



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y SU EFECTO EN LAS HABILIDADES SOCIALES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD N 1 DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI”.

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Tapia Gómez, Liliana Carolina

Tutor: Dra. Llerena Poveda, Verónica del Carmen

Ambato – Ecuador.

Abril 2014.

APROBACIÓN DEL EL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y SU EFECTO EN LAS HABILIDADES SOCIALES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD N 1 DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI”, de Tapia Gómez Liliana Carolina, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril de 2014.

LA TUTORA

.....
Dra. Verónica del Carmen Llerena Poveda

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación investigación “**LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y SU EFECTO EN LAS HABILIDADES SOCIALES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD N 1 DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2014

LA AUTORA

.....

Liliana Carolina Tapia Gómez

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta, tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato. Abril del 2014

LA AUTORA

.....

Liliana Carolina Tapia Gómez

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “**LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y SU EFECTO EN LAS HABILIDADES SOCIALES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD N 1 DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI**”, de Tapia Gómez Liliana Carolina, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Abril de 2014.

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE/A	1erVOCAL	2do VOCAL
--------------	----------	-----------

DEDICATORIA

"Pon tu camino en las manos del Señor; confía en él, y él se encargará de todo"

(Salmo 37:5)

El presente proyecto de tesis está dedicado a mi amado Dios, el ser más eminente, y maravilloso, que nunca me abandonó en la travesía de la vida y mucho menos en el camino de mis estudios, cuando sentía desvanecer, sin duda me llevó en sus dulces brazos y me enseñó que sólo cayendo y palpando la realidad, aprendería de ésta maravillosa existencia.

A ti mi hermanito Damián, que con muchas ansias quise que llegaras a mi vida, cuanto pedía de pequeña alguien a quién dedicar algún día mis glorias y Dios mandó al mejor ángel, en tu corazón tan pequeño y tan inmenso en bondad a la vez, admiro mucho tu capacidad para expresar siempre lo que sientes y contemplo mucho más, que nunca te has rendido frente a las desventuras.

A mis admirables padres Patricio y Rose Mary, que se han trajinado durante arduas horas, quienes me supieron inculcar que el trabajo es dignidad y que las cosas más duraderas, son las que se consiguen con esfuerzo.

Y Finalmente a mis buenos amigos que los encontré en mi carrera profesional como son Andrea, Anita y Oscar, con quienes me divertí y también pude llorar en su sincero hombro, como no sin olvidarme que en los azares de otros pasillos encontraría a otras dos buenas amigas que son Ceci y Gaby, quienes me dieron la lección que Dios proveería en mi vida y que la oración sin duda mueve montañas.

Este logro es de ustedes.

Carolina Tapia

AGRADECIMIENTO

“Si quieres hallar en cualquier lado amistad, dulzura y poesía, llévalas contigo”

Duhamel, George

Agradezco A la Universidad Técnica de Ambato que me brindó una acertada formación académica, también a mi Tutora de tesis, quien fue en algún momento mi maestra: la Dra. Verónica Llerena, ella me enseñó con sus sabias palabras que: “Cada etapa de la vida poseía su propia característica psicológica”.

Al Centro de Salud Número 1 de la Provincia de Cotopaxi en Latacunga, junto al Doctor Guillermo Corrales por introducirme en cada proyecto y permitirme la elaboración de mi Tesis.

A mis maestros, que fueron mi luz en los momentos de tinieblas con la distinción de palabras para cada paciente, ya que supieron guiarme acertadamente en mis confusiones y me mostraron la realidad mental de cada ser humano y que mejor sus constantes explicaciones que en la práctica me fueron de gran utilidad.

Y finalmente a todas las personas que creyeron en mí y nunca dudaron en apoyarme para aprender mucho más fuera de las aulas, que con su humildad sembraron una firme huella, una de ellas es el Dr. Jorge Villa que sin celo profesional me permitió adentrar en su admirable persona y profesionalismo.

Carolina Tapia

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

**“LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y SU EFECTO EN LAS
HABILIDADES SOCIALES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A
CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD N 1 DE LA
PROVINCIA DE COTOPAXI”.**

Autora: Tapia Gómez, Liliana Carolina

Tutor: Dra. Llerena Poveda, Verónica del Carmen

Fecha: Ambato, Abril del 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como objeto principal, determinar si los trastornos Somatomorfos producen efecto en las Habilidades Sociales en los pacientes que acuden a Consulta Externa del Centro de Salud Número 1 de la Provincia de Cotopaxi, partiendo desde los distintos Trastornos Somatomorfos como son: la Hipocondría, Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, Trastorno de Somatización, de conversión, por dolor y dismórfico corporal; y las Habilidades Sociales que se distinguen en un grupo de seis, éstas son: Primeras Habilidades Sociales, Habilidades Sociales Avanzadas, relacionadas con los sentimientos, alternativas a la agresión, para hacer frente al estrés y de planificación.

Ésta investigación fue de carácter cuanti – cualitativo y se dio a partir de pacientes que no fueron diagnosticados con algún tipo de enfermedad médica, y la muestra de pacientes fueron el total de 57.

Las personas diagnosticadas con Trastornos Somatomorfos, cualquiera que fuese éste; presentan deterioro en sus Habilidades Sociales en un 88 por ciento total,

todas las Habilidades Sociales formaron parte de un diagnóstico sin excluirse ninguna, tan sólo el 12 por ciento de pacientes no se vieron afectados.

El Trastorno Somatomorfo con mayor afectación en los pacientes que acuden a consulta externa del Centro de Salud N1 de la provincia de Cotopaxi es el Trastorno Somatomorfo Indiferenciado con una población del 30 por ciento en total.

PALABRAS CLAVES: TRASTORNOS_SOMATOMORFOS, HABILIDADES_SOCIALES, SOMATOMORFO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**“SOMATOFORM DISORDERS AND ITS EFFECT ON SOCIAL SKILLS
IN PATIENTS ATTENDING AN OUTPATIENT HEALTH CENTER N1
PROVINCE COTOPAXI”.**

Author: Tapia Gómez, Liliana Carolina

Tutor: Dra. Llerena Poveda, Verónica del Carmen

Date: Ambato, April 2014

SUMMARY

This research work had as its main object, determine whether Somatoform disorders impact at Social Skills in patients attending Outpatient Health Center No. 1 of the Cotopaxi Province , starting from different Somatoform Disorders such as: hypochondriasis , Undifferentiated somatoform disorders , somatization disorder , conversion , for pain and body dysmorphic , and Social Skills distinguished in a group of six , they are: First Social Skill , Social Skills Advanced, related feelings, alternatives to aggression, to cope with the stress and planning .

This research was quantitative character - qualitative and gave from patients who were not diagnosed with any medical condition, and the patient sample were total of 57.

People diagnosed with somatoform disorders , whatever it ; exhibit deterioration in their social skills by 88 percent overall , all were part of Social Skills without excluding any diagnosis , only 12 percent of patients were not affected .

The most affected somatoform disorder in patients attending outpatient Health Center N1 Cotopaxi province Undifferentiated somatoform disorders is with a population of 30 percent in total.

KEYWORDS: SOMATOFORM DISORDERS, SOCIAL_SKILLS, SOMATOFORM.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	2
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN:	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	2
NIVEL MACRO	2
NIVEL MESO	5
NIVEL MICRO.....	7
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO	9
1.2.3 PROGNOSIS	11
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES	12
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:	12
DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO:	12
DELIMITACIÓN ESPACIAL:	12
DELIMITACIÓN TEMPORAL:	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
1.4 OBJETIVOS.....	14
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
CAPÍTULO II	15
2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	15
2.2 FUNDAMENTACIÓN	18
2.2.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	18
2.2.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	19
2.2.3 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	20

2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	21
2.4 CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLES.....	22
2.5 CONSTELACIONES.....	24
2.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES.....	26
2.7 HIPÓTESIS.....	65
2.8 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	65
2.8.1 VARIABLE DEPENDIENTE.....	65
2.8.2 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	65
CAPÍTULO III.....	66
3. METODOLOGÍA.....	66
3.1 ENFOQUE.....	66
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	66
3.2.1. INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....	66
3.2.2. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL – BIBLIOGRÁFICA.....	66
3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	67
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	67
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	68
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	76
3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO.....	77
CAPÍTULO IV.....	78
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	78
4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	78
4.2 INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	98
4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	107
CAPÍTULO V.....	117
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	117
CAPÍTULO VI.....	120
6. PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	120
6.1 DATOS INFORMATIVOS:.....	120
6.2 ANTECEDENTES.....	122
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	123
6.4 OBJETIVOS.....	124
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	125

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	125
6.7 PLAN OPERATIVO	134
6.8 PLAN DE MONITOREO	143
6.9. CRONOGRAMA.....	143
6.10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	21
Gráfico 3.....	62
Gráfico 4.....	71
Gráfico 5.....	75
Gráfico 6.....	79
Gráfico 7.....	80
Gráfico 8.....	81
Gráfico 9.....	83
Gráfico 10.....	84
Gráfico 11.....	85
Gráfico 12.....	87
Gráfico 13.....	88
Gráfico 14.....	90
Gráfico 15.....	91
Gráfico 16.....	92
Gráfico 17.....	93
Gráfico 18.....	95
Gráfico 19.....	97
Gráfico 20.....	99
Gráfico 21.....	100
Gráfico 23.....	103
Gráfico 24.....	105
Gráfico 25.....	106
Gráfico 26.....	112

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1.....	78
Tabla 2.....	80
Tabla 3.....	81
Tabla 4.....	82
Tabla 5.....	84
Tabla 6.....	85
Tabla 7.....	86
Tabla 8.....	88
Tabla 9.....	89
Tabla 10.....	91
Tabla 11.....	92
Tabla 12.....	93
Tabla 13.....	94
Tabla 14.....	96
Tabla 15.....	98
Tabla 16.....	100
Tabla 17.....	101
Tabla 18.....	103
Tabla 19.....	104
Tabla 20.....	106
Tabla 21.....	109
Tabla 22.....	110
Tabla 23.....	113
Tabla 24.....	115
Tabla 25.....	142

INTRODUCCIÓN

Al hablar de un trastorno Somatomorfo se refiere a la clasificación de trastornos de orden psicológico con síntomas físicos que no son explicados por enfermedad médica, donde cada uno de ellos presenta su respectiva explicación psicológica, estos trastornos son originados en el individuo y al pasar el tiempo se van afianzando y por ende sus habilidades sociales se ven afectadas, causando así en la persona un desgaste bastante notorio en sus relaciones interpersonales.

Generalmente las personas no saben cómo relacionarse con otras debido a que al sentir que presentan una enfermedad cualquiera que fuese, presentan temores de contagio o rechazo que son indeterminables e injustificables.

A nivel mundial la mitad de los pacientes en los despachos de los médicos sufre síntomas independientes de algún tipo de trastorno somatomorfo o presentan trastornos somáticos menores con un componente hipocondriaco; también mencionan que constituyen una patología prevalente en la población general y en el sistema sanitario de orden pública, privada o mental, de hecho las mismas investigadoras justifican del gasto medico total de las personas de cualquier país desarrollado y producen una importante pérdida de la calidad de vida, teniendo en cuenta que para la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema, sus normas, sus inquietudes. Sabiendo que se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales.

De tal manera ambas variables se ven influenciadas cuando se ha diagnosticado en el paciente un trastorno somatomorfo, así deben ser evaluadas, discernidas y que mejor comprendidas por un especialista para su cura.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“Los trastornos Somatomorfos y su efecto en las Habilidades Sociales en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de la Provincia de Cotopaxi”.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

NIVEL MACRO

Los Trastornos Somatomorfos son trastornos que simulan en el individuo una enfermedad médica, los síntomas físicos son tan reales que interfieren en la vida cotidiana como en todas las esferas del individuo, una publicación de María A. Fletcher y la Dra. Nancy Cklimas investigadoras de la Nacionalidad Española, realizaron una investigación en el año 2010, donde estiman que a nivel mundial el 50% de los pacientes atendidos en los despachos de los médicos sufren síntomas independientes de algún tipo de trastorno somatomorfo o presentan trastornos somáticos menores con un componente hipocondríaco.

También mencionan que constituyen una patología prevalente en la población general y en el sistema sanitario de orden pública, privada o mental, de hecho las mismas investigadoras justifican el 10% del gasto médico total de las personas de cualquier País desarrollado y producen una importante pérdida de calidad de vida, teniendo en cuenta que para la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.

