

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SOMATIZACIÓN

(Estudio realizado con mujeres que asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día de Malacatán,
municipio del Departamento de San Marcos)

TESIS DE GRADO

DIANA SUJEY LÓPEZ OREGEL
CARNET 15576-16

QUETZALTENANGO, MAYO DE 2021
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SOMATIZACIÓN

(Estudio realizado con mujeres que asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día de Malacatán,
municipio del Departamento de San Marcos)

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
DIANA SUJEY LÓPEZ OREGEL

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, MAYO DE 2021
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLÍS, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTHA ROMELIA PÉREZ CONTRERAS DE CHEN
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: LIC. JOSÉ ALEJANDRO ARÉVALO ALBUREZ
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: MGTR. MYNOR RODOLFO PINTO SOLÍS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. JOSÉ FEDERICO LINARES MARTÍNEZ
SECRETARIO GENERAL: DR. LARRY AMILCAR ANDRADE - ABULARACH

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO
SECRETARIA: MGTR. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. JOSUÉ DAVID OVANDO ARREAGA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. MARÍA MARCELA GUILLEN PÉREZ DE REYES

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

| | |
|---|------------------------------------|
| DIRECTOR DE CAMPUS: | P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J. |
| SUBDIRECTORA ACADÉMICA: | MGTR. NIVIA DEL ROSARIO CALDERÓN |
| SUBDIRECTORA DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: | MGTR. MAGALY MARIA SAENZ GUTIERREZ |
| SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: | MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ |
| SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL: | MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ |

Quetzaltenango, 06 de noviembre de 2020.

Ingeniera
Nivia Calderón
Subdirectora Académica
Universidad Rafael Landívar
Campus Quetzaltenango

Estimada Inga. Calderón:

Por este medio hago de su conocimiento que he revisado la tesis titulada: **DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SOMATIZACIÓN** (Estudio a realizarse con mujeres que asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día de Malacatán, municipio del Departamento de San Marcos), elaborada por la estudiante Diana Sujey López Oregel, quien se identifica con carné No. 15576-16, de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica; la cual considero cumple con los lineamientos requeridos por la universidad.

Por lo anteriormente expuesto emito dictamen favorable, para que dicho trabajo continúe el trámite administrativo previo a la defensa del mismo.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente,



Lic. Josué David Ovando Arreaga

Colegiado activo No. 9,262

Lic. Josué David Ovando Arreaga
PSICÓLOGO CLÍNICO
COL. 9,262



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante DIANA SUJEY LÓPEZ OREGEL, Carnet 15576-16 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 053081-2021 de fecha 20 de febrero de 2021, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SOMATIZACIÓN

(Estudio realizado con mujeres que asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día de Malacatán, municipio del Departamento de San Marcos)

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 5 días del mes de mayo del año 2021.


MGTR. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

 Universidad
Rafael Landívar
Tradicción Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultades

AGRADECIMIENTOS

A Dios: Por ser esa parte esencial de mi ser y por iluminarme, ser mi guía y darme la suficiente fuerza y motivación para realizar todo lo necesario en este proceso.

A mis padres: Por siempre estar a mi lado, creer en mí y brindarme ese apoyo incondicional. Por enseñarme con su ejemplo a ser una persona que ama lo que hace. Y por su amor y esfuerzo.

A mi asesor: Por su profesionalismo y dedicación

A mi revisora de fondo: Por creer en mi potencial y reconocer mi trabajo.

A mi casa de estudios: Universidad Rafael Landívar, por las enseñanzas adquiridas.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|-------------|
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1.1. Dependencia emocional..... | 7 |
| 1.1.1. Definición..... | 7 |
| 1.1.2. Origen de la autodependencia..... | 7 |
| 1.1.3. Características de los dependientes emocionales..... | 9 |
| 1.1.4. Síntomas de la dependencia..... | 11 |
| 1.1.5. Tipos de apego..... | 12 |
| 1.1.6. Trastorno de la personalidad dependiente..... | 13 |
| 1.1.7. Tratamiento psicoterapéutico..... | 15 |
| 1.2. Somatización..... | 18 |
| 1.2.1. Definición..... | 18 |
| 1.2.2. Origen de la somatización..... | 18 |
| 1.2.3. Síntomas y síndromes..... | 20 |
| 1.2.4. Causas de la somatización..... | 21 |
| 1.2.5. Trastorno de síntomas somáticos..... | 22 |
| 1.2.6. Tratamiento..... | 24 |
| 1.2.7. Percepción médica y psicológica de la somatización..... | 25 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 28 |
| 2.1. Objetivos..... | 30 |
| 2.1.1. General..... | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1.2. Específicos..... | 30 |
| 2.2. Variables..... | 30 |
| 2.3. Definición de variables..... | 30 |
| 2.3.1. Definición conceptual de las variables o elementos del estudio | 30 |
| 2.3.2. Definición operacional de las variables o elementos de estudio | 31 |
| 2.4. Alcances y límites..... | 32 |
| 2.5. Aporte | 32 |
| III. MÉTODO..... | 34 |
| 3.1. Sujetos | 34 |
| 3.2. Instrumento..... | 34 |
| 3.3. Procedimiento..... | 36 |
| 3.4. Tipos de investigación, diseño y metodología estadística..... | 38 |
| IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS..... | 40 |
| V. DISCUSIÓN..... | 44 |
| VI. CONCLUSIONES | 49 |
| VII. RECOMENDACIONES | 50 |
| VIII. REFERENCIAS | 51 |
| ANEXOS | 56 |

Resumen

La dependencia emocional es un patrón crónico, donde las personas buscan llenar un vacío, mediante relaciones afectivas para poder satisfacerse y la somatización es el hecho de tener alguna enfermedad, probablemente causada por las emociones. El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de dependencia emocional y de somatización que presentan las mujeres que asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día de Malacatán, municipio del departamento de San Marcos, el estudio se realizó con una muestra de 40 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 55 años. Se utilizaron los instrumentos de evaluación, Cuestionario de dependencia emocional (CDE) y la Escala de síntomas breves (LSB-50). La investigación es de tipo cuantitativo y diseño descriptivo.

Según los resultados, se concluyó que las mujeres manifestaron un nivel bajo de dependencia emocional y un nivel medio alto de somatización. Se recomendó concienciar a las mujeres a través de charlas para mantener un seguimiento de bajo nivel, respecto a la dependencia y de lo contrario en somatización brindar información científica que aporte a las personas y puedan entender el origen de la misma.

Palabras clave: dependencia emocional, somatización, mujeres.

I. INTRODUCCIÓN

Es importante entender que la dependencia emocional es aquella necesidad excesiva de recibir afecto de otra persona a lo largo de las diferentes relaciones, por lo tanto lleva a que la persona que es dependiente evite la soledad en buscar a una pareja inmediata o simplemente otro individuo (amigo, hermano, padre, entre otros); ya que los dependientes experimentan una insatisfecha necesidad de sentirse seguros y protegidos por los demás, así mismo se detallará la somatización, que se refiere a una relación entre lo psíquico y lo físico, desde diferentes puntos de vista. Para diferenciarlos, se parte que al momento que el diagnóstico médico no proporciona una justificación de los síntomas, se habla del término somatización.

Actualmente en Guatemala como en otros países, se cataloga más a la mujer como dependiente de la pareja o de alguien, y en la actualidad en sus relaciones algunas son tachadas como disfuncionales, sin embargo detrás de todo esto hay varias situaciones que pueden afectar las relaciones, como los medios de comunicación, las redes sociales, el interés económico y por ende vienen y aumentan la desconfianza, la falta de comunicación y la falta de admiración en las relaciones de pareja; entonces al momento de que surgen diversas situaciones, pueden generar un desequilibrio tanto emocional (sentimientos y emociones) como físico (algún dolor corporal), porque muchas de las personas podrían llegar a somatizar, por el hecho de no poder manejar ni controlar sus emociones, en base a lo que viven con esa persona con la cual tienen un gran apego.

Es indispensable desde el campo de la psicología conocer toda la sintomatología emocional que una persona dependiente puede presentar, al mismo tiempo conocer sobre las somatizaciones que en dado caso podrían aparecer para poder llevar a cabo un plan de intervención psicológica, aunado, descubrir con qué recursos adaptativos cuentan y en dónde es necesario trabajar para reforzarlos. También es de suma importancia el conocimiento de todos los aspectos, porque ayuda a que las personas que habitan en esta sociedad logren más rápido un equilibrio emocional con las herramientas que cuentan.

Por lo que el objetivo principal para el desarrollo de la investigación es determinar el nivel de dependencia emocional y de somatización que presentan las mujeres que asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día de Malacatán, municipio del departamento de San Marcos. Por consiguiente, el aporte será a primera instancia, dar a conocer la relevancia del tema que no sea tan conocido o del que no se tenga dominio, junto con eso brindar herramientas y facilitar técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento y mejora de los individuos.

A continuación, se presentan algunos estudios previos sobre el tema, realizados por diferentes autores tanto nacionales como internacionales.

Morales (2018) en la tesis titulada Dependencia emocional en mujeres estudiantes de carreras universitarias con una relación de pareja de la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, donde el objetivo fue determinar la presencia de dependencia emocional en mujeres estudiantes de carreras universitarias; la muestra que se utilizó fue de 50 sujetos estudiantes, 25 individuos de la carrera de psicología clínica y 25 de la carrera de ciencias jurídicas y sociales. La investigación fue de tipo cuantitativa y diseño descriptivo comparativo; se utilizó la prueba psicométrica (IDE), un instrumento utilizado para medir la dependencia emocional en mujeres, con el reflejo de estos datos se concluye que hay una diferencia estadísticamente significativa de dependencia emocional en mujeres con una relación de pareja, estudiantes de la carrera de psicología clínica de una universidad privada; por lo que es prioritario estar en un constante proceso de auto observación y autoevaluación para considerar si es necesario, en algún momento, asistir a un proceso psicoterapéutico para mantener una óptima salud mental y emocional. Salguero (2016) en la tesis titulada Rasgos de dependencia emocional, de mujeres estudiantes de la Universidad Rafael Landívar, donde el objetivo fue establecer la media de los rasgos de dependencia emocional en mujeres estudiantes de las licenciaturas en psicología clínica y psicología industrial de la Universidad Rafael Landívar; la muestra que se utilizó fue de 123 sujetos de 2do a 5to año de las carreras mencionadas. La investigación fue de tipo cuantitativo y diseño descriptivo; se empleó un cuestionario tipo Likert, que según Hernández, Fernández y Baptista (2010) es el instrumento más utilizado para recolectar datos, y lo definen como un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir, los indicadores que se utilizaron para dicho instrumento fueron los siguientes: miedo a quedarse sola, autoestima y presión a tener pareja con estos datos, se concluye que las estudiantes de licenciaturas en psicología clínica y

psicología industrial presentan rasgos de dependencia emocional leve; por lo tanto se recomienda proporcionar información sobre dependencia emocional por medio de talleres, folletos y trifoliales para lograr conocer más sobre el tema, también poder evitar que las personas lleguen a tener dependencia emocional hacia una pareja, familiar o amigo.

Huerta, *et. al.* (2016) en el artículo titulado Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de Lima que aparece en la página electrónica Revista de Investigación en Psicología, volumen 19, núm. 2, páginas 145 -162, del mes de agosto; la muestra consistió en 385 mujeres con una edad media de 14 y 60 años y 21 a 35 años. Explican que al momento de pasar por experiencias de maltrato en la infancia está anclado a las distorsiones en los esquemas cognitivos adultos y estos mismos están ligados con la aprobación o aceptación de la violencia en las relaciones violentas en pareja, así mismo el ser testigos de violencia en casa ayuda desde edades tempranas, la implementación de creencias o cogniciones disfuncionales en las víctimas de esta, ya que afecta la salud mental y las relaciones interpersonales de todos los integrantes de la familia; ahora bien las mujeres que son dependientes emocionales están propensas a sufrir sintomatología ansiosa y depresión leve ante las pérdidas (muerte de cónyuge o familiar, separación o divorcio, enfermedad o abandono del cónyuge) con maltrato en la relación de pareja, sin embargo ellos concluyen que al ser víctima de violencia por parte de la pareja, alteran los esquemas de cognición sobre sí mismas, en su falta de autoestima y en su continuo miedo al abandono por parte de la otra persona.

Aiquipa (2015) en el artículo titulado Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja, que aparece en la página electrónica de la Revista de psicología, volumen 33, núm. 2, páginas 412-437 del mes de marzo, explica que el propósito de este estudio fue identificar la vinculación entre dependencia emocional y violencia de pareja, para prevenir situaciones que afectan a temprana edad en una unión conyugal. La muestra consistió en 51 sujetos entre las edades de 18 a 60 años en adelante, se desarrolló en el área urbana de Perú, usuarios del servicio de psicología del Hospital Ernesto German Guzmán, los resultados de la investigación indican que existe relación significativamente entre la dependencia emocional y la variable de violencia de pareja ya que se encontraron diferencias significativas entre la muestra clínica con violencia de pareja (grupo de casos) y el grupo de comparación, sin violencia de pareja, por lo tanto las participantes que viven o han vivido violencia de pareja fueron las que obtuvieron puntuaciones

mucho más altas de dependencia emocional respecto a aquellas mujeres que no han vivido tal experiencia.

Izquierdo y Gómez (2013) en el artículo titulado Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual; que aparece en la revista electrónica Psicología. Avances de la disciplina, volumen 7, núm. 1, páginas 81-92, del mes de enero, explican que la unión de apego se percibe en adicción de comportamientos inadecuados en el ámbito social, la cual se basa en satisfacer y regular las necesidades básicas de la vinculación de apego, y se observa por un persistente control de aspectos como llamadas telefónicas y medios de redes sociales, peleas o reproches en las que da origen a la consecuencia que repercute algún tipo de amenaza, de tal modo que es llamar la atención de la supervisión de apego y disponer de la presencia de la otra persona para tener control y dominio, y la aprobación inmutable que rigen los eventos privados valorados de forma negativa, por ello es necesario optar por técnicas en base a las características del cliente como entrenamientos de habilidades, terapias conductuales de pareja, programas de reforzamientos, y terapia de aceptación y compromiso, para auxiliar a los individuos de las dependencias afectivas.

