



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO**



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSION ESCRITA) DEL EXÁMEN
COMPLEXIVO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TEMA

**TRASTORNO DE SOMATIZACION Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD
MENTAL EN UNA PACIENTE DE 30 AÑOS DEL CANTON BABAHOYO**

AUTOR

DAYANA LILIBETH PAREDES ROSADO

TUTOR

MSC. XAVIER EDUARDO FRANCO CHOEZ

BABAHOYO/SEPTIEMBRE/2021



RESUMEN

¿Qué es la realidad o la pregunta adecuada es: qué le da sentido a la realidad o la vida? El significado de todo lo que nos rodea es el proceso o atribución de nuestros propios pensamientos sobre el bien y el mal de las cosas que nos rodean, porque para algunos lo que aconteció ya sea sucesos o eventos será algo bueno, y para otros, será algo negativo. Desde la perspectiva de un país, las creencias y valores morales se considerarán como costumbres típicas de su cultura y como un estilo adecuado, pero en otro país con una cultura diferente esto sería algo totalmente inapropiado. Por lo tanto, nuestra consideración acerca de nuestro entorno, como nuestras relaciones sociales, los deseos y metas propuestas por cada uno de nosotros, van en dirección al sentido que le demos a las creencias. Sin embargo, cuando las ideas construidas para obtener o satisfacer nuestros deseos son exigentes y no tienen una base lógica, pueden hacer que el individuo entre en un estado de intolerancia y frustración, creando así una realidad amenazante en uno mismo, llevándolo a un trastorno.

Palabras clave: Creencias irracionales – Frustración – Construcción – Trastorno.

ABSTRACT

What is reality or the right question is: what gives meaning to reality or life? The meaning of everything that surrounds us is the process or attribution of our own thoughts about the good and evil of the things that surround us, because for some what happened either events or events will be something good, and for others, it will be something negative. From the perspective of a country, moral beliefs and values will be considered as typical customs of its culture and as an appropriate style, but in another country with a different culture this would be totally inappropriate. Therefore, our consideration of our environment, such as our social relationships, the desires and goals proposed by each of us, go in the direction of the meaning we give to beliefs. However, when the ideas built to obtain or satisfy our desires are demanding and have no logical basis, they can cause the individual to enter a state of intolerance and frustration, thus creating a threatening reality in oneself, leading to a disorder.

Keywords: Reality - Irrational beliefs - Frustration - Construction – Disorder.

INDICE

ENCABEZADO	I
CERTIFICADO DE LA AUTORIA INTELECUTAL	II
CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL DOCUMENTO	
PROBATORIO DIMENSIÓN PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A	
LA SUSTENTACIÓN.....	III
CERTIFICADO DEL SAI.....	IV
CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD CON OTRAS FUENTES EN EL	
SISTEMA DE ANTIPLAGIO.....	V
RESULTADOS DE GRADUACION EXAMEN COMPLEXIVO	V1
RESUMEN	VII
ABSTRACT.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
OBJETIVO GENERAL	3
SUSTENTOS TEÓRICOS	3
Trastorno de somatización	3
Sintomatología.....	5
Factores predisponentes	6
Salud mental.....	8
Creencias irracionales	8
Técnicas aplicadas.....	10
Historia Clínica.	10
Observación Clínica:.....	10
Entrevista semiestructurada:.....	11
Escala de Ansiedad de Hamilton	11
Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II)	11
Técnica de imaginación.....	11
Mayéutica o Debate socrático	11
Técnica de relajación escáner corporal.....	12
Resultados obtenidos.....	12
Situaciones detectadas.....	14
Área Cognitiva.....	14
Área Emocional.....	15
Área Conductual	15
Soluciones Planteadas	17
CONCLUSIONES.....	18

Recomendaciones	19
Bibliografía	21

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de estudio de caso se realizó bajo la línea de investigación clínica de Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento Psicoterapéutico en el ámbito clínico, en conjunto con la sublínea de Psicoterapia Individual en el cual se va a investigar y se procura evidenciar como las ideas o creencias pueden causar desequilibrio en la salud física y mental, ocasionando el trastorno de somatización.

Este tema se escogió para dar a conocer este estudio de caso tanto a la comunidad y a los futuros colegas en psicología, dando así la relevancia y la importancia de las creencias e ideas que tenga en la mente cada individuo, por lo tanto, los pensamientos enfocados en la mala salud condicionan al paciente a padecer malestares orgánicos y por ende psicológicos.

El tema es realizado porque es importante entender y hacer conciencia que la mente es tan poderosa que el cuerpo es determinado a la conciencia del pensamiento que tenga el sujeto acerca de su condición de salud, este tipo de pensamiento desfavorable baja las defensas del organismo y si los pensamientos son extremistas conlleva al sujeto a un trastorno somático.

Para la realización de este estudio de caso se utilizó el método deductivo y el enfoque cualitativo para indagar y plasmar los pensamientos o creencias y cómo influyen en la salud mental de una paciente de 30 años de edad con trastorno de somatización, se utilizaron técnicas psicológicas de recogida de información, siendo la entrevista psicológica la técnica principal, luego de esto se aplicaron diferentes test para confirmar el diagnóstico en base a los criterios de diagnóstico del DSM-V y el Cie10.

