

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Trastorno de Somatización: en un joven adulto con características de
trastorno de personalidad por dependencia**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Sara Nineth Rodas Reyes

San Marcos, abril 2016

**Trastorno de Somatización: en un joven adulto con características de
trastorno de personalidad por dependencia**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Sara Nineth Rodas Reyes

M.A. Doris Cuéllar (**Asesora**)

M.A. Eymi Castro de Marroquín (**Revisora**)

San Marcos, abril 2016

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

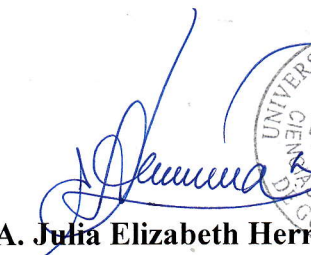

ASUNTO: Sara Nineth Rodas Reyes

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

DICTAMEN: 09 de febrero de 2015


Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Sara Nineth Rodas Reyes** recibe la aprobación para realizar su **Sistematización de Práctica profesional Dirigida**.



M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala, dieciocho de enero del dos mil dieciséis.

En virtud de que Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Trastorno de Somatización: en un joven adulto con características de trastorno de personalidad por dependencia”**. Presentada por el estudiante: **Sara Nineth Rodas Reyes**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M.A. Doris Cuéllar
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala, marzo 31 de 2016.

En virtud de que la **Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida** con el tema: **“Trastorno de Somatización: en un joven adulto con características de trastorno de personalidad por dependencia”**, correspondiente a la estudiante **Sara Nineth Rodas Reyes**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.




M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisora



UPANA
Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

*En virtud de que **Sistematización de práctica profesional Dirigida** con el tema **Trastorno de Somatización: en un joven adulto con características de trastorno de personalidad por dependencia.** presentado por: **Sara Nineth Rodas Reyes** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología Clínica y Consejería Social**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final del **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.***



M.A. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	1
1.1 Diagnóstico de la institución	1
1.1.1 Descripción	1
1.1.2 Misión	2
1.1.3 Visión	2
1.1.4 Organigrama de la institución	2
1.1.5 Objetivos de la institución	2
1.1.6 Población que atiende	3
1.1.7 Justificación de la investigación	4
Capítulo 2	
Marco Teórico	5
2.1. Antecedentes del problema	5
2.2. Causas	6
2.3. Factores de riesgo	7
2.4. Síntomas	8
2.5. Diagnostico	10
2.6. Trastorno de personalidad por dependencia	11
2.6.1. Diagnostico	11
2.6.2. Pruebas y exámenes	12
2.6.3 Tratamiento	12
Capítulo 3	
Marco Metodológico	16
3.1. Planteamiento del problema	16
3.2. Pregunta de investigación	16
3.3. Objetivos	17

3.3.1. Objetivo general	17
3.3.2 Objetivos específicos	17
3.4. Alcances y límites	17
3.5. Metodología	18
Capítulo 4	
Presentación de Resultados	19
4.1. Sistematización del caso de estudio	19
4.1.1. Caso: Trastorno de somatización	21
4.1.2. Plan terapéutico	34
4.1.3. Modelo de abordaje	35
4.1.4. Evolución	38
4.1.5. Herramientas de apoyo	45
4.1.6. Análisis de resultados	46
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Referencias	49
Anexos	50

Resumen

La fase de sistematización de egreso es un requisito para optar por el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, dentro de las actividades a realizar durante el proceso de sistematización, está la lección de un caso particular abordado en la práctica profesional dirigida, el trabajo de sistematización elabora toda la información referente al centro de práctica, el lugar donde se ubica el mismo, la visión, misión y objetivos que persigue la institución así como también el planteamiento del problema del caso seleccionado.

Durante la elaboración del informe de sistematización se realizó una investigación sobre el trastorno de somatización con características de personalidad por dependencia, la etiología, síntomas del trastorno, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, todo esto para comprender mejor el caso clínico propuesto.

Para la investigación del caso se utilizó material literario y artículos psicológicos hallados en diversos medios, para ampliar sobre los temas requeridos, se extrajo lo mejor de cada opinión profesional para obtener la información más útil.

Por último se incluye la presentación de los resultados obtenidos, los logros y avances alcanzados durante las terapias, se elaboró con dedicación el progreso del paciente para enriquecer al máximo el proceso de sistematización.

Introducción

El trastorno de somatización se considera como uno de los más frecuentes y problemáticos fenómenos que enfrentan los médicos a nivel de atención primaria. Es un término genérico que contiene un amplio rango de problemas clínicos, una extensa diversidad de procesos que llevan al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares físicos muchos de ellos, aun cuando no existe evidencia médica de los mismos o exámenes clínicos que lo comprueben, el paciente erróneamente lo atribuyen a una enfermedad orgánica.

Estudios latinoamericanos muestran una fuerte asociación entre somatización y el uso constante de los servicios de salud. En estos estudios la proporción de pacientes con quejas somáticas, pero en los cuales no se ha encontrado causa orgánica alguna se ubican en un rango entre un 10% a un 30% del total de consultas según la OMS.

Durante los últimos meses se ha observado en una gran cantidad de personas jóvenes Guatemaltecas la manifestación de ansiedad, depresión, o estrés, esto ha causado que muchos de ellos no puedan llevar una vida plena, estos problemas presentados en la población joven actual son bastante comunes sin embargo cuando no se posee control sobre emociones desmesuradas de angustia, tristeza etc...Estas pueden llegar a convertirse en una patología.

Uno de los trastornos que más ha afectado a los jóvenes adultos Guatemaltecos hoy en día es el de somatización, según casos vistos durante la práctica clínica supervisada, es por ello que ha mostrado ser un tema relevante para el proceso de sistematización. El presente trabajo de sistematización incluye la presentación del caso estrella visto en la práctica profesional supervisada, con su respectivo diagnóstico, plan terapéutico, análisis y recomendaciones al caso.

El caso clínico se refiere a un paciente de 34 años con un padecimiento psicológico significativo, a tal punto de expresar su malestar emocional con dolores físicos y síntomas difusos de enfermedad, dichos síntomas han dado inicio luego de una infancia muy difícil marcada por el abandono, la falta de cariño y una vida adulta con complicaciones sentimentales, el paciente acudió a consulta con mucha confianza en el proceso terapéutico de manera que el caso concluyó de manera exitosa.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Diagnóstico de la institución

1.1.1 Descripción

En el reglamento interno y políticas administrativas de la institución APROFAM (1964) se cita de manera textual lo siguiente:

Es una institución privada, no lucrativa, fundada legalmente en el año de 1964. Su objetivo es prestar servicios integrales de salud, con calidad y equidad de género, con prioridad en la salud sexual y reproductiva. Ofrece servicios diversificados que permiten la recuperación de costos y el subsidio cruzado para servicios de planificación familiar. Sirviendo de esta forma, a personas de escasos recursos en todo el país.

Con cooperación financiera de donantes nacionales e internacionales, así como con fondos provenientes de los/las pacientes por el pago de los servicios recibidos a precios accesibles, se logra entregar servicios con calidad, en educación para la salud, planificación familiar y salud sexual y reproductiva para adolescentes, jóvenes hombres y mujeres, en áreas rurales, urbanas, periféricas y en poblaciones mayas. (p.8)

Actualmente, la institución cuenta con una infraestructura física de 28 clínicas localizadas en áreas urbanas en todo el país, 11 de las cuales son clínicas de consulta externa con hospitalización, además de 5 de Unidades Médicas de Salud y 2 Unidades Móviles de Información, Educación y Capacitación) y un Programa de Desarrollo Rural con 55 educadores (as) y aproximadamente 3,500 Promotores (as) Voluntarios (as) en las áreas rurales del país”.

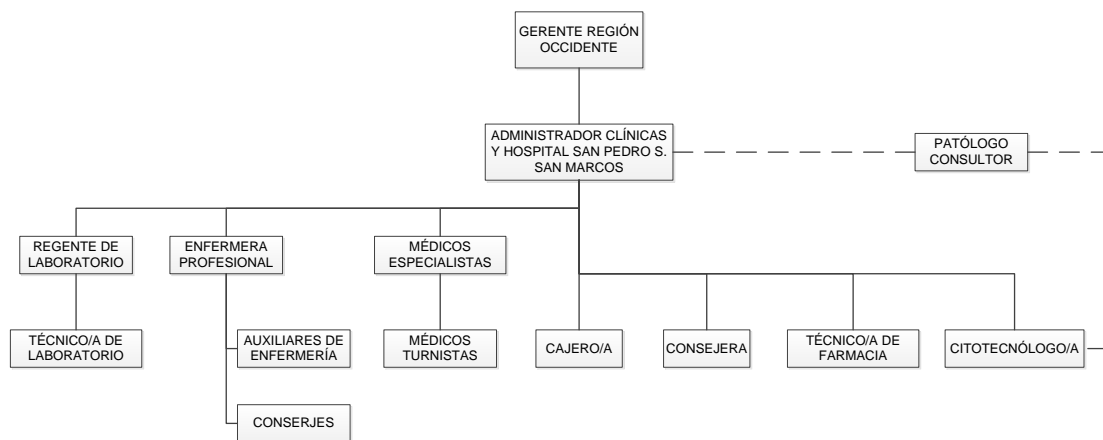
1.1.2 Misión

“Satisfacer necesidades de salud con productos y servicios de calidad con énfasis en salud sexual y reproductiva a las familias, en especial a las menos atendidas en Guatemala”

1.1.3 Visión

“Ser la mejor opción en Guatemala en soluciones de salud con calidad y calidez”.

1.1.4 Organigrama de la institución



Fuente. Reglamento interno y políticas administrativas de la institución APROFAM

1.1.5 Objetivos de la institución

“Fortalecer el bienestar de la familia guatemalteca haciendo énfasis en el mejoramiento de las condiciones de las mujeres a través de la educación, distribución de productos y servicios integrales de salud, especialmente los de Salud Materno Infantil, Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y de Planificación Familiar, a efecto de contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes del país”.

“Estimular, promover y fortalecer el derecho básico de todos los segmentos de la población guatemalteca, a decidir de manera libre e informada respecto a su propia salud sexual y reproductiva, así como los medios que les permitan ejercer este derecho. La información y los servicios anticonceptivos serán ofrecidos estrictamente en base a la aceptación voluntaria y al consentimiento informado”.

“Organizar y capacitar recursos humanos en los campos de Educación, Salud Sexual y Reproductiva y de Planificación Familiar para extender la cobertura de dichos servicios en todo el país, particularmente a los grupos con menor acceso a los mismos, por ubicación geográfica o por falta de recursos económicos”.