Montero (2016) en el artículo titulado El planeta remoto del cerebro, que aparece en la edición electrónica del periódico El país en la sección de ciencia con fecha veintidós de mayo; explica que el cerebro es una enorme máquina de fabulaciones, pero los enfermos lo son de verdad aunque ignoren que sus dolencias no tienen causa orgánica, sin embargo expresa cierto desagrado al concepto de enfermedad psicósomática, ya que cree que algunos médicos usan este término como diagnóstico al momento de no tener una explicación o no consiguen revelar qué es lo que le sucede al paciente en sí. Determina que las emociones es uno de los factores que tiene peso en las personas, por ejemplo los que sufren algún tipo de pérdida (muerte del cónyuge, hijo o de alguien cercano) se enferman emocionalmente incluso llegan unos a morir poco después de ese evento; así mismo lo que le sucedía a los enfermos de histeria quienes fueron tratados por Freud Y Charcot, los que no podían caminar o sentirse incapaces de ver aunque físicamente no les pasara nada o simplemente no tuvieran una discapacidad. Por ello no niega la somatización, solamente es que no está de acuerdo con el abuso que se le da a dicho término y por el estigma social que conlleva.

Rodríguez (2012) en el artículo titulado *Mi mente enferma mi cuerpo: cáncer de mamas*, que aparece en la revista electrónica *Lúdica*, año 6, núm. 28, páginas 7- 10, del mes de diciembre, explica que actualmente muchos autores consideran al cáncer, especialmente el de mamas, como una enfermedad psicosomática. Ya que ahora generalmente se empieza a considerar el actuar más validado que el sentir, se le da más énfasis a las características cognitivas e intelectuales, por lo tanto, se guarda o deja de lado los afectos y sentimientos, ya que éstos los consideran aspectos de debilidad y vulnerabilidad, entonces como resultado las mujeres pierden la capacidad de identificar emociones y de verbalizarlas, por ello tienden a la somatización. A causa de la alta demanda y grandes exigencias del diario vivir, puede generar la distorsión y entendimiento del sí mismo de cada persona, porque conlleva así a una rotura yoica que desemboca en lo que es somatización.

López (2011) en la tesis titulada *Delimitación diagnóstica y clínica del trastorno de somatización con personas que procedían del servicio de salud mental de Albacete, España* donde el objetivo fue disponer de indicadores fiables y de aplicación sencilla en la práctica clínica que permitan identificar a personas con un trastorno de somatización (TS), o en riesgo de padecerlo; la muestra que se utilizó fue de 105 sujetos, donde 85 procedían del servicio de salud mental y otras 20 fueron seleccionadas como muestra no clínica. La investigación fue de tipo mixto (cuantitativo y cualitativo) y diseño descriptivo; se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación: una entrevista semiestructurada para la evaluación del trastorno de somatización (TS), así como una entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV. Con los mismos se concluyó que los pacientes con trastorno de somatización presentan claramente un mayor número de síntomas somáticos no asociados a una enfermedad somática diagnosticada, por lo que se recomienda que los sujetos pongan más énfasis en el tratamiento psicológico ya que los síntomas no son puramente orgánicos.

Mercado y Hernández (2010) en la tesis titulada *Percepción de síntomas clínicos del trastorno de somatización en estudiantes universitarios de pregrado de la ciudad de Chillán, Chile* cuyo objetivo fue investigar la prevalencia de la percepción de los síntomas clínicos del trastorno de somatización en población universitaria; se contó con una muestra de 135 sujetos donde participaron 67 hombres y 68 mujeres entre las edades de 18 y 24 años. El tipo de investigación fue cuantitativo y diseño cuasi experimental; el instrumento aplicado fue un cuestionario clínico

de la percepción del trastorno de somatización (CCPTS), la cual pretende evidenciar la presencia de síntomas clínicos de este trastorno, mediante la percepción de ciertas sintomatologías presentes en los estudiantes. Se llegó a la conclusión que el CCPTS dio como resultado una prevalencia del 24,8% de los síntomas de dolor en los hombres, mientras que, en las mujeres, se presentó una prevalencia del 56,4% de los síntomas dolorosos, así mismo con ello se recomienda que los estudiantes sean más consientes y que puedan manejar de una mejor forma estos síntomas subjetivos.

Méndez (2010) en la tesis titulada Trastorno de somatización y autoestima, donde el objetivo fue identificar si la baja autoestima influye en el trastorno de somatización en mujeres que acuden a la clínica psicológica del Hospital Nacional del Dr. Jorge Vides Molina, de Huehuetenango. La muestra que se utilizó fue de 50 mujeres comprendidas entre las edades de 20 a 30 años. La investigación fue de tipo cuantitativo y diseño correlacional; el instrumento empleado fue la Escala (EAE) la cual detecta el nivel de autoestima en las personas, con ello se concluyó que las mujeres que sufren el trastorno de somatización se ven afectadas en términos generales por el nivel de autoestima, el cual es bajo. Por lo que se prioriza que los estudiantes que realicen prácticas de la carrera de psicología clínica en el Hospital Nacional Dr. Jorge Vides Molina de Huehuetenango desarrollen charlas y talleres encaminados al fortalecimiento y mantenimiento del estado emocional de las mujeres afectadas por el trastorno de somatización que acuden a dicha clínica.

Se puede observar en los estudios que han llevado a cabo diferentes autores, que la dependencia emocional es una problemática más marcada en mujeres, y uno de los denominadores en común es porque son o han sido víctimas de violación en la relación de pareja, por haber pasado experiencias de maltrato en la infancia y, por último, es por cuestión de inseguridad en sí mismas. Ahora bien, la somatización la han investigado, sin embargo, los estudios ya plasmados hacen bastante hincapié en el peso que tienen las emociones mal manejadas, en no verbalizar algunas situaciones o problemas que lo ameritan y algo sumamente importante es el hecho de no tomar en cuenta el tratamiento psicológico, ya que varios argumentan en las investigaciones que las personas están más convencidas de los malestares físicos que los emocionales en sí.

1.1 Dependencia emocional

1.1.1 Definición

RAE (2020) menciona que el término de dependencia es un tipo de estado emocional que se entiende por una situación donde la cual una persona no puede valerse por sí misma; de forma general la dependencia implica mayormente una necesidad de ayuda o asistencia para el desarrollo de las actividades que se precisan en la vida cotidiana; y a la situación de pérdida de autonomía se puede llegar por razones de índole física, psíquica y emocional. Por lo tanto, se hace énfasis en este último aspecto, porque se enfoca en la necesidad de afecto que siente este tipo de personas, catalogadas como dependientes emocionales.

Sánchez (2010) explica que la dependencia emocional es un trastorno de la personalidad ya que el consultante empieza a creer que no vale lo suficiente y busca sentirse protegido o tener seguridad por medio y a través de otras personas. Así mismo el autor antes mencionado comenta que el dependiente emocional muchas veces puede llegar a aceptar maltrato el cual lo observará como algo normal e incluso desprecios. Estas personas en su mayoría llegan a ser atraídas por individuos que aparentan o muestran una gran seguridad en sí mismos y también que se determinan por tener una personalidad dominante. Igualmente hace referencia que la dependencia crea un tipo de relación catalogada como tóxica, esta no solamente por la parte del dependiente sino también por la persona que ha escogido a un dependiente como pareja y que en realidad lo necesita inconscientemente para llenar un vacío.

1.1.2 Origen de la autodependencia

Bucay (2010) explica que no todas las personas que en algún momento determinado necesitan del apoyo de otros sujetos en una forma más directa, significa o quiere decir que sean personas dependientes de los que tienen alrededor, ya que por el hecho de ser simplemente seres vivos tienen la necesidad de depender uno con otro, el autor lo ejemplifica de una forma clara con la cadena alimenticia que desde los insectos hasta las especies más grandes necesitan depender de

algún otro ser vivo para así lograr un fin determinado, por lo tanto de una manera similar funciona la especie humana es más se atreve a decir que los humanos son mucho más dependientes desde el nacimiento, porque para poder crecer se necesita de los padres y por ende muchas veces estos no tienen el suficiente conocimiento de cómo educar a un hijo, entonces vienen y se basan en las enseñanzas de las personas mayores por ejemplo abuelos o los mismos padres o entre comillas gente con más experiencia.

La mayoría de padres actualmente actúan de una forma egoísta al creer que los hijos les pertenecen y así no permiten el crecimiento de los mismos, los controlan y forzan a que estén junto a estos; pero al momento de que uno de los padres ya no puede o no tiene la capacidad de obtener los recursos con los propios medios, no les permiten que logren tomar decisiones propias y como resultado de ello los hijos empiezan a confrontar a los propios padres, intentan hacerles ver o comprender que deben comenzar el propio camino para así llegar al objetivo final. Ahora como expresa Jorge Bucay “los chicos vienen cada vez más inteligentes” lo que realmente podría decirse que es cierto, porque en neonatología hace muchos años indicaba que la maduración normal de un bebé para poder sostener la cabeza era entre los ocho y los diez días. Sin embargo, hoy en día hay una gran cantidad de bebés que nacen y pueden sostener desde ya la cabeza.

Las personas ahora nacen más maduras, a las tres semanas de haber nacido tienen reflejos que antes aparecían a los dos o tres meses. Por lo que tienen una capacidad de aprendizaje hoy en día que muchos individuos años atrás no tenían lo cual era normal no tenerlo. Uno de los datos importantes que le hace énfasis como parte del origen de la autodependencia, es que antes a los individuos no se les permitía ser rebeldes, sin embargo en estos tiempos ha cambiado eso por lo que en parte esta rebeldía es la principal causa del cambio, por el hecho de tener un juicio crítico, pero también de la posibilidad de salvarse de los padres; para librarse de la costumbre que tienen los papás de querer inculcarles la manera de cómo ven las cosas.

Así mismo es como pueden surgir pensamientos como por ejemplo de que no siempre se tendrá a un papá que cuide de los hijos, una madre que alimente o dé de comer o a una persona que decida en el lugar de sí misma; así es como se llega a depender y hacerse cargo de sí mismo, se debe de dejar el origen de todo, al momento de separarse de los padres, dejar el hogar que brindaba seguridad y protección en cierta forma y ser consciente que lo importante para el sujeto

será descubrirse más, para lograr trabajar en sí mismo siempre debe tomar en cuenta lo que es entre lo mejor y lo peor, ver la necesidad física y psicológica tanto interna como externa, donde se debe aceptar y para alcanzar un crecimiento personal.

1.1.3 Características de los dependientes emocionales

Castelló (2012) describe que las personas que son dependientes emocionalmente realmente podrían estar más enamorados de la relación o vínculo que tengan, que, de la propia persona en sí, ya que en algunas ocasiones se observa que no importa quién esté al lado del sujeto dependiente, sino que lo que vale es que cumpla o llene algunas características y que siempre haya alguien. Por lo que a continuación se darán a conocer algunas características junto con su definición para reconocerlas de una mejor manera, entre las cuales se encuentran:

- a) Relaciones interpersonales: el tipo de características la conforman diferentes tipos de comportamientos, los cuales se detallarán a continuación:
 - Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa: se refiere a que la persona dependiente coloca la relación en primer lugar y en todo momento, antes de él o ella. Para esas personas no tiene que haber absolutamente nada que interfiera en la relación ni en la pareja. El dependiente con el tiempo deja de tener vida propia, ya que vive la vida del otro siempre en el momento que este se lo permita.
 - Tendencia a la exclusividad: quiere decir que la persona dependiente necesitará que la pareja solo centre la atención en él o ella, por lo que admirará a la misma en todo lo que haga y como resultado de eso producirá una sobrevaloración hacia esa persona. El estado de dependencia se transforma en el centro de la existencia del individuo, donde todo lo demás queda afuera, por ejemplo, familia, trabajo, amigos, entre otros.
 - Pánico al abandono o al rechazo de la pareja: dentro de los dependientes hay un rasgo en común es que estos en cierta forma idealizan a la pareja que desean tener y como se ha

mencionado anteriormente consideran que la relación es como lo más importante en la vida. Generalmente en la mayoría de las parejas tienden a ser incapaces de cortar o terminar una relación porque afectivamente lo llegan a ver como algo devastador.

- b) Autoestima en la persona dependiente: menciona que la persona dependiente es alguien que tiene baja autoestima al igual que un bajo auto concepto por lo que no se quiere y no se valora a sí misma, pero muchas personas que dependen de alguien más logran tener una introspección que les hace observar y saber que no se quieren, que son así, pero de igual manera no tratan de cambiar o hacer algo para mejorar ese aspecto negativo en ellos.

Igualmente, el autor señala dos aspectos que son, la baja autoestima y el bajo auto concepto del dependiente es lo que lo hace o lleva a la persona a que se vuelva un dependiente emocional, porque buscan la aprobación de los demás y en algunas ocasiones se le dificulta ser ellas mismas, se sienten inseguras y necesitan de alguien para sentirse protegidas o seguras y con ello provocan esa dependencia hacia la otra persona. Así mismo son individuos con muy baja tolerancia a la frustración y un corto concepto de quienes son.

- c) Estado de ánimo y comorbilidad: es una característica que está conformada por diferentes aspectos que se detallan a continuación:

- Miedo a la soledad: indica que al momento en que la persona es dependiente no será extraño ni raro que ésta le tema a la soledad o al hecho de imaginarse no poder estar sola; porque a estas personas les provoca ansiedad, incomodidad y tienen pensamientos constantes de que no son importantes para la pareja ni para nadie y que no los quieren; es por eso por lo que buscan y necesitan encontrar a una pareja para no tener esos sentimientos hacia sí mismos.
- Necesidad de agradar; Búsqueda de la validación externa: característica que hace referencia

que se da al momento en que la persona dependiente desea ser el centro de atención, porque trata de satisfacer a las personas que tiene alrededor y con las que se relaciona y es así como de esa manera logra que los demás piensen lo mejor o tengan la idea de que él o ella son muy atentos. Para este tipo de persona es de gran valor tener la aprobación externa, porque al no tenerla llegan a sentirse mal y a pensar y sentir que no valen absolutamente nada. El mismo autor dice que estos sujetos no llegan a valorarse a sí mismos, si no van en busca y reciben lo que las personas digan y hablen de estos y al punto que lo que dicen es bueno o positivo, sienten que logran dicho propósito.

1.1.4 Síntomas de la dependencia

APA (2014) en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V, define lo que es la dependencia emocional en el apartado de los trastornos de personalidad como una necesidad de control y dominio excesivo a que lo cuiden, lo que implica que tienen un comportamiento sumiso y de apego exagerado, así mismo miedo a la separación, la cual inicia en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en múltiples contextos. Por consiguiente, se mencionarán algunos síntomas que pueden describir a una persona que es dependiente emocionalmente o que podría ir por ese camino, los cuales son:

- Al individuo le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas.
- Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de la vida.
- Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder el apoyo o aprobación.
- Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).

- Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
- Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
- Al momento de terminar una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
- Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

1.1.5 Tipos de apego

Mínguez y Álvarez (2011) establecen que desde que nacen las personas, pueden percibir la forma en que se relacionan los progenitores con los hijos. Por tanto, durante la infancia los padres serán la principal figura de apego, por más que puedan aparecer otras figuras similares como familiares, hermanos o amigos. Pero más adelante al punto de llegar a la adolescencia, los amigos con el tiempo ganan espacio en la jerarquía de las figuras de apego y por último en la etapa de la adultez temprana, éstos y la pareja estarán al mismo nivel que los padres, eso sí hasta que sea una pareja estable la que se convierta en la próxima figura principal de apego. Algo muy importante que mencionan es que el tipo de apego que brinden los padres va a depender en la forma en que se vinculen con los demás y por ende influirá en la manera de amar. Por lo tanto, hacen referencia a tres tipos de apego que se evidencian en la edad adulta.

- Apego seguro: es más que todo el tipo que se asocia con relaciones confiadas y positivas, en donde hay un nivel mayor de autonomía, al tener un apego seguro las personas no presentan dificultad en establecer relaciones sociales y amorosas, tienen la capacidad de poseer ideas más realistas sobre el amor, son más selectivos a la hora de escoger una pareja, disfrutan del

vínculo amoroso y poseen más facilidad para sobrellevar una ruptura.

- Apego preocupado o ambivalente: también es conocido como apego ansioso, este se refiere a que es asociado a personas dependientes que tratan de buscar constantemente la confirmación de ser amados o queridos, son precipitados al momento de escoger a una pareja, sienten miedo a no ser amados, tienen celos más frecuentes los cuales están relacionados por la inseguridad, poseen dificultad ante la soledad y se les hace un tanto difícil romper una relación.
- Apego evitativo o distante: este tiene que ver con el establecimiento de relaciones las cuales se basan en la desconfianza y distancia, porque a pesar que se muestran como personas seguras de sí misma y sin tener dificultad en las rupturas, este es solamente un miedo enmascarado, muestran poca autonomía emocional, le temen a la intimidad, se les hace difícil establecer relaciones sentimentales y si las hay prefieren que sea de tipo formal y sin comunicación afectiva, ya que les causa incomodidad que su pareja exprese sus sentimientos y evita exponer los suyos.

1.1.6 Trastorno de la personalidad dependiente

APA (2014) establece dicho tipo de patología dentro de la sección de los trastornos de la personalidad, ya que explica que una de las características principales del trastorno de personalidad dependiente es la necesidad obsesiva de ser cuidada lo que conlleva a que el individuo se comporte dócil o sumiso, con una actitud apegada y con temor a la separación. Generalmente esto inicia y se logra ver con más claridad en la adultez. Por lo tanto, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) plasma algunos indicadores importantes que se deben tomar en cuenta antes de diagnosticar a la persona con este trastorno, así mismo se darán a conocer aspectos relevantes que conforma esta patología, entre ellos están:

- Desarrollo y curso: esto indica que al momento de utilizar este diagnóstico se debe emplear una gran precaución, especialmente al trabajar con niños y adolescentes ya que el mostrar un comportamiento dependiente puede ser normal o apropiado para el desarrollo de estos

mismos.

- Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura: esto se refiere a que es de suma importancia tomar en cuenta la edad y los factores culturales a la hora de evaluar las características o criterios diagnósticos que son parte del trastorno. Algo esencial para todo psicólogo clínico es que el comportamiento dependiente debe ser catalogado como un trastorno únicamente si es excesivo para las normas culturales del individuo e incluso al momento en que este refleja preocupación poco realista.
- Aspectos diagnósticos relacionados con el género: señala que, en el ámbito clínico, este tipo de trastorno se ha diagnosticado mayormente en las mujeres; sin embargo, han realizados algunos estudios y concluyeron que las tasas de prevalencia eran similares entre los hombres y mujeres, por lo que denota que ya no hay alguna diferencia marcada entre ambos géneros.
- Características diagnósticas: estas son pautas para examinar si la persona puede ser catalogada o no como dependiente, por ejemplo que tenga la percepción que es incapaz de funcionar bien sin la ayuda de los demás, tiende a ser pasivo y permite que otros tomen la iniciativa y asuma la responsabilidad de áreas importantes de su vida, tiene tendencia a funcionar de manera adecuada si se le da la seguridad de que alguien le supervisa y le da el visto bueno, también está dispuestos a ofrecerse para lo que los demás quieran, la necesidad de vincularse con alguien le ocasiona relaciones desequilibradas y estos sujetos pueden llegar al extremo de sacrificarse a sí mismos de una manera sorprendente que llegan a soportar el abuso verbal, físico o algunas veces sexual. A continuación, se presenta una tabla con aspectos que pueden llegar a tomarse en cuenta, para el diagnóstico.

Tabla Núm. 1

Otras características que apoyan el diagnóstico

- Se caracterizan por el pesimismo y la duda, ya que subordinan las capacidades y recursos propios.
- Se refieren constantemente a sí mismos como inútiles.
- Evitan los puestos de responsabilidad y sienten ansiedad al momento de enfrentarse a tomar una decisión.
- En ellos existe un mayor riesgo de padecer trastornos depresivos, de ansiedad y de adaptación.

Fuente: elaboración propia con base en APA (2014) DSM-V, p. 677.

1.1.7 Tratamiento psicoterapéutico

Black y Andreasen (2014) explican que el objetivo principal del tratamiento psicoterapéutico es ayudar a que la persona de cierta forma aprenda a ser gradualmente más independiente de las personas de su entorno para que pueda superar la dependencia emocional, aumentar la confianza en sí mismo y la sensación de autoeficacia, al igual que aprenda a valorarse y a adaptarse a su medio. Pero para lograr dicho objetivo propone tres tipos de tratamiento los cuales son:

- a) Terapia cognitiva: señalan que esta terapia se fundamenta en la suposición de que las estructuras o esquemas cognitivos son las encargadas de modelar la manera en que las personas se adaptan a diversas situaciones de su vida. Cabe mencionar que cada individuo tiene construidos sus propios esquemas cognitivos o mentales, que determinan la manera de pensar, por lo tanto, la manera de actuar y sentir. Beck (como se citó en Black y Andreasen 2014), dice que una cognición es la valoración de los acontecimientos hechos por el sujeto y referido a eventos pasados o actuales. Al momento de que en esa valoración existen errores a nivel del procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales, reciben el nombre de distorsión cognitiva.

Al tomar en cuenta el origen de la dependencia emocional y a las distorsiones cognitivas que lleva consigo, esta terapia está enfocada a identificar esas distorsiones, a derribarlas y cambiarlas por unas más racionales, mediante la reestructuración cognitiva. A continuación, se mencionan algunas técnicas:

- Autorregistros: donde anotan pensamientos automáticos y las sensaciones que lo acompañan, para después buscar estrategias para afrontarlos.

 - Detención de pensamientos automáticos: sirve para entrenar a la persona dependiente para que observe la secuencia de estos.

 - Detectar sucesos externos y sus reacciones ante estos: aquí de igual manera se le instruye para que aprenda a generar propias interpretaciones y conductas ante las situaciones que generan malestar.

 - Búsqueda de la evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos: esta puede llevarse a partir de la experiencia del sujeto, se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de dichos pensamientos planteados como hipótesis. Se diseña un experimento para comprobar determinada hipótesis, el consultante predice un resultado y se comprueba; utilizar evidencias que sean contradictorias a los pensamientos automáticos por parte del terapeuta; uso de preguntas para descubrir los errores lógicos de las interpretaciones del dependiente, se puede utilizar para esto el diálogo socrático.

 - Uso de imágenes: aquí el terapeuta hace uso de imágenes con el objetivo de que el consultante modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades.
- b) Terapia gestalt: la gestalt como terapia sirve para ayudar en el crecimiento personal, más que una terapia propiamente clínica, resalta los dos grandes pilares de esta, el primero que consiste en que la persona se concentre en el momento presente, en el que vive y centre sus

pensamientos y sentimientos en él, que suelte el pasado y evite pensar en el futuro y en lo que debería hacer o preocuparse por algo que no ha pasado. Este tipo de terapia se aplica propiamente a la persona dependiente para que se centre en sí mismo, más no al pasado ni al futuro y como resultado, se descartan los pensamientos rumiantes que hacen referencia a las cosas que debió haber hecho o los reproches de diversos acontecimientos.

El segundo pilar de la terapia gestáltica se refiere a la relación emocional de la pareja, con sí mismo y con los demás, y tiene como objetivo que la persona aprenda a escuchar las manifestaciones del cuerpo, las necesidades y carencias, al igual que los instintos y deseos para que pueda expresarse de la mejor manera posible. Algunas de las técnicas funcionales para este tipo de personalidad dependiente son: la silla vacía, asuntos pendientes, “me hago responsable” y “tengo un secreto”.

c) Terapia racional emotiva: esta es una forma terapéutica, que trata de utilizar la razón y la racionalidad para poder reconocer los procesos cognitivos autodestructivos, también para aprender a sintonizar con una emoción más apropiada. Básicamente la idea es que los pensamientos inconscientes que destruyen a la persona se reconozcan conscientemente y luego se cambian por pensamientos más positivos o constructivos. La TRE o terapia racional emotiva se basa en algunos principios sencillos, estos son:

- El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas.
- Debido a lo que se siente es función de lo que se piensa; por lo mismo es que para abarcar un problema emocional, se tiene que empezar a hacer un análisis de los pensamientos.
- El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.
- Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder siempre con facilidad,

puesto que las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas y modificarlas.

1.2 Somatización

1.2.1 Definición

Escallón (2014) define a la somatización como un idioma corporal; una especie de lenguaje no verbal o analógico, que emerge al momento que las expresiones verbales se bloquean. Por lo tanto, el terreno oportuno para el desarrollo de los síntomas somáticos se encuentra en la disidencia que produce entre poder expresar de un modo verbal o en un modo corporal algún conflicto. Barsky (como se citó en Escallón 2014), quien se refiere a la somatización como un proceso complejo y heterogéneo en el que hay una amplia variedad de fuerzas psicológicas, sociales, interpersonales, ambientales y culturales que alientan un estilo de vida caracterizado por molestias somáticas inexplicadas y uso excesivo de servicios médicos, preocupación con la salud y enfermedad y conducta de enfermedad crónica.

García (2010) explica que el concepto de somatización destaca e incluye tres componentes importantes los cuales son; en primer lugar, el componente experimental, este se refiere a que el individuo expresa lo que percibe en relación con el cuerpo, sea dolor u otras manifestaciones corporales desacostumbradas, disfuncionales o de cambio de apariencia. El segundo componente que es lo cognitivo, esto más que todo es la interpretación que el sujeto realiza de estas percepciones y a qué las atribuye. Y por último el tercer componente es lo conductual, esto incluye las acciones verbales y no verbales que subyacen a las atribuciones realizadas.

1.2.2 Origen de la somatización

Hernández y Ramírez (2011) explican el origen de la somatización en base a un análisis presentado por García (como se citó en Hernández y Ramírez 2011), un autor importante en la psicología lo cual es congruente con el diagnóstico funcional que es utilizado en la terapia

cognitivo conductual, donde se consideran factores predisponentes, precipitantes, de control, síntomas o conductas problema y factores de mantenimiento por lo que la interrelación de estos elementos da la pauta para el tratamiento cognitivo conductual. Este mismo autor para realizar el análisis de la somatización considera los tres tipos de factores propuestos en el modelo de Goldberg, que se presentarán a continuación:

- Los factores predisponentes: se refiere a la vulnerabilidad del individuo a enfermar, pero no significa o quiere decir que necesariamente la persona enfermará, sin embargo, esto dependerá de los factores precipitantes. Dentro de los predisponentes, en el caso de la somatización, menciona los biológicos (alteraciones corporales difíciles de detectar con pruebas habituales), los genéticos (antecedentes familiares) y las experiencias infantiles, que se agrupan en tres categorías: carencias afectivas, modelado de la enfermedad de los padres y experiencias de la enfermedad como afrontamiento.
- Los factores precipitantes: generalmente son situaciones de estrés, donde las fuentes principales son los amigos, la pareja y el trabajo; estas situaciones en su mayoría facilitan o agravan la aparición de la enfermedad en las personas, que ya están predispuestas a sufrirlas.
- Los factores mantenedores: se refiere a que son los encargados de que una vez que se inicie la enfermedad esta se pueda convertir en crónica, por ende, los factores mantenedores como la ganancia secundaria, es decir que da beneficios asociados a padecer la enfermedad, como incapacidad laboral) y el refuerzo social que surge de la familia o del médico. Algo muy importante que se debe aclarar es que la persona que presenta síntomas psicossomáticos no es consciente ni simula esas situaciones.

Por lo tanto, así es como se origina la somatización por varios factores y situaciones que un individuo tiene en la vida cotidiana.

1.2.3 Síntomas y síndromes

Egan (2014) menciona que los pacientes que somatizan presentan altas tasas significativas de alexitimia, es la dificultad de expresar e identificar emociones y sentimientos. Así mismo las personas que padecen algún tipo de dolencia psicosomática, no solo implican problemas algunas veces dolor crónico que pueden durar un lapso significativo. Los síntomas a menudo interfieren con el trabajo y las relaciones interpersonales por lo que llevan a muchos a consultar con varios especialistas. Los síntomas y síndromes se dividen en seis grandes grupos, los cuales se mencionan a continuación:

Dentro de los síntomas gastrointestinales se pueden presentar, náuseas, dolor abdominal, diarrea e hinchazón o inflamación; así mismo se encuentra el grupo de los síntomas pseudoneurológicos los más comunes de ellos son: amnesia, sordera, dificultad al tragar y pseudoconvulsiones. Se manifiestan los síntomas dolorosos, estos son generalmente los que se mencionan bastante en clínica, ya que son dolores fuertes en las extremidades, dolor de espalda, dolor en las articulaciones y cefaleas.

Existen otros síntomas, sin embargo, son poco frecuentes y comunes por las personas, estos están relacionados con el aparato reproductor, los cuales pueden ser dispareunia, se refiere a un dolor producido al intentar realizar el coito u otras actividades sexuales con penetración, irregularidad en los ciclos menstruales, hipermenorrea esto es un sangrado excesivo de lo que es normalmente la menstruación y también están las sensaciones quemantes en los órganos sexuales.

Se encuentran los síntomas cardiopulmonares, entre ellos están el dolor torácico, palpitaciones, dificultad al respirar en reposo y mareos. El hecho de somatizar puede llegar a generar algún tipo de síndrome, los cuales son:

- Alergias alimentarias extrañas: una persona que, al comer carne de cerdo, automáticamente la piel se le torne rojiza.
- Fibromialgia: dolor crónico en las piernas o en cualquier parte del cuerpo.

