimiento de la forma en que otros lo perciben, descubrir patrones efectivos de relacionarse con otros, desarrollar relaciones más satisfactorias, recibir apoyo al compartir problemas comunes, aprender cómo aplicar nuevas conductas en situaciones fuera del grupo; son algunos de los múltiples beneficios que se pueden obtener de una terapia grupal.

En un formato de terapia grupal, se mantiene uno de los principios básicos de la psicoterapia respecto de la colaboración entre paciente y terapeuta para trabajar juntos. Sin embargo, en el dispositivo se obtiene la ventaja de la reducción de la relación de dependencia paciente - terapeuta, pues la idea de conformar un equipo, reduce la asimetría entre terapeuta y paciente.

Otro beneficio indiscutible, hace referencia al costo económico, el cual es generalmente menor que la terapia individual haciéndolo más accesible para él o la paciente.

Así también, Fernández Álvarez sugiere que entre los valores agregados que esta modalidad ofrece, se encuentra la conformación de redes, lo cual aumenta la percepción de sostén social en los pacientes y como ya habíamos mencionado, atenúa el peso del terapeuta y la posterior dependencia al mismo.

En la dinámica se produce además una actualización de la experiencia disfuncional, ya que resalta los aspectos de las relaciones interpersonales y facilita la diversificación de la experiencia. Se crea además un espacio propicio para ensayar cambios a este nivel.

Los dispositivos grupales brindan también una mayor consistencia y efectividad del tratamiento. Existe una elevada transferencia a la vida cotidiana por poseer una amplia permeabilidad. Se encuentra una mayor estabilidad y perdurabilidad de los cambios realizados. (Mejía 2008, tesis de maestría no publicada).

Como hemos mencionado anteriormente, la interacción entre los participantes no constituye solo un recurso terapéutico más, sino que se convierte en el recurso generador de cambios más importante del dispositivo. Se constituye en el elemento potenciado del elemento terapéutico.

Sin embargo, existen otras aportaciones que representan recursos terapéuticos en el momento de la intervención.

### **3.5. El grupo y sus recursos terapéuticos.**

Como hemos visto, el recurso terapéutico más importante de la terapia de grupo es la interacción entre los participantes, lo cual constituye el elemento potencial terapéutico generador de cambios.

A continuación mencionaremos otros elementos que representan los recursos terapéuticos de la intervención grupal: (Harold, Kaplan, Benjamin, Sadock, 1996).

**Creación de una red de sostén:** El efecto directo de este fenómeno es la cohesión; hecho que permite que la persona se sienta parte de un grupo que lo apoya y lo entiende. Mediante la exposición personal, especialmente de las dificultades, el paciente hace una revelación que a su vez tiene un efecto sobre los demás participantes. La observación genera entonces procesos de identificación y resonancia emocional. El grupo moviliza manifestaciones de apoyo en momentos críticos y el terapeuta emite mensajes que infunden esperanza.

**Actualización del padecimiento o problema:** El paciente incrementa su exposición, conduce a una mayor involucración de los otros. Lo que permite que el paciente sea capaz de un amplio contacto grupal.

**Exploración de procesos constructivos y facilitación de transformaciones interactivas:** Uno de los procesos constructivos más importantes es el aprendizaje por observación. Con lo cual, podemos atribuir nuevas formas de comportamiento a partir de la observación de las mismas. Esto puede reflejarse a nivel de la conducta o de las estructuras de pensamiento, brindando a los demás un amplio repertorio de recursos o estrategias de afrontamiento nuevas; aunque no hayan resultado para el paciente.

Otro proceso de importancia es el de la comunicación expresiva, la cual incluye palabras, silencios, expresiones de humor y hasta de violencia.

La actualización y revelación del problema genera en el paciente una automática reconstrucción histórica. Desde el momento en que la experiencia vital es entregada al grupo, esta pasa a convertirse en una “referencia documental”, parte de la memoria compartida entre los participantes. A partir de ello, se inicia una reorganización de la historia personal.

**Evaluación y cierre de la experiencia:** Esta puede realizarse de varias maneras, de acuerdo al tipo del grupo que se trate. Generalmente consiste en una evaluación individual al inicio del proceso, un registro de la evolución durante el mismo y otra final. De modo que, el paciente logre una mirada retrospectiva sobre el tratamiento, y sea capaz de establecer cambio, a partir de aprendizaje a lo largo del proceso.

### **3.6. Efectividad de la Terapia de Grupo**

Las investigaciones sobre la terapia de grupo, realizado por Burlingame, Fuhriman y Mosier, (2003), ha logrado establecer un fuerte criterio a favor de la misma. En su meta-análisis, se expuso que los resultados de la terapia grupal son muy eficaces. Entre dichas conclusiones se ve que la terapia grupal es especialmente recomendada, incluso como intervención primaria para trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobia Social, trastornos de la Conducta Alimentaria, Tercera Edad, entre otros.

Según Arias y Vargas (2003), las aplicaciones de la terapia grupal ha demostrado gran eficacia en:

#### **a) Niños y adolescentes:**

La terapia de grupo realizada con niños y adolescentes ha demostrado grandes beneficios a quienes presentan dificultades emocionales o de comportamiento y cuya

necesidades no pueden ser atendidas en el seno familiar o en el ámbito escolar. Es entonces, cuando la terapia de grupo representa una forma tangible de velar por el desarrollo de niños y adolescentes que demandan problemas de algún tipo.

Los estudios de las autoras han concluido que por medio de la terapia grupal se ha podido crear espacios de seguridad en el que se disuelvan los conflictos fomentando la visión que tiene del otro, por ello esta forma terapéutica se emplea como instrumento de comunicación entre los niños y adolescentes.

**b) Tratamiento de la depresión:**

Se ha demostrado que la terapia de grupo genera comprensión sobre la experiencia y el estado de la personas, brindando la posibilidad de reemprender acciones para retomar la responsabilidad sobre la propia vida.

Del mismo modo, cuando el paciente se ha familiarizado con la texturas y las posibilidades de la terapia grupal, podrán observar los resultados de los demás participantes; con la finalidad de que el individuo tenga la posibilidad de encontrar recursos para acceder a sí mismo, hacia los demás y hacia una nueva forma diferente de vivir.

**c) Tratamiento de la violencia y agresividad:**

La terapia de grupo representa una vía de exploración de diversas situaciones, y permite llegar a motivaciones profundas. De esta forma, por medio de la terapia grupal los individuos pueden dejar fluir los sentimientos y emociones reprimidas e indagar en posteriores encuentros -los orígenes de la conducta antisocial-.

Mediante el contacto con los demás, la persona que acude a terapia grupal puede explorar el cúmulo de los elementos que influyen en un determinado conjunto de estrategias para asumir su experiencia y la de los demás.

#### **d) Tratamiento de pacientes con sida:**

La terapia grupal resulta eficaz para ayudar a estas personas, por medio de la exploración de sentimientos y contradicciones que les provoca la enfermedad. De esta forma, el grupo se convierte en una herramienta que da soporte a todos los integrantes a través de las experiencias, las palabras, las metáforas, etc.

En este caso, la terapia grupal es eficaz para que la persona pueda recuperar la autoestima, que generalmente, está muy afectada, proporcionando los enfermos una opción de autoayuda a nivel cooperativo entre los miembros del grupo.

#### **e) Tratamiento del alcoholismo y drogadicción:**

En estos casos, se ha demostrado que la terapia grupal adquiere un carácter pedagógico que enseña a la persona sobre su enfermedad y le ayuda a encontrar mecanismos para superarla. Por lo general, la terapia de grupo utiliza, elementos de autoayuda y testimonios de personas que han superado su adicción, con la finalidad de actuar como un factor potencializador, que brinda al paciente la oportunidad de revelar su mundo personal y social, para ubicar las situaciones conflictivas, las carencias, los vacíos y los problemas de adaptación desencadenantes.

#### **f) Tratamiento de desórdenes alimenticios:**

La terapia de grupo utilizada con víctimas de anorexia o bulimia ha demostrado que los pacientes que padecen esta enfermedad, tomen conciencia y obtengan un profundo autoconocimiento. De esta manera, el grupo permite que los afectados se den cuenta de que no están solos ante esta situación, además la terapia grupal brinda un lugar de apoyo, donde sientan que son comprendidos por los demás integrantes del grupo que presentan el mismo tipo de sentimiento y emociones, pues todos abordan los mismos temas, estos pueden ser: la imagen de sus cuerpos, las relaciones familiares, su

relación con el concepto de control y las distorsiones cognitivas derivadas de su conflicto emocional.

Por lo tanto, por medio de la terapia grupal los individuos logran que este tipo de tendencias cambien, y mejore la percepción del cliente, por medio del contacto grupal.

Finalmente, podríamos decir que la terapia de grupo ha ido demostrando su eficacia, mediante los resultados obtenidos, que usualmente, han logrado que las personas puedan enfrentarse con sus conflictos y alcancen a encontrar vías para superarlos, mediante la interacción grupal, ya que, se pueden generar cambios paulatinos mediante la comprensión de sí mismo y de los demás.

### **3.7. Terapias Alternativas**

Las Terapias Alternativas comprenden filosofías curativas o escuelas de pensamiento, que la medicina occidental convencional normalmente no utiliza, no reconoce, no estudia y no comprende. Sin embargo, su validez se ha ido demostrando con los resultados conseguidos y la eficacia de las mismas.

En el campo de la psicología se han utilizado varios tipos de técnicas terapéuticas, pero varios de ellos interesados en buscar nuevos métodos de trabajo y lograr que la persona encuentre su verdadera esencia, se interesan por implementar técnicas terapéuticas alternativas que se centren en la persona, en sus emociones y sentimientos; técnicas que brindan al paciente la oportunidad para encontrarse consigo mismo y tener un mayor conocimiento de sí mismo.

### **3.7.1 Antecedentes históricos**

Esta forma de terapia psicológica surge a mediados del siglo XX, con la necesidad de establecer nuevas formas de tratamiento, se desarrolló ampliamente en Estados Unidos e Inglaterra, donde, fue utilizada como parte de la asistencia médica y social.

En un inicio, estas técnicas fueron implementadas como parte de los cuidados psicológicos de los pacientes, en diversas instituciones como hospitales, cárceles y centros para personas discapacitadas, aportando conocimientos a las asociaciones dedicadas a la investigación, con el propósito de desarrollar estas técnicas psicoterapéuticas. Poco después, se reconoce a esta forma de terapia como una alternativa frente a otros tipos de psicoterapia.

Mediante estas técnicas alternativas las personas encuentran en los dibujos, las pinturas, la danza, la música, entre otras, mecanismos que brinda al paciente una forma alternativa de abordar sus problemas y dificultades.

Por tanto, las terapias alternativas son consideradas como una de las herramientas más utilizadas, tanto por los profesionales de la salud mental, como por pacientes que buscan una mejor calidad de vida.

Partiendo de esta base, las terapias alternativas surgen como una forma diferente de abordar la psicología humana, porque introduce las prácticas introspectivas como un medio para abordar la problemática de los pacientes. Sin embargo, esta forma de tratamiento psicológico es relativamente nueva y aún se encuentra en desarrollo.

### **3.7.2. Aportes teóricos a las Terapias Alternativas**

La aplicación de las terapias alternativas dependen de las diferentes corrientes y enfoques psicológicos, ya que, existe un abanico bastante amplio de técnicas

alternativas, cuya orientación teórica aportan y proporcionan beneficios a la salud mediante la participación activa del paciente, ofreciendo más opciones, incluyendo tratamientos que simplemente no están disponibles en la medicina convencional.

### **3.7.2.1. Enfoque Cognitivo Conductual**

Los aportes cognitivo conductuales, señalan la importancia que posee la percepción en los procesos cognitivos. Tiende también a la individualidad que presenta la percepción y la manera en que cada persona hace uso de ella para interactuar en su entorno. Por lo tanto, cada individuo tiene una serie de herramientas para asumir lo que le rodea. A este proceso se lo denomina “construcción personal”, y puede ser expresado de una forma verbal o no verbal. Así, las terapias alternativas brindan la oportunidad de expresar ideas que son parte del sistema personal del individual. Las terapias alternativas cognitivo conductuales pueden ayudar a resolver problemas, ya que, le presentan al individuo diferentes formas de abordar un problema.

Esta forma de terapia utiliza diversas técnicas con el fin de aumentar el control de las emociones internas y lograr identificar emociones y sentimientos. Esto se consigue:

- Guiando la imaginación hacia las experiencias sensoriales
- Utilizando técnicas que permitan corregir distorsiones cognitivas
- Mediante la internalización plástica de las emociones se logra un sentido de autocontrol
- Por medio de las creaciones expresivas se logra la recreación de los sentimientos.

Generalmente, las terapias alternativas cognitivo conductuales utilizan técnicas propias de terapia Cognitiva Conductual, que consiste en observar el mapa cognitivo, analizando las construcciones personales para ayudar a resolver conflictos.

Esta forma de terapia sirve para:

- Tratar modelos defectuosos de pensamiento.
- Incentivar la solución de problemas y generar elección de comportamientos.
- Aprender nuevas formas de acción.
- Controlar fobias.
- Valorar aspectos de la cognición.
- Conectar el mundo interior con el comportamiento exterior.
- Controlar los pensamientos negativos.
- Lograr una mejor interacción social.

Para la terapia Cognitivo Conductual, la creación de imágenes, así como la introspección forma parte de los procesos cognitivos. Por lo tanto, las terapias alternativas permiten entrar en contacto con las fuentes del comportamiento, siendo su mayor interés ayudar al cliente a desarrollar su sentido interior para asumir lo que le rodea.

Gracias a las investigaciones de la cognición; es decir, los procesos mediante los cuales conocemos, las terapias alternativas son utilizadas para medir, identificar y desarrollar las herramientas cognitivas de los individuos. Abarca también, el tratamiento de los desordenes emocionales derivados de los problemas cognitivos. (Arias y Vargas 2003).

### **3.7.2.2. Enfoque Gestal**

Las terapias alternativas en la Gestal utilizan las obras artísticas del cliente, pudiendo conocer; el mundo creativo de la persona sin realizar interpretaciones, sino busca forma de sumergirse en las formas y los sentidos como un todo, de esta forma, el individuo entra en contacto con el mundo a partir de sus propias creaciones.

Compas y Gotlib (2003) exponen que el cuerpo es parte esencial de estas terapias, con lo cual los gestos, las expresiones, sonidos y movimientos son entendidos como parte fundamental de lo sensorial y, por lo tanto, de la percepción. Esto quiere decir que las terapias alternativas son utilizadas como una forma de autoconocimiento. No se trata sólo de hacer consiente un material vedado a la palabra, sino nos brinda la posibilidad de observarnos de una forma integral a través de una confirmación material, es decir, a través de nuestras propias creaciones, ya sean un dibujo, una obra de teatro o una danza

Según la Gestal, mediante las terapias alternativas se logra explorar la interacción entre lo fenómenos físicos y los psicológicos. Mediante la realización de este tipo de terapias, la persona, de alguna forma, piensa con los sentidos, es decir, que las creaciones ofrecen una dimensión material de su comportamiento. A partir de las estructuras de las creaciones, el cliente puede ver la estructura de su comportamiento, de tal forma que se pueden producir cambios en su existencia.

La noción de forma y movimiento permiten explorar las imágenes, el lenguaje corporal y las creaciones desde la percepción del individuo. Por tanto, los resultados de este enfoque suelen ser muy satisfactorios tanto para niños, adolescentes y adultos, además, no necesariamente el individuo debe padecer algún tipo de trastorno mental o sentirse mal. Ya que, al Gestal implica una filosofía de desarrollo personal en la que el

terapeuta sirve de puente para que el cliente encuentre sus significados y expectativas, de forma que logree alcanzarlas y puede encontrarse en equilibrio.