“Asegurar el fácil acceso a la Información Orientación Sexual, Educación y Servicios de Planificación Familiar, obligándose a respetar el derecho de los diferentes segmentos de la población a hacer elecciones voluntarias e informadas sobre los programas y servicios disponibles. No se permitirá restricción alguna y se tomarán las medidas necesarias para prevenir cualquier forma de coerción en los programas”. (p.12)

1.1.6 Población que atiende

La cantidad de población que se atiende en clínica y hospital APROFAM es de 20 personas diarias entre niños, mujeres y hombres, de San Pedro Sacatepéquez y San Marcos, otras personas beneficiadas en el servicio son del altiplano marquense.

Dentro de los servicios que ofrece la Clínica y Hospital APROFAM son:

- Medicina general
- Ginecología
- Pediatría
- Psicología
- Especialidades

- Clínica de adolescentes
- Laboratorio Clínico
- Exámenes por imágenes
- Consejería
- Planificación familiar
- Hospital

1.1.7 Justificación de la investigación

Es de suma importancia para el profesional en psicología conocer a profundidad el trastorno de somatización, este trastorno en particular afecta seriamente la vida de la persona que lo padece así como el entorno familiar y social. El paciente con problemas de somatización se caracteriza por síntomas aparentemente físicos como problemas gastrointestinales, genitourinarios, neurológicos entre otros.

Es por esto que la elaboración del informe de sistematización tiene como objetivo proporcionar información a pacientes con trastorno de somatización y a personas interesadas en el tema como profesionales o estudiantes de psicología. Esto permite la creación de un concepto más amplio sobre el tema, las causas, los factores de riesgo, el tratamiento que se le puede proporcionar para que sea más efectiva la evolución del mismo.

Capítulo 2

Marco Teórico

Para abordar el problema del joven adulto con “Trastorno de somatización con características de personalidad por dependencia”, analizamos un poco lo que son las somatizaciones más a fondo y su procedencia, conoceremos un poco más cómo se diagnosticó este trastorno a través de la historia; este trastorno lo padecen personas que lucen enfermas pero en realidad lo que tienen son malestares psicológicos manifestados en su cuerpo, son situaciones que no poseen ninguna causa física sino psicológica, frecuentemente estos problemas empeoran o son recurrentes y causan mucho sufrimiento a la persona que lo padece y a las personas que se encuentran a su alrededor obligándolos a acudir al médico.

2.1 Antecedentes del problema

Noyes, R. (2006) afirma:

“Los trastornos de somatización llamados en la antigüedad histeria crónica o síndrome de briquet se han definido como un diagnóstico que se emplea en pacientes que con frecuencia dicen tener síntomas constantes de lo que aparentemente es una enfermedad o mal físico, sin embargo ellos no presentan ningún inicio material o físico como origen. La explicación etiológica más común que se da es que conflictos psicológicos internos son expresados como signos físicos. Los pacientes con trastorno de somatización generalmente acuden constantemente a muchos doctores intentando obtener el tratamiento que piensan que necesitan”(p.250)

2.2 Causas

Zegarra Mita (2007) afirma:

No se conocen aún de los orígenes del desorden de somatización de manera concreta, no se hace constar una enfermedad médica clínica que pueda declarar el porqué de los síntomas, por lo tanto se cree que el trastorno puede deberse a causas mentales y emocionales (también conocidas como psicológicas).

Frecuentemente los malestares dan inicio o tienden a empeorar de manera significativa mientras existen en la persona momentos de mucho estrés o de malestares emocionales (como por ejemplo, un duelo, presión laboral etc...) De tal manera que las situaciones emocionales y mentales parecen llegar a manifestarse a través del cuerpo de manera concreta como si se tratara de una enfermedad física.

Posibles causas genéticas: parece ser que existe cierta predisposición en los familiares de primer grado de sexo masculino de los pacientes al abuso del alcohol y trastornos de la personalidad. En los familiares de primer grado de sexo femenino predominan los diagnósticos de somatización.

Posibles causas biológicas: Determinados estudios demuestran que las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes con trastorno de somatización, cierta hiperactividad y disminución del riego sanguíneo cerebral en las áreas posteriores del cerebro se ven afectadas.

Posibles experiencias infantiles: la expresión somática es una expresión emocional donde el cuerpo ha sustituido a las palabras. Hay quien teoriza la formación del carácter del paciente desde una perspectiva evolutiva. Influirían factores como las carencias afectivas en la infancia, un modelado erróneo de la enfermedad por parte de los padres (enfermaban con frecuencia, acudían a menudo a los médicos, la enfermedad física era bien aceptada por parte de la familia y excusaba al enfermo de obligaciones).

El niño puede aprender poco a poco que, a veces la única manera de obtener la respuesta que necesita es mediante una (conducta de enfermedad). De adulto, ante las dificultades para manejarse en las situaciones de la vida diaria, la enfermedad puede ser una forma inconsciente de refugio que aprendió a usar cuando era pequeño. (p.144)

2.3 Factores de Riesgo

Guzmán. R (2011) afirma:

Que el padecer físico que sufren los individuos con trastorno de somatización empieza más o menos finalizando los 20 años, sin embargo en ocasiones también puede dar inicio en la etapa de la adolescencia. Las personas sufren durante mucho tiempo y frecuentemente esto conlleva a muchos tratamientos y pruebas médicas y gastos innecesarios.

Un agente de peligro es aquello que aumenta las posibilidades de contraer una enfermedad o condición médica real. Factores de personalidad; las personas son más propensas a desarrollar este desorden si acostumbran a actuar de una manera muy emocional (también llamada histérica).

También puede pasar de manera más frecuente en personas incapaces de decir lo que sienten emocionalmente con palabras (debido a trastornos neurológicos o a retraso mental) o en culturas donde no es muy común la comunicación de los problemas emocionales.

Si mencionamos la etiología de las somatizaciones, vale la pena tomar en cuenta los factores que pueden predisponer a un individuo a expresar sus dificultades psicosociales a través de síntomas somáticos como también en aquellos que los precipitan y los mantienen, así como los estudios diversos que han demostrado la existencia de una vulnerabilidad psicobiológica.

A nivel psicológico se sabe que las personas que padecen un trastorno de somatización logran percibir una exagerada aprensión y mucha sensibilidad para detectar en su organismo anomalías médicas, las que pasan a ser el centro de atención al identificarlas de forma amenazante o nociva, las personas con trastorno de somatización presentan en elevados niveles rasgos de personalidad

como: afectividad negativa que se caracterizan por la debilidad a experimentar fácilmente ansiedad o insatisfacción personal por la tendencia a la introversión, a la auto observación también al catastrofismo y negativismo, con muchas probabilidades se trata de personas susceptibles a vivir a situaciones de estrés. (pp.28-30)

2.4 Síntomas

Gastrointestinales

- Vómitos
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Flatulencia
- Hinchazón
- Diarrea
- Intolerancias alimentarias
- Pseudoneurológicos
- Amnesia
- Dificultad el tragar
- Pérdida de voz
- Sordera
- Ceguera
- Visión borrosa
- Desfallecimiento
- Debilidad muscular
- Pseudoconvulsiones
- Dificultad miccional

Síntomas Dolorosos

- Dolor difuso
- Dolor en extremidades
- Dolor de espalda
- Dolor articular
- Dolor al orinar
- Cefaleas

Aparato reproductor

- Dispareunia
- Dismenorrea
- Irregularidad ciclos menstruales
- Hipermenorrea
- Vómitos a lo largo del embarazo
- Sensaciones quemantes en los órganos sexuales

Cardiopulmonares

- Dificultad respiratoria en reposo
- Palpitaciones
- Dolor torácico
- Mareo

Síndromes

- Alergias alimentarias extrañas
- Síndrome de fatiga crónica
- Síndrome articulación

Temporo-mandibular Fibromialgia

- Sensibilidad medicamentosa múltiple (Zegarra Mita, 2007, p.146)

2.5 Diagnóstico

American Psychiatric Association (APA), (2002):

F45.0 Trastorno de somatización (300.81)

- A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
1. cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)
 2. dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)
 3. un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)
 4. un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).
- C. Cualquiera de las dos características siguientes:
1. tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)

2. si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio
- D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación). (p.550)

2.6 Trastorno de personalidad por dependencia.

Haranburu. O (2011) indica:

“Este desorden es un padecer de salud mental en la cual los individuos suelen depender demasiado de otros para completar sus necesidades físicas o emocionales, llegando al punto de sentirse incapaces o incompletos cuando están solos o sin la persona por la que sienten dependencia.” (p.6)

2.6.1 Diagnóstico

American Psychiatric Association (APA).(2002):

F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (301.6)

“ Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como los indican cinco o más de los siguientes ítems:

1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: no incluyen los temores reales a un castigo.

4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que en una falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. Se siente incómodo o desamparado cuando esta solo debido a sus temores exagerados de ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. Cuando termina una relación importante busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.” (p.811)

2.6.2 Pruebas y exámenes

El trastorno de la personalidad dependiente se logra diagnosticar cuando se tiene un pilar basado en una evaluación psicológica en la que se ha tomado en cuenta antecedentes y gravedad de los malestares desde el principio hasta el momento del diagnóstico.

2.6.3 Tratamiento

Pellicer, X (2005) menciona: “El punto central del tratamiento es hacer sentir al paciente que puede controlar los malestares, auxiliarle para comenzar a desempeñarse correctamente en realidades laborales y sociales. También es importante tener un vínculo a largo plazo con el terapeuta, la empatía es de vital importancia en estas situaciones, en este trastorno las personas más que sentirse identificadas necesitan sentir que hay alguien a quien su condición si le importan.” (p.725)

Psicoterapia cognitivo-conductual

García Campallo (2005) afirma:

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, en los trastornos somatomorfos existen una serie de disfunciones:

A nivel de cogniciones: que es el principal objetivo de este tipo de terapia, la distorsión principal es el convencimiento del paciente de ser débil, de ser incapaz físicamente. Existe una tendencia persistente a la atribución de los síntomas somáticos a una causa orgánica. Por otra parte, se observa una atención focalizada hacia el funcionamiento corporal, con lo que se retroalimenta el circuito: el individuo percibe muchos síntomas, los atribuye a una causa física y esto confirma el hecho de que está enfermo, que es su distorsión inicial.

A nivel de conductas: presenta una gran tendencia a la inactividad física, que produce mayor atrofia muscular e incapacidad, por lo que facilita que tienda a buscar ayuda médica.