Sabiendo que se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

En Otra investigación que llevó el título “Somatization in Family Practice” realizada en España en el 2007 al 2009 por los doctores Lynch DJ, McGrady A, Nagel R y Zsembik C, tomaron una muestra de 119 pacientes que acudieron a atención primaria, se encontraron las siguientes cifras, el 1-6% de pacientes tenían trastorno de somatización, el 79% obtuvieron trastorno somatomorfo indiferenciado, mientras que la población restante que es el 24 % se conjugaban el resto de trastornos somatomorfos.

Según otro Estudio realizado en Bélgica en el mes de Mayo del 2012 por psiquiatras Europeos reportó el síndrome de somatización como el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente, con una tasa de prevalencia de 8,9%, mientras que el primer y segundo lugar obtuvieron los trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad. David Alejandro Cabrera Gaytán, Alfonso Vallejos Paras, Leticia Jaimes Betancourt y Arturo Ruíz Ruisánchez, médicos residentes de tercer año en Epidemiología. Universidad Nacional Autónoma de México en el período de Julio-Agosto, 2008 en un Artículo original llamado Trastornos somatomorfos, estiman que la evaluación de cuadros clínicos que no siguen un patrón característico compatible con un trastorno mental, es difícil y, entre ellos, están los trastornos somatomorfos. En el 2001, la O.M.S estimó que existían 450 millones de personas con un trastorno mental o del comportamiento. La incidencia y prevalencia de estos padecimientos varía a nivel mundial por distintos factores. La presencia de brotes por estos trastornos ha sido reportada en varios países atribuyéndoseles principalmente a factores socioculturales.

Por otro lado el ser humano es por naturaleza social, de la misma manera tiene la necesidad de interactuar y compartir con las personas que lo rodean, así logrará una correcta satisfacción consigo mismo, para alcanzar una considerada plenitud en el individuo son las habilidades sociales quienes finalmente dan ese toque distinto a cada persona.

La inteligencia emocional se vincula con las habilidades sociales, Mead en 1949 y Vigotsky en 1988 mostraron empíricamente la importancia del proceso de socialización, por el cual las normas sociales son internalizadas por el individuo, por medio de las interacciones con los otros, a través del contacto entre diferentes generaciones de una sociedad, siendo mucho más intenso en la infancia y adolescencia que en la adultez, a pesar que éste continúa durante toda la vida.

Un trabajo del médico psiquiatra Zigler en la década de los 70 mostró que si el paciente posee mejores habilidades sociales, tendrá una más rápida curación tras una hospitalización y menos porcentaje de recaídas, las relaciones sociales son muy importantes en este caso. En el prestigioso estudio realizado por Brown y Harris en el Sur de Londres, las mujeres que habían experimentado sucesos causantes de estrés en los seis últimos meses era bastante menos probables que estuvieran deprimidas si tenían un compañero de apoyo y este hallazgo ha sido corroborado en numerosas ocasiones. Simplemente ser una persona casada tiene también efecto importante sobre la salud mental: las personas divorciadas tienen una probabilidad 5 1/2 veces mayor de estar en un hospital mental que las que están casadas.

En este caso hay alguna casualidad inversa, donde algunas de ellas están divorciadas porque estaban mentalmente perturbadas pero una investigación longitudinal ha demostrado la existencia de un enlace causal muy claro entre el matrimonio y la buena salud. Pueden existir también efectos negativos de las relaciones. Según Morris en su libro de Psicología, décima edición publicado en el 2001 menciona que algunos investigadores piensan que el apego seguro crea un modelo positivo de trabajo interno del Yo y de las relaciones sociales con otros individuos.

NIVEL MESO

Dentro de Latinoamérica en el 2010 se realizaron estudios sobre los trastornos Somatomorfos, estos estudios fueron guiados por el Dr. José María Sifontes en una tesis investigada en El Salvador dentro del área de Emergencia del Hospital San Rafael, la evaluación se suministró a 1000 pacientes de los cuales se encontraron 102 pacientes que cumplían criterios para ser clasificados como Trastorno conversivo, del cual el género predominante era el femenino con un 81 por ciento mientras el masculino era de 19%, esto significa que tenía una relación hombre mujer de 1 a 4.

El grupo de edad más frecuente fue de 20 a 34 años, esto es el 45% de la población con una media de 33 años. El estado civil más frecuente es soltero con el 44.7%, el área de domicilio más frecuente fue la urbana, ésta poseía el 62%. Como primer motivo de consulta se encontraban las palabras "Dolor" y "dolor de cabeza", siendo los síntomas más frecuentes cefaleas, parestesias y debilidad general.

Otras publicaciones extranjeras a nivel de Latinoamérica se dio en Perú, el estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado de Lima revela que en Lima Metropolitana la insatisfacción con el aspecto físico llega a 16,6% en adolescentes y 11,1% en adultos.

También ubican la prevalencia del trastorno dismórfico corporal alrededor del 1 al 2% de la población general, si bien no existen cifras locales respecto al diagnóstico de TDC, La Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. L de Lima Perú en el 2003 realizó un estudio sobre el trastorno dismórfico corporal donde recogieron datos como: El 15% de pacientes que acuden al cirujano plástico y 12% de pacientes que busca atención dermatológica, sufrirían de TDC. Se ha estipulado que, para diagnosticar TDC, los pacientes usualmente debieran ser interrogados directa y explícitamente acerca de los síntomas del padecimiento.

En la mayoría de ocasiones no se sentían a gusto con su cirugía plástica y acarreaban otras complicaciones consigo mismo y con las personas que le rodean por los mismos niveles de inseguridad que se plantea.

En Estudios realizados de las habilidades sociales los científicos Berkman y Syme en el año de 1989 en su publicación con el tema “relaciones sociales y las enfermedades” efectuaron un seguimiento de 6.900 personas en Latinoamérica durante un período de 9 años; en este período fallecieron muchas más personas de entre las que tenían habilidades sociales débiles, que de las que tenían habilidades más fuertes, por esto nos da a notar este estudio que dentro de un diagnóstico médico o psicológico las relaciones con otros individuos son tan importantes para una pronta recuperación

Por otro lado en la incidencia de las relaciones sociales se muestran artículos a nivel latinoamericano de la revista “Bienestar” en el cual la etapa de recolección fue en los meses de mayo a noviembre de 1999, con la participación del grupo de investigación en su conjunto, las entrevistas se realizaron de abril a septiembre con 15 encuentros por mes aproximadamente, en donde el 50 por ciento de personas encuestadas tenían dificultades para la comunicación y por ende se desequilibraba todo tipo de relaciones incluso en su hogar.

En el libro “Psicología de Morris” Basow 1986 menciona que las personas de sexo femenino muestran mayor tendencia a tener trastornos como depresión, agorafobia, fobia simple, trastorno obsesivo compulsivo y de somatización, las tendencias anteriores manifiestan que las relaciones sociales son parte importante en la aparición de los problemas.

NIVEL MICRO

En el portal Mundos escrito en el 2009 el psiquiatra Quiteño Marcelo Velasteguí menciona lo siguiente: “Es un tema bastante interesante hablar sobre los trastornos somatomorfos porque su agrupación ha sido una cuestión “práctica” ya que hay algunos de ellos que se acercan más al espectro obsesivo, mientras que otros, como el trastorno conversivo, parecen más alejados a este espectro y sería parte de la antigua histeria”

Volviendo un poco atrás en el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador en el 2006 se pudo constatar que dentro de los principales hospitales psiquiátricos del Ecuador donde mayormente han sido tratadas personas con esquizofrenias y Oligofrenias también existió el 1.6 del porcentaje total de personas internadas con Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.

Un 8.2% con los mismos diagnósticos no se las internó y fueron atendidas en consulta, esta pauta nos da a notar que el desenvolvimiento de estos trastornos, pueden ser atendidos exteriormente de un hospital psiquiátrico sin la necesidad de internarse en el mismo. (Evaluación del Sistema Mental, 2006)

Por esta razón se observa que parte de las consultas en hospitales psiquiátricos también son de pacientes con trastornos somatomorfos, que interpretan su enfermedad de una manera catastrófica y que han sido internadas en hospitales Psiquiátricos para poder tratarlas y curarlas de una manera adecuada.

En nuestro país Ecuador con respecto al área de Salud Mental Global, “le quedan muchas tareas por cumplir, entre las más urgentes: facilitar el acceso a psicoterapia y psicofármacos a la mayoría de pacientes; involucrar en las acciones de salud mental a los usuarios, las familias y la comunidad y establecer vínculos formales de colaboración con otros sectores es decir trabajar en prevención primaria”.

El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censos en su página Web oficial en un estudio del mes de Marzo del 2012 señala: “Las horas promedio por semana de tiempo libre de los Ecuatorianos va desde las 18 a 29 horas”, estas son cifras mucho mayores a la de otros países, de las cuales no existe un verdadero uso y distributivo para este período, por ende se realizó una entrevista al Presidente del Equipo de Salud Mental de Cotopaxi, el Dr. Jorge Villa, en el mes de Abril del presente año, tras una investigación realizada en los primeros semestres del campus CAREN de la Universidad Técnica de Cotopaxi donde hay cifras que constan de un deterioro de las habilidades sociales y además riesgo de Ansiedad o trastornos ansiosos en un 70 % de los estudiantes, también supo manifestar que estas “habilidades Sociales se han visto deterioradas por un sentimiento de Anomia” que para las Ciencias Sociales y Psicológicas significa un total desinterés y la ruptura del orden social causada por la falta de correspondencia entre las normas morales y las aspiraciones personales, donde el ser humano vive en un “vacío existencial” y muestra confianza pero de manera superficial mas no de manera natural, estas manifestaciones se dan a notar cuando una persona no tiene una buena comunicación con otras y se muestra defensiva y desconfiada con el resto.

La confianza se está volviendo en un patrón alterado y aparece el desinterés por otro ser humano volviéndose así insensible por lo que le pasa a la otra persona en cualquier situación, menciona también que en el carácter cuantitativo existe una relación de 3 a 7, donde 3 posee unas relaciones sociales adecuadas y naturales mientras que el restante carece de estas destrezas y tipos de habilidades sociales

Carlos Cuauhtémoc Sánchez en Abril del 2006 en un boletín Electrónico menciona que el ser humano se está convirtiendo en un ser cerrazónico donde sólo sus ideas son las más importantes y fundamentales, donde somos seres que vivimos en el pasado y somos expertos en recordar los sucesos traumáticos, teniendo así una actitud negligente hacia el presente, además otro punto planteado es que aproximadamente el 90% de Comunicación entre los seres humanos se da a través de gestos y de actitudes no verbales.

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

En el campo de la Psicología Clínica existe diversas áreas de estudio y cada una de ellas con millones de interrogantes por resolverlas, de las cuales es factible escoger dos interrogantes que surgieron, una de ellas es conocer las habilidades que tienen los seres humanos para observarse así mismo y poder observar al resto de personas, algunos de los mencionados muestran un deterioro de las mismas por falta de asertividad o por miedo a expresarse, hablar o relacionarse con los demás, en muchas circunstancias, sin embargo ¿qué es lo que origina la falta de expresión y la incapacidad de dirigirse hacia las otras personas?, incluso ¿Qué es aquello que motiva el estrés en las mismas?, existen páginas Web, libros, revistas, periódicos, entre otros que juzgan al ser humano como un ente de fácil socialización, de relaciones interpersonales magníficas, tachando así toda causa de un posible alejamiento social y peor aún una limitación en las relaciones inter e intrapersonales.

No poseer en el repertorio de respuestas las habilidades requeridas para interactuar asertivamente con los demás lleva a experimentar sentimientos de frustración, insatisfacción, aislamiento, rechazo y en su conjunto lleva al ser humano a una completa o parcial infelicidad. Con el tiempo se van arraigando características de dependencia e inseguridad, inadecuación, temor al prójimo y de rechazo hacia el entorno. Y más aún cuando de por medio existe un trastorno somatomorfo, el dolor y la preocupación crean un ciclo que es difícil de romper, originando de esta manera un daño tan intenso que altera la vida cotidiana de la persona.

Las características de estos trastornos presentan como síntoma principal un dolor crónico que dura varios meses y que limita el trabajo, las relaciones interpersonales y otras actividades de la persona. Los pacientes con frecuencia están muy preocupados o estresados mientras se les realiza evaluaciones médicas completas, incluyendo estudios de laboratorio y exámenes radiológicos (resonancia magnética, tomografía computarizada, ecografía, radiografía) para determinar las posibles causas.