### **3.7.2.3. Enfoque Humanista**

Para Compas y Gotlib (2003) las terapias alternativas dentro del enfoque Humanista pretenden explorar las necesidades y los sentimientos del individuo, ya que, por miedo de ellos es posible abordar distintos conflictos o malestares, tales como, la angustia, la insatisfacción, al culpa entre otros. En este contexto, el terapeuta entiende al cliente como una totalidad que busca la autorrealización, así es capaz de crear herramientas para satisfacer sus necesidades y adaptarse a la vida.

Las terapias alternativas Humanistas, parten de la noción de que el ser humano comprende una polaridad que le permite lograr el perfeccionamiento de sus parámetros de comportamiento y su forma de crear herramientas para la acción, por ello, trata de auto evidenciar las elecciones y los compromisos valorizando potencialidades antes que las pautas autodestructivas.

A través de las terapias alternativas, se puede crear un libre flujo entre polaridades, de tal forma que la creatividad disminuya la tensión que surge de la adaptación de la vida. De esta forma, mediante la danza, la música, la poesía, etc. Se pretende transformar los sentimientos en expresiones honestas que replacen al noción de enfermedad y sus síntomas, para explorara su potencial creativo.

Mediante las terapias alternativas humanistas se busca que el individuo logre un equilibrio personal y social de una manera holística, es decir, la terapia humanista busca la autenticidad de la persona, pero no deja de lado el carácter social de los seres humanos.

En síntesis, la terapia humanista emplea las terapias alternativas como un medio de conocimientos y como frente de solución a los conflictos, aunque puede centrarse solamente en el autoconocimiento, con el propósito de tener una vida plena y responsable.

La función de la terapia centrada en el cliente consiste en ayudar al cliente a encontrar mecanismos que le permitan generar cambios. Por ello, la empatía entre el terapeuta y el cliente, es de carácter fundamental. En este sentido, el terapeuta debe aceptar de forma incondicional la expresión del cliente, sin juzgarlo, dándole así al cliente un espacio seguro para explorar sus sentimientos y su comportamiento.

En este contexto, las terapias alternativas pueden ser utilizadas para emplear diversos afectos de creación, pues, uno de los principios en los que se basa este enfoque sostiene que estas terapias son capaces de ayudar a desarrollar un espacio que nos permita expresarnos, logrando entrar en contacto con nuestra propia esencia, potencializar su fuerza vital y su energía.

Por otro lado, las terapias alternativas se encuentran en estrecha relación con los procesos creativos, porque, permite desarrollar las potencialidades de los individuos, por eso, este tipo de terapia integra las artes como soporte, permitiendo al cliente entrar en contacto con sus emociones más profundas y así expresar sus sentimientos. Debido a esto, la creación está muy cerca de las emociones, de manera que al inventar formas estamos dando una apariencia formal a nuestros sentimientos.

Las terapias alternativas reconocen, que cada individuo tiene la capacidad innata para desarrollar todo su potencial, esto quiere decir que cada persona está capacitada para experimentar, valorar, crecer y desarrollarse. En esta tendencia, a las creaciones de que los clientes reflejen su verdad interior, con ello, se pretende, que el individuo sea capaz de enfrentar, conocer y aceptar la realidad de estas emociones. Tal como las

experimenten, haciendo hincapié a la capacidad creadora de todas las personas. Por dicho motivo, esta habilidad se asume como un proceso capaz de transformar y curar, mediante una forma de acceder a la totalidad, es decir, a la posibilidad individual de concebirse como un todo único, sin perder de vista el papel que cada uno juega en su entorno, siendo así la interacción algo fundamental para este enfoque.

Según Rogers, la psicoterapia alternativa se fundamenta en la tendencia actualizante que posee cada individuo, considera a esta tendencia como una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste, por lo tanto, la terapias alternativas más que hacer algo al individuo, tratará de crear las condiciones para un crecimiento y desarrollo adecuado, intentando corregir las condiciones de valoración externa y proporcionando la oportunidad de vivenciar las experiencias y sentimientos internos negados y reprimidos, de modo que aumente la congruencia del sujeto. De esta manera, las terapias alternativas pretenden establecer oportunidades para que los individuos sean capaces de expresar sentimientos, que generalmente han sido inhibidos, facilitando su auto-aceptación.

Para Arias y Vargas (2003) cualquier individuo, sea cual sea su condición, puede beneficiarse con este tipo de terapias, ya que, se ha demostrando empíricamente los siguientes beneficios:

- Mayor confianza en uno mismo y en sus posibilidades, enfatizando nuestras motivaciones internas y buscando nuevas motivaciones.
- Elimina bloqueos emocionales y físicos.
- Ayuda a explorar y a identificar las dificultades, facilitando un proceso de autoconocimiento y crecimiento personal que nos llevará finalmente al cambio, la transformación y la resolución progresiva de nuestros conflictos internos.

- Aprendizaje de técnicas para abordar los problemas con mayor facilidad.
- Ayuda a conocer y desarrollar nuestros potenciales, tales como, la vitalidad, creatividad, afectividad y trascendencia.
- Mejora la integración del ser humano con relación a sí mismo, a sus semejantes y a su entorno.
- Libera tensiones del cuerpo, refuerza el sistema inmunológico, refuerza la autovaloración, estimula un buen contacto interpersonal, y tiene un poder curativo capaz de modificar estados físicos y emocionales crónicos.

Este programa pretende que cada persona paulatinamente sea responsable de su propio crecimiento personal, que sea capaz de integrar todos estos aspectos en su vida cotidiana, que pueda crear nuevas motivaciones para vivir y sobretodo que mantenga un estilo de vida basado en la salud y bienestar.

### **3.7.3. Técnicas Alternativas**

La psicoterapia alternativa es un recurso terapéutico utilizado por una amplia gama de corrientes psicológicas, enlazando diversos temas surgidos de las necesidades de los pacientes. Por tanto, existe gran diversidad de técnicas que pueden ser aplicadas a esta forma de tratamiento.

De este modo, haciendo énfasis en la necesidad de la creatividad y flexibilidad que deben caracterizar al ambiente de este tipo de terapia, existe una total apertura hacia las siguientes formas psicoterapéuticas:

### **3.7.3.1. Aroma Terapia**

La aroma terapia, es un antiguo arte que tiene referencias en todas las culturas y religiones. Sin embargo, en la actualidad, el uso terapéutico de los aromas puros es considerado como una forma de tratamiento natural para ayudar a restablecer nuestro equilibrio y armonía.

Según Whichello (2005), la aroma terapia es un tipo de tratamiento alternativo que emplea aceites esenciales o líquidos aromáticos de plantas, cortezas, hierbas y flores los cuales se frotan en la piel, se inhalan, se ingieren o se añaden al baño con el fin de promover tanto el bienestar físico como psicológico.

Los aceites poseen propiedades curativas que provocan estímulos en el ser humano, armonizando los estados psíquicos emocionales y espirituales.

El sentido del olfato está relacionado a nuestras emociones por estar directamente conectado al cerebro, donde se encuentra el centro de las emociones, también el espacio de muchas actividades vitales de nuestro organismo, el sueño, la sensualidad, la sed, la memoria, etc. Por ello, la aroma terapia, puede ser utilizada para buscar el equilibrio y armonía interior.

Whichello, sostuvo que por medio de la aroma terapia se puede aliviar estados de ansiedad y de depresión, ya que estos aromas son estimulantes y permiten la relajación de la mente.

Los autores Damian y Damian (1995) exponen que la aroma terapia ofrece diversos beneficios al tener propiedades analgésicas, antibióticas, antisépticas, astringentes, sedantes, expectorantes y diuréticas y puede tratar una amplia gama de síntomas y condiciones físicas como los malestares gastrointestinales, las condiciones de la piel, dolor menstrual y las irregularidades, las condiciones relacionadas con el estrés,

trastornos del estado de ánimo, problemas circulatorios, las infecciones respiratorias entre otras.

Además de estos beneficios físicos, la aroma terapia también ofrece beneficios psicológicos, ya que la volatilidad de algunos aceites o facilidad con que se evapora en el aire tiene un efecto calmante que facilita la relajación.

### **3.7.3.2. Arte Terapia**

La arte terapia, también conocida por psicoterapia del arte, es un tipo de terapia, que consiste en el uso del proceso creativo y artístico con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que los conflictos e inquietudes psicológicas pueden ser trabajados por el paciente mediante la producción artística.

Este tipo de terapia surgió a mediados del Siglo XX y se desarrollo a partir de los planteamientos de Sigmund Freud y de Carl Gustav Jung en cuanto al lenguaje simbólico del inconsciente.

Para las autoras Arias y Vargas (2003) la Arte terapia es una disciplina que utiliza todos los dispositivos provenientes de las artes para recuperar y rehabilitar a individuos que padecen dificultades físicas o mentales. Explican, que la arte terapia se difiere de otras formas de terapia porque utiliza medios empleados para producir obras de arte, tales como la pintura, la poesía, el collage, el drama, la danza, la escultura, fotografía, etc. Mediante estas disciplinas se trata de estimular la creación plástica para expresar, comprender e interpretar los contenidos del inconsciente. Por ello, la arte terapia es una forma de acceder a la estructura de la persona a través de sus propias imágenes. De este modo, se presenta como una alternativa al lenguaje oral para identificar los conflictos internos.

Esta forma de terapias, es una técnica que permite la liberación de sentimientos y emociones, es decir, nos permite la catarsis y la liberación por medio de procesos creativos. Ya que, parte del principio de que la creatividad es algo intrínseco al desarrollo de cada individuo, por esto, la imaginación es utilizada con el propósito de acceder a la estructura de la persona a través de sus propias imágenes.

El objetivo fundamental de la arte terapia es lograr una liberación de los sentimientos y de las sensaciones que no han podido ser expresadas, así, la arte terapia alivia y desliga al sujeto de su malestar, permitiendo el crecimiento espiritual del individuo y el fortalecimiento de su vida.

Por medio del arte terapia, tanto emociones, como sensaciones intervienen en los procesos terapéuticos, y se logra trabajar sobre el mundo de las imágenes internas del psiquismo de la persona. Debido a que el arte es un lenguaje simbólico.

### **3.7.3.3. Danza Terapia**

Por medio de las experiencias en la danza y movimiento no solamente se dirige la atención a las vivencias corporales de la persona, sino también a las espirituales y emocionales. La danza terapia está dirigida a desarrollar nuestra armonía interior y a aumentar el conocimiento de nosotros mismos..

El ser humano es una unidad entre cuerpo, mente y alma y estas están relacionadas porque a través del cuerpo podemos influenciar también las otras partes. Nuestro cuerpo es identidad propia, templo de alma y mente. Por ello, la danza terapia tiene un importante papel en el mantenimiento de la salud física, mental, emocional y espiritual.

Por medio de la danza terapia fomentamos la creatividad para encontrar o emerger causas que nos afectan sin dejarnos avanzar, ayudándonos a liberar y a enfrentarnos a los conflictos, por lo tanto, la danza terapia actúa sobre lo emocional liberando los sentimientos y potencializando la creatividad, autoestima, afectividad, asertividad, relajación, armonía, entre otros aspectos que favorecen al bienestar individual y social.

Toro (2007), considera a la danza terapia, como una terapia curativa o educativa, que es capaz de alcanzar efectos positivos e impulsos interiores en el comportamiento humano, de esta forma, expone que por medio de la danza terapia, logramos los siguientes beneficios:

- Disminuir el nivel de estrés.
- Aumentar energía vital Ayuda a superar la depresión.
- Cultivar el bienestar, armonía y la relajación.
- Estimular la autoestima y refuerza la identidad.
- Desenvolver la creatividad, no sólo artística, sino existencial.
- Facilitar la expresión de sentimientos y emociones en forma espontánea y creadora.
- Despertar la alegría de vivir.

Según las investigaciones de rolando toro, la danza terapia puede ser aplicada para el tratamiento de trastornos físicos y psíquicos, tanto como en el desarrollo personal. En líneas generales, su objetivo primordial es conseguir integridad y armonía psicofísica. Es decir, se utiliza como forma de comunicación no verbal para liberar emociones y sentimientos, tanto los agradables como los hostiles; como forma de relajación física y como una manera de incrementar la conciencia de sí mismo. Además, intenta

restablecer las relaciones sociales y en ocasiones se utiliza como medio para mantener una actividad física, en la medida en que el cuerpo necesita de ella para estar sano.

Así también, Arias y Vargas (2003), señalan que la danza es un arte que implica la expresión a través del cuerpo, ya que el movimiento es un proceso a través del cual se desencadenan elementos físicos, emocionales y cognitivos de forma integrada, pudiendo incidir así en el comportamiento. Por ello, la danza como terapia tiene la función de liberación del individuo, es una forma de hacer catarsis con el cuerpo de deshacernos, principalmente, de cargas emocionales que no permiten continuar.

#### **3.7.3.4. Música Terapia**

La música ha acompañado al hombre desde los principios de su existencia. Sin embargo, desde 1930, a partir de las investigaciones científicas realizadas en Estados Unidos su aplicación se vuelve terapéutica.

Benenzon (2001), considera a la música como, una forma de terapia que actúa sobre el sistema nervioso y en las crisis emocionales. En este contexto, la música influye en nuestra mente y en nuestro organismo mediante la creación de emociones. De esta manera, la música nos permite despertar el sentido de unidad, de integración social, ayudándonos a comprender y aceptar las ideas ajenas.

Los estudios de Benenzon, demuestran que la terapia musical puede utilizarse para despertar la atención y prolongar la duración de la misma, así como para estimular las facultades de asociación y la potencia imaginativa, influye en la persona estimulando la confianza en sí misma, elevando el nivel emocional de la mente humana. También, puede utilizarse para la nivelación de energía y la purificación del cuerpo, para mejorar la concentración, la memoria y la imaginación, además, la música ayuda a

superar depresiones psíquicas, nos permite aliviar el insomnio, la tensión nerviosa y a disminuir la angustia.

Según Vaillancourt (2005) las terapias con música tiene diversas aplicaciones: componer, improvisar, interpretar o escuchar. Esta diversidad se debe a que la música aporta muchos elementos en la transformación de las personas. De esta forma, los tratamientos más utilizados en la terapéutica musical son:

- **La audición pasiva:** es la escucha de ciertas melodías como terapia.
- **La audición activa:** es la escucha y el análisis de los sentimientos que la música crea en los pacientes.
- **La interpretación:** el paciente interpreta las melodías para mejorar su patología, necesita que el paciente tenga bases de conocimientos en música.
- **La labor creadora:** la composición musical es un arma terapéutica muy importante.

La musicoterapia es una de las técnicas que mayor influencia ejerce sobre los seres humanos, sea esta de manera consciente o inconsciente, la música entra por nuestros oídos sin discriminación alguna, ya que, es percibido a nivel sensorial, por medio de las vibraciones de los diferentes instrumentos, por ello, la mente y el cuerpo reciben la influencia directa de la misma.

Moreno, define a la musicoterapia como una *herramienta que* le permite al sujeto experimentar sentimientos de autorrealización, autoconfianza, autosatisfacción y seguridad en sí mismo. De esta forma, la música es el estímulo orientador de procesos psicomotores que promueven la ejecución de movimientos controlados: desplazamientos para tomar conciencia del espacio experimentado a través del propio cuerpo.

La musicoterapia es utilizada para inducir un estado de relajación en el paciente y para favorecer la expresión de ciertas emociones de una manera no verbal. La música estimula la memoria y el ritmo musical acelera la liberación de endorfinas las cuales son los analgésicos naturales de nuestro cuerpo.

Arias y Vargas, exponen que la música posee la capacidad de conmover y crear estados de ánimo o de cambiarlos. La música puede ser utilizada como terapia para tratar necesidades psicológicas, físicas y cognitivas. Por ello, la lista de situaciones en las que se utiliza la música como terapia es inmensa ya que ha sido implementada con todo tipo de personas y enfermedades. Cualquier pieza musical puede influir ya sea de manera negativa o positiva, tanto puede causarnos depresión, angustia, estrés, ansiedad o ira, como puede relajarnos, causarnos alegría o equilibrio psíquico.

