

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las características de personalidad de mujeres de 22 a 53 años y la relación de éstas con la cistitis como enfermedad psicosomática.

Autor: Miriam Ivon Rivera Avilés

**Tesis presentada para obtener el título de:
Lic. En Psicología**

**Nombre del asesor:
Gilberto Pérez Orozco**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS

**LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE MUJERES DE 22 A 53
AÑOS Y LA RELACIÓN DE ÉSTAS CON LA CISTITIS COMO ENFERMEDAD
PSICOSOMÁTICA.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MIRIAM IVON RIVERA AVILÉS

ASESOR DE TESIS:

MTRO. GILBERTO PÉREZ OROZCO

MORELIA, MICH. MAYO 2016

ÍNDICE

Agradecimientos

Resumen

Introducción

Justificación

Capítulo 1.- MARCO TEÓRICO	- 9 -
1.- ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.....	- 9 -
1.1- Definición.	- 9 -
1.2.- La somatización en las enfermedades.	- 18 -
1.3.- Factores psicológicos que afectan a las condiciones médicas.....	- 23 -
1.4.- La Cistitis como enfermedad psicosomática.....	- 27 -
2.- CISTITIS.....	- 30 -
2.1.- Definición de cistitis	- 30 -
2.2.- Tipos de cistitis.....	- 32 -
2.3.-Causas	- 35 -
2.4.- Características o Síntomas	- 37 -
2.5.- Prevención	- 38 -
2.6.- Diagnóstico:.....	- 38 -
2.7.- Tratamiento	- 39 -
2.8.- Prevalencia.....	- 40 -
Capítulo 2.- METODOLOGÍA.....	- 42 -
2.1.- Enfoque:.....	- 42 -
2.2.- Alcance:.....	- 42 -
2.3.- Objetivo General:.....	- 42 -
2.4.- Planteamiento del problema:	- 43 -
2.4.1.-Preguntas de Investigación:.....	- 43 -
2.5.- Supuestos:.....	- 43 -
2.6.- Ejes temáticos:	- 43 -
2.7.- Técnicas de recolección de datos:	- 45 -
2.8.- Participantes:	- 46 -
2.9.- Escenario:.....	- 46 -
2.10.- Procedimiento:.....	- 46 -
Capítulo 3.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	- 47 -
3.1.- Análisis de resultados por eje.	- 47 -
Eje 1.- Ansiedad.....	- 47 -
Análisis de eje 1.- Ansiedad.....	- 50 -
Eje 2.- Somatización	- 51 -
Análisis de eje 2.- Somatización.	- 55 -

Eje 3.- Manejo de límites.....	- 56 -
Análisis de eje 3.- Manejo de límites.....	- 59 -
Eje 4.- Aprensión.	- 60 -
Análisis de eje 4.- Aprensión.	- 62 -
Eje 5.- Rencor	- 63 -
Análisis de eje 5.- Rencor	- 65 -
Eje 6.- Cistitis.....	- 66 -
Análisis de eje 6.- Cistitis	- 68 -
3.2.- Análisis general	- 69 -
Capítulo 4.- CONCLUSIONES.....	- 71 -
LIMITACIONES	- 73 -
BIBLIOGRAFÍA:	- 74 -
ANEXOS	

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por guiarme y llenarme de tantas bendiciones, por permitirme encontrar esta gran Universidad que me ha ofrecido además de formación académica, formación espiritual, convirtiéndome así en una mejor persona, encaminando mis conocimientos al servicio de los otros.

A mis padres quienes con tanto amor me han dado su apoyo incondicional, confiando en mis decisiones y orientándome siempre a crecer como persona, por ser un verdadero ejemplo para mí y darme las mejores lecciones de vida, sin ellos todo esto no habría sido posible.

A mi hermano menor quien ha sido una motivación constante en mi vida y con su gracia y encanto ha venido a completar nuestra familia.

A mis maestros, que con su compromiso y entrega lograron transmitirme más que conocimientos, el reflejo de grandes seres humanos, sobre todo a mi asesor de tesis, el maestro Gilberto Pérez Orozco, quien se convirtió en un gran apoyo en esta investigación.

A mis compañeros de facultad y amigos que con su acompañamiento y cariño hicieron de esta experiencia una de las más especiales en mi vida.

A mi familia paterna por toda la ayuda que me han brindado y a mi familia materna por acogerme y darme su apoyo al llegar a esta ciudad.

RESUMEN

En la presente tesis, se realiza un análisis sobre la relación que existe entre las características de personalidad de mujeres entre 22 y 53 años y la cistitis como enfermedad psicosomática, creyéndose con base en diferentes teóricos mencionados en el marco teórico que algunas características de personalidad facilitan la somatización de la cistitis.

La población se limita a mujeres ya que es donde es más frecuente dicha enfermedad. Para lograr conocer las características de personalidad, se aplicó una batería de pruebas que consiste en una entrevista, la aplicación del test de la figura humana de Machover y la escala de ansiedad de Hamilton que permitieron el conocimiento de las participantes y con esto la comparación con las diferentes aportaciones al respecto.

Palabras clave: Personalidad, cistitis, enfermedad psicosomática.

Introducción

En la presente investigación se pretende conocer las características de personalidad que tienen las mujeres que padecen cistitis y cómo éstas características pueden favorecer la aparición de dicha enfermedad, tomándose como base la teoría del psicoanálisis.

Para esto, se toman en cuenta diversos autores que hablan al respecto como, Schnake (2005), quien menciona algunas características de la vejiga, diciendo que es contenedora pero hasta cierto límite, es flexible, se adapta, es eliminadora, suelta cuando se tiene que soltar, además de controlar lo que depende de ella.

Por otra parte Northrup (2005), menciona que la dificultad en el manejo de límites, así como la percepción de invasión emocional o de que les roban el control, puede conducir a una mayor propensión a infecciones. Estos problemas pueden ir asociados a quejas no expresadas; en la cistitis, el escozor al orinar indica claramente cuánto le duele a la persona dejar algo correr y las frecuentes ganas de orinar sin evacuación de líquido o mínima denotan incapacidad de desprenderse de un tema o personas a pesar de la presión. Además de expresar las emociones a través de síntomas corporales.

Con base en Schnake (2005) y Northrup (2005) y otros autores mencionados en el marco teórico, podría creerse que las mujeres con cistitis, pueden ser controladoras, tensas, con dificultad para relajarse y relajar su cuerpo, además de tener dificultad para soltar recuerdos o experiencias dolorosas, teniendo así asuntos inconclusos que podrían generar rencor; asimismo podrían ser propensas a sentirse culpables de lo que sucede a su alrededor, teniendo dificultades para establecer límites.

Es por eso que en esta investigación se busca conocer la manera en la que estas mujeres manejan su ansiedad, además de la forma en que establecen sus límites en sus relaciones personales, si suelen ser aprensivas o no y cómo manejan el rencor cuando se enfrentan a él.

Se tiene un enfoque cualitativo y un alcance descriptivo, buscando analizar la personalidad de las mujeres que padecen cistitis, permitiendo así observar si existen ciertas características de personalidad que favorecen la aparición de la cistitis, viendo a esta última como una enfermedad psicosomática.

Para la obtención de esto, se aplicó una batería de pruebas a 7 mujeres, con la cual fue posible observar las características de personalidad que presentan las participantes y la manera en que estas características se relacionan con la aparición de la cistitis, encontrándose que estas mujeres tienen algunas características de personalidad similares que podría ser lo que las lleva a somatizar la enfermedad.

Justificación

Se decide realizar la presente investigación ya que las infecciones en el tracto urinario (ITU) sobre toda la cistitis (siendo esta infección urinaria la más frecuente), es una enfermedad constante en la vida de los adultos, sobre todo en el caso de las mujeres ya que suelen ser quienes más la padecen.

La Asociación Española de Urología, citada por el centro de información de la cistitis (2014), menciona que entre el 50 y 60 % de mujeres sufre alguna infección del tracto urinario y en el 90% de los casos se trata de cistitis, según los registros esto es más frecuente de los 18 a los 39 años, pero aun así puede presentarse en otras edades.

Según Pigrau (2013), en el año 2007 en Estados Unidos, hubo 8,6 millones de consultas médicas registradas por cistitis, el 84% eran mujeres, aunque estas infecciones comparadas con otras enfermedades no parecieran ser tan graves, no deben ser subestimadas, ya que cada episodio de cistitis podría durar hasta 6 días de síntomas, restringiendo así las actividades de la vida diaria de quienes la padecen.

Por otra parte el Dr. Othón Moreno Alcázar jefe del departamento de urología del hospital general Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la ciudad de México, citado por Dávila (2012), señaló que la prevalencia de la cistitis en México es de 3 a 1, siendo la de tipo bacteriano la más frecuente por lo que será más probable que sean mujeres quienes la padezcan, además de mencionar que el 40% de las mujeres que presentan cistitis, tienen hematuria (presencia de sangre al orinar), señalando así la importancia de tratar esta enfermedad.

Como puede observarse con base en los datos obtenidos, se trata de una enfermedad que se presenta frecuentemente y esto sin tener en cuenta a todas las mujeres que se automedican o que simplemente no acuden a ningún tratamiento médico, o que acuden y no son registradas ya que en la mayoría de los casos no requieren hospitalización.

De aquí la importancia de investigar acerca de esto desde un enfoque psicológico, viendo así a la cistitis como una enfermedad psicosomática, relacionándola con ciertas características propias de las personas que la padecen con base en teorías de diversos autores, donde se abre un panorama más amplio sobre las posibles causas o situaciones que pueden propiciarla y con esto una manera más eficaz de controlarlo.

Se trata entonces de que además de los antibióticos o tratamiento que el médico pudiera señalar, se escuche también a lo que el órgano o la enfermedad está queriendo decir o está representando, buscando con esto que los episodios de cistitis cada vez sean menos frecuentes brindando así una mejor calidad de vida para las personas que la padecen.

Capítulo 1.- MARCO TEÓRICO

1.- ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

1.1- Definición.

A pesar de que desde hace mucho tiempo se habla de la relación entre la mente y el cuerpo, no existe mucha información al respecto, sin embargo la Asociación Psicosomática Americana (1944), citada por Garciandia e Ibarra (2012), describió de que forma y en qué medida la aparición, el curso o la superación de las enfermedades físicas están determinadas por procesos biológicos, psicológicos y sociales, es decir como éstos se pueden relacionar e influir en la salud de la persona. Es por esto que es importante explorar y observar las relaciones que puedan llegar a existir entre una enfermedad y lo que ocurre a su alrededor en la vida de la persona, observando así los componentes psicosomáticos.

Garciandia e Ibarra (2012), citan a Virchow (1850), donde mencionan que gracias a su aportación de la patología celular, se presenta un cambio en la forma en que se veía al hombre desde una perspectiva médica, se le da importancia a la parte psíquica y a lo somático. Estos mismos autores, consideran que las principales figuras del concepto psicosomático fueron: Jean Martin Charcot, Josef Breuer, Sigmund Freud, Franz Alexander, Allan Walters, Rof Carcaballo y Laverde, pero la contribución más importante fue la de Freud, ya que sin su teoría del inconsciente sería muy difícil comprender los síntomas físicos producidos emocionalmente.

Deutsch (1922), citado por Garciandia e Ibarra (2012), es quien desde un ámbito psicoanalítico, introduce la expresión de medicina psicosomática, al recalcar que una perturbación persistente y constante con el tiempo puede generar un daño estructural celular y con esto un malestar físico. Por otra parte Dumbar (1935), citado por los mismos autores, planteó las interrelaciones psicosomáticas y comenzó la investigación científica en esta área, pero es hasta Marzo del 2003 cuando la Junta Americana de Especialidades Médicas aprobó por unanimidad la creación de una séptima subespecialidad en psiquiatría, la medicina psicosomática.

Kellner (1990), citado por Garciandia e Ibarra (2012), utiliza el concepto de somatización para referirse a un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa naturales, no permiten la expresión de la ansiedad u otros estados, por lo que impide dicha manifestación de la ansiedad experimentada conscientemente por el individuo.

Lipowski (1988) citado por Calixto (2014), define la somatización como una tendencia a experimentar y comunicar tensión y síntomas no establecidos en hallazgos patológicos; es decir a atribuir estos síntomas a una enfermedad física y a buscar ayuda en ellos. Se presenta un enfoque comprensivo para dejar más clara la definición de somatización que incluye tres aspectos básicos:

- a) Aspecto experimental: se refiere a cómo el paciente percibe y subjetivamente reconoce el dolor o malestar.
- b) Aspecto cognitivo: es decir cómo el individuo define e interpreta los síntomas siendo o no serios.
- c) Aspecto conductual: cómo el paciente reacciona al dolor, los recursos que él o ella tengan para manejar el dolor o malestar y la manera en la que lo comunicaran.

Entonces la somatización se considera como uno de los más frecuentes y problemáticos fenómenos a los que se enfrentan los médicos a nivel de atención primaria. Es un término extenso que incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo, los cuales en ocasiones, aún cuando no existe evidencia médica de estos malestares, el paciente erróneo lo atribuye a una enfermedad orgánica (Di Silvestre, 2006, citado por Garciandia e Ibarra, 2012).

Di Silvestre (2006), citado por Garciandia e Ibarra (2012), menciona que los desórdenes del ánimo estimulan la percepción de los síntomas somáticos y empujan al individuo a buscar ayuda médica, es por esto que factores

emocionales tienen una influencia importante sobre la regularidad e intensidad de los mismos síntomas.

Calixto (2014) quien cita a Kirmayer (1985), menciona que la enfermedad psicosomática no necesariamente se presenta sólo en personas que tengan una enfermedad psiquiátrica u orgánica, pueden ser simples sujetos que somatizan su estrés emocional recurriendo al malestar físico como un medio de manifestarlo. Siendo así se podría decir que esta manifestación funciona como un mecanismo para manejar los hechos estresantes de la vida cotidiana.

Es claro que existen diferentes definiciones para el concepto de somatización, las cuales al ponerse juntas asumen la existencia de dificultades psicológicas y de vida, como estresores de la experiencia de la enfermedad. Los síntomas somáticos son comunes en la población, pero una de las características distintivas de la somatización reside en la frecuencia, severidad y persistencia de las presentaciones hechas por los pacientes.

Se han descrito varias teorías e hipótesis sobre la presentación, ciclo y evolución a favor de comprender la enfermedad psicosomática. Uno de los grandes aportes lo realizó Freud (1895) citado por Garciandia e Ibarra (2012), en el hospital de Isable Von R., en donde se refiere a las condiciones que determinan la elección de órgano (la complacencia de la somatización y su simbolización), además de la conversión simbolizante, determinada por la capacidad del órgano para representar simbólicamente la fantasía inconsciente (lenguaje del órgano).

Alexander, French y Pollock (pertenecientes a la escuela de Chicago), en 1968, citado por Garciandia e Ibarra (2012), propusieron una hipótesis explicativa de la enfermedad psicosomática relacionada con:

- La sensibilidad excesiva que puede tener un paciente hacia un órgano específico, al cual se le agrega una característica psicológica, más el desarrollo de los acontecimientos de su vida, lo cual puede conducir a movilizar el conflicto de lo ya mencionado. Estos factores no son necesariamente independientes ya que el factor constitucional es decir lo

que lo origina puede determinar tanto la vulnerabilidad del órgano como los conflictos característicos. Dicho de otra forma, la manera de acceder de la enfermedad puede darse por predisposiciones inconscientes que activamente buscan dichas situaciones vitales.

- El bloqueo de la capacidad de representar, expresar o la elaboración de las demandas que el cuerpo hace a la mente. Así, atribuyen las manifestaciones psicosomáticas a una carencia en la capacidad de representar el conflicto, en la cual la libido (deseo) se transforma en energía somática. Es decir la angustia somática tiene dificultades para sujetarse a representaciones psíquicas, por lo que la enfermedad psicosomática sería el resultado de un cortocircuito que se saltaría la representación psíquica para estallar en el cuerpo. No tendría la función de representaciones simbólicas del neurótico, ni los intentos de recuperación del psicótico, es por ello que se menciona que un paciente psicosomático es arcaico (antiguo), pre verbal (anterior a ser formulado con palabras) regido por las leyes biológicas, no psicológicas.

Garciandia e Ibarra (2012), citan a Marty, M'Uzan y David (1963), quienes mencionan que los pacientes psicosomáticos tienen una manera de pensar y de relacionarse con los demás, caracterizada por una disminución de la función de la fantasía, con menos valor en la vida del sujeto. Es decir, la transformación de la pulsión en fantasía se ejecuta de tal manera que lo esencial es retenido en la actividad psicosomática y sólo una pequeña parte produce la fantasía sin alcanzar un equilibrio.

Garciandia e Ibarra (2012) citan a Nemian y Sifneos, quienes entre 1970 y 1973, introdujeron el término alexitimia, que se refiere a la incapacidad del sujeto para nombrar sus estados afectivos o para describir su vida emocional. Esta dificultad la atribuyen a un problema de simbolización lingüística. Esto se refiere a que sucede una falla en la representación simbólica con relación a un conflicto

psicológico y se traduce en una incapacidad para reflexionar respecto de sí mismo y de la relación con el mundo, limita la capacidad de elaborar el conflicto psicológicamente y de esta manera se facilita la derivación del conflicto por medio de una somatización por ejemplo.

McDougall (1978) citado por Garciandia e Ibarra (2012), sostiene que las enfermedades psicosomáticas pueden ser barreras creadas para detener un daño irrepresentable e indecible, una tentativa de autocuración primitiva, es decir de protección del yo. Se responde a las amenazas psíquicas como si fueran somáticas y aunque las enfermedades psicosomáticas tienen el riesgo de precipitar al sujeto prematuramente a la muerte, el objetivo fundamental de esta defensa es siempre sobrevivir.

Los trastornos psicosomáticos se eliminaron de las ediciones más recientes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), que es la lista oficial de los trastornos psiquiátricos de la Asociación Americana de Psiquiatría, así como de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), por lo que no hay un consenso respecto a su definición y clasificación, por ende se dificulta conocer datos de su prevalencia.

Sin embargo los trastornos somatomorfos son los que más se acercan a la definición de enfermedades psicosomáticas, según López y Valdés (2002), estos se relacionan con el estrés cultural, al demostrar que su prevalencia varía considerablemente según el país y al tomar patrones diferentes que no excluyen la cultura, se estima su prevalencia en un 21,9% en consultas de medicina general en los países desarrollados.

Dentro del amplio espectro de enfermedades psicosomáticas en niños, adolescentes y adultos algunos de los padecimientos que generalmente se presentan son los siguientes:

- Enfermedades gineco obstétricas y urológicas como, cistitis, dolor pélvico, dispareunia, síndrome premenstrual.

- Enfermedades del sistema respiratorio como asma bronquial, tos, laringitis, síndrome de hiperventilación y espasmo del sollozo.
- Enfermedades del sistema cardiovascular como enfermedad coronaria e hipertensión arterial taquicardias supraventriculares.
- Enfermedades del sistema digestivo como dolores abdominales inespecíficos, dispepsia, colon irritable, úlcera gástrica y duodenal, colitis ulcerativa.
- Enfermedades del sistema endocrino como hipotiroidismo e hipertiroidismo, obesidad, paratiroides, glándulas suprarrenales, porción endocrina del páncreas.
- Enfermedades alérgicas y dermatológicas como urticaria, prurito, eccema endógeno, psoriasis, dermatitis atópica.
- Enfermedades del sistema musculoesquelético y articular como lumbalgia, artritis reumatoide, síndrome de fatiga crónica, disfunción de la articulación temporomandibular.
- Enfermedades del sistema nervioso central como migraña, neuralgia del trigémino y cefalea tensional.
- Trastorno del sueño como hipersomnias, insomnio.
- Trastornos sexuales funcionales como disfunción eréctil.
- Trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia como trastornos de la conducta alimenticia y enfermedades oncológicas.

Dentro de estas enfermedades psicosomáticas, se describen tres principales perspectivas que se explican a continuación:

1) Perspectiva médica

La medicina define a la enfermedad como una alteración del estado de la salud, es decir como un trastorno anormal del cuerpo o la mente que provoca malestar o alteración de las funciones normales. Se dice que la enfermedad es una entidad creada por el hombre en su afán de clasificar el conocimiento, en la que se agrupan una serie de componentes que la definen y que se debe distinguir de los síndromes (síntomas o elementos observables a simple vista) y los síntomas (referencias subjetivas que da el enfermo). Por tanto, cabe señalar que la Patología es el estudio de enfermedades y la Nosología es la parte de la medicina que se dedica a la clasificación sistemática de las enfermedades (Canda, 2002 citado por Campos y Guillen, 2007).