DESARROLLO

Justificación

Este presente estudio de caso, tiene como finalidad comprender las influencias de las ideas o pensamientos dañinos sin fundamento lógico, causando malestar a la salud física como mental, la forma que la paciente a partir de estos pensamientos crea una realidad catastrófica que repercute en su bienestar y en su núcleo familiar, llevándola a un estado de extremo de peligro y alerta constante. Es de manera importante entender este tipo de realidad o pensamientos, ya que existe una vulnerabilidad en la salud mental en estos tiempos de pandemia, siendo este el detonante del trastorno de somatización.

La particularidad de este trastorno somático es creer que se está corriendo un riesgo grave de salud que conlleva a la muerte, sin que el paciente o el sujeto posea una enfermedad, siendo la mente y los pensamientos que hacen creer que está en peligro de salud, de modo que hace alterar sus estados de ánimos y físicos, conllevándola a un estado de inseguridad y por ende molestia física.

La investigación presente amerita la importancia de especificar las reseñas sobre de qué forma las creencias o pensamientos incongruentes, catastróficos, intrusivos, van deteriorando la salud mental y física de una paciente de 30 años, llevándola a tener y observar una vida deplorable en cuanto a su salud, su entorno, el cual aumenta los estados de peligro y daño, que proporciona a niveles biológicos y psicológicos.

Este caso de estudio, servirá como una aportación de manera general a toda la comunidad que tenga acceso a la presente investigación y de manera particular a la paciente de 30 años de edad, ya que es la protagonista de este caso, de modo que aportará para su bienestar personal y el de su núcleo familiar. Evidentemente renovará su calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del trastorno de somatización en la salud mental en una paciente de 30 años de edad.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Trastorno de somatización.

La salud mental tiene muchas alteraciones que se conocen como enfermedades o trastornos mentales, que afectan a los procesos afectivos y cognitivos, al estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento. Muchas personas sufren problemas de salud mental de tanto en tanto. En cambio, se convierte en enfermedad mental cuando los síntomas y signos permanecen, provocan estrés en el paciente e impiden funcionar de forma normal.

El trastorno de somatización (anteriormente conocido como "histeria crónica" o "síndrome de Briquet"). Se inicia en la adolescencia y presenta un curso crónico (varios años) y somatización fluctuante: las consideraciones diagnósticas y la historia clínica extensa consultada por diferentes expertos por síntomas médicos inexplicables. A menudo, las descripciones de los síntomas de los pacientes son vagas y dramáticas. Considerando que los médicos no pueden hacer un diagnóstico claro y encontrar la causa orgánica de su enfermedad, la historia puede estar llena de ansiedad y, a veces, de quejas y demandas.

Es de suma importancia entender la etiología de este trastorno. Según Britez Cantero (2012) “el trastorno de somatización es el malestar físico que ocasiona al paciente en ausencia de hallazgos clínicos que puedan acreditar la causa orgánica, los pacientes afectados por lo general buscan ayuda de un médico de confianza a posteriori asistencia psicológica o psiquiátrica. Lo peculiar de este tipo de trastorno son los síntomas físicos prominentes, acompañados de molestias clínicamente significativo”. (pág. 151)

La Asociación Americana de Psiquiatría determina a la somatización como “patrones crónicos de conducta patológica”, en el cual el paciente muestra una forma de vida

caracterizado por considerables ausencias médicas y problemas sociales secundarios.

El trastorno de somatización es un desorden crónico, inestable, recurrente que origina en el paciente una molestia clínicamente significativa. Según Sadock, Sadock, & Ruiz (2015), “produce deterioro notable en la actividad social, profesional, o de otros campos de gran relevancia del individuo y originando una búsqueda excesiva de atención médica” (pág. 150).

Los síntomas físicos son denominados según Gorosabel (2013), “síntomas físicos inexplicables por los médicos de atención primaria y síntomas físicos por los profesionales de la salud mental, en parte para distinguir los síntomas físicos de otros tipos de síntomas, como los cognitivos o emocionales. Para el autor, estos dos adjetivos son sinónimos”. (pág. 45).

Etiquetar el cuerpo sintomático evoca los términos "somatomorfo" y "somatización". Por lo tanto, una mala comprensión de los síntomas físicos puede llevar inadvertidamente a suposiciones sobre causas psicológicas. Los síntomas físicos suelen ser una mezcla de factores físicos y psicológicos, más que el resultado de uno solo de ellos. La falta de explicaciones médicas de determinados síntomas suele deberse a la falta de hallazgos objetivos en los exámenes físicos o pruebas diagnósticas, aunque también puede deberse a la confusión o ambigüedad de los síntomas objetivos de determinados pacientes. (Kroenke & Rosmalen, 2006).

Entre las variables del trastorno de somatización se localizan los pensamientos intrusivos (de más de 6 meses), exorbitantes o exagerados acerca de la gravedad del síntoma, estos síntomas interfieren en la vida cotidiana del paciente, ya que el síndrome indica padecimientos subyacentes que no han sido manejados medicamente de modo correcto (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015).