- Síndrome de fatiga crónica: un sujeto que parece tener poca energía durante el día, a pesar de que descansa lo necesario y adecuado.
- Sensibilidad química: persona que no puede estar rodeada de gente que huelen a desodorante, cremas corporales y demás olores, ya que se ahoga y se desestabiliza.

1.2.4 Causas de la somatización

Zegarra y Guzmán (2012) explican que los síntomas somáticos pueden provocarse por tres causas principales, donde la primera de ellas se relaciona con los procesos fisiológicos diarios, por ejemplo, cambios hormonales, respiración, digestión, entre otros. Otra causa se debe a circunstancias que no son enfermedades (modificaciones en la dieta, exceso de fatiga, entre otros.). Y por último algo muy importante, es el medio ambiente, ya que este puede afectar al individuo, como la humedad, el exceso de luz, el ruido y demás.

De igual manera en el origen de la somatización se encuentran causas genéticas, biológicas y experiencias de índole familiar. Las causas genéticas se vinculan con la predisposición hereditaria con los familiares de primer grado del sexo femenino. Las causas biológicas ponen en evidencia que las funciones cerebrales derechas se han desarrollado por sobre las funciones izquierdas en pacientes con síntomas psicósomáticos. Y las causas concernientes a las experiencias familiares, estas indican carencias afectivas en la infancia y a un modelado erróneo de alguna enfermedad por parte de los padres.

Según Safer (como se citó en Zegarra y Guzmán 2012), considera que la clase social baja y de poca educación en la que se desarrolla la persona, el sexo (debido a que es más común en mujeres que en hombres), la personalidad, la incapacidad de expresar la angustia emocional a través del lenguaje, al igual que los trastornos de personalidad antisocial, trastorno de abuso de sustancias, trastorno de angustia, depresión o ansiedad, son factores de riesgo que puede ayudar a contribuir al desarrollo de los síntomas somáticos.

Así mismo, las sensaciones corporales, entre ellas se encuentran lo que son los síntomas físicos, estos poseen dos aspectos característicos, por un lado, está la sensación periférica propiamente y por otro lado se encuentra la interpretación que se realiza de esta sensación por parte del cerebro. Se dice que durante el día el ser humano experimenta sensaciones somáticas que mayormente pasan desapercibidas, puesto que no se les otorga o da un significado en particular. Es justamente en este momento en que las personas que somatizan dan mayor atención a estas sensaciones.

Ambos autores principales también hacen énfasis en el concepto de la fijación somática, ya que puede ser parte de una de las causas de la somatización; explican que se le denomina de esta manera (fijación) a aquellas conductas en la que los sujetos hacen grandes los síntomas, mantienen una conducta hipervigilante, por el hecho de que se ve amenazado, proceden con especialistas para evaluarse los síntomas que se consideran ordinarios para el resto de las personas, pero que son considerados importantes para los sujetos que presentan síntomas psicósomáticos.

1.2.5 Trastorno de síntomas somáticos

APA (2014) en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V, establece este tipo de patología dentro de la sección de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, ya que explica que una de las características principales del trastorno mencionado, es la importancia de los síntomas somáticos asociados con un malestar y que produzca deterioros significativos. Generalmente las personas que aparecen con este tipo de trastorno son en los centros de atención primaria y en otros centros médicos, ya que lo hacen con menos frecuencia en el ámbito de la psiquiatría y en otros centros relacionados con la salud mental. Por lo tanto, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) describe algunos aspectos importantes que se deben tomar en cuenta antes de diagnosticar a una persona con este trastorno, al igual que algunos indicadores que conforman esta patología en sí. Los criterios diagnósticos que evaluar para el trastorno de síntomas somáticos son los siguientes:

- a) Presencia de uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida cotidiana.
- b) Hay pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
- Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
 - Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
 - Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.
- c) Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Los diversos tipos de somatizaciones pueden especificarse de la siguiente forma:

- Con predominio de dolor: quiere decir que los síntomas somáticos implican sobre todo dolor.
- Persistente: este curso se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración y duración prolongada (más de seis meses).

Otros indicadores relevantes son la prevalencia, puesto que se describe que las mujeres tienden a referir más síntomas somáticos que los varones, es por ello que la prevalencia de este tipo de trastorno a consecuencia de ello, prevalece mayormente en las mujeres. También son relevantes los factores de riesgo y pronóstico que son: los temperamentales, ambientales y modificadores del curso.

1.2.6 Tratamiento

Reus (2019) determina que los pacientes con trastorno o síntomas psicósomáticos suelen ser objeto de numerosas pruebas diagnósticas e intervenciones exploradas, en el intento de poder encontrar la enfermedad aparentemente real. Este enfoque pues está condenado al fracaso, ya que no aborda el problema fundamental. El tratamiento debe inclinarse a modificar el comportamiento; incluye que el acceso al médico esté estrictamente limitado, así mismo un diseño de apoyo programado y duradero, así sería menor la notoria dependencia del malestar del paciente. Las visitas deben ser breves y no asociadas a la necesidad de tomar una medida diagnóstica o terapéutica.

Refiere que la bibliografía al respecto es limitada, algunos pacientes con trastorno de síntomas somáticos pueden mejorar con un tratamiento antidepresivo, sin embargo, no es lo recomendable. Se debe tomar en cuenta que cualquier intento de confrontar al paciente genera solo una sensación de humillación y hace que este abandone la consulta del especialista. Una de las mejores estrategias consiste en introducir la causalidad psicológica como una de las posibles explicaciones y englobar la enfermedad simulada como opción en el diagnóstico diferencial que se plantea. Sin vincular directamente la intervención psicoterapéutica con el diagnóstico; es posible ofrecer a la persona una forma de conservar el orgullo y examinar la relación patológica con los servicios de salud a fin de desarrollar formas alternativas de afrontar los factores de estrés de la vida.

Florenzano (como se citó en Reus 2019) describe que se ha encontrado mucha dificultad en el tratamiento de personas que presentan este trastorno, debido a la incapacidad de aceptar una causa psíquica a los problemas físicos. Además, se evidencia una dificultad en la interpretación de los síntomas y la manera de abordar los casos, puesto que, si un paciente escucha frases como, esto es producto de su imaginación, situación que es frecuente en personas que acuden a atención primaria de salud, comienzan a perder la confianza en el médico y a establecer una creencia errónea de que esos malestares no son realmente considerados o son de poca importancia para una indagación médica.

Una vez realizado el diagnóstico el médico debe leer los síntomas físicos como expresiones emocionales. En el momento en que el paciente reconozca que la causa de los síntomas físicos tiene una raíz emocional, es la instancia en la cual el médico tratante pueda referirlo a un profesional de la salud mental.

El mismo autor agrega que se ha demostrado la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos, y que estos pueden reducir hasta un 50% los gastos médicos y mejorar de manera óptima los resultados en el individuo. La psicoterapia ayuda estos pacientes a enfrentar y a buscar alternativas para sus problemas interpersonales, a expresar emociones reprimidas, y de mirar de otro modo a sus molestias físicas.

1.2.7 Percepción médica y psicológica de la somatización.

Rocha (2011) hace mención que la teoría de la medicina de la antigüedad hasta la actualidad brindó poco interés en la causa de las enfermedades a los diversos factores psicológicos. Por lo tanto, considera que el problema inicial es que las clasificaciones diagnósticas usadas en la psiquiatría como el DSM-IV TR (Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana) y la CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades de la OMS) no son apropiadas para el médico de atención primaria, porque no cuenta con los instrumentos adecuados de diagnóstico, además de enfrentarse a una terminología confusa y poco práctica.

En el área médica general es rara la vez que utilizan los términos de trastorno somáticos, sino que tienen propia terminología como síntomas somáticos sin causa orgánica (SSO), síntomas medicamente inexplicables o síntomas somáticos funcionales. Entre otros; Es claro que no existe una clasificación aceptada entre las diversas especialidades médicas, lo que da por resultado una paradoja clínica en la que los pacientes son considerados en las clasificaciones psiquiátricas, pero son atendidos por el médico general o de urgencias.

El mismo autor habla sobre la percepción psicológica, donde describe que los psicólogos trabajan bajo un modelo psicológico que establece las causas de los problemas en el aprendizaje que tiene lugar durante el proceso de interacción entre la persona y su contexto o situaciones de vida. Esta perspectiva se enfoca en enseñar al individuo nuevas estrategias de afrontamiento que

le permitan llevar a cabo una interacción más favorable con su entorno, así como modificar los elementos negativos de este. Todo esto se realiza mediante el uso de técnicas de intervención psicológicas que ponen en juego los principios de aprendizaje.

Por lo tanto, Hernández (como se citó en Rocha 2011) hace hincapié en el hecho de realizar una buena evaluación, ya que es de suma importancia para el estudio y tratamiento de cualquier trastorno, no obstante, ésta cobra aún mayor protagonismo en las somatizaciones. Es necesario incluir la somatización en el diagnóstico diferencial y descartar en primer lugar si se trata de una enfermedad orgánica. Por lo que, al momento de un cuadro psicossomático, el sufrimiento del paciente es siempre real, por ello es necesaria la actitud empática y de aceptación para un manejo eficaz del cliente. A continuación, se darán a conocer las diferentes perspectivas en base a diferentes profesiones.

Tabla Núm. 2

Diferentes perspectivas en cuanto a especialidades

| Médica | Psicológica |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los psiquiatras y médicos trabajan bajo un modelo médico. • Les atribuyen causas orgánicas a los problemas de salud física o mental. • Intervienen a través de la administración de fármacos destinados a eliminar los síntomas de la patología. • Olvidan la posibilidad del factor psicológico en la aparición de estos síntomas. • Por el consumo de fármacos puede generar un abuso o dependencia a ciertos fármacos, que agravan así el problema. | <ul style="list-style-type: none"> • Toma en cuenta que el ser humano es un ser social, biológico y psicológico, por lo que la enfermedad abarcará la totalidad humana. • En la consulta se incluyen los tres aspectos de la persona (biológico, social y psicológico). • Los síntomas se tratan y se llevan a cabo por medio del uso de técnicas de intervención psicológica. • Abarca la conducta, el pensamiento y las emociones de los individuos. |

Fuente: elaboración propia con base a Rocha (2011), p. 138.

En general la dependencia emocional es una situación que se puede generar por haber tenido antecedentes o experiencias un tanto malas en la primera etapa de la vida, la infancia, otro factor es que simplemente optan el hecho de ser dependiente de alguien, ya que a los individuos los hace sentir seguros, protegidos y algo muy importante es que los hace sentir amados y queridos por alguien. De igual manera la somatización que es un problema puramente psíquico, pero que emerge en lo físico, muchas veces al tratar este diagnóstico, se encuentran las causas por posibles traumas en el pasado del sujeto, así mismo el origen puede ser por emociones mal manejadas o controladas y por ende la persona desarrollará algún síntoma de dolor en el cuerpo, generalmente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dependencia emocional es un patrón de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir a través de otra persona, como la pareja, un hijo o los progenitores, sin embargo, es más frecuente que se dé en una relación de pareja, en donde se pone de manifiesto característica como la sumisión, subordinación, desequilibrio emocional, necesidad excesiva de la otra persona, necesidad de agradar, conductas vigilantes, amor sin límites, miedo a la ruptura, entre otros. Los dependientes emocionales tienen una necesidad de ser amados y de recibir afecto sin importar el costo, por lo tanto, estas personas podrían llegar a perder la dignidad y autoestima, todo esto con el tiempo puede generar un malestar psicológico.

La somatización se puede explicar sencillamente, que es un fenómeno mental en forma de síntoma físico que puede llegar a producir malestar, pero que no se puede explicar de forma médica u orgánica, por ejemplo, a partir de una revisión del cuerpo, por lo mismo es que no se logra encontrar la causa. Años atrás uno de los grandes pioneros de la psicología como Freud, empezó a estudiar este aspecto y él fue quien le denominó histeria a esta dolencia, ya que esto surgía por las consecuencias de ciertos problemas psicológicos, dato por el cual ahora la psiquiatría y psicología moderna cataloga como somatización. Por lo tanto, han comprobado que a causa de conflictos emocionales pueden manifestar síntomas físicos como dolores de cabeza, náuseas, gripe, e incluso gastritis, entre otros.

El análisis del estudio presentado es importante ya que los conceptos de dependencia emocional y somatización han sido poco estudiados en el ámbito psicológico, por lo tanto, interesa evaluar a la pequeña población de mujeres para corroborar si realmente están más cercanas a tener un comportamiento dependiente y por ende si padecen de algún tipo de somatización, así mismo para dejarles la pauta que ambas cosas pueden convertirse en patología.

En Guatemala se conocen tantos casos cercanos, familiares que padecen enfermedades como las gastrointestinales, alergias, gripe, dolor de espalda, entre otros; en donde muchas veces los médicos recetan fármacos para su rápida recuperación, pero no fomentan la búsqueda psicológica para la curación, ya que algunos estudios plasman que esto podría ser causa de problemas psicológicos o por emociones mal manejadas. Al igual la dependencia emocional puede generar un desequilibrio emocional en las personas; sin ir tan lejos en el Municipio de Malacatán se puede observar esto, principalmente en las mujeres, que las emociones podrían llegar a afectar el buen funcionamiento del cuerpo. Por lo tanto, el tema de dependencia emocional y somatización busca describir y ampliar el conocimiento de lo que son estos dos aspectos, que en la actualidad el primer término es aún más mencionado y conocido, más no el segundo.

Como psicólogos es de suma importancia estudiar y conocer sobre diversas situaciones que una persona dependiente puede llegar a experimentar, una de las más significativas a tomar en cuenta es el desajuste emocional que se da entre mente y cuerpo, para poder desarrollar un programa de apoyo o plan de intervención psicológica acorde a cada una de las necesidades de este tipo de personas. Al mismo tiempo conocer el nivel de dependencia y somatización que probablemente pueden poseer, en este caso las mujeres y brindarles nuevas estrategias para sobrellevar esto. Para efecto de la investigación se plantea la siguiente pregunta, ¿Cuál es el nivel de dependencia emocional y de somatización que presentan las mujeres que asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día de Malacatán, municipio del Departamento de San Marcos?

2.1 Objetivos

2.1.1 General

Determinar el nivel de dependencia emocional y de somatización que presentan las mujeres que asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día de Malacatán, municipio del Departamento de San Marcos.

2.1.2 Específicos

- Evaluar el nivel del factor miedo a la soledad que presentan las mujeres
- Identificar el nivel de psicorreactividad en las mujeres que asisten a la iglesia Adventista
- Establecer en qué nivel de riesgo psicopatológico se encuentran las mujeres.