Un examen tras otro examen resultan negativos en todos los aspectos patológicos por ende viene en segundo plano una evaluación psicológica donde los especialistas revelan que los factores psicológicos parecen contribuir de manera directa a toda la serie de síntomas reales, pese a que el médico les asegura que no sufren un padecimiento físico, los pacientes creen y están convencidos de un padecimiento físico pero sin que se observe evidencia de su existencia.

Su problema es somático es decir físico y real, palpable para el paciente y es de orden inconsciente y sin ningún beneficio secundario es decir no los fingen ni están bajo un control voluntario de los mismos por ende su familia y el mismo individuo no se explican así mismo lo que realmente ocurre con ellos y su malestar verdadero, en los hospitales y centros de salud existen diariamente personas que poseen un trastorno somatomorfo que muchas veces puede ser confundido con un trastorno facticio, cuya diferencia principal es el beneficio que el paciente tiene por estar enfermo y es de manera consciente, por eso es importante e indispensable manejar una correcta Historia Clínica Psicológica, tratando de indagar cada aspecto de la vida del paciente por más pequeña que sea la situación descrita, ya que detrás de cada historia hay una posible causa y origen de cada síntoma.

Por ende la escucha empática, el control de las buenas relaciones, la capacidad de confianza, entre otras, juegan un papel fundamental para lograr un buen ambiente terapéutico adecuado y brindar alternativas de solución de los problemas a los pacientes, solo de esta manera podremos realizar un excelente diagnóstico diferencial y excluir si es un trastorno facticio o realmente un trastorno Somatomorfo.

1.2.3 PROGNOSIS

En caso de no ser atendido y de no buscar alternativas de solución a este problema planteado, puede ocasionar una serie de dificultades en el área social del individuo que es en lo que se enfoca primordialmente el trabajo presente; esta esfera es una de las de mayor afectación no solo en los trastornos somatomorfos sino en la mayoría de trastornos que son clasificados en el CIE 10 o DSM IV.

En nuestro País no se ha tomado con circunspección a esta problemática planteada, de tal manera se debe construir las bases de un indicio lógico y sistemático para futuras investigaciones, ya que si las atendieran de manera proporcional se evitaría los colapsos hospitalarios que sucede comúnmente y mejor aún esa inversión podría ir a otros sector con mayor necesidad o demanda.

A medida que se realizan investigaciones a nivel nacional e internacional de manera progresiva y muy limitada hay más indicios de que el bienestar emocional afecta la forma en la cual se percibe el dolor en los pacientes, por lo tanto vemos que este problema presenta una esfera social que sería importante tratarla para el bienestar comunitario y que mejor el del paciente mismo, en el tratamiento de cada individuo como ente único. Es necesario atender a esta problemática de manera oportuna para mejorar el bienestar personal y comunitario.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los Efectos de los trastornos somatomorfos en las habilidades sociales en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de Cotopaxi, período Marzo- Septiembre 2013?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Qué tipos de trastornos Somatomorfos son los más frecuentes dentro de la población estudiada?

¿Cuáles son las características básicas del deterioro de las habilidades sociales de las personas evaluadas?

¿Es factible desarrollar una propuesta de intervención psicoterapéutica para el tratamiento de la problemática planteada?

¿Discernir para qué es importante el estudio de las Habilidades Sociales?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO:

CAMPO: Psicología Clínica.

ÁREA: Trastornos Somatomorfos.

ASPECTO: Habilidades sociales.

DELIMITACIÓN ESPACIAL:

Esta investigación se realizará con los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de Cotopaxi

DELIMITACIÓN TEMPORAL:

Febrero del 2013 a Julio del 2014.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto se lo realizó porque existen algunas variables sobre los trastornos somatomorfos, cada clasificación representa un mundo distinto y lleno de tantos síntomas que desbordan un significado patológico de la misma manera todos estos trastornos son un limitante en las relaciones sociales para las personas; siendo este un punto fundamental para la realización del presente proyecto investigativo por ejemplo el trastorno de somatización tiene un provecho tanto teórico como práctico. En el plano conceptual es necesario volver a analizar las clasificaciones. En el plano práctico hay un subconjunto de pacientes que se presenta a la atención de las clínicas en el nivel primario o secundario que desafían la sabiduría habitual y que no encuentran inserción en los sistemas asistenciales tal como están hoy diseñados con un excesivo énfasis en la fragmentación y en la especialización.

Además es de gran importancia para nuestra carrera tomar en cuenta y evaluar las habilidades tanto intrapersonales como interpersonales, muchas veces catalogamos al paciente dentro de un Criterio Diagnóstico, sin embargo dejamos a un lado la realidad social del mismo, y tan solo fijamos nuestra terapia en disminuir síntomas sin enfocarnos en las otras esferas como son Biológicas, Sociales y Religiosas.

También es factible desarrollar esta investigación en el Centro de Salud Número uno de Cotopaxi por la gran apertura de los profesionales en todas las áreas y también la gran demanda de pacientes dentro de esta Institución Estatal, así se puede mostrar a la provincia y a la población en general sobre el verdadero significado tanto objetivo y subjetivo de sus dolencias físicas e intrapsíquicas generando en ellos cierto grado de alivio y de reestructuración cognitiva sobre su problemática.

Es original este proyecto porque en la Universidad Técnica de Ambato no existen investigaciones sobre todos los trastornos somatomorfos según el criterio del **DSM IV. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES**, es importante aclarar que de la lectura de este

manual se partirá para la evaluación de los distintos trastornos, para que de esta manera sea factible en conocimientos, teniendo en cuenta que los profesionales con los que se trabaja se rigen en el estudio del manual mencionado.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de los trastornos Somatomorfos y su efecto en las Habilidades Sociales en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de la provincia de Cotopaxi.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el tipo de Trastorno Somatomorfo con mayor prevalencia en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud mencionado.
- Identificar las Áreas de las habilidades sociales con mayor afectación dentro de la población investigada.
- Examinar la existencia de Trastornos Somatomorfos de menor porcentaje y la relación que existe en el deterioro de las habilidades sociales.
- Establecer una propuesta de solución psicoterapéutica con un enfoque individual guida a la resolución y exteriorización de sentimientos.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La Revista Chilena de neuro-psiquiatría que posee una versión On-line ISSN 0717-9227 en el 2002 presenta un artículo novedoso donde se describe que “el Trastorno de somatización es frecuente en la práctica médica general, presentando síntomas físicos múltiples que generan discapacidad en los pacientes y sobrecarga de los servicios de salud”, este tipo de pacientes acuden a consulta privada o pública en general, por algún malestar o dolencia que poseen, sin embargo después de la revisión del médico general o de un especialista en una determinada área se realiza exámenes de laboratorios, posteriormente el paciente asiste nuevamente a consulta con una gran preocupación con respecto a los resultados de los varios exámenes, aquí el Doctor especialista tranquilamente niega las sospechas descabelladas de su paciente, le demuestra los resultados negativos, a partir de este suceso toma otro rumbo el diagnóstico del paciente y tomará otro giro hacia la consulta psicológica donde se tendrá que realizar un diagnóstico de trastorno somatomorfo o de una trastorno facticio.

La enseñanza actual de la medicina pura se ha caracterizado por una visión reduccionista y mecanicista que enfatiza el aprendizaje de sistemas diagnósticos especializados. Se ha tendido a fragmentar al ser humano en aparatos y sistemas y la enseñanza se ha segmentado al ser ésta impartida por especialistas y subespecialistas. La misma psiquiatría, al avanzar las neurociencias y la psicofarmacología, se ha transformado en otra especialidad de la medicina, con subespecialidades para trastornos específicos.

Estos desarrollos han tenido logros indudables en muchas condiciones mórbidas, y las seguirán teniendo. Existen cuadros, sin embargo, donde una visión excesivamente especializada no tiene ventajas: los trastornos por somatización son un ejemplo de ello.

La organización actual de la atención de salud, también centrada en dividir y especializar el enfoque en forma segmentada por trastornos específicos, es poco adecuada para pacientes que expresan el conflicto psicosocial por la vía somática. Esto hace que los casos de pacientes que tienen un trastorno somatomorfo sean vistos como una sobrecarga en el área de salud: el proceso particularizante busca explorar a qué especialidad pertenecen, y al no poder clasificarlos los somete a exámenes cada vez más complejos: esto hace que los "policonsultantes" siendo definidos como aquellos pacientes que acude en varias oportunidades en demanda de atención por distintos síntomas; sean vistos como pacientes que gastan un exceso de tiempo de los médicos y de recursos económicos del mismo sistema.

La Universidad Austral de Chile en un Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar del año 2004 siendo los autores: Juan Espinoza Pérez y Rodrigo González Zamora; presentan como tema: *“Policonsultantes, somatización y percepción de la enfermedad”* donde después de distintas investigaciones con diferentes profesionales de la salud, les permitió aprender y conocer diversas realidades psicosociales que pasan los pacientes con trastornos somatomorfos cualquiera que fuera el diagnóstico, estos autores citan algunas características de los trastornos somatomorfos como: “los cuales provocan en todo el equipo de salud mayor desgaste debido a que sus motivos de consultas son diversos e inespecíficos”(Espinoza, 2014); después de un largo trabajo investigativo concluyeron que “los pacientes somatizadores tendrían dificultades con la organización intencional de sus deseos; la somatización sería expresión de un conflicto psicosocial por vía somática”(Espinoza, 2014). Otra conclusión que citan:

Es necesaria la capacitación de los equipos de salud en especial los médicos, a través de metodologías docentes que se centren en la conflictiva psicosocial de base. El estudio y manejo de estos pacientes es un excelente campo para equipos de trabajo interdisciplinarios y multiprofesionales en el diseño de intervenciones efectivas y aproximaciones preventivas. (Espinoza, 2014)

La intervención rápida y oportuna que se les dé a los pacientes que tengan un trastorno somatomorfo es significativa para la mejoría del mismo, por ende es necesario trabajar en intervenciones oportunas y prevención en pacientes que presentes síntomas o ideas injustificadas de poseer alguno de estos trastornos.

“La organización del sistema, las exigencias de metas, cumplimiento de programas, contribuye al estrés laboral y a mecanizarnos en nuestras actividades, no dándonos el tiempo necesario para tratar estos pacientes, que a su vez son vistos como una sobrecarga, como pacientes que gastan un exceso de tiempo de los profesionales de la salud y de recursos económicos del sistema” (Gould, 1989).

A pesar de todas estas conclusiones los mismos profesionales llegan a recomendaciones muy enfatizadas donde el área médica y psicológica se juntan para un verdadero accionar, mencionando que: “Sería importante realizar un estudio de acuerdo a cada comuna respecto de las causas, ya que aparte de la somatización se podría deber a alguna patología encubierta que afecte distintos aparatos o sistemas como problemas de tiroides o cuadros ansiosos no tratados, siempre y cuando se cuenten con los recursos humanos, materiales y necesarios para realizarlo”

Mientras que las habilidades sociales son una parte esencial de la actividad humana ya que el caminar de la vida está determinado, al menos parcialmente, por el rango de las habilidades sociales (Caballo, 2005). Distintos estudios señalan que las habilidades sociales inciden en el autoestima, en la adopción de roles, en la autorregulación del comportamiento y en el rendimiento académico, entre otros aspectos, tanto en la infancia como en la vida adulta (Gil Rodríguez, León Rubio & Jarana Expósito, 1995; Kennedy, 1992; Monjas Casares, 2002; Ovejero Bernal, 1998).

Tanto las habilidades sociales y los trastornos Somatomorfos, cualquiera que fuera el subtipo, se ven íntimamente ligadas y estas dos han sido demostradas por distintas investigaciones que se ha citado, sin embargo dentro de nuestro país

carecen de datos epidemiológicos y de la problemática Causa- Efecto, por tal motivo es de gran importancia su descripción y desarrollo.

2.2 FUNDAMENTACIÓN

2.2.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

En éste proyecto se utilizará el paradigma critico-propositivo ya que se basa en la construcción del conocimiento llegando a una clarificación del problema planteado, además aquí se toma en cuenta las hipótesis de trabajo en contexto y tiempo dado, explicaciones ideográficas, inductivas, cualitativas y centradas sobre las diferencias de los mismos.