La música como terapia recurre a las diversas melodías como método para curar o reducir diversos problemas de salud. Estas premisas están basadas en el hecho de que las enfermedades tienen su origen en el cerebro, el mismo que trasmite a una determinada parte del cuerpo un estímulo y se desarrolla la enfermedad, lo que se intenta hacer con la música terapia es llevar al cerebro hasta un nivel total relajación con el fin de evitar problemas de salud.

Muchas investigaciones concluyen que el sonido es capaz de curar, por la influencia que tiene en la materia, ya que las vibraciones crean campos de energía de resonancia y movimiento en el espacio donde se producen. Por ello la música puede producir efectos que influyen en nuestro organismo.

De esta manera, la música puede curar daños como desequilibrios nerviosos, problemas de alcoholismo, tabaquismo, drogas y hasta la prevención de suicidios.

### **3.7.3.5. Reflexología**

El término reflexología se utiliza, para mencionar a toda terapéutica que trabaja a partir de la estimulación de áreas o de zonas reflejas. Es decir, zonas de la piel conectadas, a distancia, con distintos órganos o partes del cuerpo. Estas áreas son capaces de recibir y transmitir estímulos a aquellas partes del organismo con las cuales están comunicadas por vía nerviosa o por canales de circulación energética.

Las teorías del médico norteamericano William H. Fitzgerald, iniciaron el uso terapéutico de la reflexología. Según dicho autor, el cuerpo humano se halla atravesado, en sentido longitudinal, por diez meridianos, que lo dividen en otras tantas zonas, cada una de ellas ocupada por determinados órganos cuyo "reflejo" se encuentra en áreas perfectamente definidas de los pies y de las manos.

La intención de la reflexología es equilibrar todos los niveles del ser humano, físico, mental, emocional y espiritual, por medio de la misma, se pone en marcha el proceso auto curativo de nuestro ser, al alinear nuestro sistema energético. De esta manera, la reflexología nos aporta un bienestar inmediato que pone en funcionamiento la armonía de todo el cuerpo. Este toque terapéutico ayuda a que la persona, tome conciencia de su salud, tanto en el aspecto físico como en el emocional.

Según López (2004), la reflexología es una terapia natural que estimula al organismo para que este realice su propio proceso de curación. Lo realiza a través de la estimulación manual de las zonas reflejas de los pies y de las manos. Estas zonas reflejan tanto el aspecto orgánico como el psíquico de la persona, es así que la reflexología es considerada holística, ya que, entiende al ser humano como una unidad integrada de cuerpo, mente, espíritu y contexto.

Marchelli (2006), expone que la reflexología ayuda a restablecer la salud, a través de técnicas de estimulación, que permiten mejorar las funciones de órganos y aparatos, para que recuperen el equilibrio perdido o se opongan a la agresión de agentes capaces de desarrollar enfermedades.

Para Marchelli, la reflexología aporta con los siguientes beneficios:

- Una de las grandes aportaciones de la reflexología es la reducción del estrés, teniendo en cuenta que la mayoría de las dolencias físicas y emocionales; están relacionadas con la tensión nerviosa.
- El estrés puede afectar de diferentes maneras, ocasionando síntomas de desequilibrio, distintos en cada persona. Por citar algunos de ellos podríamos decir que los más frecuentes suelen ser ataques de pánico, depresión y ansiedad, sobrepeso, insomnio, problemas cardiacos y gastrointestinales.
- La reflexología mejora la circulación linfática y sanguínea. Ayuda a eliminar el exceso de desechos del cuerpo, que es producto de una alimentación inadecuada.
- Proporciona bienestar en los problemas digestivos, como el estreñimiento o el exceso de colesterol.

### **3.7.3.6 Técnicas Psicoeducativas**

En la actualidad, la psicoeducación se utiliza en múltiples trastornos y enfermedades, al igual que en las actividades en los diferentes niveles de prevención. En el ámbito de la salud mental, estas técnicas han sido utilizadas especialmente en patologías como:

- Trastornos de personalidad.
- Adicciones a sustancias.

- Violencia y agresividad.
- Depresión.
- Esquizofrenia.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.

La psicoeducación, es muy eficaz especialmente en atención primaria, en diferentes niveles de prevención y en diferentes patologías, tanto somáticas como mentales. En salud mental es de gran utilidad para la racionalización de:

- La utilización de los servicios de salud.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Disminución de la frecuencia de las crisis y de los tiempos hospitalarios.
- Mejorar la calidad de vida de los psicoeducados.

Según Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe (2008), este tipo de técnicas responden a la necesidad de que la mujer obtenga un conocimiento lo más completo posible sobre los trastornos psicosomáticos. Es importante mencionar...que cada cierto tiempo estos temas vuelvan a ser tratados, para que puedan tener mayor acercamiento a estas temáticas y les sirva de reforzamiento.

En este caso, se pueden emplear diferentes instrumentos, textos, revistas, libros, Internet, mini charlas, etc., sobre los cuales se pueden hacer lecturas, discusiones, análisis, entre muchos otros.

Generalmente, estos tratamientos pretenden reducir la sintomatología, con la finalidad de la mujer pueda recuperar la confianza, autoestima, y sea capaz de vencer y dominar todos esos síntomas críticos.

Es importante señalar que la carencia de conocimientos, puede ocasionar efectos que desvían, retrasan o dañan el proceso psicoterapéutico. De esta forma, la psicoeducación brinda la percepción de seguridad reduciendo notablemente la sintomatología.

Otro de los objetivos, es lograr que las integrantes de estos grupos adquieran la habilidad de afrontar y enfrentar la sintomatología existente.

### **3.7.3.7. Técnicas de Expresión Emocional**

Montañés (2003) explica que la emoción es una experiencia subjetiva que va acompañada de respuestas fisiológicas, que son resultado de la aprehensión e interpretación cognitiva. En ella se distinguen la excitación fisiológica, el comportamiento expresivo y la experiencia consciente.

De esta forma, las emociones dependen de predisposiciones innatas que son modeladas por nuestra experiencia de vida y nuestra cultura.

Mediante las técnicas de expresión emocional, se enseña al paciente a percibir, reconocer y controlar las emociones mejorando:

- El desarrollo de la inteligencia emocional.
- El equilibrio personal.
- Las relaciones sociales.
- Los comportamientos relacionados con la adaptación.

Las técnicas de expresión emocional brindan sentimientos de alivio y bienestar. Siendo así que la expresión de sentimientos, frente a otras personas genera beneficios significativos para la recuperación del paciente. En este contexto, es necesario que la persona pueda desahogar sus sentimientos de aislamiento, vergüenza, confusión,

culpabilidad, miedo e impotencia, dentro de un ambiente controlado y diseñado para ello.

Para conseguir un adecuado nivel de expresión, se deben seguir principios básicos como el no juzgar, no cuestionar, los mismos que son inherentes al funcionamiento del grupo.

En síntesis, para que este tipo de técnicas tengan el efecto deseado, es indispensable que las participantes actúen o respondan desde una postura de total respeto y aceptación a la experiencia que está siendo compartida; esto proporcionara a los participantes la oportunidad de explorar, descubrir, identificar, reconocer, desarrollar y satisfacer necesidades inter e intra-personales.

#### **3.7.3.8. Técnicas de Desarrollo Personal**

El desarrollo personal, otorga a la persona un sentimiento de satisfacción, que genera un sentido de conciencia de sí mismo y de los demás. En este sentido, el desarrollo de habilidades asertivas, es considerada como la capacidad para transmitir opiniones, intenciones, posturas, creencias y sentimientos, que permite aumentar la autoestima de las personas implicadas en esa comunicación, ya que transmite sentimientos de aceptación, comprensión, confianza, respeto y capacidad de ponerse en el lugar del otro.

Lográndose por tanto, la creación de lazos emocionales que implican estimación, aprecio, y valoración hacia sí mismo y hacia los demás.

Por ende, esta técnica psicoterapéutica nos brinda la oportunidad de explorar necesidades interpersonales, conocerlas y resolverlas en la interacción misma con los otros.

Según Varas (2000), el desarrollo personal, es una técnica psicoterapéutica que se apoya en el análisis existencial y se centra en una "voluntad de sentido".

En este contexto, el desarrollo personal constituye un conjunto muy variado de técnicas que pretenden conseguir la actualización de las potencialidades humanas, tanto psicológicas, como espirituales. Este tipo de planteamientos pretenden que con el trabajo de crecimiento personal la persona aprenda, a través de la conciencia de sí mismo, a aprovechar sus posibilidades de pensar, sentir y actuar, con la finalidad de:

- Usar el pensamiento libre o autónomo.
- Dominar una libertad responsable, siendo líder de sí mismo.
- Tener salud emocional.
- Lograr el éxito en sus emprendimientos.

De esta misma forma, el crecimiento personal trata de llegar a la plenitud, es decir, una vez que ya se haya alcanzado la organización y el equilibrio, se pretende desarrollar la propia capacidad para el gozo, la vitalidad y la creatividad.

Los objetivos principales son:

- Conocerse a sí mismo, con honestidad, ubicando virtudes y defectos.
- Evaluar qué quiere conservarse, mejorarse o cambiarse, y ubicar las herramientas para hacerlo.
- Librarse de los obstáculos interiores y exteriores que alguna vez o de alguna manera impidan el crecimiento personal.
- Ser quien se quiere ser; donde el pensar, el sentir y el actuar sean una unidad coherente o guardar relación con la actitud personal y responsabilidad.
- Evaluar nuestra propia experiencia, notando el sentido y el sentimiento que le damos a nuestras vivencias.

- Tener conciencia de las propias acciones y comportamientos.
- Aprender a comunicar, a uno mismo y a otros, los descubrimientos sobre sí mismo.
- Reconocer su propia personalidad.
- Darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones.

### **3.7.3.9. Técnicas de Relajación y Visualización**

Según Bustos (2003) las técnicas de relajación pretenden disminuir las tensiones, angustias, malestares o síntomas producidos por el trauma, con el propósito, de conseguir la liberación progresiva del trastorno.

En la actualidad existe una amplia gama de ejercicios de respiración y relajación muscular que pueden ser utilizados. De esta manera, se puede utilizar varios recursos psicoterapéuticos, como música, velas, aromas, que pueden acompañar sesiones de masajes relajantes mutuos entre las participantes, que adicionalmente fomentan la cohesión grupal. Mediante la práctica de diferentes técnicas, las participantes podrán hacer uso de ellas en otros contextos fuera de terapia.

Las técnicas de relajación que incluyen visualización son de las más efectivas y agradables dentro del conjunto de la práctica de la relajación, no requieren apenas esfuerzo y nos introducen en la práctica sencilla y eficaz de toda una serie de ejercicios que nos pueden proporcionar un descanso más profundo, en un mundo en que el estrés permanente nos agrede y aprendemos a utilizar la imaginación solo de forma negativa desde la infancia, resulta muy útil aprender a usar la imaginación para mejorar nuestro descanso y así poder encontrarnos con energías renovadas cada día

Para Payne (2005), la relajación es un estado de conciencia que se busca voluntaria y libremente con el objetivo de percibir los niveles más altos que un ser humano puede alcanzar; de calma, paz, felicidad, alegría. Por tanto, la relajación es el medio por el cual podemos llegar a experimentar la libertad de vivir en el estado de conciencia que deseamos.

Según Payne las técnicas de relajación nos aportan múltiples beneficios:

- Aumento del nivel de conciencia.
- Mayor nivel de reposo. Descanso más profundo.
- Más salud.
- Más resistencia frente a las enfermedades.
- Equilibrio en la tensión arterial.
- Mejor oxigenación.
- Aumento del nivel de energía, vitalidad.
- Superior nivel de recuperación tras los esfuerzos.
- Predominio de los pensamientos positivos.
- Resistencia frente a hábitos erróneos: fumar, alcohol, comidas excesivas, etc.
- Disminución del estrés.
- Mayor capacidad de aprendizaje.
- Mejora de la capacidad de recordar datos.

Las técnicas de relajación nos permiten mirar más adentro de nosotros mismos y de nuestro entorno. Por ello, mediante la relajación podemos adquirir un nuevo tipo de pensamiento, permitiéndonos experimentar un estado de armonización y relajación profunda.

## **CONCLUSIONES**

Podemos observar, que estas formas psicoterapéuticas utilizan estrategias de prevención y métodos que ayudan al paciente a conseguir una curación mediante las terapias apropiadas, basándose en conceptos de salud, enfermedad y curación, centrados en el ser humano, considerándolo como un ser holístico, y abarcando tanto al individuo, su energía, su familia y a la comunidad.

Por ende, entendemos al trabajo grupal como la oportunidad en que las personas se reúnen para explorar sus necesidades interpersonales, conocerlas y resolverlas, en la interacción misma con otros.

En este contexto, las terapias alternativas utilizan estrategias de prevención y métodos que ayudan al paciente a generar un alto sentido de espiritualidad y desarrollo personal.

## **CAPÍTULO IV.**

### **PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS, POR MEDIO DE TÉCNICAS ALTERNATIVAS EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE LA “CASA DE ACOGIDA MARÍA AMOR” DE LA CIUDAD DE CUENCA.**

#### **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad muchas personas creen que si niegan determinados sentimientos dolorosos o inaceptables, éstos simplemente desaparecerán. Sin embargo, los seres humanos no podemos ignorar nuestros sentimientos, ya que a medida que transcurre el tiempo se generan cargas tensionales, irritación, temor, ansiedad e incluso graves trastornos psicológicos como una forma de liberación de una excesiva represión. De esta manera, todo lo que se reprime se expresa por medio de síntomas externos.

Por lo dicho anteriormente, en el siguiente capítulo explicaremos el desarrollo de la propuesta de los talleres para la prevención de trastornos psicosomáticos por medio de técnicas alternativas, con la finalidad de comprobar la eficacia de las técnicas psicoterapéuticas utilizadas, las mismas que se llevarán a cabo en un programa que se dividirá en diez sesiones.

El programa tiene como objetivo principal diseñar y aplicar talleres basados en técnicas alternativas para la prevención de trastornos psicosomáticos en mujeres víctimas de violencia de la “Casa De Acogida María Amor” de la ciudad de Cuenca, las cuales fueron seleccionadas como muestra de la investigación para el desarrollo de esta tesis y que se expondrá en el siguiente capítulo.

#### **4.1 Propuesta del programa**

La violencia intrafamiliar representa un gran problema social que genera, graves riesgos para la salud tanto a nivel físico como psicológico. Por esta razón, el programa de prevención de trastornos psicosomáticos por medio de técnicas alternativas en mujeres víctimas de violencia, pretende aportar y proporcionar beneficios a la salud de estas mujeres, mediante la participación activa de las integrantes del grupo, ya que estas formas psicoterapéuticas ofrecen más opciones, incluyendo tratamientos que simplemente no están disponibles en la medicina convencional.

Con lo mencionado anteriormente, el propósito del programa está orientado a establecer oportunidades para que las participantes sean capaces de expresar emociones y sentimientos que generalmente han sido inhibidos, para facilitar su auto-aceptación.

El trabajo del programa se efectuará iniciando con la selección de mujeres que entrarán en el proceso de terapias alternativas, se procederá a hacer una planificación para desarrollarlas y llevarlas a cabo. Esta planificación será elaborada para las mujeres acogidas en la “Casa De Acogida María Amor” de la ciudad de Cuenca, las participantes serán mujeres mayores de 18 años que sufren o hayan sufrido cualquier tipo de violencia y tengan cualquier nivel de instrucción. Con este programa se pretende lograr cambios en las mujeres, alcanzado una liberación de sus emociones e iniciar un proceso de prevención primaria, con el objetivo de lograr una mejora en su calidad de vida y de la relación con su entorno social. Para la iniciación de este proceso se aplicará el test de “Othmer y De Souza para la Detección del Trastorno de Somatización”; y al finalizar se tomará un re test con la finalidad de comparar resultados sobre el proceso. Además, se hará una descripción de las sesiones desarrolladas en este proceso.

## **4.2 Metodología de la propuesta**

A partir, de esta investigación, se evaluará, diagnosticará y realizará una aplicación piloto y finalmente se procederá a la validación del proceso, con el objetivo de que esta propuesta sirva como un aporte adicional al trabajo integral y de acompañamiento que se realiza en la Casa de Acogida María Amor, la cual expondremos a continuación.