Respecto a las emociones y la fisiopatología: suele asociarse trastornos de ansiedad y/o depresión, las cuales se acompañan de síntomas neurovegetativos, que alimentan las cogniciones hipocondríacas.

Relaciones interpersonales: estos pacientes muestran graves dificultades en las relaciones interpersonales. Por otra parte, los síntomas se agrava si existen familias solícitas (que intentan complacer las demandas de invalidez producida por la enfermedad que solicita el paciente) o médicos ambigüos que refuerzan el convencimiento de enfermedad.

Para abordar las cogniciones disfuncionales se propone una reestructuración cognitiva desafiando la asunción de que se es un enfermo, modificando la atribución de los síntomas hacia causas psicológicas o ambientales y explicando la importancia de la atención en la percepción de los

síntomas. A nivel conductual, se favorece la extinción de la búsqueda de ayuda médica mientras se expone gradualmente a la actividad física.

Para el manejo de los aspectos fisiopatológicos se propone el entrenamiento en relajación y, por último, para la mejora de las relaciones interpersonales se emplean técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, desarrollo de la afectividad y terapia de resolución de problemas para el manejo de conflictos.” (pp.32-33)

Tratamiento farmacológico (no utilizado en el caso visto)

Salazar, Peralta, Pastor, (2010) menciona:

“Las patologías asociadas a trastornos de somatización, especialmente cuando se trata de ansiedad y depresión, dan resultados satisfactorios cuando se trata de psicofármacos.

Casi siempre, los pacientes de esta clase suelen tener más contraindicaciones y a presentar nuevos síntomas, entonces se considera oportuno iniciar con dosis terapéuticas no muy elevadas”.

Las órdenes médicas se deben dar según las necesidades del paciente y con su previo consentimiento, este debe acatar al pie de la letra las prescripciones, si en algún momento los resultados no son los que el paciente espera o la mejoría está tardando más de lo previsto no es oportuno persistir cuando éste sea indiferente o desconfiado al respecto.

Malestares como el dolor suelen ser los más frecuentes en pacientes con trastornos de somatización, por lo tanto se considera que el uso de antidepresivos puede mostrarse beneficioso debido a los efectos que tiene dominando la sensación de dolor. El uso de benzodiazepinas cuando los pacientes muestran síntomas de ansiedad ya que tiene cinco efectos principales que se usan con propósitos terapéuticos: ansiolítico, hipnótico, miorrelajante, anticonvulsivo y amnésico, beta-bloqueantes, en caso de existir excesivos síntomas por hiperexcitación del sistema nervioso simpático, y algunos otros como carbamazepina debido a que actúa sobre los canales de sodio, disminuyendo la entrada de sodio en la neurona y reduciendo las descargas

neuronales de alta frecuencia. También parece tener un efecto sobre los canales de potasio y disminuye el recambio del GABA. Además del efecto anticonvulsivo tiene efectos anti colinérgicos, anti neurálgicos, anti diuréticos, relajante muscular y anti arrítmicos. (p 344-345)

Mearin Manrique (2009) hace referencia:

Tratamiento sintomático de la ansiedad o depresión asociadas. No hay fármaco específico.

Resistencia y sensibilidad a efectos secundarios.

ISRS o buspirona.

Riesgo de dependencia a BZD.

Utilizar Ad con menos efectos secundarios.

Iniciar a dosis bajas e incrementos lentos. (p.17)

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1. Planteamiento del problema

Dolor y malestar en casi todo el cuerpo, y aparentemente enfermedades físicas a lo largo de más de cinco años son algunas de las condiciones que explica el paciente referido del área de medicina general. El joven es originario del municipio de Tajumulco San Marcos, ha sido agricultor durante los últimos años y desde pequeño trabajo sufriendo mucho, ya que sus padres no lo trataban bien y no le brindaron afecto.

Su más reciente acontecimiento perjudicial fue el abandono de la esposa, su cuerpo parece manifestar enfermedades sin embargo las señales como molestias en el sistema genitourinario, problemas psicomotores, gastrointestinales, neurológicos son causa de estudios psicológicos, su condición ha deteriorado su calidad de vida emocional y física, estas circunstancias ocasionaron pérdidas en relaciones sentimentales, sociales y gastos extras en su presupuesto debido a los muchos estudios médicos a los que se sometió el paciente los cuales revelaron un resultado negativo.

El paciente intento someterse a diversos tratamientos médicos y no tuvo éxito en ninguno, él considera que nunca recibió la medicación adecuada a sus diversos problemas de salud. Y se pregunta si está demasiado enfermo por el hecho de no poder sentirse sano.

3.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto emocional que tiene un joven adulto, que ha experimentado abandono y falta de afecto constantemente?

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo General

Sistematizar un caso clínico diagnosticado durante la práctica profesional dirigida, que reúna toda la información del paciente, describa el trastorno, criterios diagnósticos, tratamiento empleado y las fases del proceso terapéutico; que evidencie el trabajo realizado, los logros obtenidos a nivel académico y terapéutico.

3.3.2. Objetivos específicos

- Describir el caso estrella de manera analítica y profesional.
- Investigar los datos de relevancia que puedan ser útiles en el diagnóstico y tratamiento del caso.
- Dar a conocer los detalles del trabajo terapéutico realizado en el paciente para completar la fase de sistematización.

3.4. Alcances y límites

El documento contiene una investigación de tipo descriptiva en la que se da a conocer el trastorno de somatización con características de trastorno de personalidad por dependencia en un joven adulto originario del municipio de Tajumulco, del Departamento de San Marcos, siendo este uno de los casos atendidos y de mayor progreso durante la práctica clínica.

Delimitaciones

- Temporal: la sistematización inicio en mes de enero del dos mil quince y finalizó en el mes marzo del dos mil quince.
- Espacial: el presente estudio se realizó en la clínica y hospital APROFAM ubicado en el municipio de San Pedro Sacatepéquez, del departamento de San Marcos.

- Teórica: este proyecto de investigación contiene información sobre el trastorno de somatización con características de personalidad por dependencia y los factores que están afectados en su vida debido a los síntomas y padecimiento de un trastorno de somatización.

Recursos: Se utilizaron libros, enciclopedias, revistas como referencia bibliográfica, y equipo de cómputo.

3.5. Metodología

La metodología utilizada para la presente sistematización es descriptiva, el caso es de un paciente con trastorno de somatización con características de trastorno de personalidad por dependencia, originario del Municipio de Tajumulco, Departamento de San Marcos; quién llega a consulta a la Clínica y Hospital APROFAM, ubicado en la 5a. calle 3-55 zona 4, San Pedro Sacatepéquez Departamento de San Marcos.

Llevando a cabo los siguientes pasos:

- Elección del caso: se ha elegido un caso en particular; en base a los casos que fueron atendidos en la práctica profesional dirigida.
- Recopilación de la información: se investigó la información correspondiente de cada marco, los cuales son: marco de referencia, marco teórico, marco metodológico y presentación de resultados.
- Presentación de resultados: se detalló el caso elegido, con la anamnesis de la paciente y el tratamiento psicológico que se realizó, así como también la evolución de la persona atendida.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del caso de estudio

¿Debería confiar en su doctor, sentir que él va ayudarle, que le entiende, le darán el diagnóstico y tratamiento adecuados? Los enfermos con desordenes psicosomáticos necesitan mucha más ayuda de lo que convencionalmente se realiza, puesto que su psique es más vulnerable que la del resto, paradójicamente las demás personas no se sienten muy cómodas en darle atención a las enfermedades graves que ya existen, mucho menos como para ocuparse de alguien que no tiene ninguna enfermedad y actúa como si la padecieran.

El paciente con trastorno de somatización percibe cualquier sensación o signo corporal como una amenaza a la salud, la persona cree que es una anomalía el organismo, de manera automática se despierta la tendencia aprensiva y toda atención se focaliza en el cuerpo así también en los síntomas, dando lugar a una serie de conductas de auto chequeo de manera constante con el fin de reasegurarse de que hay algo que no está funcionando bien o como debería, si algo no está bien significa que probablemente para ellos están padeciendo una seria enfermedad.

A lo largo del tiempo se ha comprobado que los trastornos de somatización son más comunes de lo que pensamos; puede que se tenga el conocimiento de una persona que en un momento de la vida somatizó y transformó el problema psicológico en una aparente enfermedad, quizás hasta nosotros mismos lo hicimos, preguntarnos el porqué de una mancha en la piel o un grano pero es algo que es posible apartar de la mente y restarle importancia para seguir viviendo, a diferencia de una persona con trastorno de somatización que vive pendiente de ello y no puede apartar las dudas.

Se ha corroborado que no importa cuántos exámenes y pruebas médicas se realice una persona con trastorno de somatización y que estos tengan un resultado negativo, el paciente seguirá creyendo que está enfermo y que probablemente la enfermedad es muy severa es por eso que el tratamiento psicológico es el indicado para un paciente con trastorno de somatización.

Durante la atención brindada al paciente se llega a la conclusión con la ayuda del médico psiquiatra, que éste no necesitaba psicofármacos sino exclusivamente terapia psicológica, ya que además del trastorno de somatización posee algunas características del trastorno de personalidad por dependencia, por lo tanto existe la predisposición en el paciente para que adquiriera una dependencia a medicamentos de este modo solo se estaría reemplazando un trastorno por una adicción.

Considerando la capacidad de resiliencia en el paciente se logró poner en práctica diversas técnicas psicológicas y diferentes modalidades de trabajo, de esta manera el resultado fue muy efectivo, tomando como base las creencias del paciente, manejando la vulnerabilidad para convertirla en un antídoto contra los malestares, esto favoreció grandemente las emociones y sentimientos positivos e incremento su autoestima

El proceso terapéutico se orientó a modificar pensamientos y perspectivas sobre la vida, el sentido que le da el paciente y las necesidades de un ser humano; el propósito del proceso fue disminuir los niveles de cortisol, neurotransmisor al que se le adjudican muchos de los síntomas físicos, de esta manera lograr la homeostasis y fortalecer el sistema inmune para que las enfermedades que se padecen con regularidad como gripes o enfermedades estomacales desaparezca y esto provoque en el paciente un bienestar significativo. Además de esto se toman bases de la bioenergética, meditación, yoga, técnicas alternativas y el uso de corrientes psicológicas como la Gestalt, el Psicoanálisis, entre otros.