Pese a que la etiología del trastorno de somatización es casi desconocida y poco estudiado epidemiológicamente, escasas aportaciones de otros procesos señalan que algunos componentes pueden contribuir al desarrollo del trastorno de somatización. Entre estas se encuentran los factores biológicos, sociodemográficos y experiencias vividas durante la infancia (por ejemplo, la susceptibilidad incrementada debido a experiencias

traumáticas), y por último rasgos de la personalidad como el neuroticismo. Estas variables inciden en la salud mental del paciente.

Sintomatología

El trastorno de somatización cuyo origen histórico es el síndrome de Briquet se muestra con una incidencia semejante al 2% en la población en general, siendo más usual en mujeres de mediana edad. Según Harold Muñoz (2009), “El inicio de este trastorno se da en la adolescencia y va presentando un curso grave al paso de los años, teniendo así un extenso historial de consultas médicas”, (pág., 57). Sus criterios diagnósticos se exponen a continuación:

a) Historia de diversas quejas somáticas que empieza antes de los 30 años, perdura varios años y obliga a la exploración de un análisis médico o incita a un desgaste significativo social, profesional o de otros campos de relevancia en la actividad del paciente.

b) Debe tener una suma de 6 o más síntomas, que se originen por lo menos en 2 grupos diferentes.

Síntomas Gastrointestinales

1. Dolor abdominal.
2. Náusea.
3. Sensaciones de plenitud abdominal o de meteorismo.
4. Mal sabor de boca o lengua saburral
5. Quejas de vómitos o regurgitación de alimentos.
6. Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas o líquidas.

Síntomas Cardiovasculares

7. Falta de aliento sin haber hecho esfuerzos.
8. Dolores torácicos.

Síntomas Urogenitales

9. Disuria o quejas de micción frecuente.
10. Sensaciones desagradables en los genitales o alrededor de ellos.

11. Quejas de flujo vaginal excesivo o inusual.

Síntomas Cutáneos y de Dolor

12. Quejas de manchas o decoloración de la piel.

13. Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones.

14. Sensaciones desagradables de hormigueo o de quedarse dormido algún miembro.

c) Pueden interpretarse por la aparición de una enfermedad médica o por los resultados inmediatos de una sustancia (ej., fármacos o drogas).

d) Los síntomas no se generan intencionalmente y no son fingidos. (pág., 57).

Factores predisponentes

Factores Sociodemográficos

Las diferentes investigaciones concuerdan que las mujeres indican con más constancia estos síntomas, ya sea por las diferentes bases como la biológica, cognitiva y social, así como la gran exposición a experiencias de traumas.

Otras variables son la edad, mientras más edad, más incremento de síntomas, estado civil este se presenta más en los solteros que en los casados, ocupación es frecuente en desempleados que en los laboralmente activo y estatus socioeconómico (Pennebaker, 1982).

Factores Biológicos

Ciertos pacientes muestran un desgaste en el desarrollo cognitivo bifrontal, de dominio en el hemisferio no predominante, el cual podría ser el encargado del dolor psicógenos, el patrón histriónico de la conducta, los síntomas de conversión asimétricos y la depresión. Las anormalidades en el hemisferio predominante podrían ser los encargados del desgaste de la comunicación verbal, la discordancia particular de la respuesta afectiva y la incorporación sensomotora anómala. El estudio del patrón verbal en los pacientes evidencia una identidad del self nocivo y confuso con 2 factores: un cambio de los

elementos y las acciones por la postura negativa y un narcisismo de conducta patológica que disminuye su mundo relacional, por la carencia de empatía y pseudodependencia (Watson, 1999).

Experiencias esenciales, precedentes de los síntomas somatomorfos.

Experiencias en extremo perturbadoras tales como las diferentes formas de abuso durante la infancia, son anunciadas con reiterada significación de parte de los adultos con síndromes somáticos clínicamente inexplicados. Katon, et., al, (2001).

Una restricción metodológica de parte de estos estudios es el carácter evocador. Como lo indica Lesserman et., al, (1996), “es probable que sesgos en la memoria perjudiquen o amplíen la relación (exceso de síntomas somáticos), de manera que los pacientes que recuerden experiencias de abusos sean los que también indican conductas de enfermedad y mayor estrés psicológico”. Así mismo se debe tomar en consideración la posibilidad de que la correlación con la somatización se basa en terceras variantes como lo pueden ser las condiciones de pobreza o en posibles entornos que se dan experiencias de abuso.

Experiencias vinculadas con la salud durante la infancia

Circunstancias como la relación con los familiares con dolencias graves con comportamientos de padecimientos intensos y repetitivos, la focalización exagerada acerca del estado de salud en la infancia o la adquisición de reforzamientos de parte de este por medio de los comportamientos de enfermedad, se lograría entender como predominios importantes en los problemas de hipocondría y somatización en el adulto. Según Benjamin & Emison, (1992) “Es probable que también los pacientes con síntomas somatomorfos estén más orientados por la esencia del problema, a evocar y mencionar las circunstancias que son resistentes con su usual hábito de malestar corporal”.

Diego Alveiro, (2014) cita a autores et., al, (2007) “Los síntomas psicósomáticos son muy común en la población general. Estos síntomas están relacionados con la elevación de atención médica, debido a enfermedades y disfunciones. Del mismo modo, llevan al médico a informar baja satisfacción profesional ante un paciente con somatización, ya que el paciente refiere sentirse 'rara vez escuchado' con el informe médico (pág. 15).