### **4.2.1. Objetivo general de intervención**

- Aplicar talleres basados en técnicas alternativas para la prevención de trastornos psicosomáticos, para crear una experiencia de apertura y de aprendizaje, que permita descubrir o re-descubrir importantes aspectos de la experiencia brindando herramientas, que posibilite disminuir la sintomatología existente.

### **4.2.2 Objetivos específicos**

- Psicoeducar a las pacientes en el tema de las enfermedades psicosomáticas, sus causas, síntomas y manifestaciones, para lograr un entendimiento claro acerca de la importancia y la responsabilidad que tienen sobre sí mismas y sus vidas.
- Promover la salud y el bienestar de las participantes, aprovechando las propiedades curativas de distintas técnicas alternativas, para lograr que la persona se sienta bien consigo mismo, y que descubra los efectos que estos tipos de terapias ofrecen.

- Desarrollar la capacidad creativa para mejorar la expresión afectiva y disminuir la vergüenza que se tiene ante la expresión corporal, con el fin de mejorar la comunicación corporal y expresiva.
- Tratar vivencialmente sentimientos que causen malestar para favorecer la expresión de problemas, inquietudes, miedos o bloqueos que causen malestar en las pacientes.
- Lograr un aumento de la comunicación y expresión, para favorecer el desarrollo emocional y el reconocimiento de conflictos emocionales, por medio de la expresión del arte.
- Lograr un relajamiento profundo de cuerpo y mente para alcanzar una sensación de bienestar y re-establecimiento del equilibrio, que permita la liberación de emociones.
- Aumentar la vitalidad de las mujeres mediante la estimulación de la creatividad y productividad.
- Fortalecimiento personal a través de la expresión de sentimientos, toma de conciencia sobre ellos y búsqueda de estrategias para canalizarlos saludablemente.

#### **4.2.3 Procedimiento a seguir en la investigación**

Seleccionar a las pacientes que integrarán el grupo según los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios de inclusión.**
  - Pacientes que se encuentren acogidas en la Casa María Amor.

- Mujeres entre 18 y 35 años
- Pacientes con cualquier nivel de instrucción.
- Mujeres que sufren o hayan sufrido cualquier tipo de violencia.
- **Criterios de exclusión.**
- Mujeres menores de 18 años.
- Mujeres que presenten Retardo Mental.
- Mujeres que presenten trastornos psiquiátricos que imposibiliten el desarrollo del proceso.

Después de la selección de las participantes se procederá a realizar los siguientes pasos:

- a) Elaboración de la Ficha Integrativa de las pacientes seleccionadas, a través de entrevistas individuales con las mujeres que se trabajará.
- b) La aplicación del Test de Othmer y De Souza para la detección del Trastorno de Somatización.
- c) Aplicación de los talleres.
- d) Realizar la aplicación de la encuesta, previamente elaborada con la colaboración del equipo de psicología de la “Casa de Acogida María Amor”
- e) Re-aplicación de Test de Othmer y De Souza para la detección del Trastorno de Somatización.
- f) Cierre del proceso.

#### **4.2.4 Fase Diagnóstica**

La investigación será de tipo cualitativo. Se trabajará con un número de 7 mujeres acogidas en la “Casa María Amor”, quienes vienen a ser el universo para esta investigación, debiendo sus edades estar sobre los 18 años, se encuentren dispuestas a seguir el programa y formar parte del grupo base o grupo de muestra para la realización del mismo, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión antes enumerados.

Al final del taller se realizará una re-aplicación del test, para poder establecer una comparación cuantitativa entre los resultados obtenidos de la primera y la segunda aplicación, y así poder verificar la efectividad de las técnicas alternativas en la prevención de trastornos psicossomáticos en mujeres víctimas de violencia.

#### **4.2.5. Encuadre del taller**

Se planteará a las mujeres la idea de la realización de talleres, donde se requiere la participación activa de las integrantes del grupo. Estos talleres estarán estructurados en tres etapas: la primera etapa será de carácter teórico práctico; la segunda etapa consistirá en sesiones de tipo vivencial, en donde las participantes podrán trabajar en ellas mismas, debatir y compartir las situaciones y experiencias comunes; finalmente, la tercera etapa dará paso al proceso de cierre, en donde se realizará la evaluación y conclusión del proceso, con el objetivo de proporcionar elementos de reflexión.

El primer mes la frecuencia será de dos sesiones por semana, los talleres se realizarán los días martes y jueves desde las 6:00pm hasta las 8:00pm aproximadamente.

El segundo mes la frecuencia será de una sesión por semana, realizando los talleres los días martes y manteniendo el horario, desde las 6:00pm hasta las 8:00pm.

Las sesiones se establecieron de acuerdo a las actividades de la casa de acogida, se solicitará puntualidad y compromiso durante las 10 sesiones del programa, mencionándoles que el proyecto y su éxito dependerán de que las participantes completen el proceso con la finalidad de evaluar su evolución.

#### **4.2.6. Planificación**

El taller se llevará a cabo bajo las condiciones planteadas al inicio en el encuadre, de este modo las sesiones se realizarán de acuerdo al horario previsto a partir de las siguientes etapas:

- Desarrollo de los talleres grupales: 10 sesiones:
  - Primera etapa: psicoeducación (3 sesiones)
  - Segunda etapa: terapia vivencial mediante técnicas alternativas (5 sesiones)
  - Tercera etapa: evaluación del proceso (1 sesión)
  - Cierre (1 sesión)
- **Primera etapa:**

La primera etapa se dividirá en 3 sesiones y serán de carácter teórico-práctico. Los talleres iniciarán con la planificación de los horarios y establecimiento de normas. Cuando lo anterior se encuentre establecido, se fijaran los compromisos con las sesiones y se indicará que para la realización de este estudio o investigación, entre muchas otras cosas, se necesitará cooperación y el cumplimiento de los compromisos establecidos.

Se realizará la aplicación del “test de Othmer y De Souza para la detección del Trastornos de Somatización”. Después, se procederá al proceso de psicoeducación sobre la violencia y sus consecuencias físicas, culturales y psicológicas, para luego abordar el tema de la psicopatización, del mismo modo, se abordarán sus causas, sus consecuencias, incidencias, formas de manifestación, etc.

**Nota:** el material de psicoeducación fue elaborado con la ayuda del equipo de trabajo de la “Casa De Acogida María Amor”. El mismo que será entregado a cada participante al iniciar el proceso.

- **Segunda etapa:**

La segunda etapa se ha dividido en 5 sesiones que consistirán en terapias vivenciales, en donde las participantes podrán debatir y compartir las situaciones y experiencias de su vida mediante la utilización de técnicas alternativas, a través de trabajos manuales, plásticos y corporales.

- **Tercera etapa:**

Finalmente, esta etapa consistirá en el proceso de cierre, la cual se llevará a cabo en dos sesiones para proporcionar elementos de reflexión. Estas sesiones estarán guiadas a la evaluación del trabajo terapéutico a realizarse, a la identificación de las sensaciones durante el proceso y al análisis de los cambios obtenidos, a través de la re-aplicación del “test de Othmer y De Souza para la detección del Trastornos de Somatización”.

A continuación se nombran las técnicas que se utilizarán en el taller:

- **Técnicas Psicoeducativas:** conocimiento, educación para la adquisición de habilidades para prevenir y/o afrontar la sintomatología existente.

- **Técnicas de relajación:** disminución de tensiones, angustias malestares, etc. con el propósito de conseguir una liberación progresiva de las mismas.
- **Técnicas de expresión emocional:** expresión de sentimientos y entendimiento de la importancia sobre la responsabilidad que tienen de sí mismas dentro de su vida.
- **Arte terapia:** por medio del dibujo plasmar emociones y sentimientos para lograr un reconocimiento de conflictos emocionales por medio de la expresión del arte.
- **Aroma terapia:** liberación de tensiones para relajar y descansar cuerpo y mente.
- **Danza terapia:** expresión emocional a través de movimientos corporales para desarrollar la capacidad creativa.
- **Musicología:** expresar y desarrollar emociones sensoriales, a partir de la música
- **Reflexología:** relajamiento profundo, para alcanzar sensaciones de bienestar mediante la estimulación de áreas hipoactivas.
- **Escultura:** expresión de emociones mediante artes plásticas para identificación de sentimientos.

### 4.3. Desarrollo del programa

A continuación se explicará cómo se llevaron a cabo las diez sesiones del “programa para la prevención de trastornos psicósomáticos, por medio de técnicas alternativas en mujeres víctimas de violencia.

Se presentarán los objetivos, la evolución, las técnicas utilizadas, las observaciones y los sucesos que se evidenciaron durante la realización del proyecto. Cabe resaltar que la evolución del programa se logró gracias a la gran aceptación y colaboración por parte de las integrantes del grupo. Cabe resaltar que las participantes asistieron con

normalidad cumpliendo las consignas correctamente y demostrando alta predisposición ante esta experiencia.

Es importante señalar que se realizó una sesión previa al trabajo psicoterapéutico, en la cual se motivó la participación de las mujeres que formarían parte de la terapia y se expuso la metodología de trabajo y los objetivos planificados.

De esta manera, se explicó que la metodología del programa se basa en la vivencia, en donde se compartiría diferentes recursos, aportes y visiones, centrados en el respeto, la aceptación y la humildad.

Luego, se dio a conocer los objetivos antes mencionados y se pidió opiniones y aportaciones a las compañeras. Con ello, se habló de los diversos beneficios de este tipo de terapias y el nivel que se alcanzaría en el fortalecimiento de la confianza personal y grupal con el objetivo de lograr vivir con mayor efectividad y bienestar.

Finalmente, se aclaró que el programa apunta al desarrollo de habilidades que permitan mejorar la calidad de vida de las personas, incluyendo en ésta no sólo el logro de los objetivos, sino también la pretensión de establecer mejores relaciones intrapersonales e interpersonales, teniendo en cuenta que todo lo que necesitamos está dentro de nosotros mismos.

### **4.3.1 Primera sesión**

#### **4.3.1.1 Objetivos**

##### **Objetivo general:**

- Encuadre del proceso terapéutico.

##### **Objetivos específicos:**

- Fomentar la importancia de los talleres.
- Crear un clima de confianza entre las participantes.
- Motivar a las mujeres para que se integren a los talleres.
- Planteamiento de las normas con las cuales se va a trabajar en los talleres.

#### **4.3.1.2 Actividades**

1. Bienvenida.
2. Calentamiento.
3. Acuerdos.
4. Establecer objetivo de trabajo.
5. Aplicación del test de Othmer y De Souza para la Detección del Trastorno de Somatización. (Anexo 1).
6. Cierre.

#### **4.3.1.3 Desarrollo de la sesión**

##### **4.3.1.3.1 Calentamiento**

Se da inicio a las terapias de grupo con una dinámica que genera mayor capacidad de empatía entre los participantes.

La dinámica consistió en formar parejas con alguna compañera con la cual no tengan mucha relación o no conversen mucho, la finalidad de la dinámica consiste en conocer un poco más de la otra y luego presentarla ante el grupo como una persona única y resaltando sus cualidades. Esta dinámica, permitió la relajación de las mujeres y una mejor cohesión grupal.

#### **4.3.1.3.2 Acuerdos**

Durante la sesión se explico la metodología de trabajo y se establecieron las siguientes normas:

- a) La confidencialidad de las sesiones.
- b) El respeto de los horarios.
- c) Respetar los criterios de las compañeras.
- d) No murmurar y poner atención a lo que se está realizando.
- e) Cumplir con las tareas que se les asigne.
- f) En caso de que alguna faltara se le realizará una sesión individual y, si no es posible, al inicio de la siguiente sesión las compañeras le enseñarán lo que aprendieron.
- g) Saber escuchar a las compañeras y no burlarse de los comentarios que hagan.
- h) La participación es de todas, sea activa o pasivamente.

#### **4.3.1.3.3 Aplicación del test**

Luego de realizar los acuerdos verbales, se procedió a realizar la aplicación del test de “Othmer y De Souza para la Detección del Trastorno de Somatización” con el fin de identificar la existencia de rasgos o posibles trastornos psicossomáticos de cada mujer.

#### **4.3.1.4 Cierre**

Durante el proceso, se notó la participación activa y se logró integrar a las mujeres. En general, el ambiente del grupo estuvo muy relajado. Todas las mujeres preguntaban de qué forma se trabajaría, qué tiempo, etc. Las preguntas fueron contestadas y se observó que estuvieron satisfechas. Al hablar acerca de la normativa que deberían respetar, todas manifestaron estar de acuerdo.

El cierre consistió en aclarar dudas acerca del trabajo psicoterapéutico que se realizará, además de esto las mujeres expresaron sus expectativas y opiniones acerca del proceso. De esta manera, se motivó a las participantes para obtener mejores resultados en el proceso y se dejó abierta la invitación para participar activamente en las sesiones y de aprovechar este tipo de trabajo personal.

#### **4.3.2 Segunda sesión**

##### **4.3.2.1 Objetivos**

###### **Objetivo general:**

- Fortalecimiento de la confianza personal y grupal.

###### **Objetivos específicos:**

- Lograr un entendimiento claro acerca de la importancia y la responsabilidad que tienen de sí mismas, dentro de sus vidas.

##### **4.3.2.2 Actividades**

1. Calentamiento.
2. Discusión acerca de “cómo me siento en este momento”.
3. Ejercicio de relajación.
4. Preparación para la siguiente sesión.
5. Aclaración de dudas.
6. Cierre.

### **4.3.2.3 Desarrollo de la sesión**

#### **4.3.2.3.1 Calentamiento**

La sesión inicia con una dinámica en parejas, luego se pide que caminen muy lentamente, una en dirección de la otra; cuando estas dos personas se encuentren, deberán expresar lo que se sienten impedidas a hacer. Al final de la experiencia, se guió el proceso para que el grupo analice cómo se puede aplicar lo aprendido en su vida. Con ésta dinámica se logró establecer una comunicación entre las participantes, para que tomen conciencia de la verdadera reacción de unos en relación con los otros, a través de la expresión de los sentimientos por medio del cuerpo.

#### **4.3.2.3.2 Ejercicio de relajación**

Para iniciar, se utilizó una técnica de relajación, la cual se llevó a cabo con música adecuada para la meditación. En esta se les pide que se recuesten, que busquen poner en blanco su mente, dejando atrás las preocupaciones para que sigan con atención. De esta manera, se va mencionando que una luz azul va relajando cada parte de su cuerpo. Se continúa reforzando con frases positivas. Al final se abren lentamente los ojos. Y se continúa con el proceso.

Se procedió a explicar la necesidad de reconocer los sentimientos, emociones, pensamientos y conductas durante el proceso. Se les explicó además la importancia de hablar en primera persona y del respeto total hacia los sentimientos de las demás participantes, destacando las cualidades positivas, de cada encuentro y el reconocimiento de sus capacidades.

Se explicó que éste es un proceso de sanación y reconocimiento de pensamientos, emociones y sentimientos lo cual, proporcionará bienestar a sus vidas.

Después de la explicación se sintieron más cómodas y expresaron emoción hacia el proceso.

#### **4.3.2.4 Cierre**

Para finalizar se realizó una conclusión sobre el tema y cada mujer habló del cómo se sintió después de este proceso. De esta manera, las mujeres expresaron las emociones y los sentimientos que experimentaron durante la evolución de la sesión. La técnica utilizada evidenció aspectos significativos que beneficiarán al desarrollo psicoterapéutico que se pretende realizar.

En el desarrollo de la sesión se fomentó la unión entre las compañeras, con ello se alcanzó una buena aceptación entre las participantes y se pudo observar resiliencia entre las mismas.

Por otro lado, se consiguió establecer un espacio de armonía y aceptación entre las compañeras y se pudo observar gran participación lo que generó una buena apertura en la terapia.