4.1.1. Caso: Trastorno de Somatización

a) Datos Generales

Nombre Completo: ÁSRV

Lugar y fecha de nacimiento: 10 febrero de 1981

Edad: 34

Estado Civil: Soltero

Género: Masculino

Ocupación/ Oficios: Agricultor

Nacionalidad: Guatemalteco

Religión: Ninguna

Dirección: Tajumulco

Teléfono: Ninguno

Nombre de quien lo refiere: Dra. Reyna Laparra

Nombre y dirección de familiar más cercano: Tajumulco

Otros datos: -----

b) Motivo de consulta

“Me duele todo el cuerpo, me siento enfermo y estoy solo, no tengo a nadie con quien contar, espero poder encontrar la cura a todas las enfermedades que padezco”

c) Historia del problema actual

I Fecha de inicio y duración

El paciente se presenta a la clínica luego de ser referido por la Doctora Reyna Laparra del área de medicina externa, en el mes de Mayo, ya que han sido varias veces que él acude a realizarse exámenes de todo tipo y no se le ha detectado ninguna enfermedad grave, el paciente parece cansado y se muestra tímido, se queja sobre todo, denota serias complicaciones psicológicas debido a que ha vivido experiencias afectivas poco agradables y problemas de abandono, dice que

no se siente amado ni valorado, que nadie se ocupa de él, que nadie le pone atención porque seguramente no es importante, sus quejas constantes hacen que las personas cercanas se aparten de él. Siente dolores en muchas partes del cuerpo, mucho cansancio y todo esto ha interferido de manera significativa en su vida porque ahora ya no trabaja, dice que no tiene ni la fuerza, ni la salud, ni las ganas de trabajar y salir adelante no tiene para quien, mientras toma un litro de agua pura manifiesta muchos achaques, gestos de estrés y embotamiento emocional.

II Estresores o factores precipitantes

El paciente presenta una infección urinaria leve, expresa constantemente el malestar muy significativo que ha generado el abandono por parte de su pareja, menciona de manera constante lo desmotivado que se siente por la falta de cariño, cuidado y atención de sus padres;

El paciente experimento durante su infancia el maltrato físico y psicológico durante el poco tiempo que compartió con sus progenitores.

III Impacto del problema

Ante la situación el paciente presenta sentimientos de tristeza, miedo por el abandono, frustración, se siente desamparado y manifiesta mucha falta de confianza en sí mismo, ha perdido las esperanzas, la motivación y energías necesarias para continuar con sus labores diarias.

d) Historia Clínica

Personales no patológicos

1. Historia Pre-natal:

Complicaciones de nacimiento su madre no quería tenerlo

2. Nacimiento

Se desconocen detalles del mismo

3. Evolución neuropsíquica:

No se tienen datos exactos. El paciente considera que no tuvo problemas en este aspecto.

4. Evolución del lenguaje:

Fue normal, según lo indica el paciente.

5. Desarrollo Escolar:

Ninguno, la persona no estudio

6. Desenvolvimiento social:

Un poco problemático debido a la escasa relación que mantuvo con los miembros de su familia, aparte de eso, la falta de educación reprimió su conducta sociable dificultando las relaciones y la interacción con las personas en su entorno.

7. Adolescencia:

Traumática debido a abuso infantil por parte de sus padres, sufrió falta de cariño de atención y cuidados, durante su adolescencia se mantuvo lejos de casa y fue empleado a corta edad en una finca, laboró ahí durante la mayor parte de su adolescencia.

e) Personales patológicos:

I Historia médica:

Infección urinaria ya tratada, no existe ninguna enfermedad grave, se ha realizado tomografías y diversos exámenes múltiples como radiografías, hematologías completas, exámenes de helicobacter pylori, hepatitis B, entre otros sin hallazgo.

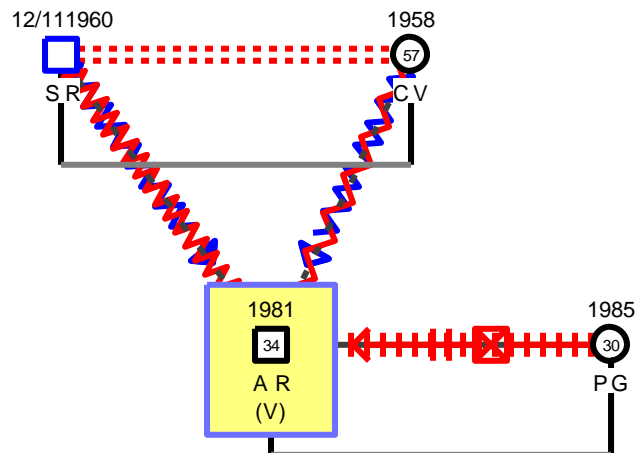
Manifiesta dolor generalizado y se siente muy enfermo, esto ya tiene 5 años de sucederle constantemente pero ahora se empeoró porque la esposa lo dejó y se siente demasiado triste, siente que nadie lo quiere, que nunca ha servido para nada, sus papas nunca le brindaron afecto siempre le pegaron mucho y menciona haber sufrido toda la vida, ahora está solo y no sabe qué hacer, se siente muy mal y no tiene a nadie con quien contar.

II Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores:

No se refiere ninguno.

f) Historia Familiar

I Genograma



II Estructura familiar

La familia está constituida por el paciente ASRV de 34 años de edad, su madre Candelaria de 57 años, su padre Sebastián de 55 años de edad, 6 hermanos de los cuales no recuerda con exactitud las edades. Por el momento se encuentra soltero debido al abandono de su pareja, no tiene abuelos paternos ni maternos con vida y no ha tenido contacto de ningún tipo con su familia desde hace mucho tiempo.

III Antecedentes familiares

Siempre fue una carga para sus papas ellos no lo deseaban desde el principio, lo explotaron en el campo y lo dejaban sin comer y le pegaban, luego de un tiempo a los 12 años lo enviaron a trabajar a una finca solo, donde tuvo que valerse por sí mismo hasta la mayoría de edad acompañado únicamente de un par de obreros, ha visto a su familia solo como 2 veces más.

IV Antecedente familiar relacionado con problemas mentales

No hay información al respecto.

g) Examen mental

1. Presentación:

Nivel de conciencia acorde a su relato.

Falta de concentración.

Aspecto general:

Poca higiene, desarreglado

Actitud:

Triste, desanimado

2) Conducta motora y estado afectivo

Conducta motora: Casi no realiza ningún movimiento, los escasos movimientos son tensos y mantiene la posición con la espalda encorvada.

Afecto: Expresión facial congruente con el relato, expresa malestar general con el ceño fruncido, debilitado, su tono de voz es bajo y cansado.

3) Estado cognoscitivo

Atención: No mantiene mucha atención, con frecuencia manifiesta ideas del pasado pensamientos negativos de sí mismo.

Concentración y vigilancia: Le es difícil concentrarse y mantener su estado de vigilia

Orientación: Adecuada en tiempo, persona y espacio.

Lenguaje

Fluidez: Habla acorde a sus emociones, timbre de voz bajo. Se le dificulta encontrar las palabras que expresen como se siente.

Comprensión: Comprende, su lenguaje es escaso, no lee y ni escribe.

Repetición: Repite conceptos con un poco de dificultad.

Designación: No utiliza términos apropiados ni congruentes, los términos utilizados demuestran ser un poco inmaduros para su edad.

Memoria: Memoria visual corta, memoria auditiva remota.

Razonamiento: En juicio práctico, se denota que se ve influenciado por pensamientos, acordes a los síntomas que manifiesta y que expresa.

Pensamiento: Proceso:

Coherente, concreto y contenido lógico.

Contenido: Sus pensamientos y preocupaciones interfieren con la atención y concentración.

Pensamientos constantes negativos, ideas de sufrimiento.

Introspección: Reconoce que tiene dificultades para controlar su enojo, ira y frustración; le cuesta controlarse.

Estado de ánimo: Congruencia entre afecto y contenido del pensamiento, aparenta sentirse deprimido, cansado, melancólico, confundido, fatigado.

V Resultado de las pruebas

En el transcurso de la administración de la prueba psicométrica (FIS) Alvaro R. V. se mostró de manera colaboradora, participativa y confiada. Debido a que el sujeto no sabía leer o escribir, al momento de realizar la prueba el examinador se encaró de apuntar los resultados.

Pruebas Administradas	Fecha de evaluación
Test de frases incompletas de "Sacks"	14/05/14

1. Test de frases incompletas de “Sacks”

Se observa en el sujeto una actitud de lamento por su situación de salud física, actitud de reproche ante cualquier circunstancia. Poca disposición debido al resentimiento escondido tras un lenguaje de clamor por ayuda debido a la falta de afecto que presenta.

Se manifiestan sentimientos de culpa, una sensación negativa sobre el pasado con mucho temor hacia el futuro. Sobrevaloración de la realidad y una conducta de lamentación en general hacia toda su situación en especial debido a que constantemente se aqueja de muchos malestares físicos.

1. Resultados cuantitativos

Actitud frente a la madre

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
14	1	5
29	1	
44	2	
59	1	

Actitud frente al padre

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
1	0	4
16	1	

31	1
46	2

Actitud frente a la unidad familiar

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
12	1	3
27	1	
42	X	
57	1	

Actitud hacia sexo contrario

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
10	X	2
25	X	
40	1	
55	1	

Actitud hacia relaciones heterosexuales

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
11	2	7
26	2	
41	1	
56	2	

Actitud hacia amigos y conocidos

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
8	X	2
23	1	
38	X	
53	1	

Actitud frente a superiores de trabajo

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
6	1	2
21	X	

36	X
51	1

Actitud hacia compañeros de escuela y trabajo

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
13	x	3
28	1	
43	1	
58	1	

Temores

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
7	1	5
22	1	
37	1	
52	2	

Sentimientos de culpa

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
15	2	7
30	1	
45	2	
60	2	

Actitud frente a las propias habilidades

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
2	1	6
17	2	
32	1	
47	2	

Actitud hacia el pasado

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
9	2	5
24	1	

39	0
54	2

Metas

No. De ítem	Rango	Total Puntuación directa
3	1	4
18	2	
33	0	
49	1	

2. Resultados Cualitativos

Se observa una falta de adaptación emocional debido a los resultados obtenidos en la actitud hacia la madre, el padre y el vínculo familiar, se observa un gran sentimiento de culpa, presenta una alta disposición a tener ideas negativas insistentes y rechazo hacia sí mismo, sus reacciones emocionales se muestran temerosas, se observan respuestas que reflejan tensión y desesperanza.

El sujeto posee una visión realista pero desproporcionada de la vida. Al momento de responder muestra poca riqueza en el lenguaje, proporciona respuestas con defectos estructurales y bastante simplicidad, puede deberse a los problemas de falta de educación de lectoescritura que hizo falta en su niñez.