Salud mental

La salud mental es un factor integral y sustancial de la salud. La Constitución de la OMS manifiesta: “La salud es un estado de repleto bienestar mental, social y físico, y no solo únicamente la omisión de dolencias o enfermedades”. Un notable efecto de esta definición es que se toma en cuenta a la salud mental como más que la omisión de discapacidades mentales o trastornos.

La salud mental al ser el pilar fundamental en el ser humano, es la que conlleva a la persona a estar en un estado de homeostasis, cuando esta sufre un deterioro, lleva a la persona a un desequilibrio mental originando los trastornos mentales.

La OPS manifiesta que: “la mala salud mental se liga igualmente a las variantes sociales, a las situaciones de trabajo estresantes, a la exclusión de género, a la discriminación social, a la forma de vida poco saludable, al peligro ante la violencia, la mala salud corporal y al quebramiento de los derechos humanos”.

La salud mental personal está definida por diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Como lo son las presiones socioeconómicas insistentes constituyen un peligro notable para la salud mental de los individuos y la sociedad. Las pruebas más obvias estas relacionadas con el bajo nivel educativo y los indicadores de pobreza.

También hay causas psicológicas y de la personalidad particulares que hacen que un individuo sea más endeble a los trastornos mentales. Los trastornos mentales poseen causas de carácter cognitivo, factores genéticos o de perturbaciones bioquímicos cerebrales.

Cuando hay un deterioro cognitivo, un fallo en esta área, la mente en conjunto con los pensamientos induce a la persona a tener pensamientos desfavorables o perjudiciales acerca de su estado de salud, esta creencia somete al cuerpo a decaer y creer que está enfermo, ya que la mente es tan fuerte que el cuerpo es designado a la conciencia del pensamiento que tenga el individuo sobre su salud, tanto física como mental.

Creencias irracionales

Carmen, (2017) Cita a los autores clásicos, Ellis & Grieger, (1992) “Son creencias de carácter absolutista y demandante que no permite al sujeto vivir una vida estable pues constantemente lo están perturbando e interceptando en su diario vivir, estableciendo falsas exigencias por lo que pueden manifestarse las conductas desadaptativas” (p.59).

Los creencias o pensamientos irracionales detonan en el sujeto una molestia biológica, psíquica y social, debido a que las ideas son tan demandantes y rígidas que no acceden tolerancia alguna para formar los métodos que contribuyen en obtener los objetivos planteados para la convivencia de forma armonioso dentro del ambiente familiar, social o laboral.

Los pensamientos son aquellos que limitan la interpretación objetiva. Según Arce, (2014) “Las creencias irracionales limitan el objetivo, adecuado y verdadero del evento, resultando en exageración, absolutismo, catastrofismo, etc.; en este caso, esto promoverá la respuesta a los síntomas somáticos”. (P.14).

Las creencias son los modelados que adquieren ciertas personas. Según Aguilar, (2016) “Los pensamientos irracionales son los arquetipos donde las personas adquieren angustia por sí mismos y fue establecido por la ciencia hasta que el Dr. Albert Ellis los clasificó en su teoría” (P.1).

Las creencias irracionales también se denominan "pensamientos locos" de una manera más vívida y se entienden como creencias irracionales para la vida racional. Hipotetizaron la generalización de la neurosis.

Las características de las creencias irracionales son: 1. Son lógicamente inconsistentes porque parten de premisas erróneas o de formas de razonamiento incorrectas. 2. Inconsistente con la realidad o inconsistente con los hechos; diferente de los observables. 3. Es dogmático y absoluto, expresado por exigencias, no preferencias ni deseos. Ejemplos de términos que aparecen: necesito, debo, debo, no puedo, nunca, etc.

La mayoría de las veces, los pensamientos irracionales son autodestructivos y no ayudan a lograr el objetivo deseado porque son muy estrictos y porque carecen de una base lógica, el sujeto se encuentra sufriendo y no consigue una estrategia suficiente para lograr

el objetivo propuesto.

La señal que se sostiene en el individuo, es por el riesgo que hace en su ambiente o en lo que cree que origina a niveles psicológicos a accionar los fragmentos cognitivos para que funcionen y puedan encontrar la solución apropiada, sin embargo, por no poseer un buen proceso y desarrollo mental, el sujeto se encauza más en las complicaciones que en las soluciones, consiguiendo de esta manera como resultado secuelas fisiológicas, así como los síntomas somáticos.

Técnicas aplicadas

Para la realización de este estudio de caso se utilizaron técnicas tales como:

Historia Clínica.

Para la obtención de una minuciosa información se utilizó la técnica de la historia clínica, que tiene como finalidad la recolección de los datos personales del sujeto, que nos accede a tener una idea más precisa sobre la situación que afecta al individuo, también ayuda a conocer la preferencia sexual y la doctrina religiosa que posea, además realizar la anamnesis permite conocer el progreso del paciente, al igual de conocer el sistema familiar como los inconvenientes que presenta o posibles afecciones psicológica heredadas, por último se puede conocer si la persona es remitida por intención propia o por terceros, esta información accede a conocer a primera instancia la voluntad del paciente que estamos tratando.