Es crítico porque cuestiona los distintos abordajes en los diferentes trastornos somatomorfos, ya que generalmente algunos especialistas se centran en la sintomatología y no en la causa por lo cual se produjeron los mismos, el origen de estos trastornos son de vital importancia para la cura de los mismos.

Y es propositivo porque a su debido tiempo se elaborará una propuesta de solución a la problemática planteada que logre reducir la sintomatología, fortalecer la resiliencia de los pacientes y a determinar la influencia en las habilidades sociales que se vieron quebrantadas y suplantadas por molestias intra y extrapsíquicas.

2.2.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR

ARTICULOS RELACIONADOS A LA LEY DE SALUD

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

ARTÍCULOS RELACIONADOS CON LAS HABILIDADES SOCIALES

Art. 276.- El régimen de desarrollo tendrá los siguientes objetivos:

1. Mejorar la calidad y esperanza de vida, y aumentar las capacidades y potencialidades de la población en el marco de los principios y derechos que establece la Constitución.

Art. 346.- Existirá una institución pública, con autonomía, de evaluación integral interna y externa, que promueva la calidad de vida.

5. Garantizar el respeto del desarrollo psicoevolutivo de los niños, niñas y adolescentes, en todo el proceso educativo.

Art. 383.- Se garantiza el derecho de las personas y las colectividades al tiempo libre, la ampliación de las condiciones físicas, sociales y ambientales para su disfrute, y la promoción de actividades para el esparcimiento, descanso y desarrollo de la personalidad.

2.2.3 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

Este trabajo se fundamenta en la utilización del modelo teórico Cognitivo-Conductual (donde el pensamiento origina la conducta), tomando como base a Albert Ellis y su modelo ABC, donde se toma en cuenta el Pensar, Sentir y Actuar, ya que dentro de los trastornos somatomorfos y en las habilidades sociales el área de los pensamientos o cogniciones se ven afectados por la influencia de una posible enfermedad, Ellis en su postulado involucra que los seres humanos son los creadores de sus propias emociones y conductas, donde las imágenes mentales juegan un papel importante para el individuo, el psicodiagnóstico correcto es indispensable para seguir a los puntos de insight emocional, para el cambio de actitud, creando así nuevas ideas filosóficas, racionales, de esta manera se trabaja para abandonar las antiguas creencias irracionales, y convertirlas en

beneficiosas ideas racionales obteniendo así respuestas conductuales positivas sintiéndose bien consigo mismo y con los demás, mejorando las relaciones intra e interpersonales, sin dejar atrás el origen del problemas, los factores que lo causaron ya que existen excelentes estudios que demuestran que los conflictos psicológicos inconscientes se transforman en molestias corporales.

Para Ellis, la felicidad está perseguida por tres submetas: la de aprobación o afecto, éxito y competencia personal en diversos asuntos y el tercero “el bienestar físico, emocional o social”, en el cual se guía este trabajo y es la base de su estudio, sin dejar atrás los postulados de Goldstein quien profundizó los estudios en las Habilidades Sociales.

2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

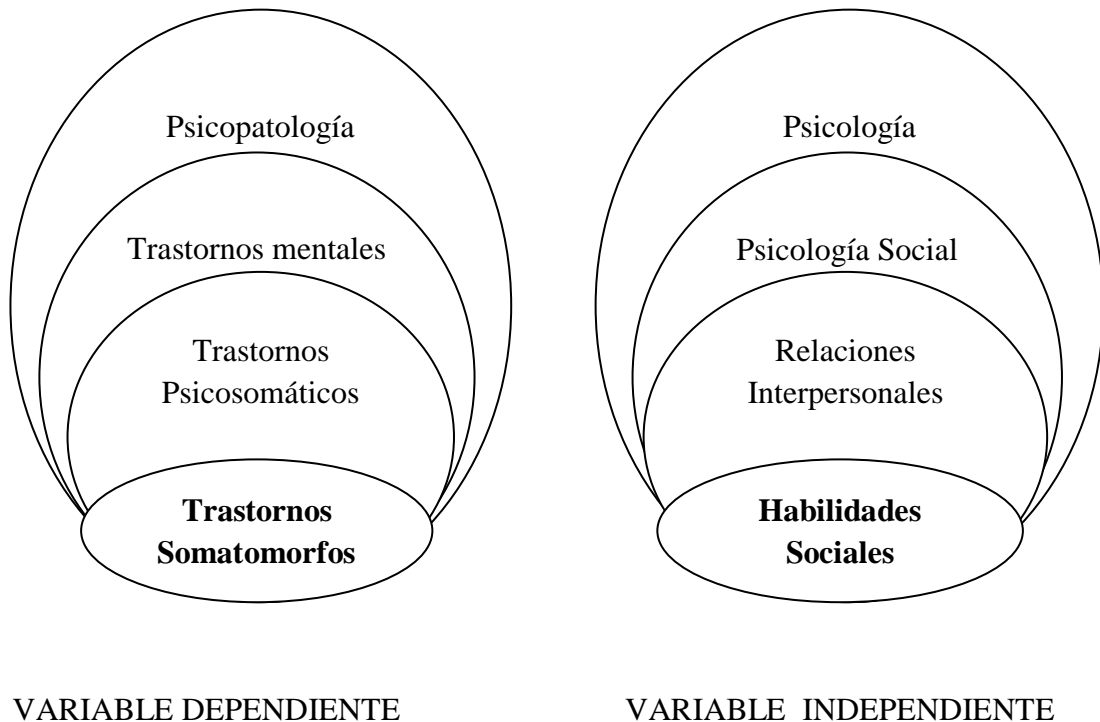


Gráfico 1

2.4 CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Psicopatología: Según Goldman, Howard en el 2001 menciona que es el estudio de Trastornos Mentales y de los pensamientos, sentimientos y conductas erróneas.

Trastornos mentales: Según el DSM IV en su quinta edición del 2005, menciona: es el conjunto de signos y síntomas que deterioran las capacidades cognitivas del individuo, cada uno posee sus criterios diagnósticos.

Trastornos Psicósomáticos: Según Lipowski en 1986 la define como la interrelación entre la vida emocional y todos los procesos corporales, basándose en la premisa de que no existe una distinción lógica entre la mente y el cuerpo.

Trastornos Somatomorfos: Según el DSM IV en su quinta edición del 2005 los define de esta manera: es la presencia de síntomas físicos (sin causa física evidente) que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Psicología: Según Morris, Charles en el 2001 menciona: es una ciencia que estudia la conducta, el comportamiento y los procesos mentales, se habla de ciencia porque se utiliza métodos científicos para buscar respuesta a todas las preguntas que surgen del individuo.

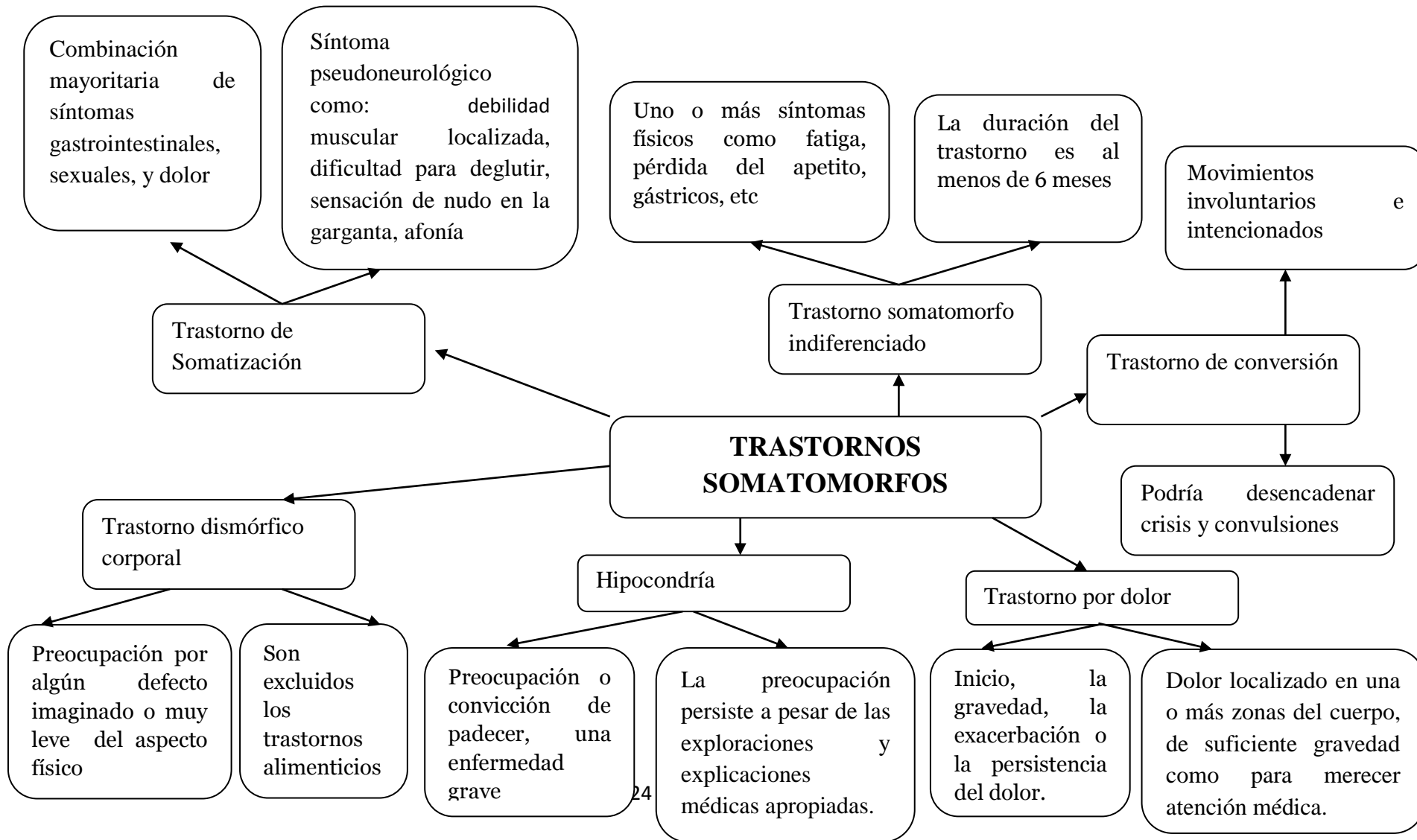
Psicología Social: Myers, David en el 2008 la define como una rama de la psicología que estudia la influencia de las personas entre sí mismas, examina las impresiones y las relaciones interpersonales que se mantienen o cambian, demostrando el comportamiento individual y grupal.

Relaciones interpersonales: Según Morris, Charles en el 2001 expresa que es una interacción recíproca entre dos o más personas, se da en cualquier contexto social y de cualquier manera.