Para la medicina natural la enfermedad es un modo de ser del organismo vivo, es un estado existencial tan fisiológico y tan completo como el estado de salud, más intenso desde luego en su dinámica y complejidad pues presupone exageraciones e inhibiciones de elementos que por razón natural emplean mayor energía y producen repercusiones inevitables en el organismo, el psiquismo y hasta el Yo más profundo del hombre. Por lo cual, la enfermedad es más que un mecanismo de destrucción, es una respuesta normal del organismo ante una agresión, encaminada a la autocuración.

Onnis (1990), menciona que en la actualidad la medicina se limita a optar por medidas puramente funcionales para convertir el síntoma, que como tales no son ni buenas ni malas, sino introversiones viables en el plano material, pero cuando las posibilidades de tratamiento médico se van reduciendo cada vez más, y los remedios y los medicamentos para sanar cierta enfermedad pierden su efectividad sin una razón aparente es, en la mayoría de los casos, el momento de comenzar a considerar la posibilidad de que se trata con una enfermedad psicosomática.

La enfermedad psicosomática suele definirse como un conjunto de trastornos que son las respuestas corporales (somáticas) de un sujeto a la tensión, que es una condición psicológica. Las enfermedades psicosomáticas no son imaginarias, sino trastornos reales que provocan un daño real e incluso la muerte (Canda, 2002 citado por Campos y Guillen, 2007).

Es importante mencionar que para García (1998), citado por Campos y Guillen (2007), el paciente psicosomático está caracterizado por una insuficiencia en la mentalización que le impide la expresión psíquica de sus conflictos, son personas que desencadenan o agravan enfermedades orgánicas frente a situaciones críticas, como duelos, estrés, entre otras.

Para la psicología de la salud, la enfermedad es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos como emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés y factores sociales como influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc. Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a una enfermedad.

2) Perspectiva Psicoanalítica

Desde esta perspectiva es el trastorno psicosomático lo que constituye la verdadera enfermedad.

García (1988), citado por Campos y Guillen (2007), habla de que este estado mórbido del paciente es en sí mismo una organización defensiva con determinantes muy poderosas, razón por la cual es muy común que médicos bien informados, bien intencionados y hasta excepcionalmente bien equipados fallen en sus empeños por curar a pacientes con un trastorno psicosomático.

Podría decirse que Freud es el inspirador respecto a las enfermedades psicosomáticas al destacar la intrincación e influencia de los factores psíquicos en lo biológico, y concretamente, en la formación de síntomas somáticos. Esta idea se refleja desde sus primeros trabajos, donde menciona que los afectos pasan a ser con mucha frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema

nervioso con alteraciones anatómicas registrables, como enfermedades de otros órganos. Todos los estados anímicos son, en cierta medida afectivos, y de ninguna manera están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos. Cuando se formula un juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidente dependencia de condiciones anímicas (Revista de psicoanálisis, 2004, citado por Campos y Guillen, 2007).

El psicoanálisis trata de dar una explicación a la enfermedad basándose en las relaciones objetales y al respecto Bleichmar (1997) citado por Campos y Guillen (2007), menciona que es decisiva la relación temprana con la madre y luego con el padre, no se piensa en términos del impulso que busca descargarse, sino en una necesidad de contacto con el objeto primario, ya sea para seguridad, identificación, tranquilidad, humanización y separación, entre otras. La patología, sobre todo la más grave, se origina en esos estadios del vínculo inicial del bebé con la madre.

3) Perspectiva del enfoque metafísico

Dethlefsen y Dahlke (2004) citado por Campos y Guillen, (2007), desde una perspectiva metafísica mencionan que la enfermedad es una palabra que sólo debería tener singular, ya que decir enfermedades en plural, puede ser tan tonto como decir saludes. Por lo que enfermedades y salud vienen a ser conceptos singulares y por tanto se refieren a un estado del ser humano y no tanto a órganos o partes del cuerpo, como suele decirse habitualmente. Con esto se puede pensar entonces en que el cuerpo en sí nunca está enfermo ni sano, ya que en él solo se manifiestan las informaciones de la mente.

Desde esta perspectiva podría decirse que el cuerpo no hace nada por si mismo y para comprobarlo, bastaría ver un cadáver. El cuerpo de una persona viva debe su funcionamiento a dos instancias inmateriales, que suele llamarse conciencia (alma) y vida (espíritu). La conciencia emite la información que se manifiesta y se hace visible en el cuerpo, dado que la conciencia representa una cualidad

inmaterial y propia, naturalmente, no es un producto del cuerpo ni depende de la existencia de éste.

Cuando las distintas funciones corporales se conjuntan de un modo determinado se produce un modelo que parece armonioso y a esto se le llama salud. Si una de las funciones se perturba, la armonía del conjunto se rompe y es ahí cuando se habla de enfermedad.

Enfermedad significa entonces la pérdida de una armonía o también el trastorno de un órgano hasta ahora equilibrado. La pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información y el cuerpo es la forma de mostrarlo. Por consiguiente, el cuerpo es vehículo de la manifestación o realización de los procesos y cambios que se producen en la conciencia.

El cuerpo es el escenario en el que se manifiestan las imágenes de la conciencia, por tanto, si una persona sufre un desequilibrio en su conciencia, ello se manifestará en su cuerpo en forma de síntoma. Por lo que es un error afirmar que el cuerpo está enfermo, enfermo sólo puede estarlo el ser humano; por lo que, más que el estado de enfermedad, éste se manifiesta en el cuerpo como síntoma, entendiendo el síntoma como una señal y portador de información, ya que con su aparición interrumpe el ritmo de vida del individuo. El síntoma informa que algo está fallando.

Por lo cual, se puede decir que el lenguaje del síntoma es psicosomático, es decir, sabe de la relación entre el cuerpo y la mente.

1.2.- La somatización en las enfermedades.

Halgin y Kauss, (2009), mencionan que los trastornos somatomorfos incluyen una variedad de condiciones en las que los conflictos psicológicos se traducen en problemas o malestares físicos que causan angustia o discapacidad en la vida de una persona.

El término somatomorfo viene de la palabra griega soma, que significa "cuerpo", sin embargo los trastornos somatomorfos son considerados trastornos

psicológicos más que físicos, porque no hay una anomalía física que pueda explicar el malestar corporal.

El trastorno de somatización implica la expresión de problemas psicológicos a través de problemas corporales que no pueden explicarse con alguna condición médica conocida o atribuirse a los efectos de una sustancia, éste implica síntomas corporales múltiples y recurrentes.

Esta condición, la cual por lo general aparece por primera vez antes de los 30 años de edad, produce problemas de funcionamiento social, ocupacional e interpersonal graves. El individuo busca ayuda de médicos, con frecuencia varios y diferentes de manera simultánea en el transcurso de los años, con malestares físicos aparentemente exagerados. En un pequeño número de casos, el individuo padece de una condición médica diagnosticable, pero sus malestares exceden con mucho lo que se acostumbre asociar con la condición, y el nivel de discapacidad de la persona también es mucho más extremo, en ocasiones puede parecer que las personas están fingiendo de modo intencional un problema médico complejo, en realidad no están conscientes de manera consciente con las formas en que sus problemas psicológicos se expresan de manera física.

En la mayoría de los casos, el trastorno de somatización aparece por primera vez durante la adolescencia y progresa a un curso fluctuante de toda la vida, durante el cual los eventos estresantes pueden causar la intensificación episódica de los síntomas. Las personas con este trastorno rara vez pasan un año sin buscar tratamiento médico para un problema físico no diagnosticable, se esfuerzan demasiado buscando tratamiento médico y quirúrgico para sus problemas físicos vagos y no comprobados, por lo cual es frecuente un deterioro laboral y social significativo.

El trastorno de somatización según Halgin y Kauss (2009), es relativamente raro, las estimaciones de su prevalencia en la población estadounidense general son .23% en mujeres y .02% en hombres, estas personas tienden a ser de clases socioeconómicas más bajas, con relativamente poca educación o sofisticación

psicológica, pueden provenir de una cultura en la que haga menos hincapié en la expresión de emociones que en la expresión de síntomas corporales. Muchos crecieron en un hogar donde atestiguaron enfermedad frecuente en un padre y padecieron de enfermedad física ellos mismos: En muchos casos, su vida hogareña carecía de apoyo emocional y fue perturbada por problemas de alcoholismo o antisociales de parte de uno o ambos padres.

Estas personas por lo general experimentaron problemas escolares durante su juventud, y en muchos casos tienen antecedentes de delincuencia. Cuando llegan a la adolescencia, muchos son sexualmente promiscuos y se casan siendo jóvenes con relaciones inestables; con cónyuges que abusaban de sustancias. Algunos individuos que padecen trastornos de somatización también pueden estar en riesgo de suicidio, aun si no padecen de una condición comórbida como un trastorno depresivo o de personalidad (Chioqueta y Stiles, 2004 citado por Halgin y Kauss, 2009).

El trastorno del dolor es otra condición relacionada con el trastorno de somatización; en éste, una forma de dolor (que causa angustia o deterioro personal intenso) es el foco predominante del malestar médico del cliente, la persona no está fingiendo la experiencia de su dolor, las personas con trastorno de dolor encuentran que su vida se consume por la experiencia de su dolor y la búsqueda de alivio. En muchos casos existe una condición médica diagnosticable, pero la naturaleza del dolor se considera intrincadamente asociada con cuestiones psicológicas. En otros casos no existe ninguna condición médica diagnosticable. Los investigadores han sugerido que el trastorno del dolor crónico puede estar en un espectro de lo que han llamado trastornos “de internalización”, los cuales incluyen trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de somatización. En otras palabras, las personas con estos trastornos no expresan al exterior sus conflictos emocionales sino más bien los experimentan de forma interna.

El diagnóstico de trastorno de dolor es complicado, en particular en casos en los que una condición médica es evidente, como hernias, cistitis, artritis o tumores, los cuales causan una gran cantidad de dolor; sin embargo, para personas con este

trastorno mucho más que la condición médica parece estar asociado con el inicio, gravedad, intensificación y mantenimiento de su dolor. En muchos casos estos individuos tienen otros trastornos psicológicos, como un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad, condiciones que pueden interrelacionarse de manera intrincada con la experiencia y el malestar del dolor (Halgin y Kauss, 2009).

Las personas que luchan con el dolor crónico pueden encontrarse en una búsqueda interminable de alivio, dedicando cantidades considerables de tiempo y de dinero en busca de una cura. Es probable que las personas con este trastorno se puedan volver dependientes a sustancias, ya sea drogas ilegales o medicamentos de prescripción, en sus esfuerzos por aliviar su malestar. De hecho se estima que una cuarta parte de los pacientes a los que se prescriben medicamentos analgésicos para el tratamiento del dolor crónico desarrollan problemas con el abuso de sustancias o la dependencia (American Psychiatric Association, 2000 citado por Halgin y Kauss, 2009).

Halgin y Kauss (2009), hablan de que para entender qué motiva a las personas a estar enfermas, es útil ver la ganancia primaria y la ganancia secundaria asociadas a la enfermedad.

La ganancia primaria es la evasión de responsabilidades debido a que uno está “discapacitado”. Por otro lado, la ganancia secundaria es la simpatía y atención que recibe la persona enferma de otras personas (Dorsch, 2009).

Sin embargo muchos costos que pueden incrementarse están implicados en la adopción del papel del enfermo, la discapacidad puede traer consigo pérdida o reducción de salarios, y la incapacidad que causa puede engendrar molestia o ira en otros, o no simpatía, entre otras.

Por otra parte, las personas que adoptan el papel de enfermos encuentran que se vuelven disponibles para ellos más recompensas que costos. La sociedad también tiende a hacer más aceptable que las personas reciban atención por una

enfermedad física que por problemas relacionados con el estrés que parece estar más bajo control voluntario.

Los trastornos somatomorfos pueden explicarse mejor con una interacción de factores biológicos, experiencias de aprendizaje y factores emocionales. De acuerdo con este enfoque integrador, los eventos de la infancia establecen el escenario para el desarrollo posterior de síntomas.

Cuando niños, las personas con este trastorno pueden haber tenido padres que enfrentaban el estrés quejándose de varios padecimientos físicos infundados. Cuando adultos, están preparados para reaccionar al estrés emocional con malestares físicos. Algunos de estos malestares pueden tener una base en la realidad, ya que el estrés, puede causar tensión muscular en partes del cuerpo, como la cabeza, espalda o sistema gastrointestinal, aunque demasiado sutiles para mostrarse en pruebas de diagnóstico, estos síntomas de tensión muscular crean malestar, en el cual el individuo centra su atención y preocupación, se establece un ciclo, en el que la preocupación por estas sensaciones físicas se amplifica, creando más tensión y conduciendo a más angustia, refuerzan este proceso las recompensas que obtiene el individuo al estar enfermo, como beneficios por discapacidad o atención de amigos y familiares.

Enfoques más contemporáneos para tratar los trastornos somatomorfos implican explorar la necesidad de una persona de desempeñar el papel de enferma, evaluando la contribución del estrés en la vida de la persona y proporcionando a los clientes técnicas cognitivo-conductuales (basadas en el pensamiento y la conducta), para controlar sus síntomas. También es importante desarrollar una relación de apoyo y confianza con el cliente o paciente. Por otra parte Campo y Negrini (2002) citado por Halgin y Kauss, (2009), sugieren el reforzamiento negativo como base para el tratamiento conductual de este trastorno.

Entendiendo por reforzamiento negativo, al acto en el que se elimina un estímulo aversivo para aumentar la frecuencia de la conducta del sujeto (Dorsch, 2009).

1.3.- Factores psicológicos que afectan a las condiciones médicas.

La mayoría de las personas están conscientes de que las condiciones corporales pueden ser afectadas de manera adversa por factores psicológicos, por ejemplo Halgin y Kauss (2009), sustentan que el estrés emocional intenso puede incrementar la vulnerabilidad del individuo para enfermarse y puede hacer parecer más lenta la recuperación de un padecimiento. Varios problemas corporales pueden producirse o agravarse por presentar ansiedad, depresión e incluso ira. En algunas circunstancias la condición es bastante grave y amerita la atención clínica.

Hay una categoría diagnóstica especial en el DSM-IV-TR, llamada factores psicológicos que afectan a las condiciones médicas, que aborda condiciones en las que hay una relación marcada entre la perturbación psicológica y la alteración corporal (López y Valdés, 2002). Los factores psicológicos incluyen los siguientes:

- a) Trastornos del eje I, por ejemplo trastorno depresivo mayor
- b) Síntomas psicológicos, por ejemplo ansiedad que agrava la cistitis
- c) Rasgos de personalidad, por ejemplo represión
- d) Conductas inadaptadas respecto a la salud, por ejemplo dieta poco sana
- e) Respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés
- f) Factores psicológicos menos específicos, por ejemplo problemas interpersonales

Halgin y Kauss (2009), mencionan que este diagnóstico se da a pacientes que padecen de una condición médica reconocida que es afectada de manera adversa por factores emocionales que influyen en el curso de la condición médica, interfieren en el tratamiento, crean riesgos de salud adicionales o agravan sus síntomas. En ocasiones los rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento afectan de manera adversa la salud de un individuo.

Aunque la relación parece simple superficialmente, es más compleja de lo que se podría pensar, los investigadores que estudian la relación mente-cuerpo intentan determinar por qué algunas personas desarrollan problemas fisiológicos o médicos cuando su vida se vuelve ocupada, complicada o llena de situaciones desagradables.

Halgin y Kauss, (2009), mencionan los siguientes factores:

- Estrés: La mayoría de los investigadores usa este término para referirse a la reacción emocional desagradable que tiene una persona cuando percibe un evento amenazante.

Esta reacción emocional puede incluir un aumento de la excitación fisiológica debido al incremento en la reactividad del sistema nervioso simpático, por lo tanto cuando una persona experimenta estrés es probable que trate de reducir este sentimiento desagradable. Al esfuerzo por reducir el estrés se le llama afrontamiento; cuando el afrontamiento es infructuoso y el estrés no remite, el individuo puede buscar atención clínica para los problemas médicos o psicológicos que ha desarrollado como consecuencia de la excitación fisiológica constante causada por el estrés crónico.

Los investigadores en esta área han elaborado medidas que cuantifican el grado en que un individuo ha sido expuesto a situaciones difíciles en la vida, el fundamento detrás de esta medida es que, cuando las personas experimentan una gran cantidad de unidades de cambio de vida en un periodo relativamente breve están en mayor riesgo de desarrollar una enfermedad importante dentro de un periodo de dos años. Es importante mencionar que no es sólo el evento en sí, sino también la forma en que es interpretado lo que determina su impacto.

Se entiende entonces que un evento estresante puede iniciar una serie de reacciones dentro del cuerpo que disminuye su resistencia a la enfermedad.

Una explicación de estas relaciones es que el estrés estimula las hormonas reguladas por el hipotálamo, y estas hormonas disminuyen la actividad del sistema inmunológico, con menos protección el cuerpo es menos resistente a la infección, alérgenos y los intrusos más serios, como los carcinógenos.

- Expresión emocional: Éste es otro factor clave en la relación entre el funcionamiento psicológico y la salud. Si la supresión emocional es poco sana, parece razonable concluir que expresar la emoción es benéfico para el bienestar físico y mental del paciente.

La investigación que conecta la expresión emocional con el funcionamiento del sistema inmunológico está confirmando la creencia común de que debería “sacarlo” cuando se siente infeliz o molesto.

En una serie de experimentos innovadores, el psicólogo James Pennebaker y sus colegas han mostrado que confrontar de manera activa las emociones que surgen de un evento molesto o traumático puede tener beneficios de salud a largo plazo (Pennebaker, 1977, citado por Halgin y Kauss, 2009).

Los investigadores han concluido que confrontar los sentimientos y pensamientos respecto a una experiencia estresante puede tener efectos positivos duraderos, aún cuando el impacto inicial de dicha confrontación pueda ser perjudicial.

- Estilo de personalidad: Las personas que con frecuencia tienen una sensación de impaciencia, irritabilidad o presión para conseguir hacer algo de prisa pueden estar en riesgo de desarrollar problemas cardíacos.

Esta forma de ser audaz, competitivo, impaciente, cínico, suspicaz y hostil hacia otros, e irritable con facilidad se describe como tipo A. Las personas con pautas de comportamiento tipo A tienden a desarrollar hipertensión y

problemas cardiacos asociados, problemas que incrementan su tasa de mortalidad. Estos individuos tienden a reaccionar de manera explosiva ante situaciones estresantes, al hacerlo hacen sonar “alarmas” por todo el cuerpo, el sistema nervioso simpático de las personas tipo A está en un estado de alerta, lo que le impone un estrés fisiológico a los órganos corporales sensibles, lo cual puede producir enfermedad cardiaca coronaria, aterosclerosis cerebral y aterosclerosis en otras partes del cuerpo.

- Factores socioculturales: Los factores socioculturales también desempeñan una función al causar y agravar trastornos relacionados con el estrés.

La exposición crónica al estrés de un ambiente así puede conducir a niveles de cortisol crónicamente más elevados pero también, en forma paradójica, una capacidad reducida para responder a nuevas amenazas o desafíos (Kristenson et al., 2004, citado por Halgin y Kauss, 2009).

El tratamiento que se propone para esto, tiene un enfoque disciplinario debido a que las condiciones en la categoría de factores psicológicos que afectan a las condiciones médicas incluyen una gran colección de problemas físicos, a esto se le conoce como medicina conductual.

Las técnicas de medicina conductual están arraigadas en la teoría conductual y usan principios de aprendizaje para ayudar al paciente a obtener control psicológico sobre las reacciones corporales poco saludables. Con esto los pacientes aprenden a tomar responsabilidades por su salud, a iniciar y mantener comportamientos que producen salud y a terminar con los poco saludables.

Aprenden a estar alertas a procesos corporales poco saludables y a emprender acción para evitar o modificar circunstancias en las que es probable que enfermen.