No posee planeación ni formulación de metas, y baja tolerancia a la frustración. Presenta un cuadro sintomatológico de somatización.

VI Impresión diagnóstica:

Alvaro R. V. Es un joven adulto de 34 años de edad actualmente soltero, recién separado, manifiesta sentimientos fuertes de abandono, la separación a temprana edad de sus padres y el maltrato de los mismos ha sido de gran impacto en su vida, manifiesta dependencia emocional con cada persona con la que logra establecer una relación de cualquier tipo.

Se queja constante mente de dolores en varias partes del cuerpo mientras relata partes de su vida, sus quejas constantes alejan a las personas que lo rodean, tiene una visión bastante negativa de las relaciones de pareja, y se muestra muy desesperanzado y sin ánimos de nada, se percibe que tiene muy pocos deseos de continuar adelante.

g) Evaluación Multiaxial

Eje I: F45.0 Trastorno de somatización [300.81]

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico [V71.09] (Rasgos característicos de trastorno de la personalidad por dependencia)

Eje III: Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (abandono, falta de afecto, malos tratos)

Eje V: EEAG Ingreso (51) Egreso (78).

h) Recomendaciones:

- Se recomienda seguir los pasos vistos en terapia de manera constante aplicar la psicología a cada área de la vida que este provocando malestar.
- No dejarse llevar por lo que cree que pueda pasar, sino por lo que en realidad está pasando y tratar de conservar la salud mental la mayor cantidad de tiempo posible a través de pensamientos positivos o neutrales para lograr sentirse sano y no pensar más allá de lo que no tiene solución.
- Ver el lado bueno de lo que se posee y no enfocarse en las carencias. Se recomienda también realizar actividades para el auto realización y distracción personal como actividades al aire libre o de aprendizaje para cultivarse y hacer crecer los intereses personales y el amor por la vida, también para descubrir lo bueno de las cosas y las capacidades que se poseen.

4.1.2. Plan terapéutico

Tiene mucha importancia conocer la condición real del paciente a profundidad para mantener cada uno de sus impulsos emocionales controlados. Existen tres aspectos importantes que tomar en cuenta al momento de iniciar el proceso terapéutico, dentro de ellos está:

- Dar a conocer al paciente los criterios que diagnostican la enfermedad.
- Aclarar mediante los resultados de pruebas médicas que no se ha hallado ninguna enfermedad de origen físico.

No comentar con el paciente aspectos que lo hagan sentir peor como decirle “usted no tiene nada”. Dar a conocer al paciente que físicamente no padece ninguna afección, que únicamente se trata de un desorden que puede ser corregido con el tratamiento correcto.

Asentir que el paciente se comporte como enfermo físicamente, mostrar empatía.

Atender los lamentos del paciente, examinar cada queja cada vez que el paciente se haga presente, examinar el entorno en el que se desenvuelve.

Hay que enfocarse en las capacidades de funcionamiento que posee el paciente, y no específicamente en los padeceres que el paciente indica, se debe indagar a través de entrevistas, explorando las verdaderas preocupaciones del paciente y considerar si existe relación con sus síntomas aparentemente físicos.

Durante el proceso terapéutico es muy importante que en cada visita durante el diálogo terapéutico se indague a través de preguntas abiertas la condición del paciente e ir explorando si está mejorando o empeorando y que es lo que provoca cualquiera de las dos condiciones, este desorden requiere en gran medida durante la atención psicológica una gran cantidad de empatía y paciencia por parte del terapeuta.

Todas las mejorías que se observen dentro del tratamiento son aceptables aunque parezcan mínimas son un paso adelante que ayudaran a tomar impulso para salir de la condición en la que se encuentra. Uno de los procesos terapéuticos útiles en estos casos pueden ser las técnicas de retribución, en las que se trata de conducir al paciente a darse cuenta que su padecer es de origen mental y no físico.

Para hacer uso de estas técnicas se toman en cuenta 3 fases. En la fase I de retribución se pretende hacer que el paciente sienta que lo entienden y no lo juzgan, se realiza un estudio como ficha clínica que contenga los síntomas del paciente, enfocándose en el inicio de los malestares psicológicos, se examinan todas las dificultades sociales, sentimentales y emocionales del paciente. Por último se realiza un examen físico. La fase II consta de un *insighthen* el paciente en el que debe tomar conciencia de su situación actual y también debe asumir el compromiso terapéutico y consigo mismo para poder mejorar. La fase III es la que consta del proceso terapéutico en sí, esto incluye técnicas científicas o alternativas, abordaje primario en salud mental y todo aquello que pueda beneficiar al paciente según la intensidad del desorden. Debido al enlace con psiquiatría que se posee en la clínica de Aprofam se le brindó asistencia médica integral para que el paciente se sintiera cómodo y bien atendido.

4.1.3. Modelos de abordaje

Somatización y Logoterapia

Galindo, M. Veloza, L. Rjuela, R. (1997)

En la Logoterapia se busca una visión integral del sujeto, en la que se le ve como a un ser único e irrepetible, durante este tratamiento se le da especial importancia a su área espiritual.

Según la Logoterapia, la primera fuerza motivadora del ser humano es la lucha por hallarle un sentido a su propia vida. Por eso habla Frankl de voluntad de sentido, en contradicción con el principio de placer (o, como también podríamos llamar a esta condición, la voluntad de placer) en

el que se toma como base el psicoanálisis freudiano, y en contraste con la voluntad de poder que hace énfasis en la psicología individual de Adler.

El individuo que se encuentra en crisis ha de tener una oposición con el sentido de su vida actual en el que busca una reorientación del mismo a través de la búsqueda de un sentido potencial al lado de la conciencia de la voluntad de sí mismo. Esto es útil para ayudar al paciente a encontrar el sentido de su vida; le hace consciente los anhelos más profundos de su ser y hace consciente sus responsabilidades. Se profundiza en la dimensión espiritual en el sentido de aspirar por una existencia más relevante.

Va mucho más hacia el futuro que el psicoanálisis debido a que busca cometidos y sentidos que se pueden realizar. El logoterapeuta tiene la función de ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible para él todo el espectro de significados y principios. Jamás se deben imponer juicios o críticas sino al contrario se debe dejar que el paciente busque por sí mismo.

Un paciente con desorden de somatización trata de escapar de conocer el sentido de su vida, pero el darle a conocer esta posibilidad y guiarle a una mayor comprensión de ello puede ayudarlo mucho. Es una alternativa a seguir pensando reiteradamente en sus dificultades y síntomas. (p.72)

Somatización y bioenergética

Lowen, A. (2002)

El cuerpo y la mente son funcionalmente idénticos: lo que sucede en la mente se refleja en el cuerpo. La bioenergética se cataloga como una terapia psico-corporal que se incluye dentro de las terapias humanistas. Es una manera de hacer terapia combinando el trabajo corporal con la mente.

El individuo desarrolla una estructura de tensión muscular, unos síntomas físicos y psíquicos, unos patrones de comportamiento disfuncionales repetidos, que le sirven de “coraza” para la defensa y el aguante de los conflictos internos (inconscientes) que nacen de sus experiencias en la vida.

La terapia bioenergética es útil para mejorar la tensión muscular recobrando la energía y así iniciar el contacto con uno mismo, a expresar y aceptar las emociones y los sentimientos que por suprimidos quedaron asentados en la estructura del paciente, se somatizaron: “Tomaron forma” y limitan; condicionan el modo en que las personas sienten y se comportan.

El contexto seguro de la terapia y el aflojamiento de la tensión muscular, permite a la persona el despliegue de estos sentimientos que reprimió. Al tomar conciencia de los problemas no resueltos y liberarse de su carga, la energía se desbloquea abriendo paso a un nuevo espacio creativo donde poder construirse para una vida más plena, satisfactoria y sana. (p.3-12)

Somatización y terapia cognitivo conductual

Alda, M. Campayo, J. Olivan, B. Pascual, A. (2005)

“En el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual nos concentramos en solucionar los conflictos actuales de los pacientes, los motivos que lo hacen sentir mal hoy y los hacen sufrir. En algunas ocasiones, cuando necesitamos entender la complejidad del conflicto en el momento, preguntamos información sobre el pasado; pero el punto central de todo el tratamiento está puesto en solucionar los problemas de hoy para iniciar hallándole sentido al porqué de sus malestares físico.

Las conversaciones entre el paciente con trastorno de somatización y el terapeuta deben estar guiadas por objetivos prácticos. No es solo una plática sin rumbo, sino que nos ubicamos en los motivos por los que el paciente llegó a tratamiento, así el mismo se siente confiado al saber que

hay alguien que se preocupa por lo que le está sucediendo y considera eficiente el tratamiento desde el inicio.

Por otro lado no solo se tiene un diálogo, también se trata de instruir al paciente y mostrarle ejercicios útiles que lo ayudarían a solucionar sus conflictos cotidianos y evitar la magnitud con la que llega a percibir sus sentimientos o conductas.

La Terapia Cognitivo Conductual es muy útil para aplicar en múltiples problemas y condiciones psicológicas. En la clínica, en el consultorio, no sólo se usa para problemas puntuales como fobias o depresiones sino que resulta efectiva en el tratamiento de crisis vitales, problemas familiares y de pareja, malestar emocional inespecífico, y en especial problemas de somatización, su objetivo principal es aliviar el sufrimiento humano haciendo uso de procedimientos validados por la ciencia.”(p. 16)

4.1.4 Evolución

El paciente es referido por el área de medicina externa debido a sus múltiples visitas por exámenes médicos con resultado negativo, luego del examen psiquiátrico es referido al área de psicología clínica. En el momento de la entrevista inicial se establecen las metas y los objetivos de la terapia y se obtiene la aprobación de la terapia en donde el paciente está consciente del proceso y lo que conlleva.

A. Primera sesión (Fecha: 07/05/14)

Objetivo:

Proporcionar información sobre la terapia psicológica y establecer el previo consentimiento del paciente.

Desarrollo de la sesión:

Se dio inicio a la sesión con una bienvenida al paciente y una pequeña introducción a lo que es un proceso terapéutico psicológico, en el cual se le dio a conocer la importancia del mismo y se le aclararon algunas dudas sobre psicología, terapia y salud mental. Posteriormente el paciente explica que si está interesado en someterse a un tratamiento para averiguar si esto puede resolver algo que está causando mucha incomodidad en él. Se le dio a conocer los pasos que tendría que seguir para su tratamiento lo cual acepto y dio su previo consentimiento, para finalizar se establecieron las fechas de tratamiento. Para el desarrollo de esta sesión se utilizó la herramienta de consejería *Setting* para ofrecer al paciente un marco de trabajo seguro y estable básico para hacer posible toda la intervención terapéutica.