2.2 Variables

- Dependencia emocional
- Somatización

2.3 Definición de variables

2.3.1 Definición conceptual de las variables o elementos de estudio

Dependencia emocional

Riso (2012) define la dependencia emocional como un apego del cual hay que desprenderse para alcanzar una existencia libre y saludable, hace esta relación ya que el apego es un vínculo obsesivo que muchos establecen con un objeto, una persona o una idea y al momento que se considera a alguien como imprescindible no se es capaz de renunciar a eso. Hay personas que son más vulnerables a las dependencias emocionales lo cual influye desde la personalidad, el aprendizaje y cómo lo hayan educado, entonces son personas que son muy dependientes al amor, por ejemplo, también en cuanto a la preferencia sexual ya que la mujer es cinco veces más propensa de depender emocionalmente, en cambio los hombres son más susceptibles de apegarse a la sexualidad.

Somatización

Morales, González y Hernández (2011) definen el término de somatización, como el hecho de transformar problemas psíquicos en síntomas orgánicos de una manera involuntaria. Así mismo somatizar también es la expresión física del malestar psicológico. Esto no significa que siempre sea un problema mental, sino que es consecuencia de la relación que hay entre mente y cuerpo. Un dato curioso que mencionan es que los problemas emocionales o emociones negativas pueden producir enfermedades psicósomáticas; porque el cuerpo se encarga de expresar las emociones que sienten las personas y al momento de que estas no pueden o son expresadas de una mala manera, son somatizadas.

2.3.2 Definición operacional de las variables o elementos de estudio

Las variables de estudio se operacionalizarán a través del Cuestionario de dependencia emocional (CDE), un instrumento utilizado para medir la dependencia emocional elaborado por Mariantonia Lemos Hoyos y Nora Helena Londoño Arredondo. El cuestionario está compuesto por 23 ítems, es autoaplicado, cada ítem valorado con una escala likert de seis puntos que va desde uno (completamente falso de mí) hasta seis (me describe perfectamente), así mismo evalúa seis factores, los cuales son: ansiedad de separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite y búsqueda de atención.

También se utilizará el Listado de síntomas breves, LSB-50, un instrumento utilizado para

identificar y valorar los síntomas psicossomáticos elaborado por Luis de Rivera y Manuel Abuín. Se puede aplicar a sujetos adultos y de manera individual y colectiva. El cuestionario se compone de 7 escalas principales, las cuales son (sensibilidad obsesiva, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, sueño estricto y sueño ampliada); 2 subescalas (sensibilidad y obsesión-compulsión) y 1 escala de riesgo psicopatológico. Permite la obtención de 3 índices globales (índice global de severidad, número de síntomas positivos e índice de intensidad de los síntomas positivos), cada uno de los cuales es indicativo de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general. La escala que se tomara en cuenta es la de somatización ya que el objeto de estudio es determinar su nivel.

2.4 Alcances y límites

El estudio se realizó únicamente con 40 mujeres de un nivel socioeconómico medio bajo y medio alto, de etnia ladina que oscilan entre los 18 a 55 años que asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día de Malacatán, municipio del departamento de San Marcos, donde se pretende determinar el nivel de dependencia emocional y de somatización. Entre los límites encontrados se destaca la implementación de pruebas en versión digital, debido al tiempo límite y la única oportunidad de realizar ambas pruebas, se necesitó estar pendiente y en comunicación con cada una de las integrantes del grupo, para confirmar de recibido los correos con las evaluaciones mencionadas anteriormente.

2.5 Aporte

La realización de esta investigación beneficiará a toda la sociedad, a la población de Guatemala y al Municipio de Malacatán San Marcos, ya que permitirá a partir de la información obtenida conocer pautas que pueden ser de ayuda para informar acerca de la posible dependencia emocional que poseen las personas al mismo tiempo de los síntomas psicossomáticos o somatización que generan algunos conflictos emocionales. A la iglesia Adventista del Séptimo Día del municipio de Malacatán San Marcos, para poder orientar a las féminas con esta condición o tipo de personalidad (dependiente) para llevar un proceso psicológico posteriormente.

A la Universidad Rafael Landívar, a la facultad de humanidades, ya que podrá ofrecer a los usuarios documentos recientes referentes al tema, al igual que los profesionales de la psicología y a los futuros estudiantes interesados en ampliar el conocimiento sobre el mismo, también para utilizar esta investigación como fuente o antecedente para futuras teorías e investigaciones.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Para la realización de la investigación se trabajó con una muestra de 40 personas, las cuales fueron solamente mujeres; comprendidas entre las edades de 18 a 55 años, donde algunas se encuentran casadas, solteras y otras separadas; habitan en el área urbana del municipio de Malacatán, departamento de San Marcos, de la misma forma pertenecen a la etnia ladina de nacionalidad guatemalteca, las féminas tienen escolaridad diversa entre estas con estudios universitarios, otras con estudios de nivel diversificado y también con estudios de nivel básico; la mayoría con un perfil socioeconómico medio bajo y medio alto, todas son cristianas puesto que unas profesan la religión evangélica; asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día del municipio de Malacatán.

3.2 Instrumento

Para llevar a cabo esta investigación, en la primera variable se utilizó el Cuestionario de Dependencia Emocional CDE, elaborado por Mariantonia Lemos Hoyos y Nora Helena Londoño Arredondo; lo cual es una prueba que cumple con los parámetros adecuados para medir la dependencia emocional además cuenta con indicadores de confiabilidad y evidencias de validez de constructos adecuados. Esta prueba está basada en el perfil cognitivo del modelo de Beck, ya que considera las siguientes características psicológicas en función a los individuos con dependencia emocional:

- Concepto de sí mismo: creencias sobre lo que es, piensa o cómo se describe a nivel cognitivo, emocional y social una persona.
- Concepto de otros: creencias sobre lo que se piensa que es, a nivel cognitivo, emocional y social una persona.

- Amenazas: situaciones o eventos que generan estados emocionales perturbadores para el sujeto, por ejemplo, la ruptura de una relación o cualquier situación de incomodidad.
- Estrategias interpersonales: modo como los diversos tipos de personalidad se relacionan y actúan con otras personas y el modo cómo utilizan el espacio interpersonal.

Al igual la herramienta mide seis factores importantes, que predomina en este tipo de personas, se mencionan a continuación:

- Ansiedad de separación
- Expresión afectiva
- Modificación de planes
- Miedo a la soledad
- Expresión límite
- Búsqueda de atención

En cuanto a su ámbito de aplicación, se dirige tanto a hombres como mujeres, el tiempo adecuado de responder la evaluación es aproximadamente de 5 a 10 minutos. Debido a que es una escala tipo Likert de seis puntos, los cuales se describen de 1= completamente falso de mí, 2= la mayor parte falso de mí, 3= ligeramente más verdadero que falso, 4= moderadamente verdadero de mí. 5= la mayor parte verdadero de mí y 6= me describe perfectamente. Para obtener e interpretar los resultados se procedió a dividir en tres niveles las seis escalas, los cuales quedan de esta manera:

- 1-2 = Nivel bajo
- 3-4 = Nivel medio
- 5-6 = Nivel Alto

Por efecto en la segunda variable, somatización se evaluará mediante el LSB-50, Listado de Síntomas Breve, elaborado por Luis de Rivera y Manuel R. Abuín; es un instrumento clínico cuyo objetivo o finalidad es la identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicosomáticos en adultos. Su aplicación puede ser individual y colectiva, el ámbito de esta es solo para personas adultas, el tiempo para aplicar la prueba puede durar entre 5 y 10 minutos aproximadamente. El cuestionario se compone de 7 escalas principales (sensibilidad obsesiva, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, sueño estricto y sueño ampliada); 2 subescalas (sensibilidad y obsesión – compulsión) y 1 escala de riesgo psicopatológico. Así mismo permite la obtención de 3 índices globales (índice global de severidad, número de síntomas positivos e índice de intensidad de los síntomas positivos), cada uno de los cuales es indicativo de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general.

En cuanto a la validez es que los síntomas psicopatológicos tienen repercusiones en la vida académica y demás áreas, la validez de criterio considera esta concurrente de las escalas e indicadores generales con respecto a variables de dependencia, estilos de relación y apego personal; por el lado de la confiabilidad, en los análisis realizados de la fiabilidad, da un coeficiente entre 0.79 y 0.90. Por lo tanto, la corrección del LSB-50 proporciona las puntuaciones de las dos escalas de validez, existen dos formas, donde la primera debe utilizarse el ejemplar corregible la cual es de forma manual, se realizan las puntuaciones directas, para luego pasarlas a percentiles y también se puede corregir por internet por medio de TEA ediciones, esta se hace con un pin gratuito, pues mide toda la prueba, da escalas de validez, índices generales, escalas clínicas y el índice de riesgo psicopatológico.

3.3 Procedimiento

- Selección de los temas: para la realización de la investigación.
- Elaboración y aprobación del sumario: se enviaron dos de los mismos, el cual aprobaron un para dicha investigación.

- Aprobación del tema a investigar: mediante realización del perfil de investigación y aprobación de autoridades correspondientes.
- Investigación de antecedentes: recopilación de información mediante tesis, artículos de internet, revistas, entre otros.
- Elaboración del índice: en base a las dos variables de estudio.
- Realización del marco teórico: utilización de libros y recursos de internet.
- Planteamiento del problema: se hace énfasis en el estudio del marco teórico y en la problemática observada.
- Elaboración del método de investigación: por medio del proceso estadístico para desarrollar el procedimiento que más se adecua a la investigación.
- Elaboración de escala tipo Liker sobre dependencia emocional (CDE)
- Aplicación de la prueba psicométrico LSB-50, Listado de síntomas breves
- Estadística: se realizó el trabajo de campo, calificación de las pruebas, tabulación de datos, estructuración de tablas y gráficos estadísticos.
- Presentación y análisis de resultados: donde se presentó las tablas finales de resultados y los gráficos estadísticos, así como un análisis de los mismos.
- Discusión: aquí se confrontó los resultados de la investigación con la teoría y se llegó a una conclusión.
- Conclusiones: se presentó las conclusiones de la investigación

- Recomendaciones: se indica algunas sugerencias sobre la investigación.
- Resumen: síntesis de todo lo trabajado en la investigación
- Referencias bibliográficas: basado en los lineamientos que da las normas APA.
- Anexos. Aquí se presenta la propuesta y las tablas estadísticas.

3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística

Hernández, Fernández y Baptista (2010) explican que el tipo de investigación de enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, al igual que trata determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivización de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede.

Monje (2011) define que el diseño descriptivo en una investigación, es un conjunto de procesos lógicos y prácticos que permiten identificar las características de una población, lugar, o proceso social, económico, ambiental, cultural o político, además se enfoca en una población específica, determina relaciones de causa y efecto entre variables e identifica las causas directas de un problema, por lo tanto su objetivo no es cómo se relacionan las variables entre sí, sino únicamente pretender medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las mismas.

Salazar y Castillo (2018) explican que, para estudios con enfoque o diseño descriptivo, se utiliza la metodología estadística de las medidas de tendencia central, las cuales son: moda, mediana y media; ya que estas logran resumir con una sola cantidad a un grupo de datos numéricos. Para ello presenta las siguientes fórmulas estadísticas

- Moda
$$Mo = Li + \left(\frac{\Delta 1}{\Delta 1 + \Delta 2} \right) * c$$

- Mediana
$$Me = Li + \left(\frac{\frac{n}{2} - F_{i-1}}{f_i} \right) \cdot a$$

- Se determina la media aritmética:

- $$\bar{X} = \frac{\sum f X_i}{N}$$

- Se calcula la desviación típica o estándar:

$$\sigma = \sqrt{\left(\frac{\sum f \cdot d^2}{N} \right) - \left(\frac{\sum f \cdot d}{N} \right)^2}$$

- Se establece el nivel de confianza: NC= 99%

- Intervalo de confianza:

- $$Z_{\frac{\alpha}{2}} = 2.58$$

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados estadísticos obtenidos de la escala (CDE) Cuestionario de dependencia emocional y la prueba psicométrica (LSB-50) Listado de síntomas breves, el cual mide la somatización. Aplicadas a 40 mujeres que oscilan entre los 18 a 55 años, las cuales asisten a la iglesia Adventista del Séptimo día del Municipio de Malacatán San Marcos. Las tablas y gráficas que se darán a conocer demuestran los objetivos alcanzados en la investigación.

Tabla Núm. 3

Nivel de dependencia emocional

| DEPENDENCIA EMOCIONAL | |
|------------------------------|-------|
| Media | 43.25 |
| Mediana | 41.50 |
| Moda | 42.00 |
| Desviación estándar | 15.23 |
| Límite inferior | 23 |
| Límite superior | 84 |

Fuente: Trabajo de campo (2020)

En la tabla anterior se indican las medidas de tendencia central de los datos obtenidos en función de la prueba CDE, la cual se utilizó para obtener el nivel de dependencia emocional en las mujeres; como resultado de la media que es de 43.25 dato que cataloga a las féminas en un nivel bajo, según la prueba mencionada. Así mismo, se puede observar que el resultado con mayor prevalencia es la moda con la cantidad de 42. Con dichos resultados, se logró alcanzar lo que es el objetivo general de la investigación.