Los individuos aprenden a vigilar los primeros signos de tensión creciente y a iniciar pasos para evitar el desarrollo de dolor, incluyendo el aprendizaje de varias

estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción y en los problemas, como abandonar una situación estresante o redefinir las perspectivas de sí mismos sobre una situación que no pueden cambiar.

1.4.- La Cistitis como enfermedad psicósomática

Para Dethlefsen y Dahlke (2003), la vejiga es el recipiente en el que la orina, es decir, todas las sustancias desechadas por los riñones, espera poder salir del cuerpo. La presión que provoca la orina acumulada, impulsa a la evacuación, la cual produce un alivio. Muchas veces las ganas de orinar están relacionadas con determinadas situaciones, la presión, experimentada primeramente en el plano psíquico, pasa al plano físico y se manifiesta en la vejiga.

La presión siempre nos insta a soltar y relajarnos. Cuando somos incapaces de atender esta llamada en el plano psíquico, tenemos que hacerlo a través de la vejiga. De este modo se experimenta claramente la magnitud de la presión de una situación, cuán dolorosa puede llegar a ser si no se le libera y qué alivio se siente al liberarla. Además, la somatización permite transformar la presión que se experimenta de modo pasivo en una presión activa.

Se habla entonces de que el enfermo siempre tiende a utilizar sus síntomas como medios de presión. Con esto abordamos uno de los más grandes tabúes de nuestro tiempo. El afán de dominio es un problema básico del ser humano. Mientras el individuo tiene un Yo, ansía dominar. Cada «...pero yo quiero», es expresión de este afán de dominio. Ahora bien, dado que, por otra parte, el poder se ha convertido en un concepto muy negativo, los humanos se sienten obligados a disimular su juego.

Son relativamente pocas las personas que tienen el valor de declarar y asumir abiertamente su ansia de poder. La mayoría trata de imponerse indirectamente.

Para ello utiliza ante todo los medios de la enfermedad y del desamparo social, estos medios son relativamente seguros; no serán cuestionados porque los procesos funcionales y el medio social están por encima de toda sospecha.

Por medio de la enfermedad casi siempre puede lograrse lo que, sin síntomas, nunca se conseguiría como: atención, compasión, dinero, tiempo libre, ayuda y poder sobre los demás. Este beneficio secundario de la enfermedad, que se consigue utilizando el síntoma como instrumento de dominio, en muchos casos a veces impide la curación (Andrade, 2008).

En la cistitis o inflamación el escozor al orinar indica claramente cuánto duele al paciente “dejarlo correr”. Las frecuentes ganas de orinar sin evacuación de líquido o con una evacuación mínima denotan incapacidad de deshacerse de un tema, a pesar de la presión. En todos estos síntomas, hay que recordar que las sustancias o, en su caso, temas que hay que dejar correr, ya están pasados y no representan más que lastre.

Para Schnake (2005), el órgano o la parte enferma habla de muchas formas, por lo que propone una técnica de sensibilización en donde se realiza un diálogo entre la persona y las características del órgano en salud, como si tuviera personalidad, para identificar las diferencias que hay entre ellos y señalar a partir de ahí lo que se tiene que trabajar o lo que la persona debe hacer para restablecer su equilibrio y salud.

Esta autora afirma que “es evidente que las características evitadas o no reconocidas de la función de un órgano, son la clave del conflicto que la persona está negando, o eludiendo, o no aceptando por algún motivo”.

Ella misma personifica a la vejiga con las siguientes características: contenedora hasta cierto límite, flexible, paciente, tolerante, aguantadora, adaptable, eliminadora, suelta cuando hay que soltar, sencilla, pasiva, controla lo que depende de ella, se contrae y se relaja y sabe trabajar en equipo.

Para Northrup (2005), la dificultad, en el manejo de límites, bien podría conducir a una mayor propensión a infecciones. Así, cualquier percepción de invasión en la propia vida emocional puede tener por consecuencia una mayor permeabilidad del sistema inmunitario.

Por lo general, estos problemas van asociados a quejas no expresadas acerca de una situación que han acumulado durante esos años.

En la cistitis o inflamación, el escozor al orinar indica claramente cuánto duele al paciente dejar algo correr. Las frecuentes ganas de orinar sin evacuación de líquido o mínima denotan incapacidad de desprenderse del tema, a pesar de la presión. Se ha visto que la urgencia urinaria corresponde con los síntomas de ansiedad. Las mujeres afectadas por problemas de la vejiga sienten más ansiedad, tienen más rasgos obsesivos y tienden a experimentar las emociones sólo a través de síntomas corporales.

Por lo mencionado anteriormente puede entenderse entonces que, las mujeres con cistitis, tienden a querer controlar lo que les rodea, generalmente se encuentran en tensión, no relajan su cuerpo, se les dificulta abrirse por temor a ser lastimadas, no logran soltar los recuerdos o las experiencias dolorosas, y tienen varios asuntos inconclusos que las llevan a sentir rencor.

2.- CISTITIS

2.1.- Definición de cistitis

Morin, Armengaud y Guyot (2000), en la enciclopedia de la salud, mencionan que la salud y la prevención de las enfermedades, son el objetivo principal de cualquier actuación médica, y es por esto que se ha evolucionado de una atención médica que era casi exclusivamente fundamentada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades a una atención más amplia, en donde además de esto se busca el prevenir, dando a conocer algunos factores de riesgo para las enfermedades y con ello promover el mantenimiento de una vida sana.

Este cambio en la orientación de la salud se forma de diferentes aspectos, uno de ellos es el promover la propia salud de las personas, esto por medio de pláticas, conferencias o talleres en donde se pretende hacer consciencia sobre el que cada persona se cuide a sí misma y aprenda a conocer a su organismo, así como el mostrar diferentes formas de cuidarlo para con esto evitar las enfermedades; además de esto, también se busca el formar a la población que ya ha sido diagnosticada con alguna enfermedad, buscando que la persona enferma se vuelva una experta en su enfermedad, esto con el propósito de que conozca información sobre la forma en la que puede recuperarse o no empeorar su salud.

A pesar de que hace algunos años la cistitis era estudiada con poca precisión, en la actualidad esta enfermedad está en el camino de investigaciones y de un progreso científico.

La cistitis es la infección urinaria no complicada más frecuente en la mujer, la mayoría de las mujeres pueden presentar por lo menos una vez, un episodio de cistitis. Entre las causas más frecuentes se encuentra el inicio de las relaciones sexuales, la condición fisiológica y factores hormonales (Palmieri, 2001).

La cistitis es una inflamación aguda o crónica de la mucosa de la vejiga urinaria, está afecta principalmente a mujeres jóvenes en el período de actividad sexual y a mujeres embarazadas; la diabetes favorece su aparición, en numerosos casos tiende a repetirse, lo que puede constituir un verdadero trastorno para quien la

padece. Actualmente existen tratamientos que son en una sola toma, para pacientes que sufren episodios repetidos de cistitis (Morin, Armengaud y Guyot, 2000).

Shulman, Phair, Peterson y Warren (2004), argumentan que dentro del conducto urinario normal, la orina es estéril y por lo tanto es probable que las bacterias rara vez se encuentren cubriendo este conducto. Por el contrario, la identificación de bacterias en orina recolectada en el conducto urinario indica probable asentamiento de bacterias en este conducto, lo cual puede causar infecciones ya que estas bacterias pueden llegar a penetrar las capas más profundas de la vejiga y causar fiebre de poca intensidad, micción frecuente y urgente y dolor a la micción, todas estas manifestaciones clínicas mencionadas corresponden a lo que se conoce como cistitis.

Por otra parte Stephen, Maxime y Lawrence (2007), mencionan que la cistitis es una infección de la vejiga, por lo general causada por bacterias coliformes y a veces por bacterias grampositivas; conociéndose como bacterias coliformes según Miller (1996), a las bacterias que tienen ciertas características bioquímicas en común e importancia relevante como indicadores de contaminación y como bacterias grampositivas a las que se tiñen de color azul oscuro o violeta. La vía típica de infección que mencionan es la ascendente desde la uretra. En los niños en ocasiones se puede presentar la cistitis vírica causada por adenovirus, pero ésta es rara en adultos.

En el caso de las mujeres la cistitis, se podría confundir con otras infecciones como la vulvovaginitis y la enfermedad inflamatoria pélvica; sin embargo éstas pueden distinguirse con una exploración pélvica o un análisis de orina. En el caso de los hombres se podría confundir con la uretritis y la prostatitis, en este caso se puede distinguir de igual manera por exploración física. Aunque la aparición de la cistitis no es frecuente en hombres y cuando se llega a presentar suele implicar un proceso patológico como cálculos infectados, prostatitis o retención urinaria crónica, para lo cual se requerirán estudios adicionales.

Ausina y Moreno (2006), señalan que la cistitis es la inflamación en la vejiga debido a una infección, la cual causa sensación de ardor al orinar. En condiciones normales, la orina y las vías urinarias se encuentran estériles dado que el tracto urinario, a través de la micción elimina cualquier germen; sin embargo, en algunas ocasiones las bacterias llegan a la vejiga, crecen y se multiplican originando una infección que provoca la inflamación de la misma, esto depende de los mecanismos de defensa del huésped, el tamaño del inóculo y la presencia o no de alteraciones anatómicas o funcionales de las vías urinarias.

Esta patología se caracteriza por la presencia de disuria, polaquiuria, micción urgente, acompañada de dolor suprapúbico, orina maloliente y en ocasiones hematuria. En el 95% de los casos es causada por un solo tipo de microorganismo, de 1-2% de la cistitis son polimicrobianas (Ausina y Moreno 2006).

2.2.- Tipos de cistitis

Como ya se mencionó existen diferentes causas para la cistitis, es por esto que no todas las cistitis serán iguales: pueden aparecer en diferentes momentos y ser provocadas por diversas situaciones, es por esto que su incidencia va a depender del estilo de vida que tenga la mujer, además de su edad, o diversos factores que pueden favorecer su aparición.

A continuación se describirán algunos tipos de cistitis descritas por Ausina y Moreno (2006):

1) Cistitis de la luna de miel:

Estos autores mencionan que algunas mujeres tienen síntomas de cistitis y micciones dolorosas cada vez que tienen relaciones sexuales, sus síntomas generalmente duran un día o dos y luego desaparecen hasta que vuelven a tener relaciones sexuales. En las mujeres jóvenes, los principales factores predisponentes son:

- El coito, el riesgo será nueve veces superior si las relaciones sexuales son diarias.
- La utilización reciente de antibióticos.
- El uso de diafragma con espermicidas
- El uso de sprays higiénicos femeninos o compresas perfumadas pueden irritar la uretra.
- La uretra puede haber sido golpeada durante la actividad sexual.
- Intercambio de flora bacteriana entre el varón y la mujer durante las relaciones sexuales.
- Antecedente de infección urinaria.
- Madre con antecedentes de infección urinaria.

La infección suele alcanzar el tracto urinario por vía ascendente, esto podría explicar la mayor incidencia de infecciones en mujeres y su relación con la actividad sexual. Se menciona que el riesgo de contraer cistitis es 40 veces mayor en la mujer sexualmente activa.

2) Cistitis durante el embarazo

Se habla de que la prevalencia de cistitis en las mujeres embarazadas oscila entre el 2 y el 11%, pero es en el tercer trimestre del embarazo donde pueden aparecer con mayor frecuencia infecciones urinarias; esto a causa de factores hormonales y a que el útero aumenta su tamaño lo que le resta espacio a la vejiga y favorece a la retención de orina, con esta retención la vejiga puede llegar a convertirse en un medio de cultivo de gérmenes.

Las infecciones por gérmenes que no causan síntomas durante el embarazo tienen una prevalencia de 4 a 7 %, pero en un 25% de los casos pueden ocurrir infecciones urinarias complicadas si no se comienza el tratamiento adecuado a tiempo.

3) Cistitis durante la menopausia

Con la edad se da una escasez de estrógenos que produce una pérdida de la colonización vaginal por lactobacillus (bacterias que habitan en el cuerpo humano), a consecuencia de esto, el medio vaginal va perdiendo su acidez natural, esta acidez previene posibles infecciones, es por esto que se favorece la llegada de bacterias, dichas bacterias pueden llegar a la vejiga y con esto ocasionar una cistitis.

Algunos predisponentes a la cistitis en mujeres menopáusicas son los siguientes:

- Incontinencia urinaria
- Vejiga neurogénica
- La presencia de cistocele y/o un residuo posmiccional
- El antecedente de infección urinaria antes de la menopausia
- La cirugía ginecológica previa
- Bajo nivel de estrógenos vaginal

4) Cistitis recurrente

Las infecciones recurrentes según su patogenia se clasifican en recidivas y reinfecciones. Las recidivas se consideran como todo episodio de infecciones del tracto urinario que ocurre en las primeras semanas luego de la aparente curación de la infección urinaria, son causadas por la persistencia de la cepa original en el

foco de la infección. Éstas se deben a una terapia inadecuada, ya sea por esquemas cortos o por antibióticos inadecuados, a la existencia de alteraciones estructurales del tracto genitourinario, a focos persistentes no detectados como prostatitis o absceso renal y a la presencia de cálculos en la vía urinaria.

Las reinfecciones son infecciones causadas por un factor distinto, esto es frecuente en mujeres en edad fértil con vida sexual activa. Aproximadamente el 20% de mujeres padecen reinfecciones.

Entre el 25 y el 30% de las mujeres que padecen cistitis presentarán infecciones de repetición, si se ha sufrido una vez cistitis, el riesgo de padecer otro episodio en el plazo de 18 meses es del 28%, y si esto sucede, el riesgo de una tercera infección es del 80% durante el siguiente año.

2.3.- Causas.

En la mayoría de los casos no se encuentra ninguna causa, generalmente se trata de una infección por bacterias. En algunos casos las mujeres con cistitis padecen una enfermedad que impide que la vejiga urinaria se vacíe normalmente; en otros casos más infrecuentes, la cistitis se debe a la presencia anormal de residuos del himen (bridas himeneales), la membrana que separa la vagina de la vulva y que se rompe durante las primeras relaciones sexuales, durante el coito, las bridas himeneales permiten el paso hacia la vejiga de microbios presentes en la vagina. En el caso de los hombres, puede ser producida por una alteración benigna de la próstata (glándula sexual masculina situada debajo de la vejiga), por ejemplo, cuando es muy grande (Morin, Armengaud y Guyot, 2000).

Shulman, Phair, Peterson y Warren (2004), indican que la cistitis puede ser más frecuente en la mujer, debido a la corta longitud de la uretra femenina, lo que facilita la invasión ascendente y la colonización por microorganismos procedentes de la vagina o el recto. Otra condición que explica la mayor propensión de las mujeres a desarrollar cistitis es la costumbre muy extendida de retener la orina.

Algunas otras causas o situaciones que favorecen la aparición de la cistitis descritas por Yomayusa y Altahona (2003), son las siguientes:

- Relaciones sexuales frecuentes.
- Infecciones del tracto urinario.
- Ausencia de micción tras las relaciones sexuales.
- El uso del diafragma: por la obstrucción que produce o por los cambios en la microbiota vaginal que producen los espermicidas.
- Obstrucción al flujo urinario: Producida por la existencia de malformaciones congénitas (estenosis de la unión pieloureteral, estenosis de la unión ureterovesical, ureteroceles, válvulas de uretra posterior, divertículos ventrales de uretra, etc.). La obstrucción renal se asocia con un elevado riesgo de desarrollo de cicatrices pielonefríticas.
- Reflujo vesicoureteral (RVU): Aunque un reflujo estéril a alta presión puede inducir daño renal, la acción nociva se ejerce cuando al reflujo se asocia la infección urinaria. La lesión renal parece ser favorecida por la presencia del reflujo intrarrenal, que ocurre en los grados más altos de RVU y que permite que la orina infectada refluya a través de los colectores papilares al interior del parenquimatoso y las reacciones inmunológicas a ese nivel y como consecuencia de ambos factores el desarrollo posterior de cicatrices renales y la atrofia renal.
- Virulencia de germen: Entre los diversos factores de virulencia bacteriana destacan los antígenos de la pared celular (antígeno O) y los antígenos capsulares (antígeno K). La capacidad de los microorganismos de adherirse a las células uroepiteliales constituye el principal factor condicionante de la colonización inicial de la mucosa vesical. Existen dos tipos principales de adhesinas en *Escherichia coli*: los pili (o fimbrias) tipo 1 y los pili (o fimbrias) tipo 2; los primeros son causa fundamentalmente de cuadros de cistitis y

bacteriuria asintomática, ya que los receptores celulares para estas adhesinas parecen ser más abundantes en la mucosa vesical que en el uroepitelio alto. Las fimbrias tipo 2 reconocen receptores uroepiteliales localizados preferentemente a nivel del parénquima renal.

- Factores dependientes del huésped: Se destaca como un factor que predispone a la aparición de Infección del Tracto Urinario la mayor densidad de receptores glucolipídicos en las células epiteliales del tracto urinario (uroepitelio). En algunos individuos y que permiten la unión específica de los gérmenes con fimbrias tipo 2 con las células epiteliales del huésped, incrementándose la adhesión bacteriana. A mayor densidad de receptores uroepiteliales, más posibilidades de adhesión bacteriana y mayor riesgo de infección urinaria.

2.4.- Características o Síntomas.

La cistitis suele presentarse bruscamente, se caracteriza por dolor en la parte inferior del vientre (por encima de la pubis), por quemazón durante la emisión de orina y necesidad de orinar con frecuencia (aunque la paciente sólo consigue emitir algunas gotas de orina). La orina es turbia y maloliente, en ocasiones contiene sangre, generalmente la paciente no presenta fiebre, en caso contrario, la fiebre indica que la infección se ha complicado y que afecta al riñón.

Cuando aparece en una mujer embarazada, la cistitis en ocasiones produce contracciones del útero, lo que puede desencadenar un parto prematuro (Morin, Armengaud y Guyot, 2000)

Stephen, Maxime y Lawrence (2007), hablan de que con frecuencia hay síntomas de irritación durante la micción, por ejemplo, polaquiuria: (es el aumento del número de micciones durante el día), urgencia y disuria (dificultad o dolor en la evacuación de la orina), además de dolores suprapúbicos (encima del pubis), es probable que las mujeres presenten hematuria (presencia de sangre en la orina) evidente. Con frecuencia estas manifestaciones aparecen después del coito, la

exploración física muestra dolor suprapúbico a la palpación, pero muchas veces los resultados son normales.

Se les realiza un análisis urinario que muestra grados variables de hematuria, así como piuria (presencia de pus en la orina) y bacteriuria (bacterias en la orina), el grado de estas últimas no siempre se verá relacionado con la gravedad de los síntomas. El cultivo urinario es positivo para el microorganismo causal, pero no es indispensable que el recuento de colonias sea mayor de 10^5 / ml para establecer el diagnóstico (Diccionario terminológico de ciencias médicas, 1988).

2.5.- Prevención.

Morin, Armengaud y Guyot (2000), mencionan que para prevenir nuevos episodios de cistitis, existen algunas normas dietéticas y de higiene que deben respetarse: es necesario beber agua de forma abundante para aumentar el volumen de orina; además de orinar cuando se sienten las ganas de orinar y vaciar completamente la vejiga en cada emisión, también es necesario orinar después de mantener relaciones sexuales.

Respecto a la higiene íntima se recomienda evitar su ausencia o su exceso, para esto se sugiere un lavado con agua y jabón (preferentemente ácido), de delante hacia atrás y no a la inversa, no más de una vez al día, también evitar la ropa interior de nilón y los pantalones demasiado ajustados, además de no comer alimentos condimentados, evitar el estreñimiento y tratar cualquier infección de los órganos genitales.

2.6.- Diagnóstico.

Según Morin, Armengaud y Guyot (2000), el diagnóstico de la cistitis se establece mediante una simple exploración clínica, a partir del conjunto de síntomas, que son muy indicativos de la enfermedad. Los gérmenes causales se identifican analizando una muestra de orina, durante el mismo análisis, se prueba la sensibilidad de los microorganismos descubiertos en la orina a diferentes medicamentos antibióticos, con el fin de determinar cuál de ellos es el más idóneo para combatir la infección.

Stephen, Maxime y Lawrence (2007), mencionan que las bases para el diagnóstico de la cistitis son:

- 1.- Síntomas de irritación durante la micción.
- 2.- Paciente casi siempre afebril (sin fiebre).
- 3.- Cultivo urinario positivo; los hemocultivos también pueden ser positivos.