### **4.3.3 Tercera sesión**

#### **4.3.3.1 Objetivos**

##### **Objetivo general:**

- Psicoeducar a las pacientes en el tema de las enfermedades psicosomáticas, sus causas, síntomas y manifestaciones.

##### **Objetivos específicos:**

- Trabajar en relajación para que poco a poco tomen contacto con su interior.
- Mejorar la comunicación entre las mujeres para que exista una mayor apertura, con lo cual se obtendrá una mayor participación.

#### **4.3.3.2 Actividades**

1. Calentamiento.
2. Explicación sobre los temas.
3. Discusión.
4. Aclaración de dudas.
5. Cierre.

#### **4.3.3.3 Desarrollo de la sesión**

##### **4.3.3.3.1 Calentamiento**

La terapia inicia con la dinámica “cómo mi cuerpo demuestra lo que siento”. Esta dinámica consiste en que las mujeres deben identificar los sentimientos o emociones que sus compañeras expresan a través de gestos o acciones. Esto permitió identificar emociones propias que fueron compartirlas en el grupo.

Esta técnica generó mayor aceptación tanto individual, como grupalmente.

Luego, se les pidió describir en una hoja las dificultades que siente para relacionarse con las demás personas y que no les gustaría exponer oralmente. Se recomendó que todas disfracen la letra para no revelar el autor. Después, estas fueron mezcladas y distribuidas a cada participante.

Cada una a su vez, tuvo que leer en voz alta el problema que había en la hoja, usando la primera persona "Yo" y haciendo las adaptaciones necesarias para proponer una solución.

De esta forma, al explicar el problema a los demás, cada uno debería representarlo. No se permitió debatir ni preguntar sobre el asunto durante la exposición, pero al final, se debatió sobre las reacciones. Finalmente, se realizó el análisis de cada uno de los aportes.

#### **4.3.3.3.2 Técnica: psicoeducación**

Se entregó a cada participante el material de trabajo, el mismo que fue compartido en el grupo. En la explicación todas estuvieron muy atentas, expresando mucho interés. Luego, se formaron dos grupos para realizar un debate, en donde se retomaron los elementos del material entregado para llegar a las respectivas conclusiones, terminando con una retroalimentación.

#### **4.3.3.4 Cierre**

Para realizar el cierre de esta sesión, se les pidió a las compañeras que se pusieran en círculo, luego se les indicó que debían expresar en voz alta y con una sola palabra lo que se consiguió en esta sesión.

De esta manera, se obtuvieron resultados muy favorables, lo que permitió que las compañeras evalúen el trabajo que se había realizado. Con ello, se pudieron alcanzar satisfactoriamente los objetivos planificados.

Finalmente, se explicó la forma de trabajo de las sesiones siguientes, en donde, se mencionó que se trabajaría de manera activa y participativa y se indicó los objetivos que se pretendían alcanzar, lo que generó gran expectativa entre las compañeras y se dio un espacio de preguntas, las cuales fueron explicadas para enfatizar el trabajo próximo a realizarse.

### **4.3.4 Cuarta sesión**

#### **4.3.4.1 Objetivos**

##### **Objetivo general:**

- Plasmar por medio del dibujo situaciones agradables y desagradables detectando emociones.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar situaciones conflictivas, por medio de la relajación con visualización.
- Lograr que las mujeres hagan catarsis por medio del dibujo e identifiquen emociones.
- Reconocimiento de conflictos emocionales, por medio de la expresión del arte.

#### **4.3.4.2 Actividades**

1. Calentamiento.
2. Relajación.
3. Técnica de arteterapia.
4. Exposición de sus representaciones.
5. Cierre.

#### **4.3.4.3 Desarrollo de la sesión**

##### **4.3.4.3.1 Calentamiento**

La sesión empieza con una dinámica que consiste en que las mujeres escriban en pequeños papeles, en dos líneas o renglones, un pensamiento, buen deseo, verso, o una combinación de estos a cada una de las compañeras. Con esto se consiguió un intercambio emocional gratificante, ayudando al fortalecimiento de la autoimagen de los participantes y propicia el manejo creativo de la comunicación verbal escrita.

##### **4.3.4.3.2 Técnica: Arte Terapia**

Se procede a hacer la relajación misma que se empieza con técnicas de respiración y de relajación de músculos, se empieza con la introyección de imágenes de su propia

vida retrocediendo hasta la edad de su niñez, dando instrucciones en la relajación acerca de que debe captar en su mente imágenes que luego puedan ser plasmadas en papeles con la utilización de pinturas, marcadores o crayones.

De esta manera, al concluir esta técnica, las compañeras procedieron a dibujar recuerdos positivos o negativos de su niñez, para lograr que las mujeres puedan mirar conflictos pasados de su vida y lograr identificar cuáles son las emociones que provocan aquellos problemas.

#### **4.3.4.4 Cierre**

Cada mujer debía exponer su creación, se observó que las mujeres lograron identificar conflictos de la niñez y pudieron expresar sentimientos y emociones que se desarrollaron durante la terapia. Se mostró gran apertura de las participantes, quienes expresaron haber alcanzado los objetivos previstos.

Luego de la terapia se pudo apreciar un ambiente armónico, que fue acompañado con aportaciones que realizaban las compañeras, las mismas que señalaron aspectos muy positivos del proceso realizado.

#### **4.3.5 Quinta sesión**

##### **4.3.5.1 Objetivos**

###### **Objetivo general:**

- Lograr que la persona se sienta bien consigo misma, y que descubra los efectos que la aromaterapia brinda en su cuerpo y en el interior de la persona.

###### **Objetivos específicos:**

- Promover la salud y el bienestar de las participantes, aprovechando las propiedades curativas de las plantas, a través de sus aceites esenciales.

- Relajar y descansar cuerpo y mente.
- Permitir liberación de tensiones.

#### **4.3.5.2 Actividades**

1. Calentamiento.
2. Explicación de la Aroma terapia.
3. Técnica de relajación.
4. Desarrollo de la técnica.
5. Cierre.

#### **4.3.5.3 Desarrollo de la sesión**

##### **4.3.5.3.1 Calentamiento**

Se inicia la sesión solicitando a cada participante que piense en cuatro o cinco animales que por alguna de sus características pueden tener similitud con parte de sus características de personalidad. Después de cinco minutos se les solicitará que digan al grupo los animales que se imaginaron, con una descripción, del animal que eligieron y sus respectivas similitudes. La dinámica finaliza, a las respuestas mediante la retroalimentación del grupo. Los resultados de esta dinámica fueron muy buenos, ya que las participantes analizaron y lograron mejorar la percepción de sí mismas.

##### **4.3.5.3.2 Técnica: Aroma Terapia**

Se dio una explicación sobre la aromaterapia, y la forma en cómo se procedería a trabajar. Se empezó con un proceso de relajación para establecer un ambiente propicio para el desarrollo de esta terapia, que consiste en una respiración profunda, inhalando por la nariz y exhalando lentamente por la boca, permitiendo reconocer nuestro propio cuerpo, haciendo consciencia del lugar en el que nos encontramos, expresando que es

un lugar y que el trabajo que se realizará pretende alcanzar el mayor autoconocimiento y bienestar posible.

La terapia se realizó en parejas y se entregó a cada una, diferentes aceites esenciales para el desarrollo de la misma. Se explicó en qué consistían los masajes, demostrando su práctica en una de las mujeres. A continuación, cada pareja procedió a desarrollar los masajes mediante las técnicas aprendidas.

#### **4.3.5.4 Cierre**

Al finalizar esta técnica se dio la oportunidad de expresar cómo se sintieron en el desarrollo de ésta terapia, la mayoría de mujeres expresaron sentimientos de bienestar y mencionaron que la terapia les permitió estados de relajación profunda.

Durante la sesión, se pudo observar la participación activa del grupo, se percibió un espacio de armonía entre las participantes y se alcanzó con gran satisfacción los objetivos planificados, los cuales fueron evidenciados en todas las participantes.

#### **4.3.6 Sexta sesión**

##### **4.3.6.1 Objetivos:**

##### **Objetivo general:**

- Mediante movimientos corporales desarrollar la capacidad creativa, con la finalidad de mejorar la expresión afectiva

##### **Objetivos específicos:**

- Disminuir la vergüenza que se tiene ante la expresión corporal.
- Mejorar la comunicación corporal y expresiva.
- Elabora vivencialmente sentimientos que causen malestar como sufrimiento, culpa o rabia reprimida.

#### **4.3.6.2 Actividades**

1. Calentamiento.
2. Explicación de la danza terapia.
3. Explicación de los pasos para la realización de la danza terapia.
4. Desarrollo de la técnica conjuntamente con cantos.
5. Cierre.

#### **4.3.6.3 Desarrollo de la sesión**

##### **4.3.6.3.1 Calentamiento**

La sesión inicia colocadas todas en un círculo, un participante inicia la rueda diciendo al que tiene a su derecha: "Se murió Chicho", pero llorando y haciendo gestos exagerados, el de la derecha le debe responder lo que se le ocurra, pero siempre llorando y con gestos de dolor. Luego, se deberá continuar pasando la "noticia" de que Chicho se murió, llorando igualmente, y así hasta que termine la rueda. Finalmente, se guía el proceso para que el grupo analice las reacciones. De esta forma, se logró analizar la comunicación verbal y no verbal en las emociones.

##### **4.3.6.3.2 Técnica: Danza Terapia**

Se inicia con una pequeña explicación sobre la danza terapia, y la forma en cómo se procede a trabajar, se les especifica que es necesario realizar el proceso con mucha concentración, para alcanzar los resultados deseados. Así, se vuelve a retomar los pasos a seguir, para conseguir una armonización entre las participantes, y lograr una captación de energía positiva, buscando una conexión entre el cuerpo y el movimiento.

La aplicación de la técnica en sí, implica poner de manifiesto la expresión creativa del cuerpo mediante los movimientos.

Luego de la introducción de la danza terapia, se continuó con un proceso de relajación, se les pidió a las participantes cerrar los ojos y visualizarse a sí mismas en un lugar tranquilo, en un ambiente de paz y tranquilidad donde pudieran estar solas y que debían fijarse en todos los detalles posibles. Ellas en este punto tendrían que encontrar algo valioso y lo tomarían en sus manos (ellas podrían escoger qué era y solamente ellas sabrían qué es). Luego, de apreciar aquello que lograron obtener, se retirarían del lugar y regresarían poco a poco al lugar en donde empezamos este proceso. Lentamente se abrieron los ojos y estuvieron listas para continuar. De esta forma, se proporcionó un espacio de armonización y en compañía de la música se continuaron con los siguientes enunciados los cuales se especificaron al principio de la sesión.

Las participantes empezaron a dejarse llevar por las notas musicales y los movimientos corporales, y en periodos de tiempo, a partir de un aplauso, se debía cambiar de movimiento, dirección, etc.

De esta manera se utilizaron como recursos de reinterpretación la imagen que surge de la palabra y del concepto que inducen a la acción, y la idea que se transforma en movimiento, como por ejemplo, palabras como «raíces, crecer, agua, ola, pájaro etc.». Mediante estas palabras, las participantes exteriorizan esos conceptos, los que a su vez sugieren imágenes y a partir de ellas el proceso mental de internalizar las ideas que se convierten en movimientos.

Para realizar esta técnica, se les explicó a las participantes que no se pretendía enseñar movimientos o y pautas para aprender a bailar, sino la posibilidad de poder expresar a través de los movimientos nuestro mundo interior, percibir mejor los sentimientos corporales, ampliar el repertorio de movimientos y prestarle más atención a la fusión entre un estado de ánimo y el movimiento.

De igual forma, se les induce a la creatividad y espontaneidad para que logren sentirse totalmente libres a la hora de expresarse, se les impulsa a que se dejen llevar por los impulsos, por las emociones que inducen al movimiento. Se incentiva la utilización libre del cuerpo en el espacio, en el tiempo, para que puedan dejarse llevar por la fuerza de la música y el ritmo.

Finalmente, los ritmos musicales poco a poco son más suaves y se les indica que cuando sientan que hayan terminado podrían parar, debiendo tener los ojos cerrados y respetando el espacio de las otras compañeras. Mientras esto sucede, se les explica que se puede lograr desconectarse del intelecto para expresarse a través de las emociones y sentimientos, lo cual se pudo manifestar mediante el trabajo realizado, de esta manera se dio lugar al hecho de “desconectarse de la mente para conectarse con su corazón”. Lentamente abrieron los ojos y se compartió la experiencia.

#### **4.3.6.4 Cierre**

Al finalizar, se dio paso a que las compañeras expresaran cómo se sintieron en la realización de ésta técnica. Las mujeres expresaron una sensación de bienestar y un encuentro consigo mismas, así como emociones de tranquilidad y contento en su mayoría.

Por medio de esta técnica se pudo apreciar en las mujeres, gran compromiso con la terapia pues fue notoria una gran expresión de emociones mediante movimientos creativos y el desarrollo de un ambiente armónico entre las participantes, lo cual fue puesto de manifiesto en el compartir de la experiencia.

### **4.3.7 Séptima sesión**

#### **4.3.7.1 Objetivos**

##### **Objetivo general:**

- Lograr un aumento de la comunicación y expresión, para favorecer el desarrollo emocional.

##### **Objetivos específicos:**

- Expresar y desarrollar emociones sensoriales a partir de la música.
- Lograr la descarga de emociones fuertes plasmadas en el collage.
- Favorecer la expresión de problemas, inquietudes, miedos y bloqueos que causen malestar en las pacientes.

#### **4.3.7.2 Actividades**

1. Calentamiento.
2. Explicación del trabajo que se va a realizar.
3. Mientras se escuchan diferentes ritmos de música, se realiza un collage.
4. Identificación de emociones mediante el collage
5. Cierre.

#### **4.3.7.3 Desarrollo de la sesión**

##### **4.3.7.3.1 Calentamiento**

La sesión inició con una dinámica que consiste en que una voluntaria pasa al frente y realiza su propia autocrítica. Luego, las demás participantes realizan una crítica a la voluntaria, con un lenguaje concreto, con una opinión personal y sin rasgos ofensivos, y así hasta que participen todas las mujeres. El objetivo de esta técnica consistió en dar y recibir retroalimentación sobre diferentes comportamientos a lo largo del

proceso grupal, evaluando los aspectos más constructivos y destructivos del grupo y las personas, para propiciar un clima de amistad más profunda.

#### **4.3.7.3.2 Musicoterapia**

Esta técnica empieza con un pequeño calentamiento, que se realiza mediante una respiración profunda, inhalando por la nariz y exhalando lentamente por la boca, poco a poco; y, se van expresando palabras positivas, con el fin de motivar el reconocimiento de las sensaciones de nuestro cuerpo.

Después de haber realizado el proceso de relajación, se logró un ambiente propicio para el desarrollo de la técnica de musicoterapia, la misma que se realizó a partir de tres ritmos diferentes. Mediante estos, se les pidió a las participantes que por medio de un collage, plasmen sus distintos sentimientos, emociones, etc. provocados por cada ritmo.

Finalmente, los resultados fueron expuestos individualmente siendo compartidos en el grupo. De esta manera, las mujeres lograron una sensibilización afectiva y emocional.

#### **4.3.7.4 Cierre**

Para finalizar la terapia se compartieron las emociones que surgieron durante el proceso, con el fin de incorporar lo aprendido en su vida, mediante pautas de conducta correctas, establecidas en el grupo.

Al final se realizaron algunas preguntas sobre el proceso, expresaron que les pareció muy interesante y sugirieron una segunda aplicación de la técnica, ya que les permitió reconocer muchos aspectos de los cuales no eran conscientes.

### **4.3.8 Octava sesión**

#### **4.3.8.1 Objetivos**

##### **Objetivo general:**

- Lograr un relajamiento profundo, para alcanzar una sensación de bienestar y re-establecimiento del equilibrio.

##### **Objetivos específicos:**

- Equilibrar el funcionamiento de cada órgano interno del cuerpo, a través de puntos reflejos ubicados en las plantas de los pies.
- Mejorar la concentración, la atención y la calidad del sueño y el descanso gracias a la profunda relajación que se consigue.
- Aumentar la vitalidad de las mujeres
- Estimular la creatividad y productividad.