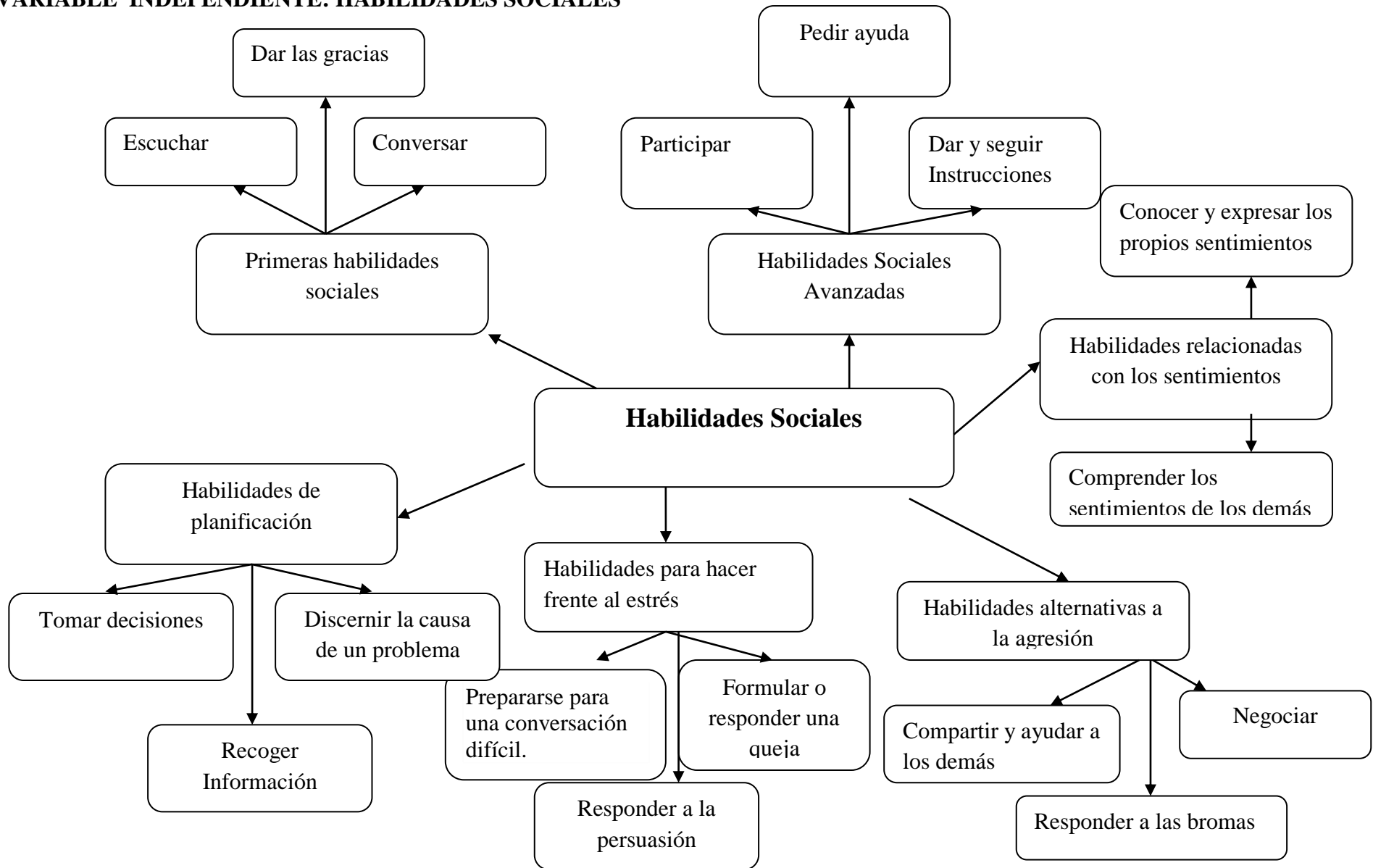
Habilidades sociales: Labrador, Francisco en 1997 menciona a las Habilidades Sociales como el conjunto de conductas manifestadas por un individuo para relacionarse de manera efectiva en un contexto interpersonal.

2.5 CONSTELACIONES

VARIABLE DEPENDIENTE: TRASTORNOS SOMATOMORFOS



VARIABLE INDEPENDIENTE: HABILIDADES SOCIALES



2.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Psicopatología.

“Es el estudio de Trastornos Mentales y de los pensamientos, sentimientos y conductas erróneas.” (Goldman,2001). Aquí conciernen dos procesos relacionados entre sí: primero el diagnóstico del trastorno mental y segundo los factores en la salud y enfermedad. Posee un dominio especializado y tiene que ver con un trastorno determinado y estudia las particularidades de enfermedades de carácter mental, donde cada modelo da su propio enfoque y perspectiva de su enfermedad. Por lo tanto, el tratamiento debe estar enfocado a la corrección de dichas anormalidades de raíz orgánica.

Según la OMS la Salud mental es el equilibrio entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos, generalmente provoca consecuencias como un trastorno mental, el cual puede manifestarse por sentir un malestar continuo que afecta no solo a la persona, sino al mundo que la rodea. Merriam-Webster en el 2008 define a la salud mental como: el estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria.

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de que da la Organización Mundial de la Salud: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Se debe tomar en cuenta el equilibrio en todas las áreas de la vida, en plena conciencia de las propias capacidades necesarias para lograr una subsistencia, afrontando las vicisitudes cotidianas de buena manera en un entorno socialmente adaptado pudiendo ser productiva y fructífera en su trabajo.

El Informe sobre Salud Mental (2001) expresa que para todos los individuos, la salud mental, física y social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes, cuanto mayor son nuestros conocimientos sobre el bienestar, mejor se sentirá la persona, ésta relación, más evidente resulta de la importancia de la Salud Mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.

En las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la Salud Mental, concepto que abarca entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia (es decir la manera de cómo incorporamos las sensaciones), la autonomía y la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales, desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental, se admite no obstante que el concepto de Salud Mental es más amplio que la ausencia de los Trastornos Mentales.

El bienestar Subjetivo, tal como su nombre lo indica, se refiere a la valoración que las personas hacen de su propia vida, de manera general o de cualquiera de sus múltiples dimensiones: su salud, su trabajo, su familia, su comunidad, su país, etc. Es un término que se intercambia fácilmente con el de satisfacción con la vida o con el de felicidad y que se opone al concepto de bienestar objetivo, el cual apunta más bien a lo que se supone pueda ser la calidad de vida que tienen las personas, estimada ésta a partir de indicadores “duros” u objetivos, como el ingreso, la situación de empleo, el estado de salud, la edad, el grado de educación etc. El bienestar subjetivo es el bienestar que declaran las personas tener. De lo anterior se deduce que mientras el bienestar subjetivo es aquel que solo puede ser declarado por los propios individuos, el bienestar objetivo, en cambio, puede ser determinado por un tercer agente, como el gobierno, la academia o un organismo multilateral.

La importancia de conocer cuál es el bienestar subjetivo de un individuo o un colectivo resulta obvia si se entiende que ultimadamente lo que toda acción pública o privada busca es hacer más feliz a la gente, y para saber si este objetivo se está logrando es primordial saber cómo la gente se siente y valora su vida de

forma general o en cualquiera de sus múltiples dimensiones. El estudio del bienestar subjetivo coloca al individuo, y la manera como éste siente o vive su realidad, en el centro del análisis. En este sentido es un esfuerzo por armar la realidad de abajo hacia arriba, desde las personas –tal como ellas sienten y perciben su vida- hasta la forma como se siente y comporta el colectivo.

Autonomía deriva de los vocablos latinos autos (por uno mismo) y nomos (ley) o sea darse alguien sus propias leyes, sin ingerencias extrañas. Significa por lo tanto ausencia de dependencia, de lazos y presiones para ejercitar las ideas, pensamientos o acciones. Es lo contrario de la dependencia.

El Dr. Parquet psiquiatra Norteamericano menciona que las dependencias son las Subordinaciones de una persona o cosa respecto de otra u otras, por las que está regida o a las que está sometida. La medicina y la psicología hablan de dependencia cuando una persona tiene una necesidad compulsiva de alguna sustancia para experimentar sus efectos o para aplacar el malestar que surge por su privación. Las drogas legales (como el alcohol o el tabaco) e ilegales (la cocaína, la heroína) generan dependencia de igual manera.

Otro tipo de dependencia es la dependencia social, que aparece cuando una persona tiene un elevado grado de discapacidad o disfuncionalidad y necesita de la ayuda de terceros para subsistir. Un ejemplo habitual de esta dependencia ocurre con los ancianos que necesitan colaboración para alimentarse o desplazarse.

Los conocimientos sobre Salud Mental y en términos más generales, sobre el estudio del funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Trastornos Mentales

El término “Trastorno” según en CIE 10, se usa a lo largo de diversas clasificaciones que diferencia de otros términos como enfermedades o padecimientos, el término trastorno no es tan preciso, sin embargo se usa para señalar la presencia de un comportamiento o grupo de síntomas claramente identificables en la práctica de la clínica, que en la mayoría de casos se acompañan de cualquier tipo de malestar e interfieren en la actividad diaria del individuo.

Debido a la diversidad de problemas mentales que existen, el proceso de diagnóstico debe ser muy cuidadoso, sostiene el Doctor (Ludovic Reveiz Herault-2013) médico de la Universidad del Rosario en Bogotá, Colombia, puesto que la calificación de las anomalías es el primer paso en el desarrollo de un tratamiento acertado.

En este sentido, muchos de los problemas tienen síntomas comunes, razón por la cual en algunos casos podrían desarrollarse procesos de recuperación equívocos, sino se hace un trabajo previo, es decir de profilaxis o de prevención primaria, secundaria y terciaria, cada una de estas etapas poseen sus propias características que cumplir tanto del profesional o del paciente.

Según el experto, los trastornos más comunes son “la afasia, la amnesia, deficiencia mental, depresión mental, esquizofrenia, paranoia, psicosis y psicosis maníaco-depresiva”.

Para comprender con mayor profundidad cada uno de estos trastornos, se entrevistó para Buena Salud a tres expertos: El Doctor Ludovic Reveiz (Universidad del Rosario), Carolina Giraldo, psicóloga de la Universidad de la Sabana (centro académico a unos 20 kilómetros al norte de Bogotá) y la psicóloga Adriana Vasquez quien trabaja en la Clínica Monserrate de Bogotá, uno de los centros de tratamiento más reconocidos para tratar estas anomalías.

Siendo éstas las conclusiones de los expertos:

Afasia: La afasia es una afección orgánica causada por lesión en la corteza cerebral. Esta lesión produce una pérdida o disminución de la facultad de utilizar palabras como símbolos de ideas. Por ejemplo, una persona necesita explicar algún tema en especial y no tiene la fluidez para hacerlo, ya que no encuentra las palabras necesarias para dar su idea.

Amnesia: Pérdida de la memoria y especialmente incapacidad para reconocer las ideas interpretadas por las palabras. Sus síntomas son variados y de diferentes clases. En la amnesia anterógrada, la pérdida de memoria sigue directamente a un shock o trauma grave. La amnesia auditiva consiste en la incapacidad para reconocer la palabra hablada. En la amnesia retrograda se borra toda memoria relativa a acontecimientos pasados, y en postraumática, la de los posteriores a un accidente. Esta última es de variada duración, según la gravedad del shock o daño recibido. La amnesia puede ser parcial, con pérdida de memoria de sonidos, nombres o colores; o en general, con pérdida de la mayor parte de la memoria, frecuentemente aparece asociada a un conflicto emocional repentino solucionado, el cual retorna a la memoria. Aunque en los casos de la amnesia total se recuerdan ciertos hábitos, como el de leer, caminar y escribir.

Deficiencia mental: Es una forma de atraso mental en que el sujeto no posee el nivel medio de inteligencia o no logra alcanzar ese nivel por defecto de desarrollo. No debe confundirse con la enfermedad mental, en que se produce alteración de las funciones de la mente de capacidad normal, como sucede en la neurosis o psicosis. Se distinguen diversos grados de defecto o debilidad mental.

Depresión mental: Es un estado de postración y tristeza, acompañado habitualmente de disminución de la actividad, ya que en ella se paraliza la iniciativa y la decisión. La depresión de un sujeto se refleja en su actitud hacia los demás y sus acciones. El deprimido se vuelve excesivamente precavido, teme gastar dinero y disfrutar de expansiones y diversiones, vacila en reunirse con otras personas y eventualmente se enfrenta no sólo con el mundo en general sino consigo mismo.

En el tratamiento de la depresión mental se han empleado varios preparados farmacéuticos, llamados energéticos psíquicos. Estos fármacos pueden elevar el nivel de actividad del sistema nervioso central cuando este se muestra perezoso.

Esquizofrenia: Es un grave trastorno mental o psicosis, que indica pérdida de contacto con la realidad y una desorganización o desintegración temporal o permanente de la personalidad. Derivado de esquizo, "separación", y frenia, "mente", el nombre alude a una separación entre la mente y la realidad. La esquizofrenia es la forma más corriente de enfermedad mental, sostienen los expertos. El esquizofrénico rechaza el mundo exterior y se introvierte en su propio mundo. Sus actos se acomodan a este mundo imaginario y por ello son tan difíciles de interpretar. En los últimos decenios se ha avanzado mucho en el conocimiento y tratamiento de la esquizofrenia y es mayor el índice de recuperaciones totales o parciales.

Paranoia: Rara psicosis que se caracteriza por manías persecutorias y frecuentes alucinaciones, por lo general de tipo auditivo. En ella, sin que se pierda el contacto con la realidad, esta se tergiversa. El paranoico siente que una persona o un grupo le persiguen o quizás intentan matarle. Es frecuente que este intenso temor y recelo se convierten con excesivas ambiciones y sueños de grandeza no realizados. El paranoico acusa al perseguidor de sus fracasos.

Psicosis: Es un desorden mental severo que se manifiesta en comportamiento, reacciones e ideas anormales. La persona no es capaz de enfrentarse con las demandas de su medio ambiente. Una persona psicótica difiere de la persona neurótica en que esta última ha tenido éxito en realizar un ajuste a su medio ambiente, la naturaleza de este ajuste consistiendo generalmente en la neurosis.