2.7.- Tratamiento.

Su tratamiento consiste en la administración de antibióticos, dos días después del final del tratamiento se practica un nuevo análisis de orina para verificar que ya no existen gérmenes. Actualmente existe un tratamiento con una sola toma de antibióticos (tratamiento llamado unidosis o de dosis única), por lo general el tratamiento de la causa predispone si existe suficiente para prevenir nuevos episodios de cistitis.

El tratamiento unidosis mencionado anteriormente, indica que la cistitis puede ser muy invalidante cuando las recaídas se multiplican, lo que afecta sobre todo a las mujeres, como ya se mencionó, cada recidiva necesita un tratamiento antibiótico de varios días, cuando se trata de una cistitis leve provocada por colibacilos, puede proponerse a la paciente un tratamiento en una sola toma, administrada desde la aparición de los síntomas. En algunas horas estos antibióticos que tienen una acción rápida y de larga duración (de 24 a 48 horas), dan lugar a la desaparición de los gérmenes responsables de la cistitis, y por consiguiente, de los síntomas, este tratamiento unidosis permite a la paciente tratarse a ella misma inmediatamente y evitar los inconvenientes como diarrea o náuseas, provocados por la toma repetida de antibióticos (Morin, Armengaud y Guyot, 2000).

Stephen, Maxine y Lawrence (2007), respaldan el tratamiento ya mencionado, indicando también de un tratamiento de una dosis única o un ciclo de unos a tres días, agregan que el trimetiprim-sulfametoxazol puede ser ineficaz en un porcentaje importante de pacientes por el surgimiento de microorganismos

resistentes, y sugieren las fluoroquinolonas y la nitrofurantoina para la cistitis no complicada.

Agregan además que las infecciones casi siempre responden pronto al tratamiento y cuando existe una falta de respuestas se puede pensar en resistencia al fármaco seleccionado o anomalías anatómicas que ameritan un estudio adicional.

2.8.- Prevalencia.

Aunque en México no son muchos los datos obtenidos sobre la prevalencia de la cistitis, se tratará de completar dicha información tomando en cuenta lo que se ha encontrado en otros países.

La Asociación Española de Urología, menciona que entre el 50 y 60 % de mujeres sufre alguna infección del tracto urinario y en el 90% de los casos se tratará de cistitis. Según los registros esto es más frecuente de los 18 a los 39 años, pero aun así puede presentarse en otras edades (Com salud, 2014).

De acuerdo con datos epidemiológicos de los Estados Unidos, en este país puede estimarse que al menos 30% de todas las mujeres experimentará un episodio agudo de cistitis durante su vida y de éstas, alrededor de 20% sufrirá de recurrencias. Un aspecto importante es que hasta 30% de las mujeres con cistitis sintomática presenta una infección del tracto urinario superior, afección que reviste particular gravedad porque conlleva un mayor riesgo de compromiso renal, con el subsiguiente deterioro de la función de dicho órgano (Shulman, Phair, Peterson y Warren, 2004).

Según Pigrau (2013), en el año 2007 en Estados Unidos, hubo 8,6 millones de consultas médicas registradas por cistitis, el 84% eran mujeres, aunque estas infecciones comparadas con otras enfermedades no parecieran ser tan graves, no deben ser subestimadas, ya que cada episodio de cistitis podría durar hasta 6 días de síntomas, restringiendo así las actividades de la vida diaria de quienes la padecen.

En México, el Dr. Othón Moreno Alcázar jefe del departamento de Urología del Hospital General "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la ciudad de México, citado por Dávila (2012), señaló que la prevalencia de la cistitis en México es de 3 a 1, además de mencionar que el 40% de las mujeres que presentan cistitis, tienen hematuria (presencia de sangre al orinar), señalando así la importancia de tratar esta enfermedad.

Yomayusa y Altahona (2003), mencionan que en Colombia no se dispone de estadísticas pertinentes, pero aun así se sabe que la cistitis es particularmente frecuente en el sexo femenino, con una incidencia de 0.5% a 0.7% por año.

Se considera que la mitad de las mujeres puede presentar al menos un episodio de cistitis en algún momento de su vida y que una de cuatro mujeres puede recaer, circunstancia que implica mayor riesgo de resistencia a los antibióticos de uso frecuente.

Capítulo 2.- METODOLOGÍA

2.1.- Enfoque:

Cualitativo: Tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. En investigaciones cualitativas se debe hablar de entendimiento en profundidad en lugar de exactitud, se trata de obtener un entendimiento lo más profundo posible (Alvira, 2002).

Para Heath (1997) citado por Calixto (2014), la investigación cualitativa trata de describir e interpretar algunos fenómenos humanos, esto a menudo con palabras propias de los individuos seleccionados.

El objetivo de la metodología cualitativa, es además de describir, llegar a la comprensión y evaluación de fenómenos a través de la observación y el diagnóstico a largo plazo, puede aplicarse en diversas áreas de las ciencias sociales, entre ellas la Psicología.

2.2.- Alcance:

Descriptivo: Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (Dorsch, 2009).

2.3.- Objetivo General:

Analizar las características de personalidad de mujeres de 22 a 53 años y la relación de las anteriores con la cistitis como enfermedad psicosomática, para brindar información científica hacia una mejor calidad de vida.

2.3.1.- Objetivos específicos:

- Identificar si la ansiedad es un factor que favorece la aparición de la cistitis.
- Analizar la dificultad de imposición de límites en mujeres con cistitis.
- Investigar cómo manejan el rencor las mujeres con cistitis.

- Analizar si las mujeres con cistitis suelen ser aprensivas.

2.4.- Planteamiento del problema:

¿Qué características de personalidad presenta la mujer con cistitis que la lleva a somatizar la enfermedad?

2.4.1.-Preguntas de Investigación:

- ¿Las mujeres con cistitis presentan ansiedad?
- ¿Las mujeres que presentan cistitis tienen dificultad para poner límites?
- ¿Suelen ser aprensivas las mujeres que padecen cistitis?
- ¿Cómo manejan el rencor las mujeres con cistitis?

2.5.- Supuestos:

- Las mujeres con cistitis suelen tener un alto nivel de ansiedad que suele ser expresada a través de la somatización.
- Las mujeres con cistitis tienen dificultad en el manejo de los límites ya que suelen ser aprensivas y rencorosas.

2.6.- Ejes temáticos:

1. Ansiedad: El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático. En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos (Dorsch, 2009).

2. Somatización: Es un término genérico que incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo los cuales, a veces, aún cuando no existe evidencia médica de los mismos, el paciente erróneo lo atribuye a una enfermedad orgánica (Dorsch, 2009).
3. Manejo de límites: Un límite es la separación, ya sea física o simbólica, que viene a marcar una división entre lo que se permite y lo que no (Diccionario Manual de la lengua española, 2007). Con manejo de límites entonces se hace referencia a la manera en que se emplearán o conducirán dichos límites.
4. Aprensión: Este término hace alusión al acto de no dejar ir lo que se encuentra listo para irse, pudiendo convertirse en dependencia (Garcíandia y Ibarra, 2012).
5. Rencor: Es un término genérico que incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo los cuales, a veces, aún cuando no existe evidencia médica de los mismos, el paciente erróneo lo atribuye a una enfermedad orgánica (Andrade, 2008).
6. Cistitis: Campos y Guillen (2007), mencionan que la cistitis es la inflamación en la vejiga debido a una infección, la cual causa sensación de ardor al orinar. En condiciones normales, la orina y las vías urinarias se encuentran estériles dado que el tracto urinario, a través de la micción elimina cualquier germen; sin embargo, en algunas ocasiones las bacterias llegan a la vejiga, crecen y se multiplican originando una infección que provoca la inflamación de la misma, esto depende de los mecanismos de defensa del huésped, el tamaño del inóculo y la presencia o no de alteraciones anatómicas o funcionales de las vías urinarias.

2.7.- Técnicas de recolección de datos:

- **Figura Humana (Machover):** Dicho test entra en la clasificación de los test de personalidad, los diversos rasgos de personalidad que aporta tienen un suficiente margen de confiabilidad. Es aplicable en sujetos de 12 años en adelante, a través del dibujo de la figura humana, la personalidad proyecta rasgos, facilitando así un diagnóstico de la persona (Portuondo, 2007).
- **Entrevista:** Dentro de la Psicología, la entrevista es el instrumento por excelencia para obtener y recabar datos; se utiliza para obtener información en los procesos de selección de personal, en el diagnóstico clínico y psicopedagógico, en el asesoramiento vocacional, en la investigación psicológica y sociológica y en la valoración del aprendizaje. Saber interrogar, escuchar, encontrar la lógica en las respuestas del otro y hallar la lógica en las preguntas que se harán son aspectos clave para cualquier tipo de entrevista (Morga, 2012).
- **Escala de valoración de la ansiedad de Hamilton:** Su autor es Hamilton M. Es una escala de observación que permite determinar el grado de ansiedad global del paciente. Está compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos y unos referidos al comportamiento durante la entrevista. Su aplicación lleva de 15 a 30 minutos. La puntuación se encuentra entre 0 y 56 puntos y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona; se sugiere que una puntuación mayor o igual a 14 indica ansiedad clínicamente significativa y en la prueba se establece que a partir de 16 puntos se trata de un cuadro ansioso de moderada intensidad que amerita tratamiento.

2.8.- Participantes:

En la presente investigación participaron 7 mujeres entre 22 y 53 años.

Todas las participantes son originarias de Cheran y asisten a una clínica del IMSS de la misma comunidad; fueron elegidas con la ayuda de la enfermera Edelmira Avilés Cruz quien les hacia la invitación a participar en esta investigación y la doctora Yadira Zalapa Damian quien por medio de una consulta corroboraba el diagnóstico de cistitis.

2.9.- Escenario:

Algunas de las técnicas de recolección de datos se aplicarán en el domicilio de las participantes y otras en la Clínica del Seguro Social de Cheran.

2.10.- Procedimiento:

Las técnicas fueron aplicadas de manera individual, algunas en la clínica de Cheran y otras en el domicilio de las participantes. Se les pedía a las participantes que comenzaran realizando la figura humana (Machover), despues se realizaba la entrevista y finalmente se les aplicaba la escala de ansiedad (Hamilton).

Capítulo 3.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.

3.1.- Análisis de resultados por eje.

Eje 1.- Ansiedad

Persona	Hamilton	Entrevista	Machover
#1 Mujer de 51 años, casada, dedicada al hogar.	9 puntos de esta escala.	Es una mujer que se preocupa fácilmente, por lo que suele sentirse ansiosa. Le es difícil dejar de pensar en sus problemas, por lo que se le dificulta descansar por las noches, le cuesta trabajo relajarse y estar tranquila.	Falta de confianza en contacto social. Falta de confianza en la productividad. Preocupación por superioridad física. Repugnancia para enfrentarse a conflictos. Disturbios emocionales. Inseguridad Miedo a la realidad Placer por medio de triunfos.
#2 Mujer de 38 años, casada, dedicada al hogar.	Puntuación de 21 por lo que de acuerdo a esta escala existe un cuadro ansioso que amerita tratamiento.	Preocupación por su salud y problemas la llevan a sentirse ansiosa, por lo que le cuesta trabajo dormir y casi no descansa, además de que se considera nerviosa.	Placer con base en lo que logra. Sentimientos de deficiencia. Poca confianza en otros y en lo que hace. Le preocupa que otros sean mejores que ella.
#3 Mujer de 22	13 puntos de esta escala,	Suele sentirse ansiosa cuando se enferma y	Aspiraciones intelectuales.

años, soltera, trabaja en negocio personal.	cercana a los 16 puntos requeridos para considerar cuadro ansioso.	no mejora, además de cuando tiene mucho trabajo, suele exaltarse con facilidad.	Frustración intelectual. Temor a sexualidad. Complejo de inferioridad. Preocupación por lograr control. Falta de confianza en sí misma y en otros.
#4 Mujer de 37 años, casada, dedicada al comercio.	36 puntos, por lo que presenta un cuadro ansioso.	Ante problemas, suele estar preocupada y ansiosa día y noche, sin poder dejar de pensar en lo ocurrido, llega incluso a perder ganas de salir, de comer y puede estar así por días, por lo mismo no puede dormir y no descansa por las noches.	Sentimientos de inferioridad. Paranoidismo. Situación de alerta. Deseos de agradar a otros. Preocupación por tener el control. Falta de confianza en otros y en sí misma. Ansiedad por lo que pueda lograr y con respecto al contacto social. Temor a violación. Falta de dirección en la vida. Descontento con su cuerpo.
#5 Mujer de 27	10 puntos	Ante problemas y enfermedades se pone	Dificultad para adaptación social.

años, casada, ama de casa.		ansiosa aunque trata de no pensar en eso evitándolos, se estresa e irrita con facilidad,	Sentimientos de impotencia e inferioridad. Constantes esfuerzos por triunfar y placer en base a éstos. Deseos de atracción. Ansiedad por lograr el control. Falta de confianza en los demás, y en sus acciones. Culpa. Falta de dirección en la vida.
#6 Mujer de 50 años, casada, dedicada al hogar.	10 puntos.	Hace algunos meses solía preocuparse con frecuencia, pero ha tratado de controlar esto, por lo que ha logrado dormir mejor.	Ansiedad por agradar a otros. Temor a sexualidad. Desprotección. Desconfianza de personas y de sus logros. Temor homosexual. Temor a violación. Descontento con su cuerpo. Inseguridad.
#7 Mujer de 53	23 puntos, lo que indica, un	Preocupación constante, sobre todo	Dificultad para adaptarse.

años, casada, dedicada al hogar.	cuadro ansioso.	ante síntomas de cistitis por malestares, además de que su relación con su esposo la lleva a estar ansiosa por su exigencia, por problemas económicos, dichas situaciones hacen que no pueda dormir bien y no descanse, ante ausencia de esposo se le facilita relajarse.	Ansiedad por agradar a otros. Ansiedad por lograr metas. Ansiedad por tener el control. Desconfianza de otras personas y de lo que pueda lograr. Preocupación sexual. Se siente inferior. Deficiente autoestima. Inseguridad.
---	-----------------	---	---

Análisis de eje 1.- Ansiedad.

El nivel de ansiedad de 3 personas según la escala de Hamilton, es considerado moderado y debería ser tratado, las otras 4 personas también arrojan puntajes significativos aunque no es considerado grave dentro de esta escala.

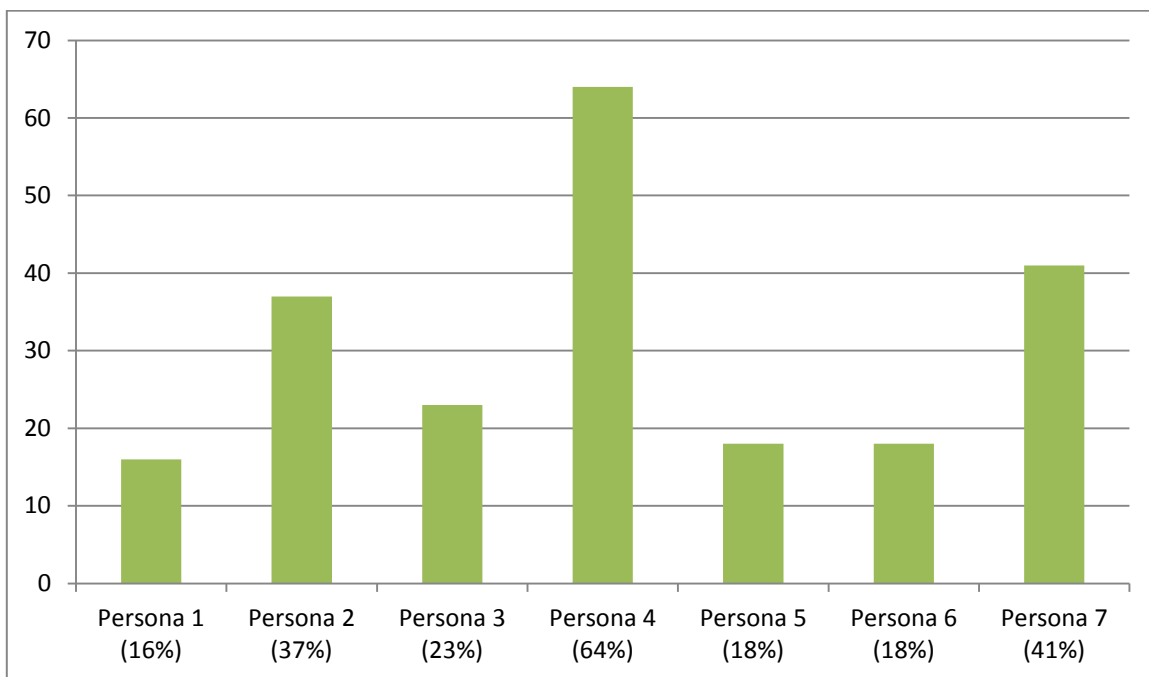
Las 7 mujeres entrevistadas reconocen sentirse ansiosas y preocupadas ante problemas y sobre todo preocuparse por su salud, a 6 de ellas se les dificulta dejar de pensar en sus problemas por lo que no logran dormir bien y sienten no descansar, la otra mujer menciona que ha tratado de controlar sus preocupaciones por lo que ha logrado dormir mejor. Dos mujeres mencionan ante esta ansiedad irritarse fácilmente.

Las 7 mujeres, reflejan tener falta de confianza en los otros y en ellas mismas, lo que las podría llevar a sentirse ansiosas en sus relaciones, además de experimentar sentimientos de inseguridad, deficiencia, sin confiar en lo que pueden lograr.

5 mujeres, reflejan sentir placer con base en lo que van logrando, lo que las puede llevar a sentirse ansiosas al percibir que fracasan ya que tienen poca confianza en su productividad, 2 de ellas se preocupan de que otros sean mejores que ellas.

4 reflejan preocupación y ansiedad por deseos de tener el poder de lo que sucede, 4 más se sienten ansiosas por deseos de agradar a otros y ser tomadas en cuenta. Por otra parte, 3 mujeres reflejan temor a la sexualidad y preocupación sexual, señales que favorecen la aparición de la ansiedad.

A continuación la gráfica 1 muestra el puntaje obtenido en la escala de Hamilton, mostrando la ansiedad que estas mujeres presentan.



Gráfica 1.- Puntaje de ansiedad medido por Escala de Hamilton.

De acuerdo con esta prueba, a partir de un puntaje de 28 % se considera la existencia de un cuadro ansioso que amerita tratamiento, como puede observarse, 3 personas cubren este requisito, presentando así un cuadro ansioso, las otras cuatro personas arrojan un puntaje alto también sin embargo no es considerado como cuadro ansioso dentro de esta escala.

Eje 2.- Somatización

Persona	Entrevista	Figura Humana
#1 Mujer de 51 años, casada, dedicada al hogar.	Ante cansancio, aparece el dolor de cabeza y malestares para orinar	Agresividad reprimida. Inmadurez emocional Tendencias introvertidas. Sentimientos de impotencia. Deseos de controlar. Enojo contenido. Repugnancia para enfrentar conflictos. Miedo a la realidad. Evasión a problemas. Intentos de comunicación social. Esfuerzo por ganar aprobación.
#2 Mujer de 38 años, casada, dedicada al hogar.	Ante problemas, y estrés, presenta insomnio, pérdida de hambre, migraña, episodios de cistitis, trata de no tomar medicamento, recurre a él hasta que es muy fuerte el malestar,	Agresividad reprimida. Intentos de comunicación. Comportamiento defensivo. Esfuerzo por ganar aprobación. Ensimismamiento. Dificultad para expresar emociones. Tendencias introvertidas. Evasión de problemas. Resignación.
#3 Mujer de 22 años,	Cuando tiene problemas, estrés o no se siente	Agresividad reprimida. Introversión.