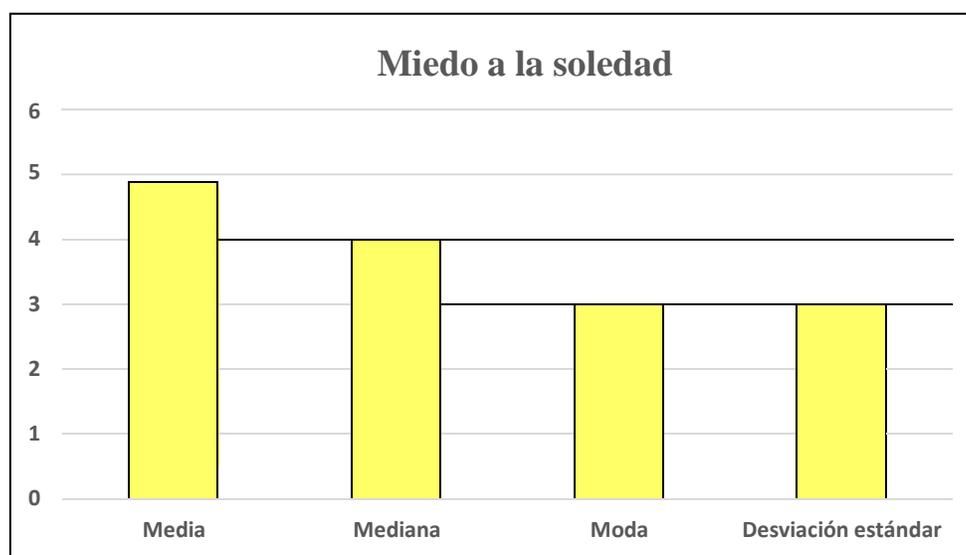
Tabla Núm. 4
Nivel de somatización

| SOMATIZACIÓN | |
|-----------------------------------|------|
| Media | 0.95 |
| Mediana | 0.83 |
| Moda | 0.70 |
| Desviación estándar | 0.53 |
| Límite inferior | 0.10 |
| Límite superior | 2.40 |
| Nivel de confianza (99.0%) | 0.23 |

Fuente: Trabajo de campo 2020

Se logra observar en la tabla anterior que el 0.95 es el resultado de la media según el dato obtenido de la prueba LSB-50 de síntomas breves, por lo que dicho resultado hace referencia a que las mujeres se encuentran en un nivel medio alto de somatización; lo cual refleja que en el grupo evaluado tienen cierta dificultad de expresar algún problema o conflicto emocional de manera verbal y por ello tienden a somatizar más. A razón de lo mencionado se logró completar el objetivo general.

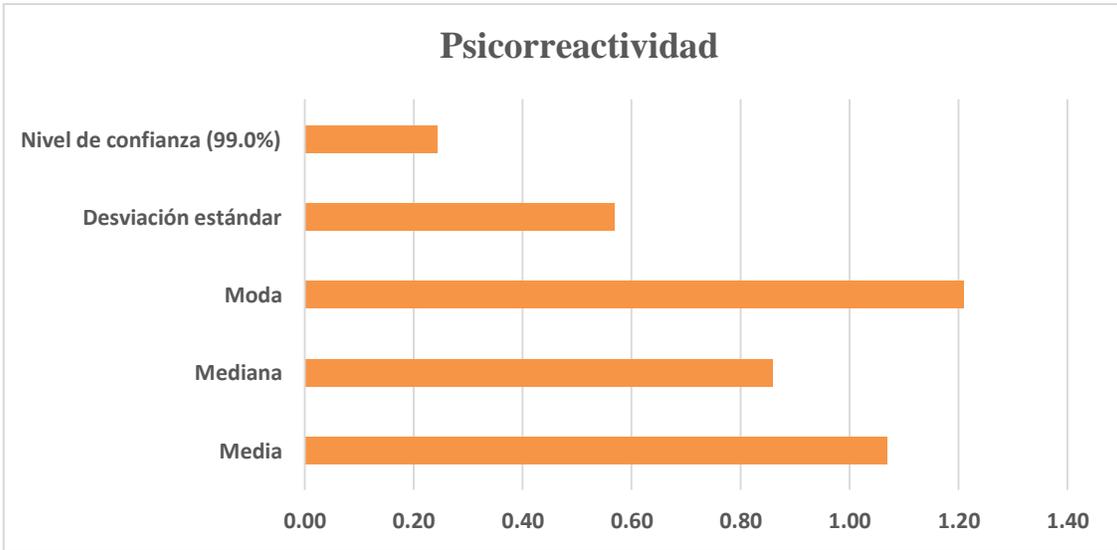
Gráfica Núm. 1
Factor miedo a la soledad



Fuente: Trabajo de campo (2020)

La media en el factor miedo a la soledad, fue de 4.88 el cual queda dentro del rango de 3-6, lo que significa que las mujeres se encuentran en un nivel bajo, por el hecho que el miedo a quedarse sola o a ser abandonada no es un factor que les cause temor. Con esto se pudo lograr el alcance del primer objetivo específico. De igual manera, se observa que la desviación estándar es de 2.92, lo que indica que la dispersión de los datos de la muestra es adecuada con respecto a la media.

Gráfica Núm. 2
 Nivel de psicorreactividad

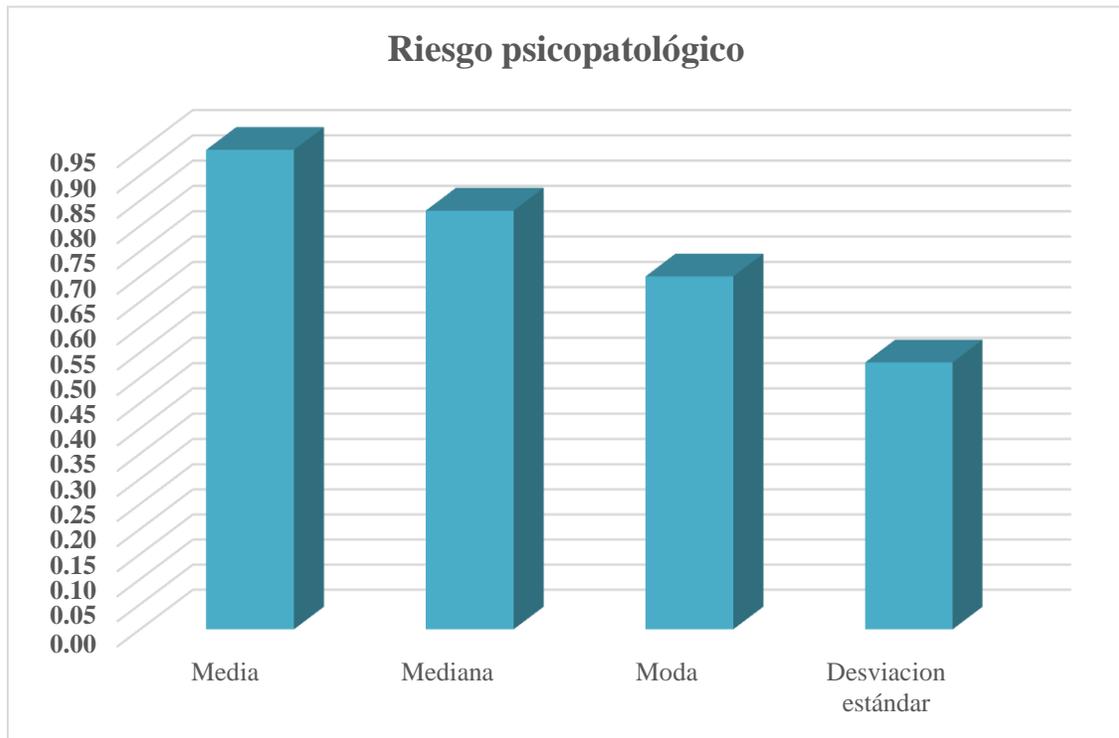


Fuente: Trabajo de campo (2020)

En la gráfica anterior se pueden observar las medidas de tendencia central, obtenidas de la escala de psicorreactividad, donde la media es de 1.07, por lo tanto, significa que las mujeres presentan un nivel alto en la escala ya mencionada; así mismo, el resultado con mayor prevalencia, es decir la moda, es de 1.21. Con los datos anteriores, se demuestra el alcance del segundo objetivo específico.

Gráfica Núm. 3

Nivel de riesgo psicopatológico



Fuente: Trabajo de campo (2020)

En la presente gráfica, se visualiza que la media en el indicador de riesgo psicopatológico fue de 0.95, lo que hace referencia a que las mujeres evaluadas tengan un nivel medio alto de riesgo. El resultado con mayor prevalencia se puede observar que es la moda con un dato de 0.70 y la desviación obtenida fue de 0.53, significa que hay una heterogeneidad en los datos que se obtuvieron con respecto a la media. Con los resultados anteriores se completa el alcance del tercer y último objetivo específico.

V. DISCUSIÓN

Existe una adicción más destructiva que cualquier droga, es una afección psicológica que convierte al amor en un sentimiento enfermizo, se ha comprobado que al momento que las personas rompen una relación, las hormonas y químicos cerebrales que aumentan durante el enamoramiento, disminuyen drásticamente y pueden causar depresión, apego y la necesidad obsesiva y dañina de estar con esa persona, por lo tanto, si este problema no se trata, las consecuencias pueden llegar a ser fatales. Se habla de la dependencia emocional, un hechizo que lleva al individuo a sufrir y a que a menudo tenga dudas.

Las personas pueden ver que están mal al lado no solo de esa pareja, también puede ser de un amigo o amiga, hermano, padre, entre otros, sin embargo empiezan a pensar que él o ella tiene cosas buenas que le gustan y creen que esas pocas cosas con las que sí coinciden con dicha persona significativa no las encontrarán en nadie más, que no podrán soportar dejar de compartir quizá esas charlas agradables, momentos especiales, salidas juntos y demás, como si fueran cosas que le gustara a poca gente o a nadie más y por ende los sujetos tienen ideas erróneas de tipo: es que es difícil encontrar a alguien así o es raro coincidir de esa manera con otros, claro son creencias limitantes que justamente hacen eso en ellas, limitarlas, que no vean más allá, que no puedan observar la cantidad de gente con la cual podrían encajar e incluso sentirse plenos.

Así mismo se menciona la somatización como un concepto que se define como la tendencia que presentan algunos sujetos a experimentar y comunicar molestias somáticas y síntomas físicos, para expresar malestares emocionales o psicosociales. Actualmente en psicología se utiliza el término síntomas psicósomáticos, son los que hacen énfasis en presentar dolencias físicas, cuya aparición, mantenimiento o agravamiento estén relacionadas con factores psicológicos de excesiva excitación emocional, afrontamiento inadecuado y estrés crónico, por lo que un síntoma de este tipo puede ser medicamente explicable o inexplicable, esto dependerá del contexto en que se presente.

Para llevar a cabo dicha investigación se utilizó un grupo de 40 mujeres que asisten a la Iglesia Adventista del Séptimo Día, del municipio de Malacatán San Marcos, donde se les aplicó las

pruebas de, dependencia emocional (CDE) y el listado de síntomas breves (LSB-50), dichas evaluaciones se impartieron en versión digital, por motivo de la situación que se vive, respecto a la pandemia del Covid-19, pues se debía respetar el distanciamiento social; y por ello fue necesario crear una base de datos para llevar un mejor control con cada uno de los sujetos, por consiguiente se hizo énfasis con el hecho de que cumplieran con algunos requisitos establecidos, entre ellos se pueden mencionar los siguientes: acceso a un correo personal, conexión segura y estable a internet, tomar en cuenta el tiempo límite para cada test y la confirmación de recibido de ambos correos.

Al determinar el nivel de dependencia emocional en mujeres de 18 años en adelante, que asisten a la iglesia Adventista, se comprobó que las féminas obtuvieron un nivel bajo de dependencia emocional, por el hecho de formar parte de un grupo de apoyo espiritual de manera interna y esto como resultado genera una ayuda de modo indirecto en el aspecto emocional a los sujetos. Mínguez y Álvarez (2011) mencionan algo importante y fundamental, que el tipo de apego que brinden los padres va a depender en la forma en que se vinculen con los demás y por ende influirá en la manera de amar. Por lo tanto, hace referencia a un tipo de apego seguro, el cual es este el que se logra evidenciar en la edad adulta; por ello puede ser la causa de dicho resultado de dependencia emocional, ya que los individuos más que todo se asocian con relaciones más confiadas y positivas, tienen un nivel mayor de autonomía y pues prácticamente por tener un apego seguro tienen la capacidad de poseer ideas más realistas sobre el amor y a cualquier tipo de vínculo. El nivel ya mencionado se obtuvo a través del Cuestionario de dependencia emocional, CDE que cuenta con 6 escalas, y al tabular los resultados, al ser 23 la puntuación mínima y 138 la mayor del grupo de estudio, se ejecutó el procedimiento adecuado para obtener la media de resultados de los sujetos y constatar el rango de dependencia emocional en 43.25, lo que según el manual de dicha prueba lo cataloga en condición a un nivel bajo de dependencia emocional, en combinación al contexto en que se realizó la investigación.

Ahora bien, a diferencia de somatización donde, Escallon (2014) la define como un idioma corporal; una especie de lenguaje no verbal o analógico, que emerge al momento que las expresiones verbales se bloquean, además es un proceso complejo en el que hay una amplia variedad de fuerzas psicológicas, sociales, interpersonales, ambientales y culturales, que incitan

un estilo de vida por molestias somáticas inexplicables. Con ello se logró identificar que las mujeres que estén congregadas a un grupo espiritual, puede ayudarles a sentirse bien emocionalmente y plenas, sin embargo, a pesar de lo mencionado, el hecho de tener o padecer síntomas psicósomáticos no se descarta en ellas, debido a la amplia gama de fuerzas y factores externos que ya se indicaron, influyen en padecer los mismos.

Para demostrar lo anteriormente mencionado, se utilizó el instrumento para la medición de somatización, cuya seis categorías son nulo, bajo, medio bajo, medio alto, alto y de riesgo, se ejecutó el proceso estadístico adecuado para obtener la media aritmética y constatar el rango de somatización en 0.95, lo que se cataloga según el manual de la prueba mencionada, que se encuentra en un percentil de 80 ya que a partir de 1 esto pasa o cambia a un perfil de 85, por lo tanto al tabular las puntuaciones y al ser 3 la ponderación mínima y 99 la máxima, indica que los sujetos evaluados se encuentran en un nivel medio alto de somatización.

Así mismo se evaluó un factor importante que desarrolla la dependencia emocional, este es el miedo a la soledad. Castello (2012) describe que una de las características de las personas dependientes, es el pánico al abandono o al rechazo de la pareja; ya que es común en ellos que de cierta forma idealicen a la pareja que desean tener y consideran que la relación es como lo más importante en su vida y por eso generalmente en la mayoría de las parejas tienden a ser incapaces de cortar o terminar una relación porque afectivamente lo llegan a ver como algo devastador o lo peor que puede pasar.

Puesto que, al evaluar dicho factor en las mujeres, el resultado señaló que se encontraban en un nivel bajo, lo que significa que el miedo a estar solas o rechazadas por su pareja o alguien significativo no es un factor que les cause temor. Además, son conscientes de ser felices con o sin pareja, si se acabó el amor o interés especial, es mejor aceptarlo y enterrar el sentimiento, darse cuenta de que la acción de conocer la verdad, libera emocionalmente por mucho que duela, por eso el amor, el apoyo, la seguridad, la fuerza, el placer y protección, son aspectos que las caracteriza por encontrarlo en ellas mismas.