Observación Clínica:

La siguiente referencia es la exploración del estado mental en donde observamos y expresamos lo que es la fenomenología, en la cual se describe la primera impresión del paciente, como su aspecto físico, vestimenta, el lenguaje verbal y no verbal, actitud, biotipo, etnia etc. También se detallará los aspectos cognitivos, si no muestra cierta alteración en áreas como la atención, memoria, orientación, inteligencia, lenguaje, pensamiento, etc.

Entrevista semiestructurada:

En cuanto a esto, se induce al paciente a un formulario de preguntas para indagar los antecedentes y recopilar información necesaria para reconocer, formular y desechar las hipótesis planteadas, además en la recolección de datos, estas preguntas nos ayudan a observar el comportamiento o malestar de los sujetos mediante el lenguaje corporal.

Escala de Ansiedad de Halmilton:

Esta prueba de escala de ansiedad fue desarrollada por Max R. Hamilton en 1959. Hasta el día de hoy, sigue siendo una de las herramientas de evaluación clínica más utilizadas y puede utilizarse para examinar el grado de ansiedad que presentan los sujetos. Es útil tanto para niños como para adultos. De igual forma, es una herramienta que pueden utilizar médicos y psiquiatras, pero hay que tener claro que no puede determinar el diagnóstico de una enfermedad concreta (aunque sí les puede ayudar). Es un recurso eficaz para evaluar el estado del paciente y comprender sus miedos, síntomas somáticos y procesos cognitivos.

Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II)

Este test de escala de ansiedad fue elaborado por Max R. Hamilton en 1959 y hasta el día de hoy sigue siendo una de las más utilizadas como un instrumento de evaluación clínica que es aprovechable para comprobar el rango de ansiedad que este presentando el sujeto. Es útil tanto en niños como en adultos. Asimismo, es un instrumento que pueden utilizar tanto los médicos como los psiquiatras, pero teniendo claro que no determina el diagnóstico de un trastorno concreto (aunque sí puede ayudar al mismo). Es un recurso altamente eficaz para la valoración del estado del paciente y conocer cuáles son sus miedos, síntomas somáticos y procesos cognitivos.

Técnica de imaginación:

Se induce al paciente a imaginar o recordar el evento o suceso que le causo el malestar o problema, con esta técnica se pueden observar ciertos signos y síntomas que muestra el sujeto al momento de aplicarla, gracias a esto podemos conocer los pensamientos o imágenes que ayudan a conceptualizar la falta de dominio o el poco control que posee la mente.

Mayéutica o Debate socrático

Esta técnica accede a profundizar y mejorar la comprensión del fundamento ideológico del sujeto, permitiendo a través del cuestionamiento y el diálogo tomar conciencia de la incoherencia, la irracionalidad, la incomprensión y la falta de lógica, esto es útil para que el paciente tenga un insight de cuan errónea es la idea o pensamiento que lo está perturbando y causando problemas.

Técnica de relajación escáner corporal

El “body scan” o escaneo corporal es otro tipo de práctica de meditación que puede proporcionar una sensación de calma y tranquilidad al cuerpo. Su objetivo es realizar una revisión psicológica, con énfasis en las sensaciones, en cada zona corporal importante. De esta forma, permite el contacto directo con el cuerpo de la forma más objetiva.

Resultados obtenidos

En este estudio de caso de una paciente de 30 años (nombre ficticio) Lulu P., ama de casa es remitida por voluntad propia a la Junta y Consejo Cantonal de Protección y Derechos, indicando que sentía tensión acompañado de ansiedad, supo explicar que ya no quiere sentir temor, lleva con ese malestar desde que empezó la pandemia y no quiere salir de su casa porque teme contagiarse de covid, además manifiesta que no puede ver a una persona enferma porque automáticamente empieza a tener los mismo síntomas que la otra persona, se ha realizado múltiples exámenes médicos, pero en ello sale que no tiene nada y aparentemente está bien, lo cual le causa frustración ya que piensa que los médicos están equivocados y si tiene alguna enfermedad, por ultimo refiere que ha perdido el apetito porque cuando va comer piensa que se va a atorar con la comida por lo consiguiente se va a asfixiar y luego se va a morir.

En los signos y síntomas encontrados y basándose en el CIE 10 se logró obtener un diagnóstico presuntivo con código de F45.0: “trastorno de somatización”

Sesión 1: Martes 15 de junio del 2021 a las 09:45 – 10:30, manifiesta que lleva 2 años con ese pensar y esa sintomatología, siente que últimamente está empeorando y aunque al principio no creía que necesitaba ayuda psicológica su familia la convenció de que si requería ayuda y ella termino accediendo, hay situaciones en donde le falta el aire, le comienza aumentar el ritmo cardíaco, le tiemblan las manos, tiene resequedad en la boca y le pide a su pareja que la lleve donde su hermana ya que después de su hogar, es el único otro lugar donde se siente segura. Refiere que a veces se lamenta porque antes era una persona “normal” salía a la calle con tranquilidad y ahora no puede hacerlo porque piensa que se va a contagiar de covid, luego ella va contagiar a todo su familia y después van a morir todos, además que no tolera ver a alguien con alguna enfermedad porque inmediatamente empieza a tener la misma sintomatología que la otra persona, se frustra porque se realiza exámenes médicos y en ellos sale que no tiene ninguna enfermedad, toda esta problemática le ha causado problemas en su vida social. También se le explicó la psicoeducación y el proceso psicoterapéutico con el que se trabajará.