<p>soltera, trabaja en negocio personal.</p>	<p>cómoda en el trabajo presenta cistitis, cuando alguien más habla de esta enfermedad, al día siguiente suele presentarla ella también, a pesar de medicamentos, estos episodios de cistitis regresan, ante las situaciones ya mencionadas. También ante preocupaciones le duele la cabeza y espalda.</p>	<p>Intentos por comunicarse. Deseos de ser aceptada. Deseos de tener el control. Se percibe débil. Tiende a la evasión. Dificultad para expresar sus emociones. Falta de confianza en ella misma.</p>
<p>#4 Mujer de 37 años, casada, dedicada al comercio.</p>	<p>Ante dificultades y estrés, le duele la cabeza, presenta gastritis y cistitis, esto ocurre varias veces a la semana, cuando está tensa son más frecuentes, no desaparecen a pesar del medicamento.</p>	<p>Evasión de la realidad. Tendencias introvertidas. Deseo de agradar a otros. Preocupación por lograr el control. Falta de confianza en los demás. Culpa. Agresividad reprimida. Evasión. Descontento con su propio cuerpo. Dificultad para expresar sus emociones.</p>
<p>#5 Mujer de 27 años,</p>	<p>Ante problemas, presenta dolor de cabeza, episodios</p>	<p>Dificultad para establecer relaciones.</p>

<p>casada, ama de casa.</p>	<p>de cistitis o estreñimiento en algunas ocasiones, no suele tomar medicamento, malestares desaparecen solos, pero reaparecen.</p>	<p>Sensación de impotencia. Intentos de comunicación. Comportamiento a la defensiva. Deseos de ser aprobada. Ensimismamiento. Dificultad para expresar emociones. Tendencias introvertidas. Deseos de tener control. Desconfianza en otros. Culpa. Agresividad introvertida. Sentimientos de inferioridad.</p>
<p>#6 Mujer de 50 años, casada, dedicada al hogar.</p>	<p>Presenta gastritis y cistitis, no suele tomar medicamento, los malestares desaparecen solos y reaparecen. Comenta que antes esto era más frecuente y también tenía frecuentes dolores de cabeza y espalda, con acercamiento a la iglesia esto ha disminuido.</p>	<p>Deseos de ganar aprobación. Sentimientos de agresividad. Ensimismamiento. Evasión a problemas. Ocultamiento. Falta de confianza en los demás y en lo que puede lograr. Descontento con su propio cuerpo. Dificultad para expresar sus emociones. Enojo contenido. Deseos de rebelión contra figuras de autoridad.</p>

		Resignación. Inhibición. Sentimientos de inseguridad.
#7 Mujer de 53 años, casada, dedicada al hogar.	Ante preocupaciones suele tener dolor de cabeza, de cuerpo, espalda, tiene problemas para dormir, episodios de cistitis, estos malestares son frecuentes, incluso ha sido ingresada al hospital por los mismos malestares, en ocasiones desaparecen sin medicamentos pero reaparecen.	Dificultad para establecer relaciones. Intentos de comunicación. Comportamiento defensivo. Esfuerzo por ganar aprobación. Ensimismamiento. Dificultad para expresar emociones. Menosprecio propio. Sentimientos de que no tiene el control. Sentimientos de agresividad. Desconfianza en los otros y sus logros. Sentimientos de impotencia.

Análisis de eje 2.- Somatización.

Las 7 mujeres mencionan que ante problemas, estrés o preocupaciones suelen experimentar diversos malestares entre ellos episodios de cistitis, además de dolores de cabeza y espalda. En todos los casos a pesar de tomar medicamento los malestares reaparecen, 3 de ellas no suelen recurrir a los medicamentos dejándolos para cuando el malestar ya es muy molesto. Una de ellas menciona sentir mejoría con acercamiento a la iglesia, otra mujer menciona haber sido ingresada a un hospital en varias ocasiones por mismos malestares.

Las 7 reflejan tendencia a la represión, evitando así hacerle frente a sus emociones y problemas; sin embargo señalan deseos de comunicarse con los otros y de tener su aprobación, teniendo dificultades para expresarse emocionalmente el somatizar podría ser una manera para lograr esto y de ejercer control sobre los otros.

Eje 3.- Manejo de límites.

Persona	Entrevista	Figura Humana
#1 Mujer de 51 años, casada, dedicada al hogar.	Considera que se le dificulta establecerlo, ya que siente feo poner reglas o castigos, cuando pone castigos no supervisa que se cumplan, siente que tolera muchas malas acciones, su forma de intentar establecerlos es hablando.	Sentimientos de impotencia. Dificultad para controlar sus impulsos. Se percibe débil. Falta de confianza en ella misma. Resignación. Repugnancia a enfrentar conflictos, por lo que suele evadirlos. Escaso raciocinio. Inseguridad. Temor a la realidad. Sumisión. Deseo de ser aprobada.
#2 Mujer de 38 años, casada, dedicada al hogar.	Su forma de establecer límites es hablando y llegando a acuerdos, cuando el otro no quiere hablar, prefiere alejarse.	Comportamiento infantil. Deseos de ser aprobada. Tendencia a la agresión reprimida. Reacción ante críticas y opiniones de otros. Dificultad para controlar sus

		<p>impulsos.</p> <p>Se percibe débil.</p> <p>Evasión.</p> <p>Arranques ocasionales de agresión.</p> <p>Resignación.</p> <p>Escaso raciocinio.</p>
<p>#3</p> <p>Mujer de 22 años, soltera, trabaja en negocio personal.</p>	<p>No cree tener habilidad para establecer límites, pero intenta hacerlo, se le dificulta identificar cuando alguien más la ofende, en ocasiones otros tienen que decirle que se defienda, su forma de establecerlos es hablando o agrediendo.</p>	<p>Agresividad.</p> <p>Reacciones infantiles.</p> <p>Complejo de inferioridad.</p> <p>Sentimientos de deficiencia y debilidad.</p> <p>Evasión.</p> <p>Arranques ocasionales de agresión.</p>
<p>#4</p> <p>Mujer de 37 años, casada, dedicada al comercio.</p>	<p>Considera que no ha logrado establecer límites en sus relaciones, siente que no es tomada en cuenta, trata de establecerlos mediante la comunicación, menciona que primero suele regañarlos, después les platica y utiliza castigos.</p>	<p>Sentimientos de inferioridad.</p> <p>Compensación por deficiente imagen corporal.</p> <p>Conductas infantiles.</p> <p>Reacción a críticas.</p> <p>Preocupación por tener el control.</p> <p>Impulsiva.</p> <p>Falta de confianza en otros.</p> <p>Culpa ante impulsos agresivos.</p> <p>Evasión.</p> <p>Arranques ocasionales de</p>

		agresión.
#5 Mujer de 27 años, casada, ama de casa.	Ante agresiones suele ignorar en un comienzo, cuando se enfada suele ofender también. Menciona que intenta establecer límites, lo hace por medio de pláticas o gritos cuando no le entienden, aunque trata de no gritarles, también suele castigarlos.	Sentimientos de impotencia y deficiencia. Conductas infantiles. Reacción a críticas de otros. Agresividad. Inferioridad.
#6 Mujer de 50 años, casada, dedicada al hogar.	Anteriormente reaccionaba con agresión a otras ofensas, ahora trata de reaccionar calmada e ignorarlas, considera que a sus hijos sí les pone límites, teniendo horas de llegada y ejerciendo castigos cuando no se cumplen, establece los límites por medio de pláticas.	Comportamiento infantil. Arranques ocasionales de agresión. Evasión. Impulsividad. Enojo contenido. Resignación. Inseguridad. Interrelación defensiva. Sumisión. Falta de control.
#7 Mujer de 53 años, casada, dedicada al hogar.	Cuando alguien más la ofende, suele reaccionar ofendiendo también, aunque después se arrepiente, considera que no es buena estableciendo límites, con	Sumisión. Infantilismo. Reacción a críticas y opiniones de otros. Inmadurez. Dificultad para controlarse.

	<p>su esposo e hijos siente que no ha logrado establecer límites, su forma de intentar establecer límites es hablando, alejándose o agrediendo.</p>	<p>Agresividad Sentimientos de deficiencia e impotencia. Resignación. Inseguridad.</p>
--	---	--

Análisis de eje 3.- Manejo de límites

Respecto a establecer límites 4 mujeres consideran que no son buenas estableciéndolos, una por sentirse mal al ponerlos, dos por no sentirse tomada en cuenta, otra más menciona que se le dificulta distinguir cuando alguien más se está pasando con ella.

Las 7 mencionan que la forma en la que establecen sus límites es por medio de pláticas, 3 de ellas refieren que al sentir que no se les hace caso tienden a agredir y gritar, 2 de ellas mencionan que cuando los otros no ponen de su parte prefieren alejarse.

Las 7 mujeres se perciben débiles, impotentes, como si no tuvieran la capacidad de establecer estos límites, además de tener dificultad para controlar sus impulsos, pudiendo tener arranques ocasionales de agresión, aunque después experimentan culpa por ellos mismos ya que se preocupan por agradar a los otros.

4 de ellas reflejan que les importa lo que otros opinen de ellas, por lo que suelen reaccionar a estas situaciones, 6 demuestran tendencia a la agresión y comportamiento infantil, por lo que ante estas situaciones pueden tener arranques ocasionales de agresión.

Eje 4.- Aprensión.

Persona	Entrevista	Figura Humana
#1 Mujer de 51 años, casada, dedicada al hogar.	Le cuesta trabajo desprenderse de las cosas y personas, sobre todo del más pequeño de sus hijos por temor a que le pase algo y de su hija quien tiene problemas para hablar.	Dependencia. Impotencia. Necesidad de protección. Deficiencia. Desconfianza en sí misma. Evasión a conflictos. Inseguridad. Miedo a la realidad.
#2 Mujer de 38 años, casada, dedicada al hogar.	Considera tener problemas para desprenderse de sus hijos cuando se van a la escuela, sólo se siente tranquila cuando los tiene en su casa, cuando se casó una de sus hijas, se sintió muy triste, actualmente su hija está divorciada.	Deseos de que la aprueben. Dependencia. Necesidad de protección. Deficiencia en relaciones. Se percibe débil. Desconfía de sí misma.
#3 Mujer de 22 años, soltera, trabaja en negocio personal.	Se le dificulta desprenderse de personas cercanas, suele conservar amigos desde primaria, descarta sus deseos de estudiar maestría en otro lugar por no separarse de sus papás, le es difícil cuando sus papás la dejan sola en casa, sucede lo mismo con sus parejas, costándole trabajo dejarlos y	Dependencia. Comportamiento infantil. Deseos de protección. Sentimientos de inferioridad y deficiencia. Contacto social débil. Inmadurez. Falta de autoconfianza.

	olvidarlos.	
#4 Mujer de 37 años, casada, dedicada al comercio.	Dificultad para desprenderse de su esposo, sobre todo cuando éste sale, sucede lo mismo con sus hijos, ante esto llora, deja de trabajar, de comer, sale adelante con ayuda de su hija y de otras personas.	Percepción de deficiente imagen corporal. Infantilismo. Dependencia. Pensamientos de que alguien más puede dañarla. Falta de confianza en otros y en sus logros. Evasión a problemas.
#5 Mujer de 27 años, casada, ama de casa.	Temor a desprenderse de sus hijos, de que su hijo mayor se case y no estudie, se siente tranquila por estar disfrutando a sus hijos más pequeños.	Sentimientos de impotencia. Infantilismo. Dependencia. Sentimientos de inferioridad. Necesidad de protección. Desconfianza en otros y en ella misma. Sentimientos de deficiencia. Inmadurez emocional.
#6 Mujer de 50 años, casada, dedicada al hogar.	Menciona no tener problemas para desprenderse, el desprendimiento más significativo es cuando se casa su hijo, no siente que esto le doliera ya que él continúa viviendo en la misma casa con ellos.	Inmadurez emocional. Necesidad de protección. Falta de confianza en los demás y en ella misma. Temor. Inseguridad. Dependencia.

<p>#7</p> <p>Mujer de 53 años, casada, dedicada al hogar.</p>	<p>Dificultad para desprenderse de personas y cosas, cuando sus hijos se casaron solía llorar mucho, sintió que le habían quitado algo y deja de trabajar por un tiempo, esto ha disminuido pero aun lo resiente, tiene problemas con sus nueras, ellas sienten que ella manda a sus hijos.</p>	<p>Comportamiento infantil</p> <p>Inmadurez emocional.</p> <p>Menosprecio propio.</p> <p>Dependencia.</p> <p>Necesidad de protección.</p> <p>Falta de confianza en otros y en ella misma.</p> <p>Sentimientos de deficiencia e impotencia.</p> <p>Inferioridad.</p> <p>Deficiente autoestima.</p> <p>Inseguridad.</p>
---	---	---

Análisis de eje 4.- Aprensión.

6 de las mujeres entrevistadas, reconocen tener problemas para desprenderse de las personas o situaciones, costándoles trabajo estos desprendimientos, la otra mujer dice no tener problemas ante esto y menciona que la única pérdida significativa es cuando uno de sus hijos se casa pero él continúa viviendo con ella.

Dos de ellas mencionan sentir temor cuando sus hijos salen de la casa, temen que les pase algo. Otra mujer menciona sentir miedo al separarse de sus papás y dejar de lado algunas metas por no alejarse de ellos. Otras dos mujeres mencionan que ante pérdidas han experimentado tristeza, sentimientos de que le han quitado algo.

Las 7 mujeres reflejan sentirse impotentes, deficientes, sin tener confianza en ellas mismas y en lo que pueden lograr, inseguras, con deseos de que alguien más las proteja, por lo que las 7 pueden llegar a ser dependientes, dificultándoseles así el separarse de las personas y cosas que son importantes para ellas.

Eje 5.- Rencor

Persona	Entrevista	Figura Humana
#1 Mujer de 51 años, casada, dedicada al hogar.	Se le dificulta dejar de pensar en lo que otras personas le hacen, incluso antes podía durar meses o años con ese resentimiento, y sin hablarse con esas personas, ahora ha tratado de controlar eso por su religión, ante estas agresiones trata de reaccionar tranquila aunque no siempre lo logra.	Enojo contenido. Contacto social defensivo. Inmadurez emocional. Tendencias introvertidas. Expresión de emociones superficiales. Comportamiento defensivo.
#2 Mujer de 38 años, casada, dedicada al hogar.	Menciona que trata de olvidar y perdonar las ofensas que otros le hacen, intenta no reaccionar de la misma manera y prefiere alejarse.	Simpatía forzada. Agresión reprimida. Comportamiento defensivo. Emociones superficiales.
#3 Mujer de 22 años, soltera, trabaja en negocio personal.	No suele olvidar fácilmente las ofensas que otros le hacen, continúa hablándoles pero cuando ve la ocasión les vuelve a reclamar, suele alterarse ante ofensas de otros, ha dejado de hablarse con familiares por no perdonar	Agresividad. Infantilismo. Situación de alerta. Inmadurez emocional.

	cosas del pasado.	
#4 Mujer de 37 años, casada, dedicada al comercio.	Se le dificulta olvidar lo que otros le hacen, trata pero cuando lo recuerda vuelve a sentirse triste o llora, continúa hablándoles pero no olvida la ofensa, siente no tener valor de enfrentarlas, sólo trata de no visitarlas, pero no ha perdido contacto con nadie por esta situación.	Infantilismo. Paranoidismo. Situación de alerta. Introversión. Agresividad reprimida. Ataques ocasionales de agresión.
#5 Mujer de 27 años, casada, ama de casa.	Siente que no guarda rencor ante personas que la ofenden, se cuestiona sobre por qué lo harían, pero continúa hablándoles, trata de ignorar estas ofensas pero en ocasiones si responde tratando de lastimar también, se ha dejado de hablar en varias ocasiones con su hermana por lo mismo y es su hermana quien suele retomar la relación.	Emociones superficiales. Introversión. Agresividad. Falta de control. Inmadurez.
#6 Mujer de 50 años,	Cuando la lastiman, suele sentir rencor hacia ellos,	Infantilismo. Simpatía forzada.

casada, dedicada al hogar.	trata de olvidarlo, se calla muchas cosas por no hacer más grande el problema, ha perdido contacto con personas por esta situación pero hace poco han vuelto a hablarse.	Agresividad. Retraimiento. Falta de control. Enojo contenido. Relaciones defensivas.
#7 Mujer de 53 años, casada, dedicada al hogar.	Dificultad para olvidar ofensas, menciona estar resentida con su esposo por su comportamiento, ante ofensas suele responder de la misma manera, pero después se arrepiente y vuelve a hablarles, ha perdido contacto con personas por no poder perdonarlas.	Infantilismo Simpatía forzada Reacción a crítica y opiniones de otros. Inmadurez Agresividad exteriorizada Resignación Relaciones defensivas

Análisis de eje 5.- Rencor

De las 7 mujeres entrevistadas, 5 mencionan tener dificultad para olvidar las ofensas que otras personas les hacen, esto a pesar de hacer un esfuerzo por perdonarlas, 2 de ellas reconocen haber dejado de hablarle a algunas personas por las mismas situaciones, otras 2 mencionan que en la oportunidad que tienen vuelven a reclamar o a sentirse tristes al recordar la ofensa, la otra mujer menciona callarse muchas cosas por no hacer más problemas.

3 Mujeres refieren que ante ofensas prefieren alejarse para no empeorar las cosas, una de ellas menciona sentir que no tiene el valor para enfrentar estos

problemas, otras 2 mujeres comenan tratar de reaccionar tranquilas pero no siempre lo logran por lo que también pueden llegar a agredir a los otros y 2 más dicen ante esto alterarse y también ofender aunque después pueden llegar a arrepentirse sintiendo culpa.

Las 7 mujeres reflejan tener enojo contenido, además de inmadurez emocional, por lo que al querer agradar al otro pueden canalizar su agresividad hacia ellas mismas, llevándolas a actuar de una manera defensiva con los otros o comunicándose de una manera superficial, guardando así este resentimiento aunque en ocasiones ante la falta de control pueden llegar a tener arranques de agresión.

Eje 6.- Cistitis

Persona	Entrevista
#1 Mujer de 51 años, casada, dedicada al hogar.	Padece esto desde hace 10 aproximadamente, no se ha percatado de que aparezca ante situaciones específicas, en ocasiones el malestar desaparece sin tomar medicamento, estos siempre reaparecen, ante esto su esposo la ayuda y apoya, la atiende y le pide a sus hijos que no la hagan enojar.
#2 Mujer de 38 años, casada, dedicada al hogar.	Experimenta síntomas de cistitis desde hace 5 años aproximadamente, no lo relaciona con otras situaciones, en ocasiones desaparecen solos, cuando son fuertes recurre a medicamento, pero después reaparecen, ante esto su esposo la atiende y le pide que asista con un médico además de preguntarle constantemente sobre cómo sigue.
#3 Mujer de 22 años, soltera, trabaja en	Tiene cistitis desde hace 7 años aproximadamente, pero desde hace 3 años síntomas eran más frecuentes apareciendo cada 8 días ante presión del trabajo y

negocio personal.	estrés y cuando termina con su novio. En ocasiones estos síntomas desaparecen sin tratamiento, pero suelen reaparecer. Ante esto recibe apoyo de una amiga y cuidados de su mamá.
#4 Mujer de 37 años, casada, dedicada al comercio.	Presenta cistitis desde hace 2 años, ha notado que los malestares aparecen cuando está muy preocupada o tiene problemas, ante medicamento desaparecen, cuando no toma nada tardan un par de días en desaparecer, pero reaparecen, recibe apoyo y atención de esposo y de su suegra, menciona sentirse comprendida por ella.
#5 Mujer de 27 años, casada, ama de casa.	Tiene cistitis desde hace 12 años aproximadamente, no ha notado que aparezcan ante situaciones específicas, no ha tomado ningún tratamiento por temor a que le hagan daño y por olvidos, los malestares desaparecen solos pero reaparecen, menciona tener apoyo de su esposo quien se preocupa y le pide que se atienda, además de regañarla por no asistir a sus citas.
#6 Mujer de 50 años, casada, dedicada al hogar.	Presenta cistitis desde hace 3 meses, no logra relacionarlos con situaciones específicas, último episodio en graduación de su hijo, ha tomado medicamento pero síntomas reaparecen, su esposo la atiende y lleva al doctor y la mayor de sus hijas es quien más se preocupa.
#7 Mujer de 53 años, casada, dedicada al	Presenta cistitis desde hace 6 meses, no lo relaciona con situaciones específicas, toma medicamentos y el malestar desaparece, cuando no toma nada síntomas

hogar.	tardan en desaparecer, ha durado hasta 15 días con ellos, en ocasiones su esposo le hace caso y la atiende llevándola al médico, en otras no, menciona recibir buena atención por parte de los médicos.
--------	---

Análisis de eje 6.- Cistitis

Cada mujer entrevistada presenta cistitis desde diversas edades, una de ellas tiene estos síntomas desde hace 12 años (comenzando a los 15 años), las demás desde hace 10 (comenzando a los 41 años), 5 (comenzando a los 33 años), 7 (comenzando a los 15 años), y 2 (comenzando a los 35 años) años, y dos más que la han presentado desde hace 6 (comenzando a los 53 años) y 3 (comenzando a los 50 años) meses.