#### **4.3.8.2 Actividades**

1. Explicación de la Reflexología.
2. Entrega de las láminas de intervención. (Anexo2).
3. Técnica de relajación.
4. Desarrollo de la técnica.
5. Cierre.

#### **4.3.8.3 Desarrollo de la sesión**

##### **4.3.8.3.1 Calentamiento**

La terapia inicia compartiendo sentimientos y emociones que se han desarrollado a largo del proceso, luego se analizan los aportes y beneficios de las técnicas utilizadas en las diferentes sesiones.

Se dio una explicación general sobre la Reflexología, y la forma en cómo se procedería a trabajar. Luego, se generó un proceso de relajación progresiva para establecer un ambiente propicio, para el desarrollo de esta terapia.

#### **4.3.8.3.2 Técnica de Reflexología**

La terapia se realizó en parejas. Se entregó a cada participante el material para la terapia y una lámina de intervención. Esta lámina, señala los puntos específicos de los pies con los que se trabajan.

A continuación, se procede al inicio de los masajes, los cuales, fueron explicados y demostrados en una de las mujeres. Después, cada pareja se dedicó a la práctica de los masajes mediante las técnicas aprendidas, teniendo como guía la “lámina de intervención”. Durante la realización de esta técnica, se pudo observar la participación activa del grupo y se percibió un espacio de armonía entre las participantes.

#### **4.3.8.4 Cierre**

Al finalizar esta técnica se dio la oportunidad de expresar cómo se sintieron a lo largo de ésta sesión. De esta manera, las mujeres expresaron una sensación de bienestar y un encuentro consigo mismas, así también expresaron estados de relajación y tranquilidad.

Por ello, resultó muy interesante la realización de esta técnica, pues la mayoría de las mujeres expresaron sentimientos de tranquilidad que fueron resultado de la relajación profunda a la que pudieron llegar, sin embargo, algunas mujeres mencionaron preocupación por el dolor de ciertas zonas y pusieron mayor interés en las láminas entregadas. Se realizaron algunas preguntas y manifestaron gran apertura en el desarrollo del proceso.

### **4.3.9 Novena sesión**

#### **4.3.9.1 Objetivos**

##### **Objetivo general:**

- Evaluación del proceso terapéutico realizado.

##### **Objetivos específicos:**

- A través de la creación de esculturas hacer una diferenciación de cómo se sentían en el pasado, cómo se sienten actualmente y cómo ven al futuro.

#### **4.3.9.2 Actividades**

1. Calentamiento.
2. Análisis de la lectura: “Cerrando Círculos”. (Anexo 3).
3. Realización de esculturas con arcilla.
4. Cierre.

#### **4.3.9.3 Desarrollo de la Sesión**

##### **4.3.9.3.1 Calentamiento**

Al inicio de la sesión, se conforma un círculo con todas las participantes. Se solicita una voluntaria para que haga de “gato” y se le explica que deberá caminar en cuatro patas y moverse de un lado a otro hasta detenerse frente a cualquiera de los participantes y hacer muecas y maullar tres veces. Después, cuando el gato se pare frente a alguna compañera y maúlle tres veces, la persona deberá acariciarle la cabeza y decirle "pobrecito gatito", sin reírse. Al que se ría, le tocará el turno de actuar como "gato". Esta técnica favoreció para una mejor cohesión grupal, las participantes se sintieron muy a gusto, lo que otorgó mayor empatía en el grupo.

#### **4.3.9.3.2 Análisis de la lectura: “Cerrando Círculos”.**

Habiéndose entregado a cada una de las mujeres participantes, la lectura “Cerrando Círculos” con la cual se trabajaría, todas las participantes colaboraron en la lectura y luego compartieron una opinión personal. A partir de esta actividad, las pacientes plasmaron las emociones que pudieron percibir en la lectura mediante la creación creativa de esculturas de arcilla.

Finalmente, todas compartieron muy positivamente sus creaciones. Cada una dio su opinión y los mensajes fueron muy buenos. Se realizó un último análisis de asertividad, empatía y resiliencia, y se concluyó que en estas áreas habían evolucionado significativamente. Todas las participantes intervinieron activamente con sus comentarios.

#### **4.3.9.4 Cierre**

Cada paciente hizo una evaluación de la terapia y de sus expectativas y logros alcanzados.

De esta forma, fue muy satisfactorio escuchar los aportes de las participantes, pues todas mencionaron aspectos muy positivos en la terapia, lo cual reforzó la empatía que se ha propiciado durante este proceso, además expresaron que la relación entre ellas había mejorado notablemente, ya que por medio de este proceso, lograron conocerse mucho más.

#### **4.3.10 Decima sesión**

##### **4.3.10.1 Objetivos**

###### **Objetivo general:**

- Identificar sensaciones vividas durante el proceso.

### **Objetivos específicos:**

- Analizar los cambios obtenidos en el proceso, a través de la re-aplicación del test de “Othmer y De Souza para la Detección del Trastorno de Somatización”.
- Expresión de emociones y sentires de las participantes al finalizar el proceso de psicoterapia.
- Realizar una actividad recreativa con las compañeras al cierre de la terapia.

### **4.3.10.2 Actividades**

1. Calentamiento.
2. Re-aplicación del test de “Othmer y De Souza para la Detección del Trastorno de Somatización”.
3. Evaluación del proceso de terapia grupal.
4. Cierre.

### **4.3.10.3 Desarrollo de la sesión**

#### **4.3.10.3.1 Calentamiento**

La sesión inicia con una dinámica en parejas, se solicita a las participantes que seleccionen a la persona que mayor confianza les inspire. Luego, se les indica que se sienten frente a frente y piensen en una situación problemática, dolorosa o desagradable, la cual una de ellas debe relatar a su compañera, mientras la otra le escucha atentamente, sin comentarios ni críticas, sólo expresando su comprensión. Una vez que ha terminado, la persona que escucha deberá preguntarle qué piensa acerca de lo que le pudo haber enseñado esta circunstancia. Al terminar esta actividad, se cambian los papeles y se realiza el mismo procedimiento. Luego se comenta en

grupo el ejercicio. Por medio de esta dinámica se logró reflexionar, aceptar y aprender de las vivencias problemáticas, dolorosas o conflictivas.

#### **4.3.10.3.2 Aplicación del re-test**

Después de la técnica realizada, se dio paso a la aplicación grupal del re-test del Test de Othmer y De Souza para la Detección del Trastorno de Somatización, con el objetivo de comparar resultados entre los obtenidos antes del taller y los obtenidos después del mismo.

#### **4.3.10.3.3 Evaluación del proceso**

Para finalizar este trabajo, se les dio, a cada mujer, una hoja que contenía un cuestionario a manera de evaluación del proceso de psicoterapia. De esta manera, se les pidió a las participantes que deben contestar con absoluta sinceridad.

Por último, el grupo demostró gran aceptación se hizo una actividad tipo plenaria, compartiendo experiencias sobre el proceso, mientras se compartía algunos alimentos con las participantes.

#### **4.3.10.4 Cierre**

Las compañeras expresaron agradecimientos, al mismo tiempo que manifestaban que deseaban seguir con este tipo de procesos. Además, se les incentivó a recordar lo tratado en las sesiones, con la finalidad de que las participantes sean capaces de poner en práctica lo aprendido.

De esta manera, las compañeras señalaron su complacencia al haber posibilitado el cumplimiento exitoso de los objetivos planificados y mencionaron que el programa no solo contribuyó para mejorar la convivencia entre ellas, sino también que fue una oportunidad de crecimiento personal que les permitió mejorar significativamente en

los aspectos que generaban conflicto en sus vidas. También, señalaron que el reconocer y dar importancia a sus sentimientos y emociones, les dio la apertura para ser mejor con ellas mismas, pues entendieron y atendieron sus propias necesidades, lo cual les otorgó la oportunidad de ser mejores personas, madres y amigas.

Al compartir cada experiencia, las mujeres aportaban de manera positiva frases alentadoras y mencionaban distintas vivencias del proceso terapéutico, con ello, las participantes expresaban distintos sentimientos de bienestar. El proceso terminó con gran empatía y calidez afectiva.

#### **4.5 Análisis cuantitativo de la investigación**

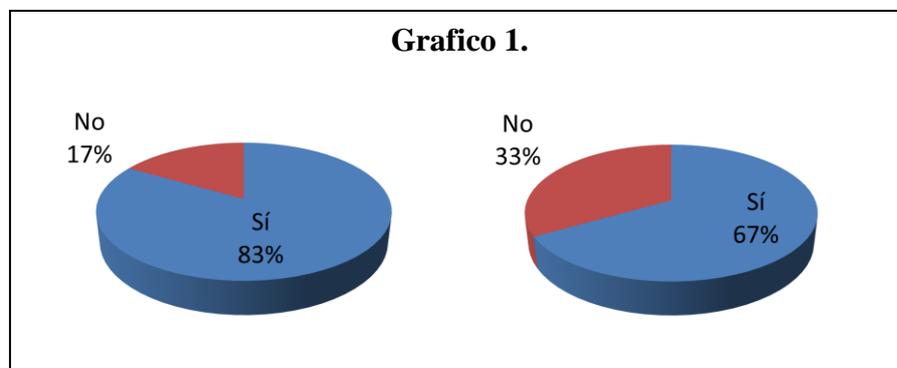
A continuación, presentamos el análisis estadístico de los resultados obtenidos, las tablas corresponden a los datos brutos y los gráficos con los porcentajes correspondientes al test de “Othmer y De Souza para la Detección del Trastorno de Somatización”.

##### **4.5.1 Informe cuantitativo final**

La siguiente información incluye, tablas y gráficos comparativos, de los resultados obtenidos de la evaluación inicial y final del test de “Othmer y De Souza para la Detección del Trastorno de Somatización”. y finalmente, se mostrará un análisis global de los resultados.

**Pregunta 1: ¿Ha tenido alguna vez dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?**

<b>Tabla 1.</b>			
<b>1era Aplicación</b>		<b>2da Aplicación</b>	
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
5	1	4	2

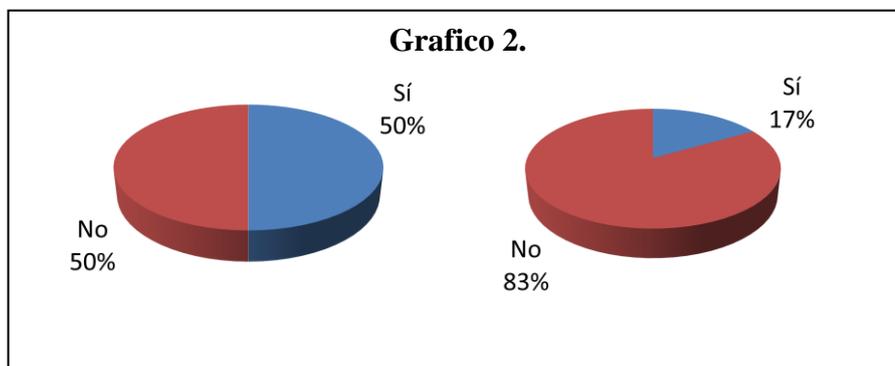


**Investigadora:** Merchán, Pamela.

Como se aprecia en el primer gráfico, que corresponde a la primera aplicación del test podemos observar que el 83% representa respuestas afirmativas y el 17% corresponde a respuestas negativas. Por otro lado, el segundo grafico, corresponde a la re-aplicación del test que demuestra un 67% de respuestas afirmativas y un 33% de respuestas negativas. Esto manifiesta que se alcanzó una disminución del 16% de los síntomas somáticos del grupo estudiado.

**Pregunta 2: ¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto?**

<b>Tabla 2.</b>			
<b>1era Aplicación</b>		<b>2da Aplicación</b>	
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
3	3	1	5

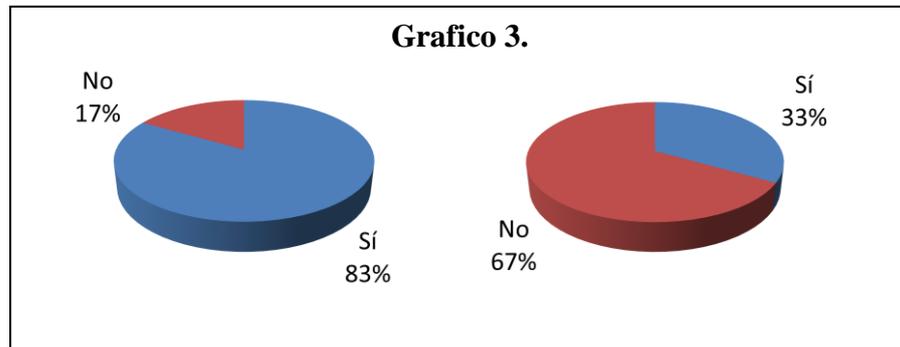


**Investigadora: M, P.**

El primer gráfico, que indica los resultados de la primera aplicación, nos revela porcentajes similares de respuestas afirmativas y negativas, equivalentes a un 50%. La segunda figura corresponde, a la re-aplicación del test, demuestra que el 83% manifiesta respuestas negativas y el 17% señala respuestas positivas. Por ende, tenemos una significativa disminución del 33% de los signos somáticos.

**Pregunta 3: ¿Ha tenido alguna vez dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período)**

<b>Tabla 3.</b>			
<b>1era Aplicación</b>		<b>2da Aplicación</b>	
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
5	1	2	4

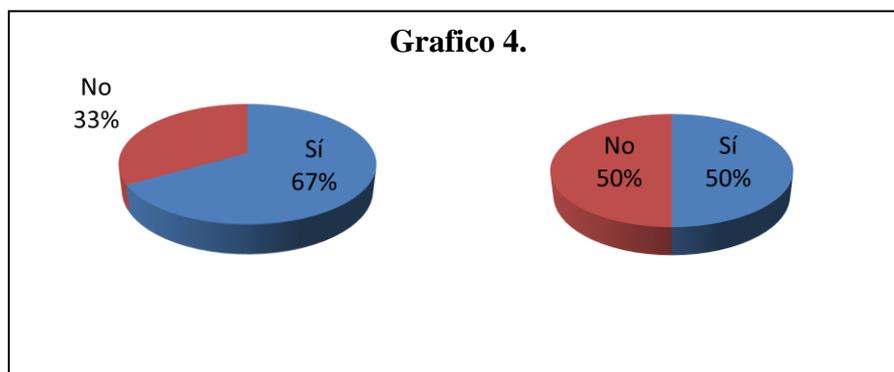


**Investigadora: M, P.**

El primer gráfico, representa los resultados de la primera aplicación, el cual nos indica que existen un 83% de respuestas afirmativas y un 17% de respuestas negativas. El segundo gráfico corresponde a los resultados de la re-aplicación del test lo que demuestra un 67% de respuestas son negativas y un 33% son respuesta afirmativas. De este modo, podemos apreciar que existe una mejora demostrando una positiva disminución del 16% de los signos somáticos

**Pregunta 4: ¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar?**

<b>Tabla 4.</b>			
<b>1era Aplicación</b>		<b>2da Aplicación</b>	
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
4	2	3	3

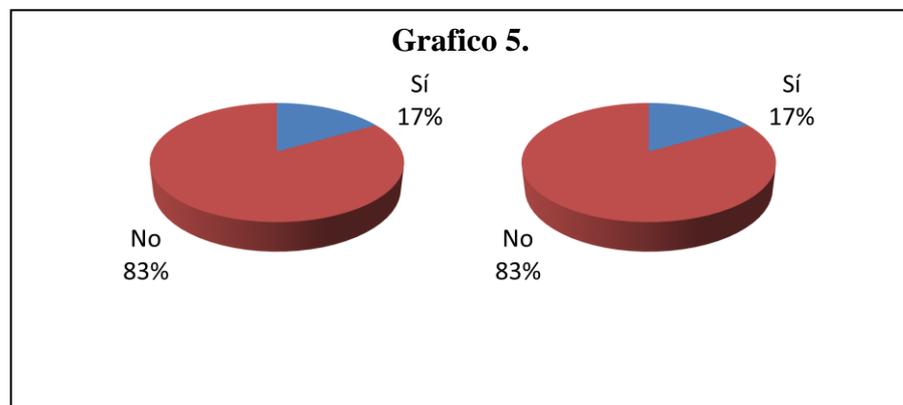


**Investigadora: M, P.**

Podemos apreciar en el primer gráfico los resultados de la primera aplicación, que indica un 67% de respuestas afirmativas y un 33% de respuestas negativas. En el segundo gráfico alcanzamos observar una igualdad de resultados 50% en los 2 casos. Por lo tanto, vemos que se pudo alcanzar una disminución del 13%.