B. Segunda Sesión (Fecha 12/05/14)

Objetivo:

Obtención de datos personales, entrevista inicial, establecimiento de *rapport* con el paciente,

Desarrollo de la sesión:

Durante la segunda sesión se le explicó al paciente que se debía elaborar un historial con sus datos y se procedió a llenar la ficha clínica con sus datos personales y la información que pudiera recordar y fuera de importancia, El paciente narro la historia de su problema actual, sus antecedentes familiares, comento que es lo que actualmente vive, entre otros. Se le realizaron algunas otras preguntas para completar la información. Por último el sujeto presento las pruebas clínicas que se ha realizado, haciendo mención de que estas han tenido un resultado negativo.

La sesión se desarrolló a través de la técnica “comunicación de centro a centro” en PNL, para crear una buena relación desde el principio.

C.Tercera Sesión (14/05/14)

Objetivo:

Aplicación de la prueba de Frases incompletas de “Sacks” (FIS)

Desarrollo de la sesión:

Se administró el test de frases incompletas de Sacks, debido a que la persona no sabía leer o escribir el examinador administro la prueba en forma oral y registro las respuestas del sujeto, ya que esto ofreció la ventaja de observar el tiempo de reacción al completar la frase, tono afectivo, expresión facial, pausas o silencios, conducta preverbal, cambios en el tono o volumen de la voz y conducta general del sujeto a lo largo de la prueba. Durante la sesión se utilizó la Técnica asociativa del Test Sacks, que puede considerarse proyectivo por sus resultados analíticos y psicométricos por sus resultados estandarizados.

D. Cuarta sesión (Fecha: 19/05/14)

Objetivo:

Lograr un *insight* en el paciente y captar ideas irracionales

Desarrollo de la sesión:

Durante esta sesión el terapeuta pretendió que el paciente pudiese darse cuenta de su situación interior inconsciente lográndola hacer consciente, esto a través de una regresión controlada del yo, permitiendo la fantasía y el uso de la imaginación, a través de un proceso de visualización. Esto conlleva a cierta emocionalidad conectándose a las vivencias, conductas, rasgo de personalidad o forma de ser, con su significado y/o su origen real, lo que permitió ampliar la conciencia, acceder a un mayor conocimiento de sí mismo y lo que ocurre en el presente. Para lograr esto se le realizaron preguntas hipotéticas y preguntas sobre su vida pasando por varias edades del sujeto, durante todo el proceso el mismo permaneció en un estado mental semiconsciente. La sesión se desarrolló a través del modelo psicodinámico, ya que este modelo está basado en la teoría de la represión que se centra en los datos de los procesos inconscientes.

E. Quinta Sesión (Fecha: 21/05/14)

Objetivo:

Sanar sentimientos, emociones y trabajar experiencias negativas para eliminarlas, a través del protocolo de TAPAS.

Desarrollo de sesión:

Uso de TAPAS en psicotrauma, se utilizó debido al trasfondo emocional del paciente esto ayudó iniciar de una manera más clara el panorama de salud física, (para tratar el abandono físico, emocional o sentimental; se empleó el protocolo de TAT en donde indica que el cuerpo debe tener la cantidad necesaria de hidratación para que se logre libre flujo de la energía en el cuerpo se aplicando el paciente hace presión con los dedos en partes específicas de la cabeza y cara para lograr la curación. (El terapeuta no tiene ningún contacto físico con el paciente en ningún momento) solo indica en donde deben ir colocados sus dedos y la visualización interna acompañada de las instrucciones (Protocolo TAT adjunto en anexos). La sesión se desarrollo empleando el Modelo de psicoterapia Transpersonal.

F. Sexta Sesión (Fecha: 26/05/14)

Objetivo:

Sanar sentimientos, emociones y trabajar experiencias negativas para eliminarlas, a través del protocolo de TAPAS.

Desarrollo de sesión:

Se utilizó nuevamente el protocolo de Tapas esta vez para indagar otro aspecto que había quedado pendiente, debido al trasfondo emocional (para tratar la ruptura sentimental con su ex pareja, se empleó el protocolo de TAT o TAPAS. El sujeto aparentemente no demostraba mayor importancia al hablar de su ex pareja pero se creía necesario y al momento de tocar el tema el paciente se mostró bastante descompensado emocionalmente. Al finalizar esta sesión se mostró que se había logrado eliminar bloqueos, liberar creencias limitantes entre otros aspectos. (Protocolo TAT adjunto en anexos). La sesión parte nuevamente desde el Modelo de psicoterapia Transpersonal.

G. Séptima Sesión (Fecha: 28/05/14)

Objetivo:

Desglosar sentimientos, emociones y elaborarlos a través de Terapia

Desarrollo de la sesión:

Después de las terapias anteriores se dieron a conocer aspectos como aturdimiento mental y embotamiento emocional, para darle un poco de descanso a su mente se trabajó terapia ocupacional (jardinería) y educativa conocimiento de vocales y abecedario. Se utilizó para despejar todas las áreas negativas de su pensamiento, para interactuar con otros aspectos de interés del paciente y para ocupar su mente en aspectos útiles como el sembrar nuevas semillas en macetas y conocer un poco más de cultivos en invernaderos a través de la web, se trabajó la jardinería con semillas compradas y macetas que estaban abandonadas en la clínica, utilizando herramientas de computación para investigar sobre los temas de jardinería y cultivos, papelógrafos, marcadores para la elaboración de una lista de palabras de jardinería relacionadas con el abecedario y las vocales ya que el paciente no tenía conocimiento de las letras. Durante la sesión se utilizó la Técnica de la imagen racional emotiva de la TREC y técnicas conductuales, para crear conexiones y circuitos del impulso nervioso y así la práctica mental pueda servir para desarrollar hábitos de pensamiento racional y facilitar emociones que son producto de ellos, la utilización de los recursos mencionados tienen como propósito hacer mayor uso de las capacidades para autoayuda que pueda crear el paciente.

H. Octava sesión (Fecha: 02/06/14)

Objetivo:

Fortalecer las cualidades del paciente

Desarrollo de la sesión:

La semana anterior se trabajó muy bien la terapia ocupacional pero se concretó que el sujeto posee muy baja autoestima debido a la falta de conocimiento que él cree tener, a lo mal que se siente sobre sí mismo entonces se decidió trabajar una técnica introspectiva de aceptación a través de un espejo, elaboración de lista de cualidades, defectos, comparación, eliminación de ideas irracionales. Se utilizó para conocer aspectos intrínsecos de la persona, para disminuir las ideas negativas y de desvalorización que poseía, logrando aceptarse tal cual es con lo que sabe, lo que le falta por aprender. Se trabajó esta técnica con un espejo de mano combinado con un diálogo, los materiales utilizados fueron papel y lapiceros para elaborar la lista. La sesión parte desde la Logoterapia, ya que es un tipo de terapia que se apoya en el análisis existencial y se centra en una voluntad de sentido.

I. Novena sesión (Fecha: 04/06/14)

Objetivo:

Darle importancia al proyecto de vida

Desarrollo de la sesión:

Para darle continuación a su proceso de enfoque en sí mismo y seguir mejorando su autoestima se utilizó logoterapia para la potencialización de sus recursos internos a través de la elaboración de un catálogo personal con un proyecto de vida adjunto, porque el paciente tenía poco sentido de vida y se sentía sin rumbo, Se trabajó primero con un diálogo interno hacia sí mismo y luego elaborando con papel, lapiceros y crayones un catálogo de varias hojas que incluían cuáles son sus sueños, sus metas, que ha logrado, que puede lograr, cuáles son sus intereses, sus fortalezas y planes a futuro con alternativas. Se parte nuevamente en esta sesión desde la Logoterapia, para ayudar a reorientar al paciente a través de la modificación de actitudes y el dialogo socrático.

J. Decima sesión (Fecha: 09/06/14)

Objetivo:

Evaluar el desarrollo del proceso e intervención de terapia cognitivo conductual.

Desarrollo de la sesión.

Durante esta sesión se evaluó el progreso del paciente en psicoterapia y se trabajó el control de la conducta, la reestructuración cognitiva, la identificación y la regulación de las emociones y el entrenamiento en habilidades interpersonales. Debido a que algunos síntomas de somatización suelen acompañarse de deterioros funcionalmente significativos como baja autoestima, se puso énfasis en los comportamientos, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad y su vinculación emocional. Para el desarrollo de esta sesión se utilizó metodología observacional a través de técnicas de indagación como los pensamientos en voz alta, la observación directa de la conducta, y desensibilización sistemática.

K. Onceava Sesión (Fecha: 11/06/14)

Objetivo:

Adquirir nuevas fortalezas

Desarrollo de la sesión:

Tomando lo anterior ya trabajado el paciente, se procedió a realizar un ejercicio de bioenergética para instalar cualidades y fortalezas importantes en su psique, porque el paciente necesitaba sentirse más independiente y seguro de sí mismo en todo lo que hacía, se desarrolló este ejercicio utilizando únicamente los siete puntos chakras del cuerpo y su diálogo en voz alta sobre cada una de sus cualidades, estando el paciente sentado y con los ojos cerrados. (El terapeuta no tuvo ningún contacto físico con el paciente). Esta sesión se utilizó el Modelo psicoterapéutico Transpersonal.

L. Doceavasesión (Fecha: 16/06/14)

Objetivo:

Cierre de proceso de manera positiva

Desarrollo de la sesión:

La última sesión se realizó porque habían muchos aspectos del paciente que estaban tomando mucho orden y su mejoría era bastante significativa entonces se llevó a cabo un cierre terapéutico con ejercicio de bioenergética para tratar sus problemas y dolores somáticos, ya que con el paciente funcionó muy bien la bioenergética se trabajó con la luz del cuerpo y un proceso guiado de visualización de sanación interna física yendo órgano por órgano. Durante el ejercicio se siguieron pasos como relajación progresiva, respiración, observación del pensamiento, aceptación de sensaciones, conciencia de la piel, conciencia del espacio interno, conciencia del espacio externo, microestiramiento de la columna, el movimiento, dialogo interno y los efectos de la música en el estado de ánimo. En donde se obtuvo un resultado mayor de lo que se esperaba. Durante el cierre terapéutico se utilizó el Modelo de psicoterapia Transpersonal y el Método Gestáltico.

Tarea para más adelante (se le dejo una lista de recomendaciones para realizar ejercicios físicos que fortalezcan su sistema inmunológico como spinning, salir a correr o nadar, mejorar su dieta, empezar sus estudios por madurez, un ejercicio de bioenergética de un baño de pies en barro tibio para sus dolores somáticos, y la meditación sobre cosas positivas de su día antes de dormir.