5 mujeres mencionan no darse cuenta de que los síntomas de cistitis aparezcan ante situaciones específicas, otras 2 mencionan que estos malestares ocurren cuando se sienten muy estresadas o preocupadas, una de ellas lo relaciona con la presión y mal trato de su antiguo trabajo y con la ruptura de una relación.

Las 7 mujeres refieren que los malestares en ocasiones suelen desaparecer sin medicamentos pero reaparecen, dos de ellas mencionan que cuando son muy graves es cuando recurren al tratamiento médico, aunque en todos los casos los síntomas tardan algunos días en desaparecer.

Ante estos malestares las 7 mujeres reconocen que ante la enfermedad, suelen recibir más atención de las personas que están cerca de ellas, desde su esposo, hijos o madre, dependiendo del caso, una de ellas menciona que su esposo no siempre la atiende pero que cuando acude con los médicos ellos siempre la tratan muy bien.

3.2.- Análisis general

Cada mujer entrevistada presenta cistitis desde diversas edades, una de ellas desde hace 12 años, otras desde hace 10, 5, 7 y 2 años y las otras dos desde hace 6 y 2 meses.

Las 7 mujeres mencionan que los malestares en ocasiones desaparecen sin el medicamento pero reaparecen, cuando toman medicamento tardan algunos días en desaparecer todos los síntomas. Ante estos malestares las 7 mujeres reconocen recibir más atención de las personas que están a su alrededor.

Según la escala de Hamilton aplicada para conocer la ansiedad en las participantes, 3 presentan ansiedad que debería ser tratada y las otras 4 también arrojan puntajes significativos, las 7 reconocen sentirse ansiosas fácilmente lo que les ocasiona problemas para dormir y estar bien, además de ser ansiosas en sus relaciones desconfiando de los otros y luchando por ser aprobadas. Las razones por la que presentan esta ansiedad son diversas, destacando la preocupación y deseo de tener el control de lo que sucede, el deseo de ser tomadas en cuenta o algunas otras por temor y preocupación respecto a la sexualidad.

Respecto a la somatización, las 7 mujeres reconocen ante problemas tener malestares físicos, siendo los más frecuentes la cistitis, dolor de cabeza y espalda, esto a pesar de la medicación reaparece. Con base en el test de la Figura Humana las 7 mujeres reflejan tendencia a la represión, evitando enfrentar sus emociones y problemas, se refleja deseo de comunicación pero dificultades para expresarse, por lo que el somatizar podría ser una manera de llevar a cabo dicho deseo de comunicación.

4 de las mujeres entrevistadas, se consideran malas estableciendo límites por diversas razones, las 7 participantes refieren tratar de poner estos límites por medio de pláticas, algunas al sentirse ignoradas tienden a agredir o a alejarse. Según el Test de la Figura Humana, estas mujeres suelen percibirse débiles, sin capacidad para establecer límites, pueden tener arranques ocasionales de agresión pero después sentir culpa por su deseo de agradar a los otros.

Respecto a la aprensión, 6 mujeres reconocen tener problemas para desprenderse de situaciones o personas, sintiendo miedo ante el desprendimiento guiando así sus decisiones con base en los otros por no perderlos, las 7 mujeres reflejan tener poca confianza en ellas y en lo que pueden lograr, sintiendo deseos de que alguien más se ocupe de ellas lo que podría explicar su comportamiento aprensivo con los otros.

Respecto al rencor, 5 mujeres refieren que se les dificulta olvidar lo que otros les hacen, sin llegar a perdonarlos, algunas han dejado de hablar con esas personas u otras suelen volver a ofender cuando tienen la oportunidad. Por otra parte, 3 mujeres mencionan ante estos problemas preferir alejarse, otras 2 dicen tratar de reaccionar tranquilas pero no siempre lo logran y las otras 2 mencionan alterarse y también ofender aunque después presentan arrepentimiento. Según el Test de la Figura Humana, las 7 mujeres tienen enojo contenido, esto podría ser por su deseo de agradar a otros, canalizando así su agresividad hacia ellas mismas teniendo arranques ocasionales de agresión pero presentan arrepentimiento después de agredir.

Capítulo 4.- CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo conocer las características de personalidad de mujeres respetando un rango de edad de entre 22 y 53 años, y la relación de estas características con la cistitis como enfermedad psicosomática. Para comprobar esto se aplicó un material de pruebas a cada participante, con las que fue posible conocer las características de personalidad de estas mujeres, y se tomó como referencia a diversos autores que tratan de explicar a la cistitis como una enfermedad psicosomática, relacionando así las características de personalidad de estas mujeres con la enfermedad.

Podría decirse que dicho objetivo logró cumplirse ya que se encontró que las participantes en el estudio presentan dicha enfermedad tienen ciertas características de personalidad similares que coinciden con lo que diversos autores manejan. Por ejemplo, para Dethlefsen y Dahlke (2003), en su libro “La enfermedad como camino”, hablan sobre que quienes presentan cistitis suelen ser personas aprensivas teniendo dificultad para liberarse y soltar personas y situaciones, dicho acto que pudo comprobarse con la batería de pruebas aplicadas, ya que se encontró que sí son mujeres aprensivas e inseguras que tienden a querer retener a los otros.

Además de creerse que estas mujeres suelen tener un alto nivel de ansiedad y que dicha ansiedad puede presentarse por medio de la somatización, manifestando así cistitis ante situaciones estresantes o ansiosas, esto también pudo comprobarse y se descubrió que aunque no todas presentan un alto rango de ansiedad según la escala de Hamilton, sí suelen presentar malestares físicos cuando se encuentran ansiosas o ante problemas, incluso una de las participantes logra identificar cómo aparecen los síntomas de cistitis ante ansiedad y presiones del trabajo.

Otro de los supuestos iniciales es que las mujeres con cistitis tienen dificultad en el manejo de los límites ya que suelen ser aprensivas y rencorosas, esto con base en lo que menciona Northrup, (2005) quien señala que la dificultad en el manejo de límites puede favorecer una mayor propensión a infecciones y que estos

problemas pueden ir asociados a quejas no expresadas, reprimiendo así estos sentimientos y generando rencor hacia otros. Esto pudo comprobarse con el material aplicado, ya que efectivamente estas mujeres demostraron tener dificultad para establecer límites percibiéndose débiles e insuficientes. Se encontró que pueden tener arranques ocasionales de agresión hacia otros pero después experimentan culpa por dichos arranques por lo que suelen reprimirlos aunque no siempre lo logran. Otro hallazgo fue que estas mujeres sí suelen ser rencorosas, teniendo dificultad para perdonar ofensas de otros, además de presentar enojo contenido que no expresan por temor a la desaprobación, por lo que pueden llegar a expresar dicho enojo de maneras más sutiles por medio de la somatización por ejemplo para no desagradar a los otros.

Con base en lo mencionado anteriormente y a la investigación realizada, podría decirse que las mujeres que presentan cistitis, suelen tener más malestares propios de la enfermedad, ante situaciones ansiosas o que les provocan estrés, además de que suelen sentirse ansiosas fácilmente, favoreciendo así la aparición de los malestares. Tienen dificultad para establecer límites en sus relaciones, callando algunas cosas por temor a desaprobación o tendiendo a arranques ocasionales de agresión y después arrepentirse por este comportamiento, volviendo a reprimir los sentimientos de enojo, lo que podría generar sentimientos de rencor hacia otros aunque no siempre lo expresan. Por otra parte se comprobó que sienten el deseo de tener el control de lo que ocurre a su alrededor, llegando incluso a ser aprensivas en sus relaciones, experimentando temor al separarse de las personas que son importantes para ellas. Se observó que sus sentimientos de desconfianza y deficiencia es lo que las puede llevar a tener ese comportamiento aprensivo con los otros.

Como ya se mencionó, estas características de personalidad han facilitado la aparición de la cistitis como una enfermedad psicosomática, presentando mayores episodios de cistitis ante ansiedad, enojos, desaprobación, sentimientos de pérdida del control de situaciones, tomando así a la enfermedad como un medio de comunicación.

Capítulo 5.- LIMITACIONES

A pesar de que el tema de las enfermedades psicosomáticas, es cada vez más frecuente en nuestro vocabulario, es poca la bibliografía que se encuentra respecto a la cistitis como una enfermedad psicosomática lo que limitó el marco teórico de la investigación.

Al ser la cistitis una enfermedad que en la mayoría de los casos no requiere de internación en clínicas u hospitales dificultó el encontrar población para la investigación, ya que era difícil localizar personas que presentaran dicha enfermedad.

Otra limitante fue el hecho de que algunas mujeres que eran candidatas para la investigación, se negaron a participar o bien aceptaban, pero no se presentaban en el día acordado.

Por otra parte ya que las participantes no se encontraban internadas, se les daba una cita para la aplicación de las pruebas, a la cual no siempre asistían, por lo que se les tenía que agendar para otro día retrasando así la investigación.

BIBLIOGRAFÍA:

- Alvira, F. (2002). *Perspectiva cualitativa / perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica*. México D, F: Mc Graw Hill.
- Andrade, I. (2008, julio-diciembre). *La sensibilización gestalt como auxiliar en la remisión de la cistitis intersticial/síndrome de la vejiga dolorosa*. *Psicología liberoamericana*, 16, pp. 48-53.
- Ausina, V., & Moreno, S. (2006). *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. Madrid, España: Panamericana.
- Calixto, P. (2014). *La autoagresión generadora de la artritis reumatoide juvenil en personas de 10 a 16 años del hospital infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos"*. Tesis de Licenciatura. Universidad Vasco de Quiroga.
- Campos, M. & Guillen, E. (2007). *Relación de la satisfacción marital en el funcionamiento de familias psicósomáticas*. Tesis de Licenciatura. Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo.
- Com salud. (2014). *Prevalencia de la cistitis*. enero 11, 2016, de Centro de información de la cistitis Sitio web:<http://cistitisderepeticion.com/prevalencia-cistitis/>.
- Dávila, R. (2012). *Cistitis, principal infección en vías urinarias*. enero 11, 2016, de Journalmex periodistas de México Sitio web: <https://journalmex.wordpress.com/2012/01/04/cistitis-principal-infeccion-en-vias-urinarias/>.
- Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (2003). *La enfermedad como camino*. Barcelona: Debolsillo.
- *Diccionario Manual de la lengua española* (2007). Larousse Editorial, S. L.

- *Diccionario terminológico de ciencias médicas* (1988). Barcelona: Masson S.A.
- Dorsch, F. (2009). *Diccionario de psicología*. España: Herder.
- Garciandia, J. & Ibarra, A. (2012, enero-abril). *Enfermedad psicósomática y patrones familiares en niños con asma*. Revista colombiana de Psiquiatría, 41, pp. 111-138.
- Halgin, R. & Kauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. México, D, F: Interamericana editores, S. A. De C. V.
- López, J. & Valdés, M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Miller K. (1996). *Diccionario enciclopédico de enfermería*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. México: Red tercer milenio.
- Morin, Y., Armengaud, D. & Guyot, B.(año) *Enciclopedia de la salud*. México, DF.: Larousse.
- Northrup, C. (2005). *Cuerpo de mujer sabiduría de mujer*. Barcelona: Urano.
- Onnis, L. (1990). *Terapia Familiar de los Trastornos Psicómicos*. Barcelona: Paraídos
- Palmieri, O. (2001). *Enfermedades infecciosas*. Santiago de Chile: McGraw-Hill.
- Pigrau, C. (2013). *Infección del tracto urinario*. Barcelona: Salvat.

- Portuondo, J. (2007). *La figura Humana: Test proyectivo de Karen Machover*. España: Biblioteca nueva.
- Schnake, A. (2005). *Los diálogos del cuerpo*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Shulman, S., Phair, J., Peterson, L. & Warren, J. (2004). *Enfermedades infecciosas*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Stephen, J., Maxime, A. & Lawrence, M. (2007). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Yomayusa, N., & Altahona, H. (2003). *Infección de la vía urinaria inferior. Capítulo XXII*. Guías para manejo de urgencias.

ANEXOS

Anexo 1.

I.- Ficha de Identificación

- Nombre: 1
Edad: 51 años
Fecha de nacimiento: 26 de Julio de 1962
Sexo: Femenino
Estado civil: Casada
Ocupación: Ama de casa
Escolaridad: Secundaria
Lugar de nacimiento: Cherán Michoacán
Lugar de residencia: Cherán Michoacán
Religión: Cristiana
Fecha de la entrevista: Julio de 2015
Fuente y fidelidad de la información: Entrevista directa

Entrevista:

1.- ¿Suele tener pensamientos preocupantes sobre su salud?

- Suele preocuparse con frecuencia por su salud y por la de sus hijos, cuando se enferma le preocupa que pueda ser más grave, menciona que tiene una hija que no podía hablar y esto le preocupaba que pudiera empeorar, aunque en la actualidad ya puede hablar un poco más.

2.- ¿Sus pensamientos suelen ser acerca de problemas y se le dificulta dejar de pensar en eso?

- Menciona que cuando tiene problemas sí se preocupa mucho por ellos y aunque trata de no pensar tanto no lo logra, menciona que esto puede ser también por la menopausia.

3.- ¿Suele tener problemas para dormir o no descansa?

- .Antes sí le costaba mucho trabajo dormir ya que su hijo no entendía y esto le preocupaba, en la actualidad ya su hijo ha cambiado y con esto ella ha logrado dormir y descansar más.

4.- ¿Se relaja y está tranquila con facilidad?

- Trata de controlarse pero en el fondo menciona sentirse cansada, es por esto que le pide a sus hijos que no la hagan enojar.

5.- ¿Cuando tiene algún problema, suele experimentar algún dolor físico?

- Siente cansancio, dolor de cabeza, la siente pesada y aparece el malestar para orinar.

6.- ¿Experimenta malestares físicos con frecuencia?

- Menciona que en ocasiones siente asco, náuseas o se siente muy llena, también síntomas de cistitis, menciona que hace 2 meses muere uno de sus nietos y fue cuando más malestares presenta.

7.- ¿A pesar de medicamentos o atención médica estos malestares reaparecen?

- Sí, han reaparecido

8.- ¿Cuándo se siente muy estresada, su cuerpo lo resiente?

- Con dolores de cabeza, cansancio o cistitis

9.- ¿Suele olvidar con facilidad las ofensas o lo que otras personas le hicieron?

- Menciona que antes podía durar meses o años con el resentimiento y sin hablarse con las personas, pero ahora trata de controlar eso, sin embargo sí llega a durar días pensando en lo que le hicieron.

10.- ¿Cuando alguien la lastima suele responder a esto o intenta controlar sus sentimientos ante esto?

- Menciona que antes sí, pero ahora trata de detenerse por su religión, trata de hablar de una forma calmada, intenta no agredir u ofender, por lo que en ocasiones prefiere retirarse.

11.- ¿Ha perdido contacto con personas por no poder perdonarlas?

- Antes sí, en la actualidad les sigue hablando y aunque ellas no les respondan trata de no tomárselo a mal.

12.- ¿Cuál suele ser su reacción cuando alguien más la ofende?

- Trata de reaccionar tranquila

13.- ¿Tiene habilidad para establecer límites?

- Considera que se le dificulta porque se le hace feo poner muchos límites o reglas, sin embargo platica con sus hijos y sí les pone castigos, pero no supervisa que éstos se cumplan, siente que tolera muchas cosas.

14.- ¿Cómo establece los límites? (aquí puede ser en relación a cualquier ámbito, de manera personal en el trabajo, en la familia, escuela, etc.)

- Platicando, aunque éstos no siempre se cumplen

15.- ¿Tiene dificultad para desprenderse de las cosas, situaciones o de las personas?

- Menciona que sí sobre todo de su hijo el más pequeño por temor a que le pase algo si sale solo y de su hija Karina que es quien tiene problemas con el habla.

16.- ¿Hace cuánto tiempo que comenzó a experimentar síntomas de cistitis?

- Menciona que aproximadamente 10 años

17.- ¿Estos síntomas aparecen ante algunas situaciones específicas?

- No se ha percatado de esto

18.- ¿Estos síntomas desaparecen hasta que se somete a algún tratamiento o basta con relajarse para que mejore?

- En ocasiones el malestar desaparece sin tomar medicamento y cuando tarda en desaparecer toma algún medicamento y mejora pero los síntomas reaparecen.

19.- ¿Qué sucede a su alrededor cuando aparece esta cistitis?, ¿Recibe algún trato diferente?, ¿Cambia algo?

- Su esposo la apoya y le ayuda, le dice que vaya al doctor y le dice a sus hijos que la entiendan y que no la hagan enojar.

20.- ¿Le gustaría agregar algo que considere importante?

- Sin nada que agregar.

2.- Test de figura humana

Nombre: 1

Edad: 51 años

De acuerdo a esta prueba, se trata de una mujer de 51 años, quien suele sentir bienestar con base en lo que logra, siente el deseo de obtener muchas cosas, sin embargo no suele razonar mucho acerca de esto dejándose llevar por sus sentimientos. Tiene poca confianza en lo que puede obtener ya que se siente deficiente, lo que la lleva en ocasiones a no lograr lo que se propone y sentirse frustrada intelectualmente, además de ansiosa.

En su forma de relacionarse suele ser dependiente, intenta comunicarse con las personas a su alrededor y se esfuerza por ganar la aprobación de estas personas, actuando de manera superficial en ocasiones o adaptando una postura de sumisión para conservar estas relaciones, no confía en su capacidad para relacionarse por esto tiende a evadir situaciones en donde el otro pueda desaprobado su conducta, o actuar de una manera infantil sin enfrentar la situación que se le esté presentando.

Siente el deseo de tener el control acerca de todo lo que tiene a su alrededor y cuando no lo tiene se preocupa. Al no tener la aprobación de los demás suele reaccionar de manera defensiva, se le dificulta tener control sobre sus impulsos por lo que puede ser agresiva. Le preocupa que otros sean mejor que ella ya que es insegura de ahí su necesidad de que otros la reconozcan.

Le cuesta trabajo decidir entre el actuar de manera defensiva o contenerse, ya que cuando externa su enojo y agresividad puede disgustarle la desaprobación del otro, es por esto que trata de contenerlo y forzar su simpatía; sin embargo, no siempre lo logra.

Anexo 2.

I.- Ficha de Identificación

- Nombre: 2
Edad: 38 años
Fecha de nacimiento: 26 de Junio de 1974
Sexo: Femenino
Estado civil: Casada
Ocupación: Ama de casa
Escolaridad: Primaria
Lugar de nacimiento: Cherán Michoacán
Lugar de residencia: Cherán Michoacán
Religión: Católica
Fecha de la entrevista: Julio de 2015
Fuente y fidelidad de la información: Entrevista directa

Entrevista:

1.- ¿Suele tener pensamientos preocupantes sobre su salud?

- Sí, cuando comienza a sentir algo le preocupa que esto empeore, de hecho menciona que tiene migraña y cuando comienza a sentir dolor de cabeza se preocupa de que el malestar empeore y en ocasiones si empeora pero en otras no.

2.- ¿Sus pensamientos suelen ser acerca de problemas y se le dificulta dejar de pensar en eso?

- Cuando tiene problemas sí se preocupa pero trata de no preocuparse tanto, mejor se enfoca en solucionarlo, intenta platicar esto que le ocurre.

3.- ¿Suele tener problemas para dormir o no descansa?

- Le cuesta trabajo dormir por lo tanto no siempre descansa, este malestar lo relaciona con preocupaciones, además de que siente que es muy nerviosa, a los 20 años un médico le dijo que estaba “mal de los nervios”.

4.- ¿Se relaja y está tranquila con facilidad?

- Trata de tranquilizarse y aunque le cuesta trabajo sí lo logra.

5.- ¿Cuando tiene algún problema, suele experimentar algún dolor físico?

- Sí, no le da sueño, ni hambre, hace 4 meses menciona tener un problema con una de sus hijas y bajó mucho de peso por estar preocupada por ella.