Psicosis maníaco-depresiva: forma de disturbios mentales. Es casi tan común como la esquizofrenia. Giraldo indica, que alrededor de un tercio de todos los pacientes internados en institutos mentales pertenecen a este grupo. La psicosis maníaco-depresiva puede atacar en cualquier edad pero es más prevalente en el grupo entre 20 y 50 años. Las mujeres son atacadas más frecuentemente que los hombres, comprendiendo alrededor de dos tercios de todos los casos.

La psicosis maníaco-depresiva ha sido llamada locura cíclica, debido a que está caracterizada por ciclos periódicos y alternantes de manía y depresión.

Tanto el CIE 10 como el DSM IV poseen una gama de trastornos o enfermedades mentales, cada una con su propia explicación por lo que hay que discutir las o estudiarlas de una forma unitaria, es decir una a una y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno de forma individual e incluso específica ya que cada persona puede poseerla con síntomas indistintamente diferentes.

Causas

Existen muchas causas de las enfermedades mentales, son de diversas sin especificación; genéticas y con antecedentes familiares. Las experiencias de vida, tales como el estrés o un historial de abuso, también pueden influir. Los factores biológicos también pueden ser parte de la causa. Una lesión traumática del cerebro puede conducir a un trastorno mental, también es importante citar otros factores como ambientales, familiares, psicosociales y netamente psicológicos.

Clasificación

Existen un sin número de clasificaciones de los trastornos mentales, en diversas escalas de gravedad del individuo como en su resultado o efecto, para un mejor estudio la psicología los divide en dos grandes grupos que son: los Trastornos Neuróticos y Psicóticos.

Neurosis

Las neurosis es un trastorno menos grave que afecta a un número grande de personas dentro de la sociedad, afecta en mayor grado a la percepción del sujeto sobre sí mismo, y a su nivel de agrado, de plenitud y de integración del yo, "La neurosis se presenta en el individuo cuando es incapaz de soportar su Yo" (Dr. González, José 2003); así como a sus relaciones con el entorno social y familiar más cercano; sin embargo, no presentan los síntomas usuales de desconexión con la realidad y amplio alejamiento de la vida social, pueden desempeñarse laboral y académicamente. A su vez el uso significativo y reiterado de los mecanismos de defensa del individuo sus un síntomas claros de neurosis en el ser humano.

Psicosis

En el diccionario de Psicología de Alberto Merani la define como una enfermedad con síntomas de delirios, alucinaciones, y grave alteración afectiva y relacional, estos trastornos suelen tener un factor orgánico bastante pronunciado y deben ser atendidos psiquiátricamente.

Trastornos Psicossomáticos

“Para muchos el término Psicossomático significa que un estado no es real y que existe sólo en la mente” (Morris 2001), este es un término demasiado real y que en diversas ocasiones no solo se encuentra en la mente de una persona, un ejemplo de esta es una cefalea común por algún tipo de tensión en el individuo, donde estas contracciones musculares realmente si son causadas por el estrés.

Desglosando el término Psicossomático denota la relación entre mente y cuerpo, siendo estos dos los principales precursores que caracterizan a los problemas; “Hoy la medicina moderna prefiere la idea de que todas las enfermedades físicas son en cierta medida psicossomáticas”(Morris 2001), lo que nos hace pensar que tanto la psicología y la medicina tienen que estar estrechas en el campo multidisciplinario para llegar a un buen diagnóstico definitivo, después de haber pasado por un diferencial.

Trastornos somatomorfos

“Dificultades psicológicas que adquieren una forma física (somática), pero para las cuales no hay una causa médica” (Feldman2005); los trastornos somatomorfos son entidades que no se comprenden totalmente, que no se han investigado lo suficiente para entender su etiología y su fisiopatología a la perfección.

“La tendencia a experimentar y comunicar síntomas somáticos que no se explican por hallazgos patológicos por ende se los atribuye a enfermedades físicas y se busca ayuda médica para los mismos” (Lopowski, 1988), este concepto ha sido

desplazado por otro más sencillo que se trabaja en la actualidad “Síntomas somáticos, sin causa médica conocida” (Vallejo Ruiloba, 2005)

Los trastornos somatomorfos fueron ubicados por primera vez como una clase de trastornos psiquiátricos en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III). Esta clase fue creada para facilitar el diagnóstico diferencial de los trastornos caracterizados primariamente por síntomas físicos que sugieren un trastorno psicológico, por lo tanto, es llamado somatomorfo o samatoforme, en los cuales no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y para los que existen pruebas positivas, o una fuerte presunción, de que los síntomas están relacionados con factores o conflictos psicológicos.

Con algunas modificaciones, este grupo y el concepto de la enfermedad misma han permanecido en el DSM-III-R (1987) y en el DSM-IV (1994). En esta categoría diagnóstica se incluyen aquellos trastornos en cuyo cuadro clínico se puede observar de manera típica, como rasgo característico, ciertos síntomas físicos que sugieren una condición médica general y que no son explicados completamente por una enfermedad física visible.

Trastornos somatomorfos

Según La Asociación Estadounidense de Psiquiatría en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV versión 2000), presenta la siguiente clasificación:

F45.0 Trastorno de somatización.

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.

F44 Trastorno de conversión.

F45.4 Trastorno por dolor.

F45.2 Hipocondría.

F45.2 Trastorno dismórfico corporal.

Trastorno de Somatización

Criterios para el diagnóstico de 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).” (DSM IV, 2005)

Dentro del trastorno de somatización existe una serie de síntomas dolorosos con al menos cuatro zonas del cuerpo y sus funciones estas pueden ser la cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción, entre otros.

Es importante mencionar síntomas gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos, todos los síntomas en conjunto están presentes. Tras diversos estudios en el paciente y exámenes no se encuentra ninguna enfermedad, pero se

debe indagar bien para descartar que no exista un Trastorno de simulación ni ningún beneficio secundario objetivo de estar enferma la persona.

Diagnóstico diferencial

Se debe descartar esclerosis múltiple, lupus, hipertiroidismo y porfiria (enfermedades metabólicas). Es importante que el Psicólogo Clínico recuerde que este trastorno inicia antes de los 30 años de edad ya que si aparece posteriormente es una enfermedad somática más no de somatización.

Algunos especialistas han detectado un tipo de depresión mayor con síntomas somáticos que tienen que referirse diferencialmente del trastorno de somatización; en las crisis de angustias pueden ocurrir síntomas físicos, pero solo relacionados con excesos de angustia.

“El trastorno facticio con síntomas físicos se distingue por la presencia de engaño consciente para producir los síntomas” (Goldman 2001)

Los trastornos médicos que se manifiestan con síntomas somáticos crónicos múltiples, vagos e inexplicados pueden diagnosticarse erróneamente como somatización. Antes de establecer el diagnóstico debe descartarse la presencia de: Enfermedades tiroideas y paratiroides, enfermedades suprarrenales, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico y otras vasculitis, miastenia grave, sífilis, infección por VIH y enfermedades del intestino irritable.

Trastorno Somatomorfo Indiferenciado

Criterios para el diagnóstico de F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (300.81)

“A. Uno o más síntomas físicos (p. ej., fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).

B. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso o medicación)

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

C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. La duración del trastorno es al menos de 6 meses.

E. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico).

F. Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).” (DSM IV, 2005)

Dentro de los trastornos somatomorfos indiferenciados llaman la atención diversos síntomas físicos como fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios, sin importar la coexistencia de todos lo que diferencia del trastorno de somatización.

Tras diversos estudios en el paciente y exámenes no se encuentra ninguna enfermedad, pero se debe indagar bien para descartar que no exista simulación ni ningún beneficio secundario objetivo de estar enferma la persona. Algunos se quejan de una fatiga mental y física, debilidad e incapacidad para realizar las tareas cotidianas debido a estos síntomas.

Diagnóstico Diferencial

Los criterios diagnósticos para el trastorno de somatización son bastante taxativos y la mayoría de pacientes no alcanzan a tener todos los síntomas, en la actualidad se usa este diagnóstico para uno o más síntomas sin explicación médica al menos en 6 meses.

Este trastorno se diferencia con el trastorno de somatización en el que este último citado tiene una multiplicidad de los síntomas, una duración de varios años y debe ser diagnosticado antes de los 30 años de edad. Presentan una historia de manera inconsciente, la cantidad de síntomas llevan a cumplir perfectamente los criterios diagnósticos y en otras son demasiado escasos.

Los trastornos mentales que pueden producir síntomas físicos no explicados son los trastornos facticios, depresivos mayores y trastornos de ansiedad

Lupus, Esclerosis múltiple, porfiria, enfermedad tiroidea, esquizofrenia, depresión, Trastorno de Estrés Post Traumático; “Debe ser descartada cualquier trastorno de personalidad” (Martínez Luis, 2008)

Trastorno de conversión

Criterios para el diagnóstico de F44 Trastorno de conversión (300.11)

“A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

“El trastorno conversivo se manifiesta con síntomas de alteración sensorial, de la coordinación psicomotora y/o el equilibrio, parálisis o paresia localizada, movimientos anormales, dificultad al deglutir, sensación de globo faríngeo, afonía. En algunos casos, los síntomas permanecen fijos porque las creencias sobre éstos también lo están” (Fundación Eduardo Punset, 2013)

Los factores psicológicos siempre se los involucra de manera directa ya que están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes, hasta ahora en la actualidad se conoce que todos los casos de trastornos conversivos, son por fuertes problemas psicológicos infantiles.

Diagnóstico Diferencial

Hay que realizar un buen diagnóstico diferencial ya que puede ver síntomas neurológicos vagos, como esclerosis múltiple, se sugiere un diagnóstico de trastorno de conversión cuando el síntoma somático no se conforma a un mismo trastorno somático real conocido o no corresponde a la anatomía del sistema nervioso.

El síntoma debe ser muy claro, debe haber una evidencia exacta y significativa de que sea de orden neurológico. “La hipocondría implica síntomas físicos pero sin ninguna pérdida o distorsión de una función corporal” (Goldman 2001)

Trastorno por dolor

Criterios para el diagnóstico de F45.4 Trastorno por dolor

- A. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).

E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica, por lo general presentan una historia de repetidas visitas al médico para obtener un diagnóstico o alivio del dolor, por lo general inicia en la adolescencia y adultez joven, presentan un buen pronóstico con tratamiento psicológico.

Dentro de este trastorno interviene la memoria somática lo que significa “que el dolor también puede ser una manera de recordar físicamente algún trauma” (Goldman Howard 2001), o la relación con las lesiones ocurridas durante alguna agresión de cualquier índole.

Diagnóstico Diferencial

Hay que tomar en cuenta que el trastorno de conversión se caracteriza por una pérdida de funcionalidad en un lugar determinado más no por un claro dolor, es necesaria una evaluación médica completa de los síntomas dolorosos antes de llegar a un diagnóstico de trastorno por dolor de origen psicológico, en el trastorno de somatización están presentes síntomas múltiples además del dolor.

Los síntomas dolorosos pueden formar parte de trastornos facticios y por simulación, estos pacientes representan erróneamente sus síntomas de manera intencionada y describen también erróneamente sus antecedentes de enfermedades médicas subyacentes (es posible identificar además una ganancia secundaria).

En la crisis convulsiva, pierde el conocimiento, mientras que en la conversiva, no se pierde el conocimiento

Finalmente excluye la Cefalea de tensión y Lumbalgia (discos lumbares) sin especificación; Además si el dolor que muestra mejoría temporal con placebos o sugestión no debería considerarse de origen psicológico.

Trastorno Hipocondriaco

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Hipocondría (300.7)

“A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.

B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).

D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.” (DSM, 2005)

“Un hipocondriaco, es una persona que se queja sobre problemas físicos menores, se preocupa de manera poco realista sobre grave enfermedades, busca persistentemente atención profesional y consume múltiples remedios de venta libre” (Goldman Howard 2001).

Por ende la preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos, se sale fuera de control, “la interpretación equívoca de estos síntomas es bastante natural” (Goldman Howard 2001). Pudiendo así interpretar funciones normales del cuerpo como una enfermedad grave, un ejemplo de esto sería cefaleas por tensión, infecciones respiratorias menores, entre otras.