**Pregunta 5: ¿Ha tenido alguna vez vómitos frecuentes?**

<b>Tabla 5.</b>			
<b>1era Aplicación</b>		<b>2da Aplicación</b>	
Sí	No	Sí	No
1	5	1	5

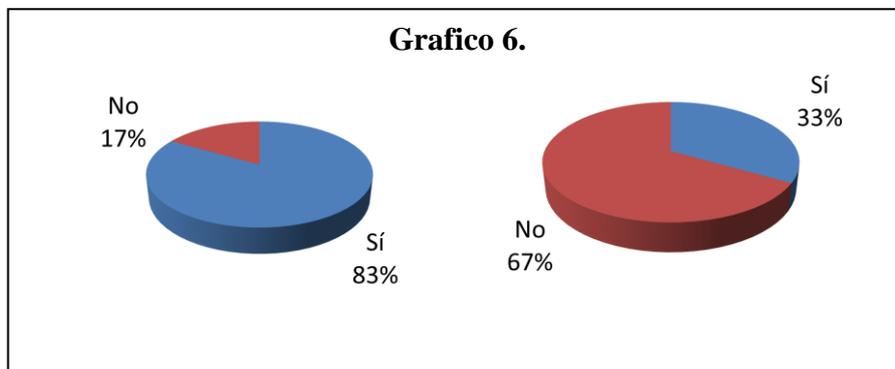


**Investigadora: M, P.**

Podemos observar que los datos no varían entre la primera y la segunda aplicación. Esto demuestra que no se produjeron cambios. Sin embargo, es importante señalar que el 83% no padece este signo o síntoma.

**Pregunta 6: ¿Ha sufrido de forma repetida dolores menstruales intensos?**

<b>Tabla 6.</b>			
<b>1era Aplicación</b>		<b>2da Aplicación</b>	
Sí	No	Sí	No
5	1	2	4

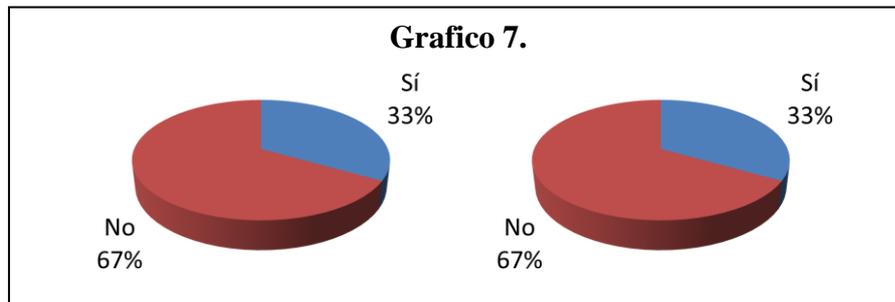


**Investigadora: M, P.**

La primera figura corresponde a la primera aplicación del test, el mismo que demuestra que el 83% refiere a respuestas afirmativas y el 17% a respuestas negativas. La segunda figura hace referencia a la re-aplicación de test, en donde, el 67% corresponde a respuestas negativas y el 33% a respuestas positivas. Por lo tanto, podemos apreciar un progreso significativo, disminuyendo la sintomatología en un 16%.

**Pregunta 7: ¿Ha padecido alguna vez dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?**

<b>Tabla 7.</b>			
<b>1era Aplicación</b>		<b>2da Aplicación</b>	
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
2	4	2	4

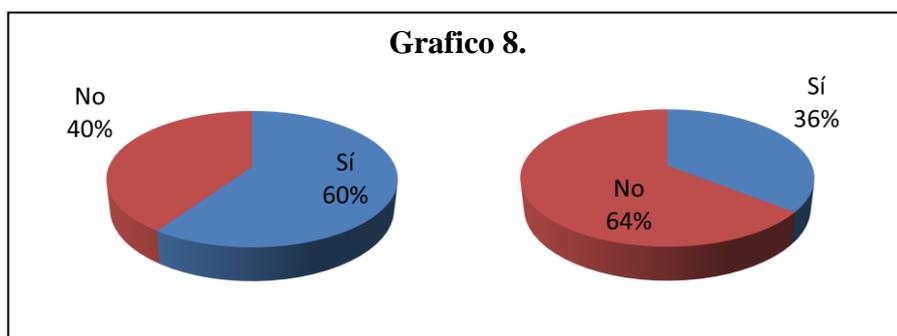


**Investigadora: M, P.**

Podemos observar que los datos no varían entre la primera y la segunda aplicación. Esto demuestra que no se produjeron cambios señalando una prevalencia del 67% de respuestas negativas y el 33% de respuestas positivas.

**b) Análisis global de los resultados:**

<b>Tabla 8.</b>			
<b>1era Aplicación</b>		<b>2da Aplicación</b>	
Sí	No	Sí	No
25	17	15	27



**Investigadora: M, P.**

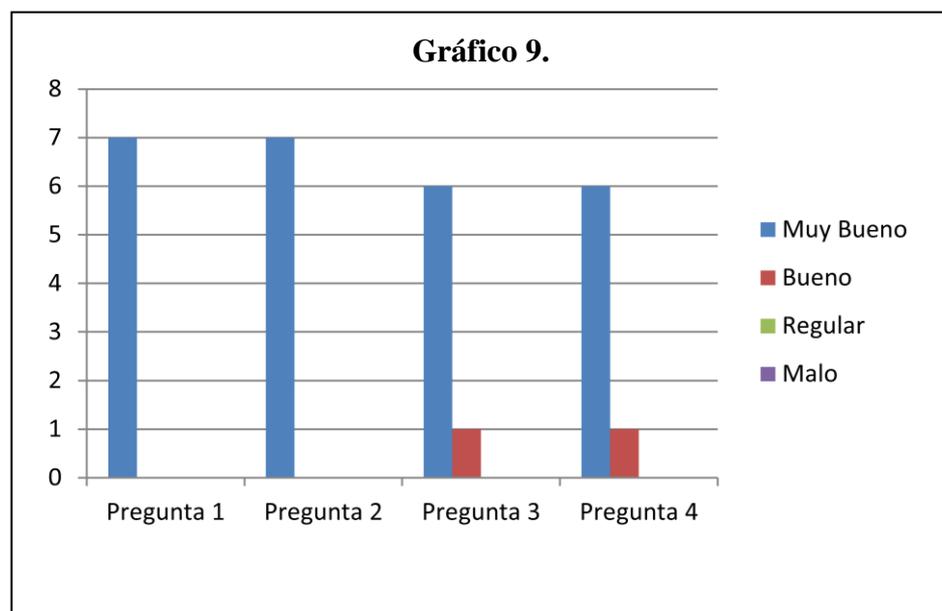
Es importante señalar que sólo se han recogido los datos como referencia epidemiológica, los mismos que llevaron a la siguiente conclusión:

En las siete preguntas formuladas para la detección del trastorno de somatización se han encontrado resultados significativos: en la número 1 (dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta) en la 3 (dificultades para recordar) y la 6 (dolores menstruales intensos). En el análisis estadístico de los resultados permite observar que existen diferencias significativas entre la primera y segunda aplicación, con una menor frecuencia de síntomas en la segunda aplicación al final del proceso, lo que demuestra una disminución del 24% de la sintomatología existente. No obstante, considero que sería recomendable seguir trabajando en esta línea, con series más largas de casos y controles.

#### 4.6 Evaluación de las participantes sobre el proceso realizado

La evaluación de las participantes se realizó a partir de una encuesta que fue elaborada con la colaboración del equipo de psicología de la “Casa de Acogida María Amor” (Ver anexo 4). De esta manera, se presentaron los siguientes resultados:

<b>Tabla 9.</b>				
	<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	<b>Muy bueno</b>
<b>Pregunta 1</b>				7
<b>Pregunta 2</b>				7
<b>Pregunta 3</b>			1	6
<b>Pregunta 4</b>			1	6



Investigadora: M, P.

La primera pregunta que hace referencia a la evaluación general del proceso, todas las participantes la calificaron como muy bueno, en la segunda pregunta que hace referencia a los temas tratados y las técnicas utilizadas, de igual manera todas lo consideraron muy buenos.

Con relación a los objetivos alcanzados una mujer lo calificó como bueno, mientras que las seis restantes lo consideraron como muy bueno. Finalmente los resultados con relación a la experiencia del proceso, una mujer lo apreció como bueno mientras que las seis participantes lo estimaron como muy bueno.

Por lo tanto, como podemos apreciar en el gráfico, se obtuvieron resultados muy favorables, lo que demuestra que existe congruencia con los resultados tanto cuantitativos como cualitativos de la investigación.

#### **4.7 Informe cualitativo final**

La propuesta del programa para la “prevención de trastornos psicosomáticos en mujeres víctimas de violencia” brindó efectos muy favorables, tanto para las participantes como para la metodología de trabajo de la institución.

Como efecto de la gran empatía que se generó, el trabajo grupal resultó ser muy grato y cooperativo en el desarrollo del proyecto, lo cual permitió una mayor cohesión general, acompañada de resultados positivos con relación a sus percepciones y sus relaciones interpersonales, de esta manera, se pudo alcanzar los objetivos planificados de una manera muy satisfactoria.

Durante el proceso se pudo apreciar la evolución de cada participante, mediante la motivación, interés y compromiso que tenían con la terapia, por ello, los resultados y el desarrollo de este proyecto fue muy motivador.

Como pudimos apreciar en el desarrollo de las sesiones se consiguió cumplir con satisfacción los objetivos propuestos, lo que permitió que las participantes sientan cambios paulatinos durante el desarrollo del programa. En este aspecto, cabe mencionar los favorables resultados obtenidos, pues en un inicio el índice de síntomas psicosomáticos fue equivalente de un 60% de sintomatología existente, lo que demuestra una alta prevalencia de los mismos. De esta manera, los resultados finales de la intervención demostraron gran eficacia al disminuir la sintomatología en un 24%.

Por otro lado, esta propuesta generó gran interés en las participantes y en el equipo de trabajo, pues prestaron mucha atención en el proceso, la evolución y análisis del mismo, ya que, por medio de esta propuesta se estudio una situación de gran importancia, por el hecho de que muchas mujeres demandaban la necesidad del abordaje de estos trastornos, pues existía una notable incidencia de los mismos en su vida. Po ello, este trabajo no solo fue considerado como un compromiso con las mujeres que participaron en el proyecto, sino con la institución misma, ya que, mediante este estudio se dio un aporte para la metodología de trabajo de la institución.

## **CONCLUSIONES**

En este capítulo se ha expuesto la planificación y el desarrollo del proceso. De esta manera, podemos observar una amplia gama de técnicas y conocimientos de varias orientaciones psicológicas, las cuales fueron aplicadas con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Además, se han elegido varias técnicas que se pueden aplicar dentro del contexto de la terapia grupal, considerando que la planificación servirá como un aporte para la metodología de trabajo de la “Casa de Acogida María Amor”.

La propuesta permitió cumplir con satisfacción los objetivos propuestos, logrando que las participantes descubran cambios paulatinos durante el desarrollo del programa. Cabe mencionar los favorables resultados obtenidos, pues en un inicio el índice de síntomas psicosomáticos fue equivalente de un 60% de sintomatología existente, lo que demuestra una alta prevalencia de los mismos. De esta manera, los resultados finales de la intervención demostraron gran eficacia al disminuir la sintomatología en un 24%.

Finalmente, a lo largo de este proyecto, se alcanzó un aprendizaje no solamente intelectual sino permitió un contacto con el interior de cada participante. Por ello, quisiera agradecer la colaboración de quienes hicieron posible el desarrollo de esta investigación, pues por medio de la misma, se generó una experiencia que permitió mi desarrollo profesional y crecimiento personal.

## **CONCLUSIONES GENERALES**

Al iniciar esta investigación, existía una alta preocupación por la presencia de síntomas psicosomáticos en la mayoría de las mujeres acogidas en la fundación, por ello, mediante este trabajo se pretendió el abordaje de este tema con el propósito de concientizar y disminuir la incidencia de esta problemática. Es satisfactorio por tanto, saber que por medio de este proyecto se alcanzó los objetivos planificados.

Se logró involucrar de manera significativa a las participantes, permitiendo la expresión libre de sus sentimientos y vivencias, lo cual incentivó un desarrollo eficaz de la resiliencia y de la empatía que favoreció la cohesión grupal y no solamente en el proceso terapéutico, sino en las actividades cotidianas que se realizan dentro de la fundación,.

Por otro lado, si bien el abordaje de esta enfermedad es un tema de amplia magnitud, se ha podido demostrar mediante este proyecto que las terapias alternativas brindaron un medio para el desarrollo de una terapia efectiva y motivadora para trabajar conflictos desde una diferente perspectiva, lo cual fue demostrado por la congruencia de los resultados tanto cuantitativos como cualitativos, los cuales manifestaron la evolución y validez del proceso mediante la disminución del 24% de los síntomas que padecían las participantes.

Por lo tanto, esta investigación ha demostrado que trabajar con terapias alternativas es muy efectivo para abordar la prevención de trastornos psicosomáticos en mujeres víctimas de violencia, ya que mediante esta intervención se pudo concientizar a las participantes, de una forma diferente a la manera convencional, lo cual otorgó una educación en emociones estableciendo un equilibrio entre cuerpo y mente de una manera holística.

La terapia sirvió además, para comprender y potencializar las motivaciones frente a las situaciones que se presentan día a día, logrando disminuir la sintomatología que se deriva de las situaciones estresantes que generalmente están presentes.

Finalmente, es importante mencionar que, a pesar de haber obtenido resultados positivos, el programa es de corta duración y el estudio de este tema es de gran índole lo que demanda un mayor abordaje terapéutico, pues si bien sus síntomas disminuyen se necesita un seguimiento para verificar la evolución del proceso en cada paciente.

## RECOMENDACIONES

- Es necesario, concienciar sobre la importancia de un profesional clínico en la salud psicológica, para trabajar terapéuticamente trastornos psicosomáticos con las personas que lo requieran. Ya que, en la actualidad representa una alta demanda por su incidencia.
- Es conveniente abordar el estudio de los trastornos psicosomáticos, debido a que la situación de riesgo a la que se exponen los afectados, podría generar riesgos significativos, no solamente a nivel personal, sino familiares y sociales.
- Se ve la necesidad de implementar talleres de prevención de trastornos psicosomáticos, a través de la identificación de la sintomatología, del reconocimiento y aceptación de emociones y sentimientos, etc., con el propósito de disminuir la incidencia de esta enfermedad mediante la psicoeducación.
- Finalmente, sería recomendable que se imparta conocimientos basados en estudios de mayor profundidad, acerca de las terapias alternativas dentro del campo de la salud mental, ya que, estas formas psicoterapéuticas ofrecen alternativas de tratamiento que generan resultados positivos y muy diferentes a los que ofrece la medicina convencional.