6.- ¿Experimenta malestares físicos con frecuencia?

- Sus malestares son sobre todo la migraña y cistitis, aunque menciona que no son tan frecuentes.

7.- ¿A pesar de medicamentos o atención médica estos malestares reaparecen?

- Trata de no tomar medicamentos y cuando los malestares ya son muy fuertes recurre al medicamento y mejora pero los síntomas vuelven.

8.- ¿Cuándo se siente muy estresada, su cuerpo lo resiente?

- Sí, se le va el sueño, el hambre, regresa la migraña y cistitis

9.- ¿Suele olvidar con facilidad las ofensas o lo que otras personas le hicieron?

- Trata de olvidar y perdonar.

10.- ¿Cuando alguien la lastima suele responder a esto o intenta controlar sus sentimientos ante esto?

- Intenta no reaccionar de la misma manera que la otra persona y prefiere alejarse y no hacer caso de eso.

11.- ¿Ha perdido contacto con personas por no poder perdonarlas?

- No

12.- ¿Cuál suele ser su reacción cuando alguien más la ofende?

- Trata de alejarse y perdonar

13.- ¿Tiene habilidad para establecer límites?

- Considera que sí, sobre todo con sus hijos, habla con ellos y hacen acuerdos.

14.- ¿Cómo establece los límites? (aquí puede ser en relación a cualquier ámbito, de manera personal en el trabajo, en la familia, escuela, etc.)

- Platicando con la otra persona o alejándose cuando la otra persona no se presta para hablar.

15.- ¿Tiene dificultad para desprenderse de las cosas, situaciones o de las personas?

- Considera que sí y que cuando sus hijos se van a la escuela y regresan se siente muy tranquila de tenerlos en casa. Hace tiempo se casó una de sus hijas y menciona sentirse muy triste, al poco tiempo ella se separa de su pareja y regresa a vivir con sus papás, menciona siempre apoyar a su hija.

16.- ¿Hace cuánto tiempo que comenzó a experimentar síntomas de cistitis?

- Hace aproximadamente 5 años

17.- ¿Estos síntomas aparecen ante algunas situaciones específicas?

- Menciona que no lo ha relacionado y casi siempre estos síntomas la sorprenden

18.- ¿Estos síntomas desaparecen hasta que se somete a algún tratamiento o basta con relajarse para que mejore?

- En ocasiones desaparecen solos y cuando son muy fuertes recurre al medicamento, pero después reaparecen.

19.- ¿Qué sucede a su alrededor cuando aparece esta cistitis?, ¿Recibe algún trato diferente?, ¿Cambia algo?

- Sus hijos no saben, pero su esposo la atiende y le dice que vaya al doctor, él está pendiente y le pregunta constantemente que como sigue.

20.- ¿Le gustaría agregar algo que considere importante?

2.- Test de Figura Humana

Nombre: 2

Edad: 38 años

M, de 38 años con base en esta prueba, puede decirse que es una mujer activa ya que siente satisfacción con sus triunfos, cree ser capaz de lograrlo pero por otra parte tiende a importarle mucho lo que los otros opinen acerca de su trabajo, lo que la lleva a sentir desconfianza sobre lo que puede lograr. Ante las críticas negativas tiende a tomar una actitud en donde se resigna, sintiéndose deficiente, además de temer que otros la superen. No suele razonar mucho acerca de esto dejándose llevar por lo que otros le dicen, lo que le provoca tener una falta de dirección en su vida.

En su forma de relacionarse busca el comunicarse con otras personas, se esfuerza por obtener la aprobación de éstas, para esto puede llegar a forzar su simpatía, comportándose en ocasiones de una manera infantil, siente la necesidad de que otros la protejan y teme que se alejen de ella, ya que suele ser dependiente.

Por otra parte es frecuente que esté atenta a lo que los demás hablan de ella, y tiene poca confianza en sus relaciones lo que la lleva a tener relaciones superficiales, esto puede provocar que se muestre a la defensiva. Se le dificulta controlar sus impulsos por lo que es probable que reaccione de manera agresiva, intenta reprimir esto por medio del retraimiento, tratando de ser introvertida, intentando evadir situaciones conflictivas, sin embargo por su poco control de impulsos no siempre puede lograrlo.

Anexo 3.

I.- Ficha de Identificación

- Nombre: 3
Edad: 22 años
Fecha de nacimiento: 17 de Mayo de 1993
Sexo: Femenino
Estado civil: Soltera
Ocupación: Trabaja en negocio personal
Escolaridad: Licenciatura
Lugar de nacimiento: Cherán, Michoacán
Lugar de residencia: Cherán, Michoacán
Religión: Católica
Fecha de la entrevista: 18 de Junio de 2015
Fuente y fidelidad de la información: Entrevista directa

Entrevista:

1.- ¿Suele tener pensamientos preocupantes sobre su salud?

- Cuando enferma y esto es prolongado se preocupa sobre lo que pueda pasar y teme que sus malestares empeoren, cuando estos síntomas son pasajeros no le toma mayor importancia.

2.- ¿Sus pensamientos suelen ser acerca de problemas y se le dificulta dejar de pensar en eso?

- Sí se preocupa por éstos pero también se ocupa, actuando para solucionarlos.

3.- ¿Suele tener problemas para dormir o no descansa?

- .Actualmente no tiene problemas para dormir, pero refiere que hace 4 años aproximadamente le costaba mucho trabajo dormir y llegó a tomar pastillas naturales para poder dormir, refiere que en este tiempo acababa de terminar una relación de noviazgo, menciona que por las noches pensaba en él y en lo que le ocurría o podría ocurrirle.

4.- ¿Se relaja y está tranquila con facilidad?

- Ante problemas se exalta, pero puede calmarse y relajarse ella misma. Al darse cuenta que no está bien su comportamiento, se disculpa por actuar así y trata de solucionarlo.

5.- ¿Cuando tiene algún problema, suele experimentar algún dolor físico?

- Los problemas no hacen que tenga ningún dolor físico, ni exámenes o tareas en universidad, pero cuando tenía problemas en el trabajo sí le ocasionaban cistitis.

6.- ¿Experimenta malestares físicos con frecuencia?

- Antes se enfermaba con frecuencia, de secundaria en adelante no es frecuente. La cistitis comienza y es frecuente cuando no se sentía cómoda en su trabajo por críticas de las hermanas de la dueña y comentarios mal intencionados, trabajaba todos los sábados y domingos y por lo general era el domingo cuando se sentía mal; eran todos los domingos y deja este trabajo hace un año y medio y el malestar de cistitis deja de aparecer con esa frecuencia. El malestar más reciente fue cuando su mamá le dijo que sentía los malestares de cistitis y al día siguiente ella también comenzó a sentirse mal.

7.- ¿A pesar de medicamentos o atención médica estos malestares reaparecen?

- Sí, sobre todo en las situaciones ya mencionadas.

8.- ¿Cuándo se siente muy estresada, su cuerpo lo resiente?

- Cuando se sentía muy preocupada o con muchas cosas por hacer le duele el cuello o la espalda.

9.- ¿Suele olvidar con facilidad las ofensas o lo que otras personas le hicieron?

- No suele olvidar fácilmente las ofensas de otros, continúa hablándoles a estas personas pero cuando pasa algo y ve la ocasión vuelve a reclamar. Cuando estas ofensas vienen de personas que le caen mal, lo toma de quien viene.

10.- ¿Cuando alguien la lastima suele responder a esto o intenta controlar sus sentimientos ante esto?

- Cuando alguien más la ofende o lastima, suele cuestionar y se altera, enfrenta la situación, puede llegar a ofender y reclamar, siente que puede aguantarse por un momento pero si continúan responde y puede decir y ofender más de lo que la ofendieron aunque luego se arrepienta.

11.- ¿Ha perdido contacto con personas por no poder perdonarlas?

- Perdió amistad con primas por no perdonar cosas del pasado y se insultan cuando se reúnen, además de que con un ex novio que la engañó y no pudo olvidar eso.

12.- ¿Cuál suele ser su reacción cuando alguien más la ofende?

- Llega a los insultos, cuestiona para saber porque la están ofendiendo o llega a ignorarlos.

13.- ¿Tiene habilidad para establecer límites?

- No cree tener habilidad para establecer límites, pero intenta hacerlo. Se le dificulta identificar cuando alguien se está pasando con ella, en ocasiones otras personas tienen que decirle que se defienda.

14.- ¿Cómo establece los límites? (aquí puede ser en relación a cualquier ámbito, de manera personal en el trabajo, en la familia, escuela, etc.)

- Su forma de poner límites es hablando o con agresiones, con su actual novio menciona que hasta que uno de los dos se canse y casi siempre es él quien tiende a darle por su lado para dejar de pelear.

15.- ¿Tienes dificultad para desprenderte de las cosas, situaciones o de las personas?

- Considera que sí le es difícil desprenderse de personas muy cercanas, como de sus mejores amigos, algunos incluso los conserva desde la primaria, tenía la intención de estudiar una maestría en otra ciudad pero se desanima a hacerlo por no separarse de sus papás, menciona que incluso en casa con ellos le es difícil cuando ellos no están porque le da miedo cuando está la luz apagada y cuando ellos salen le dejan la luz prendida para cuando ellos lleguen. Referente a las parejas sentimentales cuando estas son significativas le cuesta trabajo dejarlos y olvidarlos, hace tres años terminó una relación y a la fecha lo sigue pensando, cuando terminó menciona que duró una semana encerrada sin querer salir.

16.- ¿Hace cuánto tiempo que comenzó a experimentar síntomas de cistitis?

- Comenzaron en la preparatoria pero no eran tan recurrentes, cuando comienza a trabajar (hace 3 años), estos síntomas aumentaron apareciendo cada 8 días, dura un año y medio en este trabajo.

17.- ¿Estos síntomas aparecen ante algunas situaciones específicas?

- Cuando se siente muy estresada o le decían cosas en su trabajo, cuando escucha que alguien más lo tiene.

18.- ¿Estos síntomas desaparecen hasta que se somete a algún tratamiento o basta con relajarse para que mejore?

- Al principio no usaba medicamento y se le quitaban como a los 3 días, al usar medicamento menciona que tardaba un día o un día y medio en desaparecer, pero siempre los domingos regresaba, sobre todo cuando tenía mucho trabajo o cosas que hacer.

19.- ¿Qué sucede a su alrededor cuando aparece esta cistitis?, ¿Recibe algún trato diferente?, ¿Cambia algo?

- En el trabajo le contó a una amiga y ella solo la escuchaba y en casa le contaba a su mamá y ella le decía que tomar y le calentaba el agua para que se la tomara porque creía que con esto mejoraría.

20.- ¿Le gustaría agregar algo que considere importante?

- Cuando termino con su novio hace 3 años también llegó a sentirlo.

2.- Test de Figura Humana

Nombre: 3

Edad: 22 años

Se trata de una mujer de 22 años quien de acuerdo a esta prueba, tiene muchas aspiraciones intelectuales, siente que puede lograr mucho, respecto a esto suele ponerse metas y cumplirlas ya que actúa de forma madura y tiene capacidad intelectual. Suele ser enérgica, buscando oportunidades, además de atraerle las actividades sociales en las cuales responde a la confianza que se le brinda, se le facilita adaptarse a cambios que puedan presentársele sin perder la dirección de lo que desea, en ocasiones suele exigirse demasiado y cuando no lo logra se siente deficiente; situaciones como éstas hacen que pierda confianza en ella misma y se sienta frustrada.

Suele intentar comunicarse con los demás, su forma de relacionarse puede llegar a ser infantil y de una manera sensual, ya que suele ser muy femenina, en ocasiones puede llegar a sentirse inferior pero trata de ocultar esto actuando de una manera extrovertida, se mantiene alerta a lo que los demás opinan de ella y puede llegar a sentir que están hablando mal de ella aunque esto no siempre es cierto. Estas situaciones le preocupan porque suele ser dependiente en sus relaciones, por lo que teme que la desapruében, además de que es vanidosa y le gusta que la halaguen. Puede llegar a sentir deseos de independencia, pero el temor a no lograrlo por no ser lo suficientemente fuerte y su dependencia materna le impiden lograrlo.

Suele sentir deseos de controlar y tener el poder de lo que ocurre a su alrededor, sin embargo no siempre siente tener la fuerza para lograr esto, por lo que tiende a evadir los casos en donde no se siente segura, seguridad que el controlar le otorga. Le preocupa el que otros la superen, cuando siente que esto ocurre, trata de evadir y reprimir los sentimientos de agresión que pueda llegar a experimentar, recurriendo a la fantasía como forma de protegerse, ocultando lo que siente, pero

dada su inmadurez emocional no siempre logra esto y puede llegar a tener arranques ocasionales de agresión.

Siente atracción hacía la sexualidad, pero temor a ésta, por lo que su manera de seducir suele ser infantil, en donde atrae pero también rechaza, le preocupa la sexualidad y ser insuficiente ya que puede llegar a sentirse descontenta con su propio cuerpo y preocupada porque otros la superen, esto la lleva a tener dificultades sexuales, en donde puede privarse de la sexualidad pero también tener impulsos de la misma.

Anexo 4.

I.- Ficha de Identificación

- Nombre: 4
Edad: 37 años
Fecha de nacimiento: 29 de Noviembre de 1977
Sexo: Femenino
Estado civil: Casada
Ocupación: Comerciante de frutas y verduras
Escolaridad: 2° de Secundaria
Lugar de nacimiento: Cherán, Michoacán
Lugar de residencia: Cherán, Michoacán
Religión: Católica
Fecha de la entrevista: Julio de 2015
Fuente y fidelidad de la información: Directa

Entrevista:

1.- ¿Suele tener pensamientos preocupantes sobre su salud?

- Cuando se enferma o tiene algún malestar se preocupa, trata de no preocuparse y se atiende, asiste con su médico y trata de hacer caso a las indicaciones.

2.- ¿Sus pensamientos suelen ser acerca de problemas y se le dificulta dejar de pensar en eso?

- Menciona que ante problemas o situaciones que se le presenten, suele estar preocupada día y noche, aunque intenta no puede dejar de pensar en esto, suele platicar sola para buscar alternativas sobre cómo solucionar lo que le ocurre. Considera que es una persona muy sensible y por eso le

afectan tanto estas situaciones, menciona que ante esto no le dan ganas de salir, pierde el apetito, esto puede durar días.

3.- ¿Suele tener problemas para dormir o no descansa?

- .Comenta que hace tiempo siente que no descansa, pero desde hace 6 meses aproximadamente esto ha aumentado, le cuesta trabajo dormir y no descansa, menciona que su esposo siempre ha estado en Estados Unidos y hace 1 año chocó y por esta razón lo meten a la cárcel, aunque ya está próximo a salir esta situación le ha afectado mucho.

4.- ¿Se relaja y está tranquila con facilidad?

- Para tratar de relajarse se mantiene ocupada, se ocupa de su negocio, lava, o hace cosas de la casa, con esto lo logra solo un poco, comenta que si se queda sentada comienza a preocuparse aún más.

5.- ¿Cuando tiene algún problema, suele experimentar algún dolor físico?

- Le duele la cabeza, gastritis y cistitis.

6.- ¿Experimenta malestares físicos con frecuencia?

- Estos malestares aparecen varias veces a la semana, cuando está tensa son más frecuentes.

7.- ¿A pesar de medicamentos o atención médica estos malestares reaparecen?

- Suele tomar su medicamento de la manera en que se lo indican pero los malestares reaparecen.

8.- ¿Cuándo se siente muy estresada, su cuerpo lo resiente?

- Menciona que se siente mal de los malestares ya mencionados, y le dan ganas de irse al cerro y descansar, se siente con mucho sueño pero no puede dormir ni descansar.

9.- ¿Suele olvidar con facilidad las ofensas o lo que otras personas le hicieron?

- No olvida con facilidad, menciona que trata pero ante comentarios o cosas que le recuerden la ofensa vuelve a sentirse mal y ponerse triste, le dan ganas de llorar, continua hablándoles a estas personas pero no olvida lo que le hicieron.

10.- ¿Cuando alguien la lastima suele responder a esto o intento controlar sus sentimientos ante esto?

- Siente no tener el valor de enfrentar los problemas y de responderle a las personas que la lastiman, siente que nunca ha sabido defenderse, lo que trata de hacer es no visitar tanto a estas personas para que ya no le digan más cosas.

11.- ¿Ha perdido contacto con personas por no poder perdonarlas?

- No, continúa hablándoles.

12.- ¿Cuál suele ser su reacción cuando alguien más la ofende?

- Llorar, cuando esto viene de personas muy importantes para ella como su esposo suele quedarse encerrada en su cuarto, dejar de comer y dejar de hacer sus actividades.

13.- ¿Tiene habilidad para establecer límites?

- Considera que no ha podido ponerle límites a su esposo y a sus hijos, los percibe a éstos como machistas y que no la toman en cuenta para decidir, hace más de un año acude con una psicóloga, con quien aprende a no hacer cosas que ella no quiera y a ser más firme en sus decisiones.

14.- ¿Cómo estableces los límites? (aquí puede ser en relación a cualquier ámbito, de manera personal en el trabajo, en la familia, escuela, etc.)

- Trata de hacerlo mediante la comunicación, primero los regaña, después les platica y trata de hacerles ver las consecuencias, como forma de castigo les prohíbe las cosas que a ellos les gustan.

15.- ¿Tiene dificultad para desprenderse de las cosas, situaciones o de las personas?

- Considera que le cuesta mucho trabajo, ya que sufría mucho cuando su esposo se iba a Estados Unidos, en la actualidad le cuesta menos cuando se va ya que se ha ido acostumbrando aunque aún se siente mal y comenta que hace algunos meses también uno de sus hijos se fue a Estados Unidos. Cuando él se va ella se la pasaba llorando, dejó de trabajar por un tiempo, no tenía hambre y deja de comer, esto fue por más de una semana y es su hija quien le da apoyo y le ayuda a salir de esto, menciona que sale adelante gracias a otras personas.

16.- ¿Hace cuánto tiempo que comenzó a experimentar síntomas de cistitis?

- Desde hace más de 2 años.

17.- ¿Estos síntomas aparecen ante algunas situaciones específicas?

- Cuando está muy preocupada o tiene problemas.

18.- ¿Estos síntomas desaparecen hasta que se somete a algún tratamiento o basta con relajarse para que mejore?

- Toma medicamento y desaparecen, cuando no toma medicamento tardan unos o dos días en desaparecer, pero regresan.

19.- ¿Qué sucede a su alrededor cuando aparece esta cistitis?, ¿Recibe algún trato diferente?, ¿Cambia algo?

- Antes lo comentaba con su esposo y él le decía que se atendiera, ahora lo platica con su suegra y ella le dice que se cuide, que sea fuerte, que trate de no preocuparse. Menciona que siente que ella la entiende porque su suegro tiene el mismo carácter que su esposo.

20.- ¿Le gustaría agregar algo que considere importante?

- Sus problemas y malestares comienzan cuando su esposo la engaña; al poco tiempo de casarse él tiene una amante con la que dura en una relación 6 años, comenta que ella lo quería mucho y que esto fue algo que le dolió mucho. A partir de esto tiene problemas para dormir, para descansar, incluso en ocasiones dejaba de comer. Cuando él termina con su amante, ella piensa que esto iba a cambiar; hace más de dos años aproximadamente, descubre que su esposo la engañaba en Estados Unidos y que tenía una niña con la otra persona. Al enterarse de esto, comenta que dura dos meses sin comer casi nada, no podía dormir y deja de trabajar y las actividades del hogar, incluso descuida el cuidado de sus hijos, termina en el hospital ya que había perdido mucho peso y se enferma, a partir de esto acude con una psicóloga que es quien le ayuda a salir de esto.

Menciona que su esposo siempre fue muy machista y se hacía lo que él decía, llegó a golpearla y humillarla, en la actualidad él desea regresar con ella al salir de la cárcel pero ella aún no sabe si perdonarlo o no.

2.- Test de figura Humana

Nombre: 4

Edad: 37 años

Con base en esta prueba, se puede decir que M. A., suele sentir sentimientos de inferioridad, en donde siente que los otros son mejores que ella, estos sentimientos trata de compensarlos involucrándose en diferentes actividades, esforzándose por obtener el poder y recurriendo a la fantasía para sentirse mejor.