Tanto la ansiedad y la depresión están ligadas a las personas con Hipocondría, su historia de enfermedades comúnmente es extensa y se expresa con frustración.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial incluye la presencia real de enfermedades somáticas graves, en otras ocasiones requerirá la diferenciación de esquizofrenia o depresión mayor con síntomas somáticos

Con otros trastornos psiquiátricos como:

La preocupación por la enfermedad y los síntomas físicos puede ser una forma de TOC, Las preocupaciones somáticas son un aspecto frecuente de los diagnósticos de enfermedad afectiva y ansiedad, pero desaparecen con el tratamiento eficaz de estos trastornos. En las fases iniciales de una demencia pueden surgir preocupaciones somáticas. La disfunción cognitiva es una observación fundamental en estos casos. Los pacientes esquizofrénicos se centran en ocasiones en una idea delirante de un trastorno físico, si bien predominan otros signos y síntomas del espectro psicótico.

Una preocupación somática aislada de proporciones delirantes puede catalogarse como trastorno delirante de tipo somático cuando están ausentes otros signos y síntomas de esquizofrenia franca.

La preocupación somática limitada a una preocupación relativa al aspecto personal puede clasificarse como un trastorno dismórfico corporal. Cuando existen indicios claros de una ganancia secundaria, es posible que el cuadro se explique mejor con un diagnóstico de simulación.

Los pacientes hipocondríacos con frecuencia presentan un trastorno de estado de ánimo que por lo general fluctúa entre la depresión o ansiedad.

Trastorno Dismórfico Corporal

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7)

“A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).” (DSM IV, 2005)

La preocupación excesiva por alguna parte del cuerpo. “Este trastorno implica la preocupación de un individuo acerca de un defecto imaginario en su apariencia, siendo que su aspecto real no tiene nada notable. Si está presente una ligera anomalía, la preocupación del individuo está fuera de proporción con respecto al defecto. De manera típica, estos pacientes se centran en arrugas y defectos de la piel, vello facial o la forma de la nariz, boca o mandíbula” (Goldman Howard 2001).

Por lo general buscan tratamiento con dermatólogos, cirujanos plásticos o reconstructivos, para la corrección quirúrgica de su supuesta anomalía, por ende casi nunca las intervenciones médicas resuelven las verdaderas preocupaciones de estos pacientes y por lo general siguen buscando más intervenciones por la inconformidad de los resultados.

Diagnóstico Diferencial

Depresión: La preocupación somática desaparece con el tratamiento del trastorno del estado de ánimo.

Transexualidad porque la preocupación somática se limita a características físicas relacionadas con el sexo u órgano sexual.

Se debe eliminar también un trastorno alimenticio como la Anorexia Nerviosa ya que la preocupación tiene que ver con el peso, el tamaño y la forma corporal, y se asocia a un comportamiento compensador como restricción de la alimentación, consumo de diuréticos o laxantes y ejercicio excesivo

TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN LA ADOLESCENCIA

La Dra. Melvin D. Oatis en su revista virtual "The Child Study Center" menciona un artículo "Acerca de la Enfermedad Psicósomática (Trastorno Somatomorfo)", donde manifiesta lo siguiente "las molestias físicas sin ningún fundamento visible pueden ser un reflejo del estrés, como el nerviosismo provocado por una situación social, un entorno escolar muy exigente, la separación de los padres u otra situación estresante. Ya que el estrés afecta el cuerpo y la mente, influye en algunas enfermedades y puede influir en la forma en que un niño o adolescente percibe los síntomas de la enfermedad, la forma en que controla la enfermedad y el tiempo de recuperación".

Cuando coexiste en el adolescente un sinnúmero de síntomas físicos se puede dar un diagnóstico real, pero esto es poco frecuente, ya que los criterios para los trastornos somatomorfos se establecieron para adultos y ciertos síntomas todavía no se han manifestado en un corto período.

Cita algunos síntomas frecuentes como:

Deformidades o defectos físicos irreales

Dolor de espalda, muscular o cabeza

Dolor abdominal

Fatiga

Con los cambios hormonales de la pubertad, la ansiedad y angustia, la fatiga, la pérdida del apetito y los dolores son síntomas frecuentes, que prevalecen más en mujeres que en los varones

Síntomas que simulan los trastornos neurológicos, como la visión doble, escasa coordinación y equilibrio, parálisis o convulsiones.

Los adolescentes reaccionan de forma diferente ante el estrés, dependiendo de las características personales individuales, como la apreciación del hecho y sus estrategias de afrontamiento. Algunos niños tienen más dificultad que otros para expresar sus emociones directamente, debido a su temperamento individual, el clima emocional de la familia y las costumbres culturales. Los factores activadores más comunes de los trastornos somatomorfos son los factores de estrés psicosociales, el trauma (abuso sexual o físico) o el conflicto familiar. Si bien existen diversas hipótesis relacionadas con el origen de los trastornos somatomorfos, todavía se desconocen las causas exactas.

Gráfico N ° 01

TRASTORNOS CON CLÍNICA SOMATOFORME EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

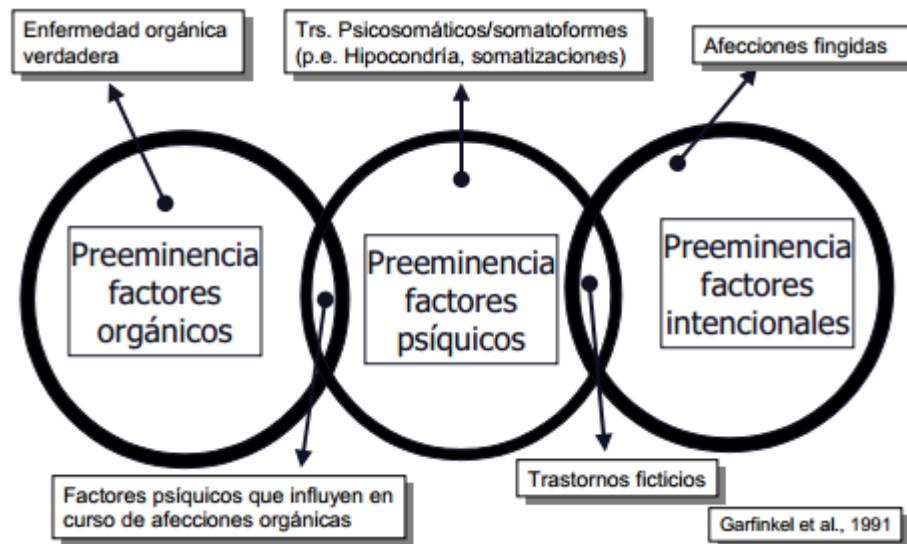


Gráfico 1

La determinación de estos cuadros es un diagnóstico por exclusión ("que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático", "no puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida"). En este sentido el único dato "de evidencia" que puede orientar a estos trastornos, es la relación temporal entre el síntoma físico y determinados acontecimientos vitales estresantes. (Mc Grath, 1995), siendo el factor predominante los síntomas psicológicos en la adolescencia.

“La dificultad para la expresión verbal de las emociones en la infancia, fruto de la inmadurez cognitiva y de la limitación de vocabulario, está considerada como uno de los factores que subyacen a la comunicación del malestar emocional a través de síntomas físicos.” (Garralda, 1992)

Los estudios biológicos sugieren que la persona puede tener una percepción y una evaluación deficiente de las señales sensoriales, una interpretación psicoanalítica considera los síntomas como impulsos instintivos reprimidos.

Los datos genéticos sugieren que los trastornos somatomorfos tienden a manifestarse en las familias con una incidencia del 10 al 20% en familiares femeninos de primer grado. Otra evidencia demuestra que la ansiedad y la depresión son más comunes en las familias de niños o adolescentes con somatización.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Psicología

“La psicología es la ciencia de la conducta y de los procesos mentales” (Morris,2001), la conducta y los procesos mentales son dos instancias que marcan a la psicología, al ser ciencia se debe aplicar el método científico en el accionar diario del psicólogo, para así buscar respuestas a todo tipo de preguntas.

“La psicología o sicología es el estudio o tratado del alma, proviene del griego clásico psique que significa alma, actividad mental y logía que es el tratado o estudio” (Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición,2010).

“Es la ciencia que trata de la conducta y de los procesos mentales de los individuos” (Vidales, Ismael (2003). Psicología General. México: Limusa - Noriega Editores.)

Jhon Locke da inicios en psicología en 1690 presenta la primera idea sobre la Tabula rasa, que fue descartada, Locke creía que la mente humana era lo que él denominaba como una "tabula rasa", lo cual en latín significa "hoja vacía". Creía que un ser humano cuando nace no sabe nada, y que todos los conceptos desarrollados por el hombre se derivaban de su experiencia en el mundo.

A partir de 1800 se realizan nuevos estudios, uno atrás de otros donde se recapitula al ser humano y lo intangible “mente”, en 1879 Wilhelm Wundt, inaugura el primer laboratorio de psicología en Alemania, posteriormente William James publica principios de Psicología 1890, en 1900 se formulan otros modelos de psicológicos con Sigmund Freud e Ivan Pavlov

La psicología es la disciplina que investiga sobre los procesos mentales. La palabra proviene del griego: psico- (actividad mental o alma) y -logía (estudio). Esta ciencia analiza las tres dimensiones de los mencionados procesos: cognitiva, afectiva y conductual.

La psicología moderna se ha encargado de recopilar hechos sobre las conductas y las experiencias de los seres vivos, organizándolos en forma sistemática, clara y elaborando teorías de mejor manera para su comprensión. Estos estudios permiten explicar su comportamiento y hasta en algunos casos, predecir sus acciones futuras, sin embargo debemos tomar en cuenta el ambiente, la personalidad misma del individuo, entre otras.

A aquellas personas que desarrollan el estudio de la psicología se las denomina psicólogos. Esto significa, aquellos que consideran, examinan o analizan el comportamiento de los seres vivos desde un enfoque científico- comprobable.

“Los psicólogos comparten una misma meta: explicar y entender el comportamiento mediante métodos científicos” (Feldman 2005), es necesario aclarar que la psicología es una ciencia en constante desarrollo y dados los condicionantes sociales y morales, va transformándose en base a la madurez de las sociedades a lo largo del tiempo. En la actualidad, la psicología se divide en varias ramas, las cuales se encuentran conectadas en tanto y en cuanto intentan dar respuesta a lo mismo, el porqué de las acciones y los efectos que las experiencias puedan tener en un ser vivo o grupo para condicionar su existencia.

Según Morris en el 2001 menciona que algunas de las áreas más importantes de la psicología son:

- La psicología fisiológica, estudia el funcionamiento del cerebro y el sistema nervioso relacionados con la vida psíquica y la conducta, tanto normal como patológica.
- La psicología experimental, estudia mediante técnicas de laboratorio la sensación, percepción, atención, memoria, pensamiento, lenguaje, aprendizaje, entre otros, poniendo en práctica las leyes de los procesos mentales y de la conducta.

- Psicología industrial, estudia el entorno laboral, identificando a cada trabajador en su puesto de trabajo de mayor conveniencia y desenvolvimiento.
- Psicología clínica, se encarga del estudio del comportamiento humano, “se interesan principalmente en el diagnóstico de los trastorno mental” (Morris, 2001) por ende en su etiología y tratamiento.
- La psicología social es la rama que se encarga de analizar las influencias que marca el entorno social sobre un individuo, “Analizan cosas como las primeras impresiones y la atracción interpersonal” (Morris, 2001)

La psicología social

“La psicología Social es una ciencia que estudia las influencias de nuestro medio, dándole especial atención a cómo nos vemos y cómo nos influenciamos los unos a los otros” (Mc Graw- Hill 2008), la vida de cada ser humano existente en el planeta tierra está conectada a la de otros por miles de hilos invisibles, que nos hace entes sociales y más no individuales.

El comportamiento Social varía, no sólo por la situación objetiva, sino por la forma en que las personas lo interpretan, lo que quiere decir que la manera en que las personas se miran así mismas van a influir en la percepción de los demás.

“La psicología Social es el estudio científico de la manera como las personas piensan, se influyen y se relacionan con los demás” (Mc Graw- Hill 2008)

La psicología social es el estudio científico de cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas son influenciados por la presencia real, imaginada o implicada de otras personas y es una de las cuatro ramas fundamentales de la Psicología, así como una de las ramas clásicas de la Sociología. Sus orígenes se remontan a 1879 con la aparición de la

Völkerpsychologie o Psicología de los pueblos, desarrollada por Wilhelm Wundt y que actualmente es una de las especialidades de estudio, focalizando el individuo en la sociedad y la incidencia de esta en el individuo ya que lo humano y lo social están estrechamente relacionados y se complementan mutuamente.