Sesión 2: El día martes 22 de junio a las 10:00 – 10:45 se empezó a trabajar en uno de los problemas se le consultó cual de todas las problemáticas quería trabajar, ella eligió cual abordar y después se comenzó a explicar el modelo A – B – C de la teoría de Albert Ellis, la cual hace mención que A) son sucesos o eventos activadores, B) las creencias irracionales y C) las consecuencias emocionales y conductuales. Se le ilustró que cuando vemos el mundo, la realidad o la óptica no depende de nuestra percepción, sino de nuestros pensamientos sobre lo que percibimos, es decir, cosas, sucesos, situaciones o eventos no son la causa nuestro malestar, si no lo que pensamos acerca de los eventos que estamos presenciando o experimentando.

Sesión 3: Martes 29 de junio del 2021 a las 09:00 – 09:30 am. Posteriormente de haber localizado aquella idea, se le reiteró que se requería que manifieste sus pensamientos tal como lo hizo en la sesión previa, además se le intensificó la teoría del A – B – C con lo que se pudo detectar ciertos pensamientos recurrentes, demandantes e irracionales. La paciente determino por cuestión propia con que pensamientos quería trabajar.

Sesión 4: Martes 06 de julio del 2021 a las 10:00 – 10: 45 am. Se le solicitó al paciente a hacer el test Hamilton, luego de este se procedió a realizar el test de Millon II y por último se prosiguió a realizar la correspondiente técnica de la imaginación.

Sesión 5: Martes 13 de julio del 2021 a las 10:00 – 10:45 am. Se empezó a preparar a la paciente para el diálogo o debate socrático, y se prosiguió a intensificar las técnicas aplicadas previamente, tal como la técnica de la imaginación y se le incorporó la técnica de la mayéutica, de modo que se empezó a debatir el correspondiente pensamiento que le causa malestar. Como reforzamiento, se le envió una tarea que radicaba en continuar ejecutando la técnica de la imaginación con los eventos o sucesos que la paciente considere útil practicar y otras tareas graduales.

Sesión 6: Martes 20 de julio del 2021 a las 10 – 10:30. Se revisó la tarea enviada la cual hace mención a un autorregistro de pensamientos y sentimientos que va obteniendo acerca del evento o suceso que se imagina.

Sesión 7: Martes 27 de julio del 2021 a las 10 – 10:30. Se continuó con la revisión de las tareas enviadas, en este caso fue un programa de actividades diarias para que el paciente pueda aplicarla en los momentos libres, después de ello se revisó el nivel de agrado.

Sesión 8: Martes 03 de agosto del 2021 a las 09:00 – 09:45 am. Se le empleó la técnica de relajación de escáner corporal, para que de esta manera su cuerpo se relaje y preste total atención a las sensaciones que produce sus pensamientos. Esto accedió a examinar que algunos pensamientos le causaban síntomas somáticos.

Situaciones detectadas

Durante las sesiones se valoraron los diferentes signos y síntomas mostrados por la paciente identificada; como parte importante del método diagnóstico, también se detectó y correlacionó que los componentes de creencias irracionales ocasionan el malestar mostrado por la paciente, por lo que se ha inferido que su comportamiento está relacionado con las creencias profundamente arraigadas del paciente. Los descubrimientos se encontraron en las siguientes áreas:

Área Cognitiva

Se comprobó que la paciente se ubica en tiempo y espacio adecuadamente, su lenguaje es racional y significativo, sin embargo, la manifestación de su lenguaje es demasiado inflexible y tiende a ser muy negativa con sus autocríticas, además se verificó que su memoria no muestra alteraciones ya que evoca recuerdos a la perfección.

En cuanto a los pensamientos, se examinó que estos empezaban a adquirir posesión y dominaban al paciente, ya que los sucesos o eventos imaginados por la paciente la hacían ver como algo real y esto provocaba en ella la sensación de malestar. Por lo tanto, se demuestra que las creencias o pensamientos intrusivos son los que producen daños físicos, emocionales y conductuales.

Tener una creencia o pensamiento ilógico sin base empírica y racional es lo que impide al paciente a estar en un estado de homeostasis, los pensamientos intrusivos acerca de una creencia irracional hacen que la paciente se mantenga en constante alerta y la conlleva a tener síntomas somáticos.

Área Emocional:

Como es incuestionable, se observó que los pensamientos irracionales son los que crean el malestar, provocando miedo y frustración. Cabe destacar que los estados emocionales son aquellos cambios que confirman o no los hechos que están sucediendo, y por lo tanto activan nuestra biología o fisiología, de manera que el sistema nervioso entra en un estado de alerta ante situaciones de peligro o miedo, de tal modo provocando ansiedad, tensión, irritabilidad, etc. Como cuando se aplicó la técnica de la imaginación, la paciente se enfrentó a un evento determinado y experimentó un peligro, lo que hizo que su cerebro entre en un estado de ansiedad o alerta ante las amenazas.