Además de que le preocupa tener el control sobre lo que ocurre a su alrededor, suele mantenerse alerta a lo que ocurre en su entorno, tiene poca confianza en sus metas o cosas que pueda llegar a lograr; sin embargo, percibe a la mujer de una manera fuerte y dominante. Situaciones como éstas, al igual que sus problemas, suelen provocarle ansiedad y una posible depresión, ante esto puede llegar a reaccionar de una manera inmadura en donde puede evadir en lugar de enfrentar, lo que la puede hacer sentir con falta de dirección en su vida.

En sus relaciones suele ser sumisa, mostrando una actitud dependiente, puede mostrar flexibilidad para que la aprueben, además de actuar de forma sensual e infantil, en donde atrae y seduce a otros para que se interesen en ella pero sin ir más allá de la seducción.

Se mantiene alerta a los comentarios que se hacen de ella, puede llegar a creer que los demás quieren actuar en su contra o incluso puede imaginar que otros hablan mal de ella aun cuando eso no sea verdad, esto es porque tiene poca confianza en su contacto social y dicha situación le provoca ansiedad; ante esto suele reaccionar y dado que se le dificulta controlar sus impulsos puede ser agresiva, sin embargo trata de ocultar esto, ya que le produce culpa el portarse agresiva con los otros, reprimiendo así su agresividad, con arranques ocasionales de agresión.

Anexo 5.

I.- Ficha de Identificación

- Nombre: 5
Edad: 27 años
Fecha de nacimiento: 01 de Abril de 1988
Sexo: Femenino
Estado civil: Casada
Ocupación: Ama de casa
Escolaridad: Primaria
Lugar de nacimiento: Cherán, Michoacán
Lugar de residencia: Cherán, Michoacán
Religión: Católica
Fecha de la entrevista: 15 de Julio de 2015
Fuente y fidelidad de la información: Entrevista directa

Entrevista:

1.- ¿Suele tener pensamientos preocupantes sobre su salud?

- Sí, se preocupa por su salud y cuando tiene malestares le preocupa que pueda ser algo más grave, aunque lo deja pasar y tarda en atenderse, dice que lo deja a la decidía.

2.- ¿Sus pensamientos suelen ser acerca de problemas y se le dificulta dejar de pensar en eso?

- Cuando tiene problemas o cosas que la estresen, se preocupa por esto, aunque trata de evitar el estar pensando en solo eso ocupándose en otras cosas.

3.- ¿Suele tener problemas para dormir o no descansa?

- No refiere tener problemas ni para dormir, ni para descansar.

4.- ¿Se relaja y está tranquila con facilidad?

- Le cuesta trabajo y menciona que cuando está muy estresada le grita a sus hijos y después se arrepiente por ese comportamiento y es cuando trata de tranquilizarse, menciona que se va un rato a su cuarto o se aleja y se da un masaje en sus hombros.

5.- ¿Cuando tiene algún problema, suele experimentar algún dolor físico?

- Dolor de cabeza y ansiedad para ir al baño, con sensación de orinar, aunque sin poder hacerlo.

6.- ¿Experimenta malestares físicos con frecuencia?

- No suele ser frecuente, únicamente cistitis y estreñimiento en algunas ocasiones.

7.- ¿A pesar de medicamentos o atención médica estos malestares reaparecen?

- No ha tomado medicamento, los malestares desaparecen solos pero después reaparecen.

8.- ¿Cuándo se siente muy estresada, su cuerpo lo resiente?

- Siente dolor de cabeza y el malestar para orinar.

9.- ¿Suele olvidar con facilidad las ofensas o lo que otras personas le hicieron?

- Siente que no guarda rencor hacia estas personas pero sí se pregunta porque le harían eso, pero continúa hablándoles.

10.- ¿Cuándo alguien la lastima suele responder a esto o intenta controlar sus sentimientos ante esto?

- Trata de ignorar esto o retirarse, pero cuando la cansan o está de mal humor cuando le dicen estas cosas sí reacciona tratando de lastimarlos también.

11.- ¿Ha perdido contacto con personas por no poder perdonarlas?

- Sí, con su hermana por problemas, esto es frecuente pero lo más que han durado enojadas es 2 meses, casi siempre es su hermana quien vuelve a hablarle y ya ella le responde el saludo y continúan hablándose, menciona que ella no la busca porque siente que tal vez de verdad no le cae bien a su hermana.

12.- ¿Cuál suele ser su reacción cuando alguien más la ofende?

- Ignorar en un comienzo, pero cuando la cansan también ofende.

13.- ¿Tiene habilidad para establecer límites?

- Menciona que lo intenta y dice que cuando les habla bien a sus hijos pidiéndoles las cosas sí lo hacen, pero si les grita no lo quieren hacer, entonces mejor trata de no gritarles.

14.- ¿Cómo establece los límites? (aquí puede ser en relación a cualquier ámbito, de manera personal en el trabajo, en la familia, escuela, etc.)

- Lo hace hablando trata de hablar de una manera tranquila, pero cuando está enojada si llega a gritar y a castigar a sus hijos, sus castigos son ponerlos a hacer cosas en la casa, o con algunas otras tareas.

15.- ¿Tiene dificultad para desprenderse de las cosas, situaciones o de las personas?

- En este momento menciona solo sentirlo por su hijo mayor de 12 años, ya que le da miedo que se case y que no estudie, menciona que a los niños más pequeños siente que aun los está disfrutando.

16.- ¿Hace cuánto tiempo que comenzó a experimentar síntomas de cistitis?

- Desde hace 12 años.

17.- ¿Estos síntomas aparecen ante algunas situaciones específicas?

- No ha tomado ningún tratamiento, ya que en un principio le daba miedo que le hiciera daño y en la actualidad suele olvidar sus citas que se le dan con el médico para revisiones o no se toma el medicamento que se le da.

18.- ¿Estos síntomas desaparecen hasta que se somete a algún tratamiento o basta con relajarse para que mejore?

- No toma medicamento, se le pasa solo pero después reaparece.

19.- ¿Qué sucede a su alrededor cuando aparece esta cistitis?, ¿Recibe algún trato diferente?, ¿Cambia algo?

- Menciona que es su esposo el que se interesa, le dice que vaya al doctor y se preocupa por su salud, le pregunta si ya se está atendiendo y la regaña por no asistir a sus citas.

20.- ¿Le gustaría agregar algo que considere importante?

- Tiene 4 hijos, de 12, 9, 2 y 1 año

2.- Test de figura humana

Nombre: 5

Edad: 27 años

Con base en esta prueba, L. es una mujer que trata de estar activa realizando diferentes cosas, ya que logra el bienestar a través de lo que obtiene, se siente bien cuando los demás le reconocen lo que hace, le gusta tener el control sobre lo que ocurre a su alrededor y busca obtenerlo, sin embargo no siempre lo logra ya que tiene sentimientos de deficiencia en donde puede sentir que no puede o que no es capaz. Le afecta lo que las demás personas opinen o críticas que hagan sobre su persona, sintiéndose inferior a estas.

En sus relaciones suele ser dependiente, mostrándose flexible a lo que los demás decidan o hagan. Intenta comunicarse con los otros buscando que la aprueben para esto puede llegar a actuar de una manera infantil, forzando su simpatía, por esto sus emociones hacia los demás son superficiales.

Suele sentir desconfianza en el contacto con otras personas, por esto su necesidad de que le reconozcan lo que hace y le estén reafirmando que la aceptan. Esta desconfianza la puede llevar a actuar de manera defensiva. Cuando critican lo que hace o siente que está perdiendo el control se le dificulta controlarse y puede ser agresiva; sin embargo, después de esto vienen sentimientos de culpa y trata de justificar su comportamiento por temor a que la desaprueben, cuando logra controlar su enojo, suele retraerse ensimismándose en ella misma, esperando así no perder lo que tiene.

Anexo 6.

I.- Ficha de Identificación

- Nombre: 6
Edad: 50 años
Fecha de nacimiento: 04 de Octubre de 1965
Sexo: Femenino
Estado civil: Casada
Ocupación: Ama de casa
Escolaridad: Secundaria terminada
Lugar de nacimiento: Cherán, Michoacán
Lugar de residencia: Cherán, Michoacán
Religión: Católica
Fecha de la entrevista: Julio de 2015
Fuente y fidelidad de la información: Entrevista directa

Entrevista:

1.- ¿Suele tener pensamientos preocupantes sobre su salud?

- Sí se preocupa pero trata de no pensar y mejor actúa, siente que si se toma las cosas muy en serio se va a enfermar más, sin embargo sí se hace estudios para descartar más enfermedades.

2.- ¿Sus pensamientos suelen ser acerca de problemas y se le dificulta dejar de pensar en eso?

- Siente que antes sí se preocupa mucho por esto, pero ahora se ha acercado más a la iglesia y con esto ya no se preocupa tanto.

3.- ¿Suele tener problemas para dormir o no descansa?

- Desde hace 3 meses siente que duerme bien y descansa pero antes se le dificultaba quedarse dormida y por lo mismo no descansaba.

4.- ¿Se relaja y está tranquila con facilidad?

- Siente que es muy paciente y trata de controlarse por cuidar su salud.

5.- ¿Cuando tiene algún problema, suele experimentar algún dolor físico?

- No se ha percatado de esto, ni recuerda relacionarlo.

6.- ¿Experimenta malestares físicos con frecuencia?

- Tiene gastritis desde hace 2 años, cistitis desde hace 3 meses aproximadamente.

7.- ¿A pesar de medicamentos o atención médica estos malestares reaparecen?

- No ha tomado medicamentos, los malestares desaparecen solos pero vuelven a aparecer.

8.- ¿Cuándo se siente muy estresada, su cuerpo lo resiente?

- Antes esto era más frecuente y menciona que le dolía la cabeza, la espalda, ahorita que está más cerca de la iglesia y la biblia esto ha disminuido.

9.- ¿Suele olvidar con facilidad las ofensas o lo que otras personas le hicieron?

- Cuando estas ofensas la lastiman, sí se le queda este rencor, después de este encuentro trata de olvidarlo y de ya no tomarlo en serio, incluso menciona que hace poco tuvo un problema y trató de no hacer el mismo caso.

10.- ¿Cuando alguien la lastima suele responder a esto o intenta controlar sus sentimientos ante esto?

- La mayoría de las ocasiones se aguanta por no hacer más problemas, ante esto se siente mal por lo que le hacen sin embargo trata de no hacer caso.

11.- ¿Ha perdido contacto con personas por no poder perdonarlas?

- Hace tiempo sí había dejado de hablarse con personas por problemas del pasado, sin embargo hace poco se ha vuelto a hablar con estas personas.

12.- ¿Cuál suele ser su reacción cuando alguien más la ofende?

- Menciona que antes respondía de la misma manera, pero ahora trata de no levantarles la voz, ignora esto y trata de no seguirles el juego.

13.- ¿Tiene habilidad para establecer límites?

- Considera que a sus hijos sí les pone límites, tienen hora de llegada en casa y cuando esto no se cumple los castiga con actividades dentro del hogar.

14.- ¿Cómo establece los límites? (aquí puede ser en relación a cualquier ámbito, de manera personal en el trabajo, en la familia, escuela, etc.)

- Lo hace por medio de pláticas, menciona que esa la forma en que sus papás lo hacían y ella hace lo mismo.

15.- ¿Tiene dificultad para desprenderte de las cosas, situaciones o de las personas?

- Menciona que cuando se casó su hijo el mayor no sintió que le doliera el que se casara, pero él vive en la casa con ellos.

16.- ¿Hace cuánto tiempo que comenzó a experimentar síntomas de cistitis?

- Desde hace 3 meses.

17.- ¿Estos síntomas aparecen ante algunas situaciones específicas?

- Menciona que no logra relacionarlo exactamente, pero la última vez que le ocurrió esto fue cuando uno de sus hijos terminó la universidad e hicieron una fiesta en la que su esposo se emborrachó y al día siguiente ya tenía el malestar.

18.- ¿Estos síntomas desaparecen hasta que se somete a algún tratamiento o basta con relajarse para que mejore?

- Ha tomado medicamento pero estos síntomas vuelven a aparecer.

19.- ¿Qué sucede a su alrededor cuando aparece esta cistitis?, ¿Recibe algún trato diferente?, ¿Cambia algo?

- Es su esposo quien la lleva al doctor y menciona que la que más se preocupa es su hija mayor.

20.- ¿Le gustaría agregar algo que considere importante?

2.- Test de figura humana

Nombre: 6

Edad: 50 años

J. mujer de 50 años, con base en esta prueba se puede decir que, es una persona que ante situaciones estresantes suele regresionarse y actuar de una manera infantil, es ansiosa lo cual favorece este comportamiento.

Suele ser dependiente de otras personas, por lo que se le dificulta alejarse de éstas, puede llegar a ser sumisa u ocultar cosas de ella, con tal de que la otra persona no se aleje, además se esfuerza por ganar la aprobación de los demás, para esto puede forzar su simpatía, exagerando el contacto con los otros, formando así relaciones débiles.

Es una mujer insegura, que para sentirse bien necesita que otros la reconozcan, no confía en lo que puede llegar a lograr. Se siente descontenta con su cuerpo, le preocupa que otros puedan ser mejor que ella, es por esto que en algunas relaciones puede mostrarse a la defensiva, esperando a ver cómo reacciona la otra persona. Cuando no se le reconoce como ella quisiera suele ser impulsiva y puede reaccionar de una manera agresiva, rechazando el contacto con estas personas, puede llegar a retraerse y evadir estas situaciones.

Esta actitud puede deberse a su percepción de necesitar protección y aprobación materna, que genera un enojo contenido. Puede llegar a sentir deseos de rebelarse ante sus figuras parentales, sin embargo trata de oprimir esto, aunque tiene una falta de control ante sus impulsos.

J. G. E. Siente temor a la sexualidad, y a la homosexualidad, le preocupa ser víctima de abuso sexual, es por esto que presenta conflictos sexuales de manera consciente, ante esto puede actuar de manera resignada.

Anexo 7.

I.- Ficha de Identificación

- Nombre: 7
Edad: 53 años
Fecha de nacimiento: 22 de Noviembre
Sexo: Femenino
Estado civil: Casada
Ocupación: Ama de casa
Escolaridad: Primaria
Lugar de nacimiento: Cherán, Michoacán
Lugar de residencia: Cherán, Michoacán
Religión: Católica
Fecha de la entrevista: Julio de 2015
Fuente y fidelidad de la información: Entrevista directa

Entrevista:

1.- ¿Suele tener pensamientos preocupantes sobre su salud?

- Sí, suele preocuparse, sobre todo cuando tiene cistitis ya que son muchos los malestares y cuando presenta alguna otra enfermedad le preocupa que pueda empeorar o ser algo más grave.

2.- ¿Sus pensamientos suelen ser acerca de problemas y se le dificulta dejar de pensar en eso?

- Menciona que sus problemas son sobre todo por la actitud que su marido tiene con ella, lo exigente que es con sus labores del hogar, le preocupa no hacer las cosas como a él le gustan, también tiene problemas económicos por lo cual también suele preocuparse, lo que hace para distraerse es dedicarse a la costura y esto le ayuda a dejar de pensar en eso.

3.- ¿Suele tener problemas para dormir o no descansa?

- Le cuesta trabajo dormir y por este motivo no descansa, menciona que para poder dormir se toma una pastilla de piralgina y solo así consigue quedarse dormida; sin embargo, siente que no descansa del todo, porque a la mañana siguiente regresan las preocupaciones.

4.- ¿Se relaja y está tranquila con facilidad?

- Menciona que cuando su esposo está en casa, se siente intranquila esperando lo que él podría decirle o regañarla por no hacer bien las cosas, cuando él no está en casa porque ande trabajando o situaciones similares le es más fácil estar tranquila.

5.- ¿Cuando tiene algún problema, suele experimentar algún dolor físico?

- Sí, dolor de cabeza, cuerpo, espalda o el no poder dormir.

6.- ¿Experimenta malestares físicos con frecuencia?

- Sí son frecuentes, hace dos meses ingresó al hospital por malestares de cistitis, después ingresó a la clínica por mismos padecimientos y su padecimiento más reciente fue hace 15 días.

7.- ¿A pesar de medicamentos o atención médica estos malestares reaparecen?

- Sí, algunas ocasiones los malestares desaparecen sin medicamento pero vuelven a aparecer.

8.- ¿Cuándo se siente muy estresada, su cuerpo lo resiente?

- Menciona que si, por medio de dolor de cabeza, cuerpo, sin poder dormir, cistitis.

9.- ¿Suele olvidar con facilidad las ofensas o lo que otras personas le hicieron?

- Le cuesta trabajo. Con su esposo menciona estar resentida por el trato que en ocasiones tiene con ella, menciona que quisiera enfermarse para que él sienta, que vea que puede pasar y que gaste para curarla.

10.- ¿Cuando alguien la lastima suele responder a esto o intenta controlar sus sentimientos ante esto?

- Menciona que sí responde a esto, también maltrata y ofende a la otra persona, pero después se arrepiente y les vuelve a hablar.

11.- ¿Ha perdido contacto con personas por no poder perdonarlas?

- Dejó de hablarle a la abuela de su esposo ya que ésta nunca la trató bien y dejó de hablarle por más de 10 años.

12.- ¿Cuál suele ser su reacción cuando alguien más la ofende?

- Ofender también y defenderse aunque se arrepiente después.

13.- ¿Tiene habilidad para establecer límites?

- Considera que no es buena ya que en su casa con sus hijos y su esposo siente que no ha logrado marcar límites en la relación a pesar de que sus hijos sí la respetan siente que su esposo no y que también por esto sus hijos en ocasiones no entienden.

14.- ¿Cómo establece los límites? (aquí puede ser en relación a cualquier ámbito, de manera personal en el trabajo, en la familia, escuela, etc.)

- Tratando de hablar, alejándose o agrediendo

15.- ¿Tiene dificultad para desprenderse de las cosas, situaciones o de las personas?

- Considera que sí porque se sintió mal cuando sus hijos se casaron. Menciona que lloraba mucho pero con el tiempo se le fue pasando aunque aún lo resiente, dice tener una mala relación con sus nueras ya que estas se enojan cuando ellos le dan dinero y sienten que ella es quien manda a su hijo, comenta que cuando se casó su hija sintió que le quitaron algo y dejó de trabajar por un tiempo.

16.- ¿Hace cuánto tiempo que comenzó a experimentar síntomas de cistitis?

- Hace aproximadamente 6 meses

17.- ¿Estos síntomas aparecen ante algunas situaciones específicas?

- No lo ha relacionado

18.- ¿Estos síntomas desaparecen hasta que se somete a algún tratamiento o basta con relajarse para que mejore?

- Si toma medicamentos los síntomas desaparecen, cuando no toma medicamentos estos síntomas tardan en desaparecer, ha durado hasta 15 días con los síntomas.

19.- ¿Qué sucede a su alrededor cuando aparece esta cistitis?, ¿Recibe algún trato diferente?, ¿Cambia algo?

- No le ha avisado a sus hijos, su esposo en ocasiones le hace caso y la atiende y en otras no pero sí la lleva al hospital o a que la atiendan y menciona recibir una buena atención por parte de los doctores.

20.- ¿Le gustaría agregar algo que considere importante?

2.- Test de figura humana

Nombre: 7

Edad: 53 años

C. con base en esta prueba es una mujer que tiende a retraerse, refugiándose en ella misma. Cuando realiza actividades o trabajos no confía en sus logros ya que suele tener pensamientos de inferioridad y no cree poder lograrlo, situaciones como estas suelen provocarle ansiedad y baja autoestima además de hacerle sentir menosprecio hacia su persona lo que la lleva a alejarse.

Es probable que su manera de relacionarse sea dependiente y sumisa en donde haga todo lo posible por ganar la aprobación de los demás, que se comunique con los otros de una manera infantil, esforzándose por agradarles, ya que teme que la desaprobien y se alejen de ella.

Su inseguridad la puede llevar a que desconfíe de otras personas, de manera que cuando siente que alguien más crítica lo que hace o que hablan mal de ella, puede llegar a reaccionar y mostrarse a la defensiva, dado que se le dificulta controlar sus impulsos y tiene una deficiencia moral puede llegar a actuar de manera agresiva.

Puede llegar a sentir deseos de atracción sexual, sin embargo respecto a esto suele ser inhibida, ya que siente una preocupación por su sexualidad, en donde se le dificulta diferenciar la sexualidad.