Cabe mencionar que la somatización, al ser sumamente influenciada por el ambiente y el contexto en el que se encuentre la persona, puede que haga más énfasis en la acción de actuar a cambio de dejar sentir o expresar lo que siente; tal y como expresa Rodríguez (2012) se considera el actuar más validado que el sentir, se le da más énfasis a las características cognitivas e intelectuales, por lo tanto, se guarda o deja de lado los afectos y sentimientos, ya que éstos los consideran aspectos de debilidad y vulnerabilidad. A causa de la alta demanda y grandes exigencias del diario vivir, puede generar la distorsión y entendimiento del sí mismo de cada persona, porque conlleva así a una rotura yoica que desemboca en lo que es la psicorreactividad. Esto se pudo constatar al identificar el resultado de la media en que se encontraban las mujeres en dicha escala, el cual fue de 1.07, catalogado con un percentil de 85 que indica un rango alto, al punto que los sujetos evalúan la sensibilidad en la percepción de ellas misma en relación con los demás y con la propia imagen, así como formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación.

Existe un índice de riesgo psicopatológico el cual explora la presencia de síntomas asociados a un conglomerado de desvalorizaciones, incompreensión, miedo, somatización y hostilidad junto con ideas de suicidio, de mejor manera lo explican, Zegarra y Guzmán (2012) las sensaciones corporales, entre ellas se encuentran lo que son los síntomas físicos, estos poseen dos aspectos característicos, por un lado, está la sensación periférica propiamente y por otro lado se encuentra la interpretación que se realiza de esta sensación por parte del cerebro. Es justamente en este momento en que las personas que somatizan dan mayor atención a esas sensaciones y por ende comienzan a sentir miedo. Esto se logró reflejar dentro de los resultados que se obtuvieron en las mujeres evaluadas, debido a que se encuentran en un nivel medio alto de riesgo psicopatológico, donde la media fue de 0.95, lo que significa que los individuos deben poner más atención respecto a lo que sienten, viven y piensan, para evitar un riesgo más alto. Así mismo ambos autores hacen énfasis en la fijación somática, donde se fijan tanto en aquellas conductas en la que los sujetos agravan los síntomas, mantienen una conducta hipervigilante, por el hecho que se ve amenazado, entonces proceden a ir con especialistas a evaluarse los síntomas, que para otros son normales sin embargo para alguien que es psicósomático no, y es ahí donde esto se convierte en patológico.

En general, como conclusión de lo expuesto con anterioridad, se indica que la dependencia emocional se manifiesta a nivel bajo en las mujeres que asisten a la iglesia Adventista del Séptimo Día, independientemente de la edad, si tienen pareja o no o de su estado civil; sin embargo hubo un aspecto interesante el cual demostró que aunque se asista a una red o grupo de apoyo, en este caso espiritual, el hecho de estar bien en un plano emocional no quiere decir que no pueda incidir el punto de llegar a padecer síntomas psicósomáticos o a somatizar por alguna razón, ya que se pudo percibir que el nivel de somatización se encontró en un nivel medio alto.

VI. CONCLUSIONES

- Las mujeres que asisten a la Iglesia Adventista del Séptimo Día presentaron un nivel bajo de dependencia emocional, resultado esperado debido al lugar del contexto evaluado; un nivel medio alto en somatización, resultado que fue de mayor significancia.
- Se determina que el factor miedo a la soledad, se encontró en los sujetos en un nivel bajo, debido a que las mujeres no temen al hecho de quedarse solas o al ser abandonadas por la pareja o alguien significativo en la vida de esta.
- La psicorreactividad, se identificó en los sujetos con un nivel medio alto, quiere decir que hay cierta distorsión en la sensibilidad de la percepción que tienen de sí mismas y en relación con los demás, con un exceso de autoobservación.
- Las mujeres evaluadas presentaron un índice de riesgo psicopatológico, con un nivel medio alto de 0.95, lo que se cataloga un percentil de 80, debido a que tienen un conjunto de síntomas psicósomáticos, miedo, desvalorización e incluso ideas de contenido suicida.

VII. RECOMENDACIONES

- Concientizar a las mujeres por medio de charlas sobre aspectos que aportan a no desarrollar dependencia emocional, para continuar con un índice bajo, lo cual es favorable. Así mismo proporcionar información científica y relevante sobre las causas del por qué se puede originar la somatización, para que las personas no solo reconozcan su resultado final, sino también las razones y hechos justificados de haberla desarrollado.
- Realizar actividades donde se forje más el empoderamiento a las mujeres, para que puedan ver los recursos que tienen y le sirvan para no tener miedo a la soledad o que en algún momento las rechacen o se alejen de estas.
- Establecer una serie de técnicas personales tales, como autorregistro de pensamientos, percepción del aquí y ahora, identificar, expresar y exagerar la emoción, entre otras que permitan ayudar la atención directa y así disminuir los niveles de psicorreactividad en las mujeres.
- Hacer énfasis en el área psicológica, ya que la mayoría de los individuos muchas veces no saben el peso que genera el aspecto emocional en el cuerpo y organismo; con ello puedan asistir a un proceso terapéutico individual para así lograr que el riesgo psicopatológico no llegue a hacer un peligro de riesgo absoluto.

VIII. REFERENCIAS

Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de psicología, de la universidad Pontificia Católica del Perú*, 33, 412- 437. Recuperada de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337839590007>

Asociación Americana de Psiquiatría -APA- (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.) España. EE. UU: Médica Panamericana.

Black, D. y Andreasen, N. (2014). *Texto introductorio de psiquiatría*. Bogotá. El Manual Moderno. (PDF).

Bucay, J. (2010). *El camino a la autodependencia*, Chile: Océano. Recuperado de: <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/El-camino-d-laautodependencia.pdf>.

Castelló, J. (2012). *Superación de la dependencia emocional* (3ª ed.) España: Corona Borealis. Recuperado de: https://www.academia.edu/12464314/La_Superaci%C3%B3n_de_la_Dependencia_Emocional.

Egan, J. (2014). *Somatization Disorder: What Clinicians Need to Know. The Irish Psychologist*, Irlanda, El Psicólogo Irlandés. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/235779929_Somatization_disorder_What_clinicians_need_to_know.

Escallón, C. (2014). *El Silencio de los Inocentes: Conversaciones con Nuestro Cuerpo*, Colombia: Sarampión. Recuperado de: <http://encolombia.com/medicina/medicas/pediatria/vp372/pediatria37202-elsilenciodeinocentes/>

García, J. (2010). *Fenómenos de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento*, España. Sanid. Penit.

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.) México D.F. McGraw-Hill Educación.

Huerta, R. Ramirez, N. Ramos, J. Murillo, L. y Falcón, C. (2017). Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja. *Revista de investigación en psicología de la universidad autónoma de San Marcos, Lima, Perú*. 19, pp.145-162. Recuperada de:
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/12895>

Izquierdo, S. y Gómez, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Revista de Psicología. Avances de la disciplina, de la universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia*. 7, pp. 81-91. Recuperada de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297226904011>

López, J. (2011). *Delimitación diagnóstica y clínica del trastorno de somatización*. (Tesis doctoral).

Universidad de Valencia. Recuperado de:
<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/80943/lopez%20san.pdf?sequence=1>

Morales, A. (2018). *Dependencia emocional en mujeres estudiantes de carreras universitarias con una relación de pareja*. (Tesis inédita). Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. Recuperada de: <https://glifos.umg.edu.gt/digital/98128.pdf>.

Montero, R. (2016). El planeta remoto del cerebro. *Periódico EL País*, Madrid, España. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2016/05/22/eps/1463868049_146386.html

Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Neiva, Colombia. Recuperado de: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Mercado, M. y Hernández, D. (2010). *Percepción de síntomas clínicos del trastorno de somatización en estudiantes universitarios*. (Tesis inédita). Universidad del Bío-Bío de Chile, Recuperada de: <http://repopib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1306/1/Hernandez%20Marquez%2C%20Diego%20Ignacio.pdf>.

Méndez, M. (2010). *Trastorno de somatización y autoestima en mujeres de 20-30 años de edad que acuden a la clínica psicológica del Hospital Nacional Dr. Jorge Vides Molina de Huehuetenango*. (Tesis inédita). Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. Recuperada de: <https://glifos.umg.edu.gt/digital/93908.pdf>

Mínguez, L. y Álvarez, L. (2013). *Estilo de apego y estilo de amar*. Universidad de Cantabria, España. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3007/MinguezMartinezL.pdf?sequence=1>

Morales, J. Gonzáles, M. y Hernández, R. (2011). *Evaluación, modelos y tratamientos de la somatización. Su aplicación al tratamiento de la fibromialgia*; Universidad Autónoma de Nuevo León, México DF, Editores Plaza y Valdes, S. A.

Morales, J. Ramírez, M. Hernández, R. Moreno, S. y García, J. (2011). *Evaluación, modelos y tratamiento de la somatización. Su aplicación al tratamiento de la fibromialgia*. México D.F: Plaza y Valdés, S.A. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=322042>

9&ppg=1&query=somatizaci%C3%B3n (2011).

Riso, W. (2012). *Desapegarse sin anestesia*, Bogotá, D.C: Planeta Colombiana S.A.

Real Academia Española. (2020). *Diccionario de la lengua española* (3ª ed.) España. Recuperado de: <https://www.rae.es/recursos/diccionarios>

Rocha, M. (2011). *Psicología, Psiquiatría y Medicina: Similitudes y Diferencias*. Madrid, España: Alianza. Recuperado de: <http://psicologiadeconducta.blogspot.com/2011/08/psicologia-psiquiatria-y-medicina.html>

Reus, V. y Jameson, J. (2019). *Trastornos mentales. Harrison. Principios de medicina interna*. (20ª ed.) New York: McGraw-Hill. Recuperado de: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461§ionid=213024949>

Rodriguez, A. (2014). Mi mente enferma mi cuerpo: cáncer de mamas. *Revista Lúdica*, año 6 (28), pp 412- 437. Recuperado de: https://issuu.com/my_violett/docs/28vo_final

Salguero, K. (2016). *Rasgos de dependencia emocional de mujeres estudiantes de licenciaturas psicología clínica y psicología industrial*. (Tesis inédita). Universidad Rafael Landívar, Campus Central, Guatemala. Recuperada de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/45/Salguero-Karen.pdf>.

Salazar, P, y Castillo, G. (2018). *Fundamentos básicos de estadística*. Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13720/3/Fundamentos%20B%C3%A1sicos%20de%20Estad%C3%ADstica-Libro.pdf>

Sánchez, G. (2010). *La dependencia emocional, causas, trastornos, tratamiento*. Madrid: Universo. Recuperado de: <https://escuelatranspersonal.com/wpcontent/uploads/2013/12/dependenciaemocionalgemma.pdf>.

Zegarra, H. y Guzmán, R. (2012). *Trastorno por Trastorno de Somatización, Somatización*. Buenos Aires Argentina: Paceaña.

ANEXOS

Anexo 1

Propuesta

“Conocimiento y gestión de la somatización”

Introducción

Desde el punto de vista psicológico la somatización se entiende como síntomas psicósomáticos, los cuales proyectan un mecanismo de defensa inconsciente, mediante el cual una persona sin planearlo o proponérselo convierte el malestar emocional en un síntoma físico, ya que desvía así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedad o estrés. Algunos ejemplos habituales de enfermedades o síntomas psicósomáticos son, el asma bronquial, síndrome de intestino irritable, gastritis, alergias cutáneas, entre otras. Cabe resaltar que es importante tomar en cuenta los factores sociales, culturales, biológicos, ambientales y otros, debido a que ellos tienen un gran peso a que las personas presenten síntomas de este tipo.

A razón de lo anterior se debe considerar los diferentes tipos de síntomas que un individuo puede padecer, así también cómo erradicar los mismos de una manera eficiente y considerar que el abordaje siempre será diferente entre una persona y otra.

Justificación

En la actualidad la mayoría de las mujeres no saben manejar ni gestionar de una buena manera las emociones o conflictos que generan un exceso de contenido emocional y, por ende, llegan a tener algunas molestias físicas o síntomas psicósomáticos y esto trae consigo muchas veces deterioro en áreas importantes del funcionamiento como en lo laboral, familiar, académico y social. Por lo mismo que se encontró un nivel significativo de somatización en las mujeres se considera fundamental la implementación del plan de intervención mencionado, para así encontrar vías de mejoramiento tanto personal como emocional en los sujetos.

Objetivos

Objetivo general

Contrarrestar el nivel alto de somatización y de síntomas psicósomáticos en las mujeres

Objetivos específicos

- Concienciar a las mujeres acerca de la importancia de la salud mental y de la relación mente y cuerpo.
- Brindar información sobre la somatización y los diferentes factores que influyen en ella.
- Implementar la buena identificación y gestión de emociones.
- Proporcionar técnicas psicoterapéuticas para lograr eliminar los síntomas psicósomáticos en las mujeres.

Desarrollo de la propuesta

La siguiente propuesta expone un modelo de trabajo basado en 4 talleres, los cuales se llevarán a cabo 1 por semana. Se darán a través de sesiones grupales, donde se encuentran estructurados y detallados cada uno de los módulos o actividades a realizar por medio de un cronograma, así mismo se describen los materiales a utilizar.

Taller 1. Importancia de la salud mental

El presente taller dará inicio con una breve bienvenida al grupo y presentación de la psicóloga de planta, se explicará el objetivo de dichos talleres. Se realizará una dinámica rompe hielo, para que el grupo se conozca y entren en confianza. Posteriormente se les dará psicoeducación sobre la importancia de la salud mental y también saber lo importante que hay entre la conexión mente y cuerpo, luego se dará un tiempo determinado para preguntas y respuestas, para finalizar se armarán 8 grupos de 5 integrantes y se les brindará por grupo marcadores y papelógrafos, para que puedan plasmar algunas conclusiones de lo aprendido en dicho taller.

Taller 2. Somatización, síntomas psicósomáticos y factores.

El segundo taller consistirá en explicar ¿qué es la somatización y los síntomas psicósomáticos?, pero antes de empezar con la explicación se dará un espacio breve para evaluar algunos presaberes de algunas integrantes del grupo, esto de forma voluntaria. Posterior a eso, se darán a conocer los diferentes factores externos que inciden al desarrollar síntomas psicósomáticos; al haber concluido con la explicación de ambos temas, se realiza una pequeña despedida al grupo.

Taller 3. Identificación y gestión de emociones

Este módulo se iniciará con el tema de ¿qué son las emociones? y ¿para qué sirven?, para ello se les debe repartir hojas blancas de papel y lapiceros al grupo, con el fin de realizar cualquier organizador gráfico donde plasmen ideas concretas sobre el tema, después se escogerá a 5 mujeres de manera directa para que puedan compartir lo que escribieron en su organizador, posteriormente se expondrá el tema de los beneficios de saber gestionar las emociones; luego se hará una actividad en parejas, la cual es una técnica que trata del reconocimiento de emociones. Por último, se da un espacio para resolver dudas o comentarios.