Por lo tanto, un autoconcepto negativo puede causar un desequilibrio emocional, y esta creencia puede promover un estado emocional dañino, impidiéndole alcanzar la tranquilidad y la armonía.

Área Conductual

Esta es la categoría en la cual la paciente se centra más con su problemática: la intranquilidad que expone al momento que debe salir de su casa por el temor de contagiarse

de covid, el ir a visitar a su tía enferma porque automáticamente empieza a tener los mismos síntomas que ella, o el estar sola en su hogar y se presenten algunos síntomas somáticos, ya que piensa que en cualquier momento le va a suceder algo y no va a estar nadie para ayudarla. Este nerviosismo provocado por sus creencias hace que la paciente muestre signos y síntomas tales como: falta de respiración, sensación de desmayo, hormigueo en las piernas, y baja presión.

La frustración causada por el hecho de realizarse múltiples exámenes médicos y no salir nada en ellos, cuando ella cree con carácter demandante que, si tiene algo físico, hace que la paciente caiga en un estado de irritabilidad, o el miedo de contagiarse ha provocado en ella un aislamiento social.

En los signos y síntomas encontrados y basándose en el CIE 10 se logró obtener un diagnóstico presuntivo con código de F45.0: “trastorno de somatización”

Soluciones Planteadas

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
	Explicación por lo que está atravesando el paciente. Darle a conocer el proceso terapéutico con el que se trabajara. Explicación del modelo A – B – C	Psicoeducación	3	15/06/2021 22/06/2021 29/06/2021	El paciente puede comprender su diagnóstico y el plan de terapia.
Área cognitiva: Maximización, baja tolerancia a la frustración, catastrofismo, pensamientos intrusivos.	Inducir al paciente a imaginar los eventos o sucesos que le provocan el malestar	Técnica de imaginación	1	06/07/2021	El paciente pudo detectar que estos eventos son los que generaban un poco control del dominio de su mente.
	Ayudar al paciente a profundizar en la comprensión de sus propios pensamientos.	Mayéutica o debate socrático	1	13/07/2021	El paciente comprende y cuestiona mejor los pensamientos, reconoce que sus pensamientos le producen danos físicos, emocionales y conductuales
Área afectiva: Desmotivación, Ansiedad, tensión, irritabilidad	Que el paciente pueda identificar y reconocer que sus pensamientos están generando un estado de ánimo bajo.	Autorregistro de pensamientos y sentimientos.	1	20/07/2021	

Área conducta social-escolar Aislamiento	Se insertará una serie de actividades diarias para aplicarlas en los momentos libres, después de ello se revisará el nivel de agrado.	Programa de actividades	1	27/07/2021	Mediante esta técnica generar actividades de agrado para que pueda realizar en su vida diaria.
Área somática: Pérdida del apetito, dificultad para tragar. Síntomas psicossomáticos	Reconocer pensamientos que le ocasionan esta sintomatología.	Técnica de relajación escáner corporal	1	03/08/2021	Mediante ejercicios de relajación, se logró que el paciente pueda notar que al practicarlos hay una mejoría en estos síntomas.

CONCLUSIONES

En la primera sesión con el paciente se estableció un buen rapport, se utilizó en gran medida la observación directa para obtener información física y emocional observable, con lo cual se determinó que el paciente durante la consulta denotaba tensión e incomodidad, también se aplicaron distintas herramientas como son los test psicométricos con los cuales se logró corroborar el diagnóstico diferencial.

La pandemia se convirtió en un factor predisponente para el desarrollo de trastornos mentales en la población, por ende, en primera instancia se lo estableció como una hipótesis y no muy alejada de la realidad, se lo instauró como un evento activador que salió a relucir sus creencias irracionales por una vivencia que tuvo en el pasado.

Los familiares de las personas que padecieron covid 19 durante la pandemia tuvieron más posibilidades de tener un trastorno mental al tener un aumento de creencias irracionales, en este caso las creencias irracionales provocaron un malestar psicossomático y todo esto a partir de la alteración cognitiva y emocional producto de las ideas irracionales.

En este caso, encontramos que el pensamiento irracional y la inducción o el uso de técnicas de imaginación para lidiar con el daño que provoca el evento, hacen que el cerebro y el cuerpo entren en un estado de malestar, dando lugar a los signos y síntomas mencionados en este caso.

Las creencias de la paciente la limitan en ciertos aspectos de la vida diaria, es decir, estas ideas están firmemente arraigadas en su sistema de creencias, es cómo sí como la mente controla todos los sentidos, y hace que sienta y se comporte de cierta manera ante el suceso o evento, para retroalimentar el método de creencias establecidas, ocasionando daño a su salud mental.

Es alucinante examinar que las creencias, independientemente del procedimiento, inducen al paciente a ver, sentir y actuar, llegando a tal manera de afectar negativamente su salud mental, en este caso, las creencias de la paciente la limitan en ciertos aspectos de la vida diaria, es decir, estas ideas están firmemente arraigadas en su sistema de creencias, es cómo sí como la mente controla todos los sentidos, y hace que sienta y se comporte de cierta manera ante el suceso o evento, para retroalimentar el método de creencias establecidas, ocasionando daño a su salud mental.