4.1.5. Herramientas de apoyo

Se utilizó agua pura para el protocolo de TAT.

Semillas, macetas y computadora con internet, papelógrafos y marcadores para terapia ocupacional y de aprendizaje.

Espejo, papel y lápiz para técnica de introspección.

Papel, lapiceros y crayones para elaboración de catálogo en logoterapia

Música para ejercicios de bioenergética.

4.1.6 Análisis de los resultados

Luego de la observación clínica y diálogo terapéutico para la anamnesis del paciente se pudo concluir que existen varios factores en la vida del paciente que están deteriorados debido a que el trastorno de somatización ha venido desde tiempo atrás, esto ha complicado sus relaciones sentimentales y sociales, el paciente se veía decaído, triste con falta de esperanzas, solitario, enfocado únicamente en su conjunto de síntomas y enfermedades consultas médicas, exámenes clínicos, pensando únicamente en sus padeceres, por lo que se le brindó apoyo con psicología positiva.

Desde el principio el paciente se presentó con una muy buena disponibilidad en cuanto al tiempo y deseos de colaborar con todo lo que se le solicitara durante la terapia, el paciente también muestra mucha confianza en el tratamiento y propone ser muy riguroso con sus terapias aunque no tenga el apoyo de ningún miembro de su familia.

Al momento de concluir las sesiones terapéuticas el paciente presentó una enorme mejoría y un cambio notorio que se hizo presente desde las primeras terapias, luego de esto se le asignó un plan terapéutico para que el paciente continuara en casa repitiendo algunos de los métodos empleados en clínica. El paciente se mostró muy satisfecho, revelando un cambio significativo en las situaciones que se encontraban afectadas debido al trastorno de somatización

Conclusiones

La salud mental es tan importante como la salud física, de ésta dependen muchos aspectos en la vida y del buen funcionamiento de una persona, se puede decir que un trastorno de somatización puede llegar a imposibilitar el bienestar general de la persona.

El proceso de sistematización es para el estudiante una herramienta que más allá de completar un requisito de egreso, ayuda a conocer la estructura que debe llevar un caso de principio a fin, permite desarrollar y utilizar los conocimientos adquiridos en la universidad, así como las habilidades y aptitudes aprendidas.

El proceso de sistematización formulaba la siguiente pregunta ¿Cuál es el impacto emocional tiene un joven adulto que ha experimentado abandono y falta de afecto constantemente? Se obtuvo como respuesta, que el trastorno de somatización ha sido uno de los principales tropiezos para mejorar la salud mental y física del paciente.

Recomendaciones

En base a las conclusiones obtenidas en el presente informe, se recomienda que las personas le dediquen la atención adecuada a su salud mental a través de consultas psicológicas esporádicas, el uso de técnicas de relajación y/o control emocional, entre otras; ya que el bienestar psíquico y emocional son motores esenciales para el óptimo desempeño de una persona en todos los ámbitos de su vida, de esta manera se propicia un equilibrio constante en la vida del ser humano disminuyendo la probabilidad de la aparición de una enfermedad física o mental, como el caso visto en el presente informe.

Se recomienda el uso de las técnicas y terapias adecuadas a cada caso de trastorno de somatización, debido a que pueden parecer similares pero son muy distintos y un diagnóstico certero en estos casos puede hacer la diferencia entre el éxito o el fracaso con un paciente con una psique tan frágil y propensa al autoengaño o autodestrucción.

Se recomienda que para el análisis, estudio, y tratamiento de trastornos de somatización se puedan desarrollar destrezas y conocimientos especializados a través de cursos o investigaciones personales todo lo relacionado al caso de modo que se pueda evolucionar y no quedarse atrás en ningún momento, también para elevar la calidad de la capacitación profesional, logrando una integración teórica práctica de los temas de salud mental, poderlos aplicar, y desarrollar de manera correcta.

Referencias

- ALEXANDER LOWEN; LESLIE LOWEN , SIRIO, (2010)*Ejercicios de bioenergética (10ª ED.)*
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA).(2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona Editorial Masson
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*.Facultad de Psicología Universidad de Barcelona
- Branden, N. (1989). *¿Cómo mejorar la autoestima?*Editorial Paidós.
- Caballero M, Caballero F. (2008). *Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria*. Jano.
- Cervera, G. (2011). *Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos*. Segunda Edición.
- Colbert, M.D. Don. (2009). *Emociones que matan*. Florida: Elsy Editorial.
- Frankl, V. (1991). *El Hombre en busca del Sentido*. Duodecima edición.
- Haeussler, I. M. y Milic, N. (1994) "*Confiar en uno mismo: Programa de autoestima. Libro del Profesor*". Editorial DOLMEN.
- Lowen, A. (1985). *El Lenguaje del Cuerpo*. Barcelona: Hender.
- Lowen, A. (1995). *La Traición al Cuerpo*. Buenos Aires (Argentina): Era Naciente

Anexos

Anexo 1



Taller psicológico con el personal de la Clínica y Hospital Aprofam



Instalaciones de la Clínica y Hospital Aprofam

Anexo2



Puntos chakras del cuerpo utilizados en ejercicios de bioenergética con el paciente

Anexo 3

Test de Frases Incompletas Desacks

Instrucciones: A continuación hay 60 frases incompletas. Lea cada una y complétela con lo primero que venga a su mente. Trabaje tan a prisa como sea posible. En caso que no pueda completar una, encierre el número correspondiente en un círculo y termine después.

1. Siento que mi padre raras veces me: Abraza
2. Cuando tengo mala suerte: Siempre
3. Siempre anhelé: Amor
4. Si yo estuviera a cargo: Todo fuera diferente
5. El futuro me parece: Triste y solo
6. Las personas que están sobre mí: Siempre me abandonan
7. Sé que es tonto pero tengo miedo de: Quedarme solo toda la vida
8. Creo que un verdadero amigo: Nunca se va
9. Cuando era niño (a): Sufrí mucho
10. Mi idea de mujer (hombre) perfecta (o): Alguien con quien compartir
11. Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos: Me siento triste porque yo no puedo tener a alguien que me quiera.
12. Comparando las demás familias, la mía: Me despreció
13. En las labores me llevo mejor con: Cualquiera
14. Mi madre: Fue especial para mí, sin embargo yo no para ella
15. Haría cualquier cosa por olvidar la vez que: Pase la primera noche lejos de mi casa
16. Si mi padre tan solo: Me hubiera aceptado
17. Siento que tengo habilidades para: Casi nada, estoy enfermo
18. Sería perfectamente feliz si: Tuviera salud y una familia
19. Si la gente trabajara para mí: Los trataría bien

20. Yo espero: Cambiar mi situación algún día
21. En la escuela, mis maestros: No se, nunca fui a la escuela.
22. La mayoría de mis amistades no saben que tengo miedo de: La soledad
23. No me gusta: Sentirme mal todo el tiempo
24. Antes: Cuando yo estaba con mi pareja era muy feliz
25. Pienso que la mayoría de los muchachos (a): Vivieron mejor que yo
26. Yo creo que la vida matrimonial: ha de ser muy bonita cuando a uno lo quieren.
27. Mi familia me trata como: Un estorbo
28. Aquellos con los que trabajo: Siempre se aburren de estar conmigo.
29. Mi madre y yo: Nunca nos llevamos tan bien
30. Mi más grande error fue: No haber estudiado.
31. Desearía que mi padre: Me hubiera querido
32. Mi mayor debilidad: El amor de una mujer
33. Mi ambición secreta en la vida: Tener buenas cosas
34. La gente que trabaja para mí: Son buenos
35. Algún día yo: Me superaré
36. Cuando veo al jefe venir: Estoy tranquilo
37. Quisiera perder el miedo de: Morir solo
38. La gente que más me agrada: Son los que me entienden
39. Si fuera joven otra vez: Haría muchas cosas diferentes
40. Creo que la mayoría de las mujeres (hombres): Son malas
41. Si tuviera relaciones sexuales: Estaría contento de poder estar con alguien
42. La mayoría de las familias que conozco: No viven como yo
43. Me gusta trabajar con la gente que: Trasmite cariño y confianza

44. Creo que la mayoría de las madres: Deberían de estar siempre con sus hijos
45. Cuando era más joven me sentía culpable de: Que me hayan abandonado
46. Siento que mi padre es: Malo por todas las críticas que me hacía y su maltrato
47. Cuando la suerte se vuelve en contra mía: Todo me sale mal, y yo no puedo salir adelante estando así, sin un apoyo sin nadie.
48. Cuando doy ordenes, yo: Trato de ser bueno, no quiero ofender a nadie
49. Lo que más deseo en la vida es: Que las personas se sientan bien conmigo y me den su apoyo para seguir en la vida.
50. Dentro de algún tiempo: Espero recuperar la relación con mi ex pareja.
51. La gente a quien yo considero mis superiores: Siempre me dicen que hacer y cómo hacerlo y eso está bien.
52. Mis temores en ocasiones me obligan a: Quedarme en mi cama porque siento que algo peor me puede pasar y yo con mas enfermedades ya no puedo.
53. Cuando no estoy, mis amigos: Son más alegres, porque no estoy yo contando mis problemas.
54. Mi más vívido recuerdo de la infancia: Cuando mi papa agarró un leño y me pego en la cabeza, mientras yo partía leña.
55. Lo que menos me gusta de las mujeres (hombres): Su falta de apoyo
56. Mi vida sexual. Está hecha pedazos, físicamente casi no puedo tener relaciones.
57. Cuando era niño (a): Siempre soñé con vivir bien feliz y tener una familia.
58. La gente que trabaja conmigo, generalmente: Me manda
59. Me agrada mi madre, pero: Nunca me quiso realmente
60. La peor cosa que he hecho: No poder retener a mi mujer para que no se fuera

Nombre: ASRV Edad: 34 años Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 10/02 1981 Escolaridad: Ninguna

Fecha de prueba: 14/05/2014 Tiempo: 45 minutos

Anexo 4

Protocolo Técnica de Acupresión TAT

TAT: TÉCNICA DE ACUPRESIÓN TAPAS™

Ramindranath Tagore (2009)

TAT es un proceso de la psicoterapia energética. Aunque es fácil usarlo, es tan amplio y completo como sencillo y poderoso. TAT está basado en principios taoístas de equilibrio y unidad; al usarlo experimentamos una sensación de integridad, conexión y unicidad.