## BIBLIOGRAFÍA

### Textos:

- AICARAZ Víctor, GUMÁ Emilio. (2001). *Neurociencias cognitivas*. México: Editorial Manual Moder.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2003) *DSM-IV*. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson,
- ARIAS Diana, VARGAS Claudia. (2003). *La creación artística como terapia*. Barcelona España: Editorial Pirámide.
- BÉKEI, Marta. (1984). *Trastornos Psicossomáticos En La Niñez Y Adolescencia. Colección Psicológica Contemporánea*. Cuarte Edición, Buenos Aires Nueva Visión.
- BENENZON Rolando. (2001), *Aplicaciones Clínicas De La Musicoterapia*. España: Editorial Lumen.
- BUSTOS Sánchez I. (2003). *La Voz La Técnica Y La Expresión, (Primera Edición)*. Editorial Paidotribo, Barcelona España.
- CARDENAL, Violeta. SÁNCHEZ, Pilar. (2006). *Mujeres Trabajo Y Salud*. Madrid. Editorial Complutense.
- CORSI Jorge, (1994). *Violencia Familiar, Una Mirada Interdisciplinaria Sobre Un Grave Problema Social*, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- DAMIAN, Kate. DAMIAN Peter, (2007). *El Olor Y La Psique*. México: Ediciones Éloite.
- DYER, Wayne y VRIEND, John (1980). *Técnicas Efectivas de Asesoramiento Psicológico*. (5ta. ed.). España: Grijalbo.

- FRANCE Marie. (2006). *Mujeres Maltratadas: Los Mecanismos de la Violencia en la Pareja* (Primera Edición). Buenos Aires: Paidós.
- GINLLANDERS Ann. (2008), *Manual Completo De Reflexología*. Chile: Editorial Edaf
- GÓMEZ Restrepo, HERNÁNDEZ Bayona, ROJAS Urrego, SANTACRUZ Oleas, URIBE Restrepo. (2008). *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico Y Tratamiento En Niños, Adolescentes Y Adultos* (tercera Edición). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- HAY Louise. (2002). *Sana tu Cuerpo*. Barcelona, España. Ediciones Urano, S.A.
- KAPLAN Harold. SADOCK Benjamín. (1996) *Terapia de Grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- LABRADOR F. RINCÓN P. DE LUIS P. VELASCO ROCÍO. (2008). *Mujeres Víctimas De La Violencia Doméstica, Programa De Actuación*. Madrid Ediciones Pirámide.
- LÓPEZ Alicia, (2004), *Reflexología Holística*, Argentina: Editorial Albatros.
- MACHLEIDT Wielant. (2004). *Psiquiatría, Trastornos Psicossomáticos Y Psicoterapia*. Barcelona. Editorial Masson.
- MARCHELLI Beatriz, (2006), *Reflexología Aplicada*. Buenos Aires Argentina: Publicaciones Agama.
- MONTAÑÉS Juan, (2003). *Aprender Y Jugar: Actividades Educativas Mediante El Material Lúdico- Didáctico*. España: Ediciones De La Universidad De Castilla – La Mancha.

- ONNIS, Luigi. (1990). *Terapia Familiar De Los Trastornos Psicossomáticos*. Barcelona Editorial Paidós.
- ONNIS, Luigi. (1990). *Terapia Familiar De Los Trastornos Psicossomáticos*. Barcelona Editorial Paidós.
- SARNO, John. (1998). *Curara El Cuerpo Eliminar El Dolor Un Tratamiento Definitivo Para Las Dolencias Psicossomáticas*. España. Editorial Sirio.
- TEUBAL, Ruth. (2006). *Violencia Familiar, Trabajo Social E Institucional*. Buenos Aires: Paidós
- TORO Ricardo, YEPES Luis. (2004). *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría. (Cuarta Edición)*. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológica
- TORO Rolando (2007). *Biodanza*. Chile: Editorial Cuarto Propio.
- WHICHELLO, Denise. (2005). *Aroma Terapia Remedios A Través Del Aroma*. Barcelona: Editorial Amat.

#### **Folletos:**

- AMNISTÍA INTERNACIONAL (2004), *Está en nuestras manos. No más violencia*, Madrid España.
- FUENTES, Patricio y otros. (1998). *Técnicas De Trabajo Individual Y De Grupo En El Aula*, (Segunda Edición). Madrid.
- GUERRERO, Elizabeth, (2002, abril), *Violencia Contra Las Mujeres En America Latina Y El Caribe 1990-2000: Balance De Una Década*. Santiago De Chile.

- MUÑOZ, Xavier. (2010). *Psicología Neohumanista*. Cuenca, Ecuador.
- NARANJO A. GARCIA M. (2003). *Violencia Intrafamiliar Y Educación. Proyecto De Lo Local A Lo Nacional: Institucionalización Del Modelo De Atención A La Violencia Intrafamiliar En El Ecuador*. Cuenca, Ecuador: Fondo De Cultura Ecuatoriana.
- PAYNE Rosemary (2005), *Técnicas De Relajación Guía Práctica. (Cuarta Edición)*, Editorial Paidotribo, Barcelona.
- RODRÍGUEZ, Lilia y el Municipio Del Distrito Metropolitano De Quito. (1998). *Genero Violencia Y Salud, Poyecto Mujer, Salud Integral Y Educación*. Publicación N. 3 Quito, Ecuador: Artes Graficas Señal Impreseñal Cía. Ltda.
- S/A (2008). *Un camino para celebrar la vida, Metodología de la Casa de Acogida María Amor*, Cuenca Ecuador.
- VARAS Santander P. (2000). *Taller De Desarrollo Interpersonal*. Editorial Digeder.

**Tesis:**

- MEJÍA Pacheco, M. (2008). *Diseño y aplicación de un programa de terapia grupal desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad para mujeres que viven violencia intrafamiliar acogidas en la casa "Maria Amor"*. Tesis de maestría no publicada, Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- OCHOA Pineda C. (2009) *Aplicación De La Terapia Grupal Desde El Modelo Integrativo, En Adolescentes Con Depresión Grave De La Unidad Educativa "Luisa De Jesús Cordero" De La Ciudad De Cuenca"* Trabajo de

graduación previo al título de psicología en proceso de publicación,  
Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.

### Referencias electrónicas:

- CABALLERO, Luis. CABALLERO, Fernando (2008). *Trastornos Somatomorfos Y Síndromes Somáticos Funcionales En Atención Primaria*

[http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/15/00150029\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/15/00150029_LR.pdf)

- DE LA FUENTE, Alicia. *Terapias de Grupo*.

[http://www.aliciadelafuente.com.ar/at\\_terapias\\_de\\_grupo.php](http://www.aliciadelafuente.com.ar/at_terapias_de_grupo.php)Argentina

- BEKEI. M. “*Trastornos psicossomáticos en la niñez y adolescencia*”. 4 Edición.

<http://www.edipica.com.ar/archivos/leandro/psicoanalisis/psiconinios/bekei7.pdf>

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002), *Informe Mundial Sobre La Violencia Y La Salud*, Ginebra, Suiza.

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/abstract\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf)

- RUIZ, Juan. CANO, Justo. (2000). *Manual De Psicoterapia Cognitiva*. IV. Aplicación Cognitiva: Elementos Básicos.

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual15.htm>

## ANEXOS

- **Anexo 1:** Test de Othmer y DeSouza para la Detección del Trastorno de Somatización.
- **Anexo 2:** Láminas de reflexología podal.
- **Anexo 3:** Lectura cerrando círculos Paulo Coelho.
- **Anexo 4:** Cuestionario para la evaluación del proceso.
- **Anexo 5:** Diseño de Tesis.

**Anexo 1:** Test de Othmer y Desouza para la detección del Trastorno de Somatización.

**Sí**    **No**

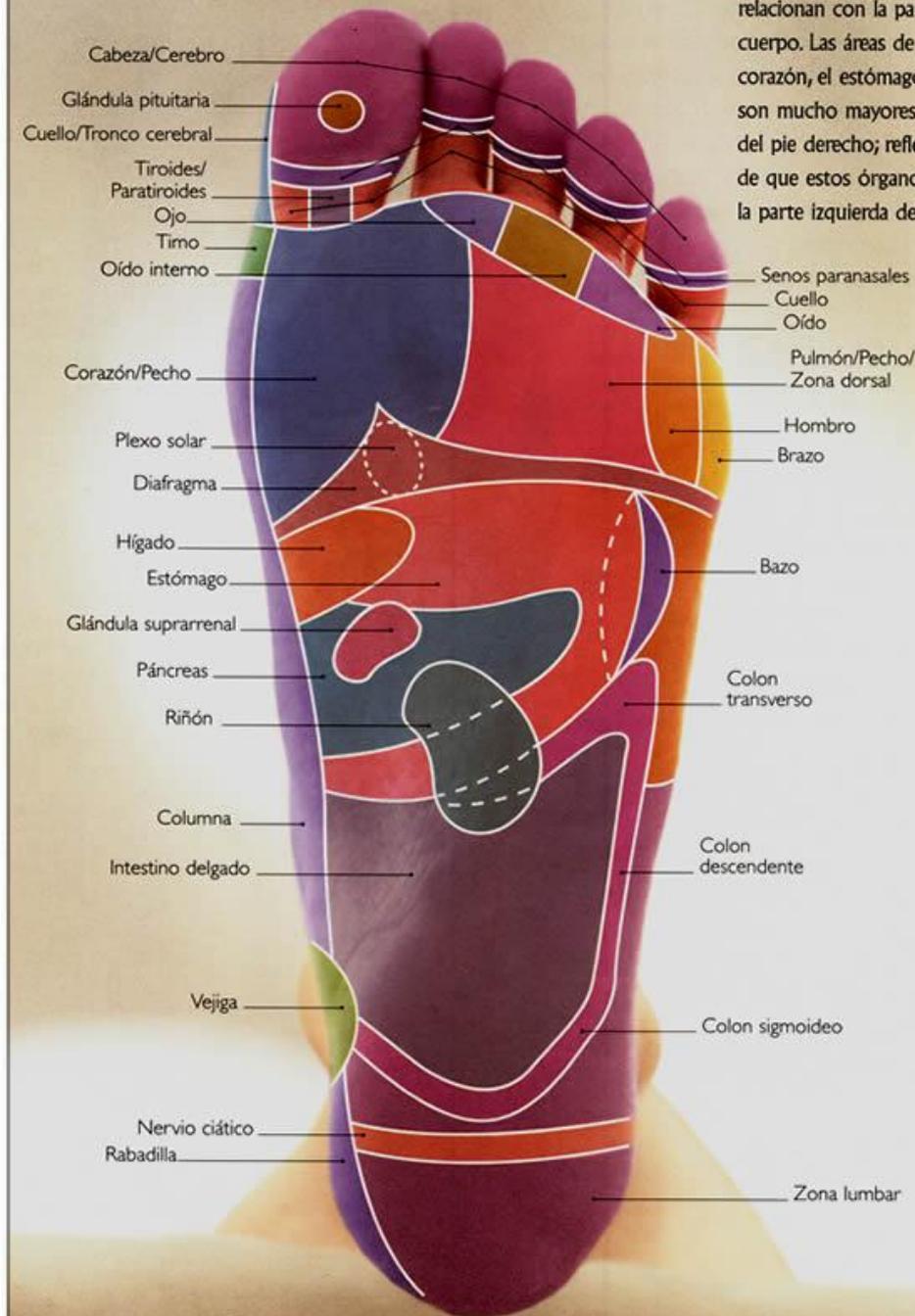
<b>1.</b>	¿Ha tenido alguna vez dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>	¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b>	¿Ha tenido alguna vez dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b>	¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b>	¿Ha tenido alguna vez vómitos frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.</b>	¿Ha sufrido de forma repetida dolores menstruales intensos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b>	¿Ha padecido alguna vez dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo 2: Láminas de reflexología podal.



## Planta izquierda

Las zonas reflejas del pie izquierdo se relacionan con la parte izquierda del cuerpo. Las áreas de proyección del corazón, el estómago y el páncreas son mucho mayores que las del mapa del pie derecho; reflejando el hecho de que estos órganos se localizan en la parte izquierda del cuerpo.



### **Anexo 3:** Lectura “Cerrando Círculos” de Paulo Coelho

Siempre es preciso saber cuándo se acaba una etapa de la vida.

Si insistes en permanecer en ella, más allá del tiempo necesario, pierdes la alegría y el sentido del resto.

Cerrando círculos, o cerrando puertas, o cerrando capítulos. Como quiera llamarlo, lo importante es poder cerrarlos, dejar ir momentos de la vida que se van clausurando.

¿Terminó con su trabajo?

¿Se acabó la relación?

¿Ya no vive más en esa casa?

¿Debe irse de viaje?

¿La amistad se acabó?

Puede pasarse mucho tiempo de su presente "revolcándose" en los porqué, en devolver el casete y tratar de entender por qué sucedió tal o cual hecho.

El desgaste va a ser infinito porque en la vida, usted, yo, su amigo, sus hijos, sus hermanas, todos y todas estamos abocados a ir cerrando capítulos, a pasar la hoja, a terminar con etapas o con momentos de la vida y seguir adelante.

No podemos estar en el presente añorando el pasado. Ni siquiera preguntándonos por qué. Lo que sucedió, sucedió y hay que soltar, hay que desprenderse. No podemos ser niños eternos, ni adolescentes tardíos, ni empleados de empresas inexistentes, ni tener vínculos con quien no quiere estar vinculado a nosotros.

No. ¡Los hechos pasan y hay que dejarlos ir! Por eso a veces es tan importante destruir recuerdos, regalar presentes, cambiar de casa, romper papeles, tirar documentos, vender o regalar libros.

Los cambios externos pueden simbolizar procesos interiores de superación.

Dejar ir, soltar, desprenderse. En la vida nadie juega con las cartas marcadas y hay

que aprender a perder y a ganar. Hay que dejar ir, hay que pasar la hoja, hay que vivir sólo lo que tenemos en el presente. El pasado ya pasó.

No esperen que le devuelvan, no espere que le reconozcan, no espere que alguna vez se den cuenta de quién es usted. Suelte el resentimiento, el prender "su televisor personal" para darle y darle al asunto, lo único que consigue es dañarlo mentalmente, envenenarlo, amargarlo. La vida está para adelante, nunca para atrás. Porque si usted anda por la vida dejando "puertas abiertas", por si acaso, nunca podrá desprenderse ni vivir lo de hoy con satisfacción.

Noviazgos o amistades que no clausuran, posibilidades de "regresar" (a qué?), necesidad de aclaraciones, palabras que no se dijeron, silencios que lo invadieron ... ¡Si puede enfrentarlos ya y ahora, hágalo! Si no, déjelo ir, cierre capítulos. Dígase a usted mismo que no, que no vuelve. Pero no por orgullo ni soberbia, sino porque usted ya no encaja allí, en ese lugar, en ese corazón, en esa habitación, en esa casa, en ese escritorio, en ese oficio. Usted ya no es el mismo que se fue, hace dos días, hace tres meses, hace un año, por lo tanto, no hay nada a qué volver.

Cierre la puerta, pase la hoja, cierre el círculo. Ni usted será el mismo, ni el entorno al que regresa será igual, porque en la vida nada se queda quieto, nada es estático.

Es salud mental, amor por usted mismo desprender lo que ya no está en su vida.

Recuerde que nada ni nadie es indispensable. Ni una persona, ni un lugar, ni un trabajo, nada es vital para vivir porque cuando usted vino a este mundo 'llegó' sin ese adhesivo, por lo tanto es "costumbre" vivir pegado a él y es un trabajo personal aprender a vivir sin él, sin el adhesivo humano o físico que hoy le duele dejar ir.

Es un proceso de aprender a desprenderse y, humanamente, se puede lograr porque, le repito, nada ni nadie nos es indispensable. Sólo es costumbre, apego, necesidad.

Pero... cierre, clausure, limpie, tire, oxigene, despréndase, sacuda, suelte. Hay tantas

palabras para significar salud mental y cualquiera que sea la que escoja, le ayudará definitivamente a seguir para adelante con tranquilidad.

¡Esa es la vida!

**Anexo 4:** Cuestionario para la evaluación del proceso

<b>EVALUACIÓN DEL PROCESO:</b>	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
¿Cómo calificaría el proceso realizado?				
¿Se sintió satisfecha con los temas tratados y las técnicas utilizadas?				
¿Se alcanzaron los objetivos planificados de cada sesión?				
¿Cómo calificaría esta experiencia?				