Taller 4. Aplicación de técnicas

El cuarto y último taller, consistirá en la explicación sobre el objetivo principal del tratamiento en

las enfermedades psicosomáticas, posterior a eso se explicarán y se llevarán a cabo algunas técnicas funcionales, para enfermedades o síntomas psicosomáticos, para ello se expondrán por medio de la dinámica de rol playing, al finalizar la demostración de las mismas, se hará una mesa redonda para conversar entre todas, ¿qué técnica les pareció mejor?, ¿qué piensan de ellas?, si hay dudas, comentarios y demás. Para finalizar, se da un refrigerio a todo el grupo y se dan las palabras de agradecimiento junto a ello se realiza la despedida por parte del profesional.

Cronograma

| Actividad | |
|---|------------------------|
| <p>Importancia de la salud mental y la conexión entre el cuerpo y la mente</p> | <p>Taller 1</p> |
| Descripción | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saludo y bienvenida al grupo • Presentación de la psicóloga de planta • Dinámica rompe hielo • Psicoeducación sobre la importancia de la salud mental • Explicación de la conexión entre el cuerpo y la mente • Espacio de preguntas y respuestas • Formación de grupos, para plasmar conclusiones • Despedida | |
| Recursos | Responsable |
| <ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañonera • Bocinas • Micrófono | <p>Profesional</p> |

| | |
|---|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Marcadores • Papelógrafos • Lista de asistencia | |
| Actividad | |
| Somatización, síntomas psicósomáticos y factores externos que inciden. | Taller 2 |
| Descripción | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Explicación del tema ¿qué es la somatización y los síntomas psicósomáticos? • Espacio breve para evaluar presaberes de dicho tema • Descripción de los factores externos que inciden al hecho de padecer síntomas psicósomáticos. • Tiempo determinado para resolver dudas. • Despedida | |
| Recursos | Responsable |
| <ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañonera • Bocinas • Participación de las integrantes • Lista de asistencia | Profesional |
| Actividad | |
| Identificación y gestión de emociones | Taller 3 |
| Descripción | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Explicación sobre qué son las emociones y para qué sirven | |

| | |
|---|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas (participación voluntaria) • Tema de los beneficios de saber gestionar las emociones • Formar parejas y realizar la actividad denominada, reconociendo tus emociones. • Espacio para dudas y comentarios | |
| Recursos | Responsable |
| <ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañonera • Bocinas • Participación de las integrantes | Profesional |
| Actividad | |
| Técnicas gestálticas para enfermedades psicosomáticas | Taller 4 |
| Descripción | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Breve explicación sobre el objetivo del tratamiento psicológico en las enfermedades psicosomáticas. • Realización y explicación de técnicas psicoterapéuticas por medio de la dinámica de rol playing • Mesa redonda • Palabras de agradecimiento • Despedida | |
| Recursos | Responsable |
| <ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañonera • Bocinas • Lista de asistencia • Asistentes personales | Profesional |

Nota: se plantea la siguiente propuesta, con la finalidad que se lleve a cabo un taller por semana, para así lograrlos en un tiempo de 1 mes exacto.

Recursos

- Humanos
- Tecnológicos
- Materiales
- De infraestructura
- Económicos

Evaluación

Boleta de evaluación

Instrucciones: Marque con un círculo cómo evaluará el contenido del taller en una escala de 1-5 (5= Completamente de acuerdo y 1= en total desacuerdo).

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| • Los objetivos fueron establecidos claramente | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • Los temas expuestos fueron útiles o relevantes para mí | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • Los temas expuestos fueron útiles para mi vida | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • Los objetivos propuestos se cumplieron | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • El primer tema fue pertinente | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • Las últimas técnicas me ayudaran a lo que siento | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • La duración del taller fue apropiada | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • La psicóloga demostró organización | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • Los recursos utilizados fueron útiles e importantes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • El ambiente fue de respeto y cordialidad | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| • Tuve la oportunidad de participar activamente. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

¿Cuál fue mi mayor aprendizaje en estos talleres?

Anexo 2

Datos generales de dependencia emocional y somatización

| Somatización | | Dependencia emocional | |
|--------------|----|-----------------------|----|
| Sujeto | PD | PD | PC |
| A1 | 37 | 1 | 85 |
| A2 | 48 | 0.52 | 50 |
| A3 | 30 | 0.84 | 80 |
| A4 | 52 | 0.34 | 30 |
| A5 | 41 | 0.1 | 5 |
| A6 | 36 | 0.7 | 70 |
| A7 | 23 | 0.42 | 40 |
| A8 | 27 | 1.88 | 99 |
| A9 | 46 | 1.64 | 97 |
| A10 | 61 | 0.7 | 70 |
| A11 | 47 | 0.32 | 30 |
| A12 | 54 | 1.26 | 90 |
| A13 | 42 | 0.76 | 75 |
| A14 | 38 | 0.82 | 75 |
| A15 | 82 | 1.16 | 90 |
| A16 | 32 | 0.74 | 75 |
| A17 | 49 | 0.62 | 60 |
| A18 | 30 | 1.64 | 97 |
| A19 | 42 | 0.7 | 70 |
| A20 | 62 | 1.36 | 95 |
| A21 | 81 | 0.7 | 70 |
| A22 | 42 | 1.92 | 97 |
| A23 | 26 | 0.52 | 50 |
| A24 | 35 | 0.5 | 50 |
| A25 | 44 | 0.66 | 65 |
| A26 | 35 | 0.36 | 35 |
| A27 | 29 | 0.88 | 80 |
| A28 | 24 | 0.88 | 80 |
| A29 | 53 | 1.06 | 88 |
| A30 | 30 | 1.08 | 98 |
| A31 | 58 | 1.58 | 97 |
| A32 | 28 | 0.82 | 75 |
| A33 | 38 | 0.24 | 20 |
| A34 | 25 | 1.54 | 96 |
| A35 | 48 | 1.78 | 98 |
| A36 | 36 | 1.42 | 95 |
| A37 | 42 | 0.36 | 35 |
| A38 | 52 | 2.4 | 99 |
| A39 | 84 | 1.02 | 85 |
| A40 | 41 | 0.92 | 80 |

Rangos de dependencia emocional

| Rangos | Nivel |
|----------|-------|
| 23 - 46 | Bajo |
| 47 - 92 | Medio |
| 93 - 138 | Alto |

Fuente: trabajo de campo (2020)

Rangos y niveles de somatización

| Nulo | Bajo | Medio bajo | Medio alto | Alto | De riesgo |
|-------|--------|------------|------------|---------|-----------|
| 1 - 3 | 3 - 16 | 16 - 50 | 50 - 84 | 84 - 97 | 97 - 99 |

Fuente: trabajo de campo (2020)

Medidas de tendencia central del factor miedo a la soledad

| | |
|---------------------------|--------|
| <i>PD</i> | |
| Media | 4.88 |
| Error típico | 0.46 |
| Mediana | 4.00 |
| Moda | 3.00 |
| Desviación estándar | 2.92 |
| Varianza de la muestra | 8.52 |
| Curtosis | 7.40 |
| Coefficiente de asimetría | 2.51 |
| Rango | 14.00 |
| Límite inferior | 3.00 |
| Límite superior | 17.00 |
| Suma | 195.00 |
| Sujetos | 40.00 |

Fuente: trabajo de campo (2020)

Tabla del factor miedo a la soledad

| MIEDO A LA SOLEDAD | |
|----------------------------|-------|
| Media | 4.88 |
| Mediana | 4.00 |
| Moda | 3.00 |
| Desviación estándar | 2.92 |
| Límite inferior | 3.00 |
| Límite superior | 3.00 |
| Sujetos | 40.00 |

Fuente: trabajo de campo (2020)

Rangos del factor miedo a la soledad

| Rango | Miedo a la soledad |
|--------------|---------------------------|
| 3 – 6 | Nivel bajo |
| 7 – 12 | Nivel medio |
| 13 – 18 | Nivel alto |

Fuente: trabajo de campo (2020)

Tabla de psicorreactividad

| PSICORREACTIVIDAD | |
|----------------------------|------|
| Media | 1.07 |
| Mediana | 0.86 |
| Moda | 1.21 |
| Desviación estándar | 0.57 |
| Nivel de confianza (99.0%) | 0.24 |

Fuente: trabajo de campo (2020)

Tabla de escala de psicorreactividad

| Sujetos | Escala de psicorreactividad | Percentil |
|----------------|------------------------------------|------------------|
| A1 | 1.21 | 90 |
| A2 | 0.64 | 70 |
| A3 | 0.79 | 75 |
| A4 | 0.29 | 40 |
| A5 | 0.14 | 25 |
| A6 | 0.71 | 75 |
| A7 | 0.64 | 70 |
| A8 | 1.57 | 96 |
| A9 | 1.93 | 98 |
| A10 | 0.93 | 85 |
| A11 | 0.43 | 55 |

| | | |
|-----|------|----|
| A12 | 1.64 | 97 |
| A13 | 0.86 | 80 |
| A14 | 1.14 | 90 |
| A15 | 1.36 | 95 |
| A16 | 1.21 | 90 |
| A17 | 0.71 | 75 |
| A18 | 1.79 | 97 |
| A19 | 0.64 | 70 |
| A20 | 0.71 | 75 |
| A21 | 0.79 | 75 |
| A22 | 1.71 | 97 |
| A23 | 0.86 | 80 |
| A24 | 0.57 | 65 |
| A25 | 0.86 | 80 |
| A26 | 0.5 | 60 |
| A27 | 1.21 | 90 |
| A28 | 1.43 | 95 |
| A29 | 0.64 | 70 |
| A30 | 1.79 | 97 |
| A31 | 1.43 | 95 |
| A32 | 0.86 | 60 |
| A33 | 0.36 | 50 |
| A34 | 2.14 | 99 |
| A35 | 2.05 | 99 |
| A36 | 1.57 | 96 |
| A37 | 0.21 | 35 |
| A38 | 2.43 | 99 |
| A39 | 0.79 | 75 |
| A40 | 1.21 | 90 |

Fuente: trabajo de campo (2020)

Tabla de índice de riesgo psicopatológico

| PD (IRP) | PC (IRP) |
|----------|----------|
| 0.67 | 90 |
| 0.5 | 85 |
| 0.25 | 70 |
| 0.08 | 45 |
| 0.17 | 90 |
| 0.58 | 85 |

| | |
|------|----|
| 0.5 | 85 |
| 1.67 | 99 |
| 1 | 95 |
| 0.17 | 60 |
| 0.08 | 45 |
| 0.67 | 90 |
| 0.33 | 75 |
| 0.92 | 95 |
| 0.92 | 95 |
| 0.58 | 85 |
| 0.83 | 95 |
| 1.33 | 97 |
| 0.33 | 75 |
| 1 | 95 |
| 0.17 | 60 |
| 1 | 95 |
| 0.5 | 85 |
| 0.5 | 85 |
| 0.42 | 80 |
| 0.08 | 45 |
| 0.42 | 80 |
| 0.42 | 80 |
| 0.75 | 90 |
| 1.25 | 97 |
| 0.83 | 95 |
| 0.08 | 45 |
| 0.08 | 45 |
| 1.17 | 90 |
| 1.67 | 99 |
| 0.92 | 95 |
| 0.08 | 45 |
| 1.5 | 98 |
| 0.33 | 75 |
| 0.33 | 75 |

Medidas de tendencia central
Del índice de riesgo psicopatológico

| | |
|----------------------------|------------|
| <i>PD (IRP)</i> | |
| | |
| Media | 0.954 |
| Error típico | 0.08391143 |
| Mediana | 0.83 |
| Moda | 0.7 |
| Desviación estándar | 0.53070249 |
| Varianza de la muestra | 0.28164513 |
| Curtosis | 0.08139986 |
| Coficiente de asimetría | 0.74571175 |
| Rango | 2.3 |
| Límite inferior | 0.1 |
| Límite superior | 2.4 |
| Suma | 38.16 |
| Sujetos | 40 |
| Nivel de confianza (99.0%) | 0.22722487 |

Fuente: trabajo de campo (2020)

Anexo 3

Fichas técnicas

Variable dependencia emocional

- **Nombre:** CDE, Cuestionario de Dependencia emocional
- **Autoras:** Mariantonia Lemos Hoyos y Nora Helena Londoño Arredondo
- **Administración:** individual o colectiva
- **Duración:** variable, aproximadamente 10 a 15 minutos
- **Aplicación:** adolescente y adultos
- **Evalúa:** dependencia emocional
- **Tipificación:** baremos de población general (varones – mujeres/ jóvenes y adultos)
- **Características básicas de la prueba:** el CDE está compuesto por 23 ítems, con una escala de 1 a 6, Completamente falso de mí, la mayor parte falso de mí, ligeramente más verdadero que falso, moderadamente verdadero de mí, la mayor parte verdadero de mí, y me describe perfectamente. Calificando en el sentido de dependencia emocional con puntaje elevado como patológico y ausencia de dependencia emocional en el sentido positivo. En su análisis factorial final ha revelado 6 componentes: Ansiedad por separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión Límite y búsqueda de atención. Sus ámbitos de aplicación preferentes son clínico, educativo y el de investigación con adolescentes y adultos.

Variable somatización

- **Nombre:** LSB-50, Listado de Síntomas Breves
- **Autores:** Luis de Rivera y Manuel R. Abuín
- **Redacción del manual y tipificación:** TEA Ediciones, 2012, 2018.
- **Aplicación:** Individual y colectiva
- **Ámbito de aplicación:** Adultos
- **Tiempo de aplicación:** variable, aproximadamente entre 5 y 10 minutos.
- **Finalidad.** Identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicosomáticos
- **Baremación:** Baremos en percentiles de muestra de población general (varios países), muestra odontológica y muestra clínica psicopatológica.
- **Material:** Manual y claves de acceso (PIN) para la corrección mediante internet.
- **LSB-50:** Es un instrumento clínico cuya finalidad es la identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicosomáticos en adultos. Ha sido desarrollado a partir de la experiencia de los autores con otros cuestionarios de medida de síntomas.

El cuestionario se compone de 7 escalas principales (**sensibilidad obsesiva, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, sueño estricto y sueño ampliada**); 2 subescalas (**sensibilidad y obsesión-compulsión**) y 1 escala de **riesgo psicopatológico**. Permite la obtención de 3 índices globales (**índice global de severidad, número de síntomas positivos e índice de intensidad de los síntomas positivos**), cada uno de los cuales es indicativo de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general.