La Terapia Racional Emotiva Conductual y la conciencia que tiene el paciente de su problema, añadiendo la colaboración, fueron de gran ayuda en el avance y el progreso de su salud mental, permitiendo de esta manera trabajar en su sistema de creencias y su trastorno de somatización.

Por último, cada persona tiene su propia filosofía de vida, estilo de vida y la base para mantenerse; sin una filosofía de vida, una persona no tendrá los pies en la tierra, caminaría a través de las nubes y caería fácilmente sobre la tierra, en otras palabras, cada persona tiene una creencia distinta a otra persona, pero depende de que tan racional o irracional es este pensamiento o idea, ya que en consecuencia a esto influirá en nuestra salud tanto física como mental.

Es importante enfatizar y enseñar a los pacientes que los pensamientos van formando, moldeando y construyendo la realidad que todos vivimos. Cabe recalcar que el pensamiento es un prisma o lente para observar el mundo, si uno piensa que el mundo es peligroso, todo será peligroso, en consecuencia, tendremos una actitud de desconfianza hacia el medio ambiente y los demás, ya que el análisis que le damos a aquellos pensamientos son el eje fundamental en rendimiento a nuestro estado físico y emocional. Por lo tanto, es mejor inducir al paciente a una auto-observación acerca de sus pensamientos y objetar sus propias ideas, debatir aquellas que sean demasiado absolutistas o que no tengan base o evidencia empírica

Bibliografía

- AGUILAR, A. C. (Marzo de 2016). *recursosbiblio.url.edu.gt*. Recuperado el 14 de 01 de 2020, de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Velasquez-Asuncion.pdf>
- American Psychiatric Association, APA. (2013b). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)*. Arlington, VA: APA. American Psychiatric Association, APA.
- (2013c). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. American Psychiatric Publishing, 1–19. [acceso 23 Abril, 2014]. Disponible en <http://www.psychiatry.org/dsm5>.
- ARCE, S. D. (2014). *Repositorio academicos USMP*. Obtenido de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/1148/GARCIA_AS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Benjamin, S. y Emswiler, D. M. (1992). Abnormal illness behaviour: Childhood experiences and long-term consequences. *International Journal of Psychiatry*, 4, 55-70.
- Bertomeu, E. (4 de febrero de 2019). *Las creencias irracionales*. Obtenido de <https://edupsicologo.com/las-creencias-irracionales/>
- Britez Cantero, J., Torales, J., Valenzuela Hermosa, C. & Chavez, E. (2012). Trastornos Somatomorfos. En A. Arce Ramírez & J. Torales (Eds.), *El LibroAzul de la Psiquiatría* (pp. 185-204). Asunción: EFACIM.
- Carmen, M. E. (2017). *CREENCIAS IRRACIONALES Y RESILIENCIA*. Requisito previo para optar el Título de Psicóloga Clínica, Ambato. Recuperado el 14 de 01 de 2020, de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25173/2/TESIS%20MORETA%20ENR%20C3%8DQUEZ%20MAYRA%20DEL%20CARMEN%20PDF.pdf>
- GorosABEL, J. (2013) Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria. (Resis doctoral). Universidad de Madrid. Disponible en https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14125/66216_gorosabel%20rebolleda%20jesus.pdf?sequence=1
- Harold Muñoz C., (2009). *Somatización: consideraciones diagnósticas*. Scielo Colombia. Recuperado el 15 de 06 del 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09.pdf>
- Jordan Pool Sánchez Taipei, M. A. (17 de Diciembre de 2017). Creencias irracionales y pensamientos automáticos en una relación de pareja. Estudio de caso clínico atendido en un Centro de Servicios Psicológicos de una Universidad Nacional de Lima. *ECIPERU*, 14(2). doi:<https://doi.org/10.33017/RevECIPeru2017.0015/>
- Kroenke, K. (2006). Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 881-888. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b00c4>
- Medrano, L. A., Galleano, C., & Fernández, M. G. (julio/diciembre de 2010). *ScieloPeru*. Recuperado el 14 de 01 de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000200008&script=sci_arttext&tlng=en

Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of physical symptoms*. New York, Springer

Watson, D. (1999). Dimensions underlying the anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 12,181-186.

ANEXOS

ANEXO A

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: ___/___/___

HC. # _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____

Religión: _____

Instrucción: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).

b. Tipo de familia.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

—
7.6. PENSAMIENTO

—
7.7. LENGUAJE

—
7.8. PSICOMOTRICIDAD

—
7.9. SENSOPERCEPCION

—
7.10. AFECTIVIDAD

—
7.11. JUICIO DE REALIDAD

—
7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

—
7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

ANEXO B

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de evaluación: _____

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, Contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación	0	1	2	3	4

de debilidad, sensación de hormigueo					
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.	0	1	2	3	4

<p>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal Del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>					
--	--	--	--	--	--

ANSIEDAD PSÍQUICA	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ANEXO C

Este cuestionario es para responder, verdadero falso, responder con una x, donde crea que sea correspondiente.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMII-II)

V F

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.

37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.

92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.

148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

FIN DE LA PRUEBA

**COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR
ALGUNA FRASE.**

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.