TAT ayuda a resolver conflictos internos, eliminar bloqueos, liberar creencias limitantes, sanar traumas y trabajar con alergias. Crea un vínculo entre un meridiano de acupuntura con nuestro centro de la visión para facilitar el cambio del punto de vista que tenemos de los problemas en nuestra vida, transformando nuestra visión y nuestra postura al respecto. Esto nos lleva a una relación equilibrada y armónica con diferentes aspectos de nuestra experiencia.

LA POSTURA DE TAT

Con una mano, ligeramente pon la yema del dedo Pulgar dos centímetros arriba del lagrimal del ojo, cerca, del puente de la nariz. Con el dedo anular (el cuarto dedo) de la misma mano, posa ligeramente la yema del dedo, dos centímetros arriba del lagrimal del otro ojo cerca, del puente de la nariz. Ambos dedos están ahora a ambos lados del puente de la nariz. Ahora coloca la yema del dedo medio (segundo dedo) en el punto medio entre las cejas, a unos dos centímetros arriba del nivel de las cejas. Ya tienes las yemas de los tres dedos tocando ligeramente los tres puntos.

Ahora pon tu otra mano atrás de tu cabeza, con la palma de la mano estirada tocando completamente el hueso occipital.

No hay que hacer presión con ninguna mano. Puedes poner la postura de manera que tus brazos estén descansando, y los puedes bajar en el momento que así lo desees. Puedes tener los ojos abiertos o cerrados, no importa cuál es mano que tienes en la frente. Si te sientes más cómodo haciendo esta postura acostada, hazlo así.

Para niños menores de 11 años, se coloca la palma sobre la frente, cubriendo la parte superior de los ojos. Para bebés y niños sensibles, las manos se pueden colocar separadas uno o dos centímetros de la cabeza del niño.

En raras ocasiones tus sentimientos pueden volverse muy intensos mientras haces TAT. Si esto sucede, mantén la postura TAT y centra tu atención en lo que estabas haciendo en este paso. No pongas tu atención en profundizar en el sentimiento. Si sigues estas instrucciones, tus sentimientos se tranquilizarán en un minuto. Si no sientes que empiezas a tranquilizarte en un minuto, busca ayuda con un profesional en psicoterapia.

Mantén el trabajo con TAT un máximo de 20 minutos por día. Bebe de 6 a 8 vasos de agua los días que haces TAT.

LOS PASOS DE TAT

Al inicio de una sesión, es bueno tener la siguiente intención:

Con la intención de que la sanación que estoy a punto de iniciar beneficie a todos mis antepasados, a mi familia, a toda persona involucrada, a todas mis yos y todos los puntos de vista que he tenido al respecto a lo largo de mi vida.

Si nunca has hecho TAT, haz la postura TAT y centra tu atención en cada una de las siguientes frases durante unos segundos hasta un minuto máximo:

- TAT es demasiado sencillo para funcionar o ser valioso.
- TAT es fácil y puede funcionar y ser de gran valor.
- Merezco vivir, y acepto amor, ayuda y sanación.

Generar un blanco

Empieza por traer la atención a tu cuerpo. ¿Hay algo que te incomode? ¿Una memoria que te persiga? (¡Por favor, no la PEOR memoria!) ¿Hay algo que te preocupe? Tal vez estés posponiendo escribir un artículo, preparar tu examen o hablar en público. Sea lo que sea, saca una hoja de papel y apúntalo. TAT necesita un “blanco, es más eficiente cuando tienes un “blanco” definido y estás apuntando hacia una creencia específica, un recuerdo específico o un problema determinado.

Empieza por seleccionar un asunto específico. Tengo problemas con la rabia, mi padre no me quiere no me quiere o todos los hombres son malos son demasiado temas GENERALES y no proveen un blanco ESPECÍFICO al sistema energético.

Toma un caso concreto, por ejemplo, que tu memoria perturbadora es la siguiente:

Mi profesor me ridiculizaba y pegaba en clase de matemáticas. (Miedo e indefensión).

La escala de SUD (escala subjetiva de perturbación) para los protocolos energéticos

Para poder medir tu mejoría, es importante usar una escala subjetiva de perturbación (SUD por sus siglas en inglés) de 0 a 10. Usando el ejemplo mencionado, ¿Cuánto te perturba cuando dices Mi profesor me ridiculizaba y pegaba en clase de matemáticas, en una escala del 0 al 10 donde 0 es neutro y 10 lo peor que te puedas imaginar? Escribe este suds en una hoja. ¡Es muy importante hacer esto! Al final de la sesión, vas a comparar tu suds inicial con el final para comprobar tu resultado.

La intención es que al utilizar esta herramienta, tu SUD baje a 0 o 1.

Cómo usar la TAT para sanar una perturbación.

Decide que tema quieres sanar. Nos vamos a referir a la situación perturbadora como “esto” en los siguientes pasos de TAT. es importante que sepas que no es necesario, ni es recomendable, que re-vivas o experimentes nuevamente el incidente para que pueda sanar. Ni siquiera necesitas describir el suceso específicamente. Por eso nos vamos a referir a la situación perturbadora como “esto”

A continuación voy a enumerar los pasos de TAT.

En cada paso, mantén la postura TAT y pon tu atención en el pensamiento o sentimiento expresado en ese paso más o menos durante un minuto, o hasta que sientas que “ya está.” Vas a darte cuenta que fue suficiente cuando suspires, tu atención empieza a divagar, sientes que ya no tiene energía ese pensamiento, una descarga de energía, o sencillamente sientes que ya está. Algunas personas no notan ningún cambio y hacen cada paso durante un minuto, más o menos.

Paso uno: Esto pasó.

Si quieres usar más detalles, puedes decir: _____ pasó. (P. ejemplo “Esa vez que mi profesor me ridiculizaba y pegaba en clase pasó;” “el abuso sexual de mi sobrina pasó;” “mi pareja decidió separarse de mí pasó;” o “el accidente pasó.

También puedes incluir en este paso cualquiera de las siguientes frases:

Todo lo que llevó a que esto pasara, pasó, Todo lo que contribuyó a que resuene, me identifique y conecte con _____, pasó.

Paso dos: Esto y todo lo que llevó a que esto sucediera ya pasó y ahora puedo relajarme.

Si sientes que aún o estás bien, que no te puedes relajar y sigues en la tormenta emocional, haz este paso de todas maneras. El estoy bien se refiere a esa parte tuya que no está afectada por los eventos de la vida y que siempre está bien. Pero puede que la siguiente frase te venga mejor: Esto sigue pasando, y yo estoy bien.

Paso tres:

Todos los espacios de mi mente, de mi cuerpo y de mi vida dónde esto se ha almacenado —los conozca o no,— están sanando ahora.

Los pensamientos negativos y los traumas se pueden estancar en diferentes partes de tu cuerpo y en espacios externos a ti. Esto pudiera ser: una casa, una ciudad, o un país en dónde sucedió el evento traumático, un grupo de personas o una etnia específica. Estas resonancias, o espacios de

almacenaje son diferentes para cada persona, y cada recuerdo, memoria, pensamiento o trauma pueden ser guardados de manera diferente. No necesitas ser consciente de todos los espacios de almacenaje, solo necesitas abrirte a que sanen, o se limpien, cuando haces TAT.

También puedes decir y/ o:

Universo, (Dios, Diosa, Presencia Divina, Tao, Al-lah, Madre Naturaleza, Espíritu Santo o el nombre que te sea significativo) gracias por sanar todos los espacios de mi mente, de mi cuerpo y de mi vida en donde este problema se ha almacenado, los conozca yo o no.

Paso cuatro:

Todos los orígenes, conocidos o desconocidos de esto están sanando, ahora.

Los orígenes pueden incluir todo lo que te haya sucedido en cualquier lugar y en cualquier momento, que hayan generado la existencia de tu problema: asuntos de tu infancia, cosas que le pasaron a otras personas y que te afectaron, sueños, recuerdos, impresiones inconscientes, memorias celulares... lo que te haya sucedido. No necesitas saber cuál es el origen, solo necesitas tener la intención de que sane.

También puedes decir y/ o:

Universo, (Dios, Diosa, Presencia Divina, Tao, Al-lah, Madre Naturaleza, Espíritu Santo o el nombre que te sea significativo) gracias por sanar todos los orígenes de esto, ahora.

Paso cinco:

Pido perdón a todos los que he lastimado en relación a esto y les deseo amor, felicidad y paz.

Perdonar es muy importante. Mientras tengas emociones de resentimiento, enfado o mala voluntad hacia alguien, sigues atado a esa persona. Esto usa una parte importante de tu energía y te impide seguir adelante, ir hacia la vida y la felicidad.

Es importante señalar que perdonar a una persona no significa condonar lo que hicieron; tampoco significa que tienen que ser amigos y tener una relación cercana. Puede que esto suceda, pero no es la intención. Puede que no sea seguro para ti reanudar una relación específica a nivel físico, mental o emocional.

Es importante que cuides de ti, también es importante que cortes los lazos negativos que te atan a estas personas, y perdonar te va a ayudar a hacerlo.

Muchas veces perdonas a alguien por tu bien, y no por el bien de ellos.

Paso seis:

Yo perdono a todos lo que me lastimaron en relación a esto y les deseo amor, felicidad y paz.

Paso siete:

Yo perdono a todas las personas a las que culpé por esto, incluyendo a Dios y a mí misma

Paso ocho:

Todos mis yo's que se beneficiaron de este problema se están sanando ahora mismo.

A veces, un estado del "yo" (una parte interna) se está beneficiando del asunto que quieres trabajar.

Puede que ese "yo" piense que si sanas, va a desaparecer, o que vas a hacer cambios en tu vida que le asustan. En dondequiera que se encuentre la resistencia, este paso te ayudará a sanarla y a traerte paz y una sensación de estar completa.

Una de las maravillas de TAT, es que no necesitas saber cuál es la mejor manera de aplicar los pasos, sucede de manera natural. Sostén la postura, pon tu atención en los pasos, y deja que se desenvuelva el proceso.

Si sigues sintiendo una resistencia a sanar, sostén la postura mientras mantienes un diálogo interno con la parte que se resiste. Puede ser un estado del "yo" infantil, o un estado del "yo" protector; o puedes sentir una sensación física, como el estómago en un puño.

Y si no tienes ni idea de cuál sea la parte resistente, de todos modos en una conversación donde le des las gracias a la parte por lo que ha hecho para ayudarte a ti, y dile que todo va a estar bien, tú te ocupas ahora.

Paso nueve

Cualquier cosa que quede en mí relacionado con esto está siendo sanada ahora mismo

Paso Diez

Ahora estoy bien y elijo estar en paz y calma.