Los psicólogos sociales explican el comportamiento humano como resultado de la interacción de estados mentales y situaciones sociales inmediatas, La psicología social alcanzó la madurez en teoría y método durante los años 1980 y 1990. Cuidadosos estándares éticos regulan ahora la investigación, y han emergido más perspectivas pluralistas y multiculturalistas. Los investigadores modernos se interesan por una variedad de fenómenos, pero la atribución, la cognición social y el concepto del yo son quizás las áreas que más han aumentado durante los últimos años.

Los psicólogos sociales han mantenido sus intereses aplicados, con contribuciones a la psicología de la salud y medioambiental, además de la psicología legal, y la estrecha relación con la psicología clínica, especialmente desde el psicoanálisis y sus posteriores corrientes y tendencias que finalmente fueron las que dieron origen a la psicología social.

La psicología social todavía es una ciencia joven, la segunda guerra mundial fue la clave para que los psicólogos contribuyan con ingeniosos estudios sobre persuasión y estado de ánimo de los soldados, que empezó a emerger como el vibrante campo que es hoy.

Los psicólogos sociales estudian a los individuos, cómo se ve influenciado por el resto y cómo se relaciona con el entorno. “Proponen teorías que ordenan sus observaciones, las cuales tienen implícitas hipótesis, susceptibles de ser sometidas a pruebas y predicciones prácticas, también realizan investigaciones que predicen el comportamiento, utilizando estudios correlativos, que con frecuencia se realizan en escenarios naturales. También intentan explicar el comportamiento efectuado experimentos que manipulan uno o más factores bajo condiciones controladas” (Mc Graw- Hill 2008)

Relaciones Interpersonales

“Es un conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas” (Vicente E. Caballo 1986)

“Son asociaciones de largo plazo entre dos o más personas. Estas asociaciones pueden basarse en emociones y sentimientos, como el amor y el gusto artístico, el interés por los negocios y por las actividades sociales, las interacciones y formas colaborativas en el hogar, etc.” (Elton Mayo y el movimiento de las relaciones humanas), el desarrollo integral de las personas está íntimamente ligado con la función de cada individuo.

Una de las cosas más importantes de la vida de las personas son los sentimientos que alberga hacia los demás y, en consecuencia, no sorprende que el agradarse y quererse se haya vuelto un foco de interés importante para los psicólogos sociales. “Conocido de manera más formal como estudio de las *relaciones interpersonal* o de las relaciones cercanas, en este ámbito se abordan los factores que generan sentimientos positivos hacia los demás” (Feldman, 2005).

Los factores importantes que consideran los psicólogos sociales para medir las relaciones interpersonales son:

- Proximidad: La proximidad es uno de los hallazgos establecidos con mayor firmeza para una mejor atracción interpersonal: “La proximidad entre dos personas hace que éstas se agraden” (Burgoon 2002)
- La mera exposición: La exposición repetida a cualquier estímulo sea persona, imagen o cualquiera, hace que nos grade más; las interacciones deben ser positivas.

- Semejanza: Para los psicólogos sociales a las personas nos agradan quienes son similares a nosotros. “Una razón por la que la semejanza aumenta la probabilidad de atracción interpersonal es que suponemos que quienes tienen actitudes similares nos evaluarán en forma positiva”(Matee y aronson,1974;Bates,2002)

Estos tres factores descritos son los que mayormente se ven reflejados en las relaciones interpersonales, donde la proximidad, la exposición y la semejanza son factores que marcarán el contacto que se tiene con el medio que nos rodea. Toda las personas establecen numerosas relaciones a lo largo de la vida, como las que se dan con los padres, hijos, con amistades o con compañeros de trabajo y estudio.

Las relaciones interpersonales son una oportunidad que tiene todo ser humano para acercarse a otras experiencias y valores, así como para ampliar sus conocimientos. La aceptación y el reconocimiento de sí mismo, puede ayudar a superar estas actitudes negativas y mejorar la relación con otras personas, es decir, la aceptación de los demás con sus cualidades y defectos, y a que surja la confianza en uno mismo y en los demás.

La percepción social

“El perceptor no es un mero indigente cognitivo que pretende principalmente conservar sus escasos recursos mentales sino más bien es alguien que está motivado a escoger tácticamente entre cierto número de estrategias posibles, según sus objetivos” (Fiske y Taylor, 1991)

Es importante para las relaciones interpersonales el cómo percibamos a los otros, que tendemos a hacernos una impresión de las demás personas lo antes posible. ¿Por qué? Para saber a qué atenernos. Nuestro mundo social es muy complejo y necesitamos conocer a las demás personas para maximizar los beneficios y minimizar los costos de nuestras relaciones con ellas.

Por ejemplo, un alumno que el primer día de clase deseara decirle al profesor que la mayoría de los días no podrá asistir a sus clases, necesitará saber si puede comunicarle esa información o si será mejor dejarlo para más adelante. Y para ello le será muy útil hacerse una impresión de ese profesor lo antes posible. Pero nos hacemos nuestras impresiones de los demás con el mayor número de datos que podamos. De ahí la importancia que tienen los primeros momentos de las relaciones interpersonales.

Por ejemplo, cuando llega a un centro un profesor nuevo, estaremos muy atentos a todas las señales e informaciones que directa o indirectamente nos digan algo de él. Por eso, a veces no resulta fácil olvidar cómo iba vestido ese profesor la primera vez que lo vimos o alguna cosa que nos contó en la primera clase. Estas dos características de la formación de impresiones nos llevan a que, en ocasiones, incluso nos hagamos una impresión de otra persona en pocos minutos, segundos o hasta al primer golpe de vista. ¿No nos ha ocurrido alguna vez que cuando nos presentan a alguien a quien no conocemos en absoluto, ya adelantamos la mano para saludarle y estrechar la suya con cierto sentimiento de agrado o de desagrado? Es que ya nos habíamos hecho una impresión, positiva o negativa, de esa persona.

En definitiva, tendemos a hacernos una impresión de los demás lo antes posible pero con el mayor número de datos que podamos. Y no suelen ser pocos los datos de que disponemos de los demás ya en los primeros instantes de la interacción, ya que la comunicación no verbal, los estereotipos (profesionales, sexuales, etc.) o las teorías implícitas de la personalidad nos proporcionan muchos.

En conclusión, aunque el hombre ha avanzado increíblemente en algunos campos (industria militar, genética, cirugía, etc.), sin embargo en aspectos psicológicos lo ha hecho muy poco, ni en las relaciones interpersonales ni en nuestro pensamiento social (percepción social, memoria, etc.). Por el contrario, con enorme facilidad nos formamos y mantenemos creencias falsas.

Y todo hace suponer que en la cotidianidad de la vida social esas ilusiones o falsas creencias son aún más fuertes y generales que lo encontrado en los estudios de los que aquí se ha informado, casi siempre experimentales. Y lo que es peor, las impresiones, interpretaciones y creencias falsas que se forman en el ser humano pueden tener graves consecuencias.

Ahora bien, algunas formas de pensamiento son adaptativas, y con frecuencia los errores son un producto secundario de aquellas estrategias para simplificar la complejísima información que se recibe de cada estímulo. Más aún, incluso cuando los sesgos cognitivos son también adaptativos, aunque, desde luego, no todos.

Habilidades Sociales

“Es la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente beneficioso para los demás”. (Combs y Slaby, 1977)

“Son un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1993).

Definición de Michelson, L. et al (1983)

1. Las habilidades sociales se adquieren, principalmente, a través del aprendizaje (por ejemplo, mediante la observación, la imitación, el ensayo y la información).
2. Las habilidades sociales incluyen comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos.

3. Las habilidades sociales suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas.
4. Las habilidades sociales acrecientan el reforzamiento social (por ejemplo, las respuestas positivas del propio medio social).
5. Las habilidades sociales son recíprocas por naturaleza y suponen una correspondencia efectiva y apropiada (por ejemplo, la reciprocidad y coordinación de comportamientos específicos).
6. La práctica de las habilidades sociales está influida por las características del medio (por ejemplo, especificidad situacional). Es decir, factores como son la edad, el sexo y el estatus del receptor, afectan la conducta social del sujeto.
7. Los déficits y excesos de la conducta social pueden ser especificados y objetivados a fin de intervenir.

Tipos de Habilidades Sociales (A. Goldstein 1990)

Grupo I. Primeras Habilidades Sociales.

- Escuchar.
- Iniciar una conversación.
- Mantener una conversación.
- Formular una pregunta.
- Dar las gracias.
- Presentarse.
- Presentar a otras personas.
- Hacer un cumplido.

Como su nombre lo indica estas primeras habilidades sociales son de gran importancia y las que dominan a las demás, van desde escuchar a una persona mantener una conversación armoniosa, hasta agradecer y compartir diálogos y experiencias con otras personas, ya que al presentarnos con otros seres humanos damos a conocer realmente quienes somos sin usar máscaras.

Grupo II. Habilidades Sociales avanzadas. (A. Goldstein 1990)

- Pedir ayuda.
- Participar.
- Dar instrucciones.
- Seguir instrucciones.
- Disculparse.
- Convencer a los demás.

Pedir ayuda como dar y seguir instrucciones y al mismo tiempo cuando sepamos que ya no podemos, así reconocemos nuestras limitaciones y debilidades, estas habilidades sociales tienen que ver con la manera directa de relacionarse con las otras personas ya que incluso al reconocer nuestros errores nos engrandece en el margen de no ser orgullosos.

Grupo III. Habilidades relacionadas con los sentimientos. (A. Goldstein 1990)

- Conocer los propios sentimientos.
- Expresar los sentimientos.
- Comprender los sentimientos de los demás.

- Enfrentarse con el enfado del otro.
- Expresar afecto.
- Resolver el miedo.
- Autorrecompensarse.

Un sentimiento es un estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan, y éstas pueden ser alegres y felices, o dolorosas y tristes. El sentimiento surge como resultado de una emoción que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico.

“Los sentimientos no son solamente un estado de ánimo; en ellos intervienen las impresiones que les facilitan los sentidos, las ideas, los recuerdos, las vivencias que conmueven a la persona de manera que hay una respuesta que se acostumbra a catalogar de visceral” (María Corral, 2003)

Grupo IV. Habilidades alternativas a la agresión. (A. Goldstein 1990)

- Pedir permiso.
- Compartir algo.
- Ayudar a los demás.
- Negociar.
- Empezar el autocontrol.
- Defender los propios derechos.
- Responder a las bromas.
- Evitar los problemas a los demás.
- No entrar en peleas.

“La agresión es una lesión o daño deliberado que se ocasiona a otra persona” (berkowitz,1993). La agresión como liberación, Sigmund Freud describe a la agresividad como una pulsión instintiva. Cuanto más se acumule la energía, mayor será la cantidad de agresividad que se libere, por eso se toma referentes como la negociación, evitar los problemas con los demás y evitar todo tipo de pleitos.

Ayudar a los demás y compartir, también demuestra el interés y la empatía por otro ser humano, entonces la empatía estaría dentro de esta habilidad social, ya que otros autores la toman de manera independiente para su estudio.

Grupo V. Habilidades para hacer frente al estrés. (A. Goldstein 1990)

- Formular una queja.
- Responder a una queja.
- Demostrar deportividad después de un juego.
- Resolver la vergüenza.
- Arreglárselas cuando le dejan a uno de lado.
- Defender a un amigo.
- Responder a la persuasión.
- Responder al fracaso.
- Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
- Responder a una acusación.
- Prepararse para una conversación difícil.
- Hacer frente a las presiones del grupo.

El estrés es una sensación que creamos al reaccionar a ciertos eventos. Es la manera en la que el cuerpo se enfrenta a un reto y se prepara para actuar ante una situación difícil con enfoque, fortaleza, vigor y agudeza mental. Las situaciones a largo plazo pueden producir un estrés de poca intensidad, pero perdurable, ocasionando dificultades a la persona.

Algunas personas tienen problemas de ansiedad que causan reacciones extremas de estrés, convirtiendo pequeñas dificultades en crisis mayores. Si una persona se siente tensa, enojada o preocupada o tensa con frecuencia, es posible que sufra de ansiedad.

Grupo VI. Habilidades de planificación. (A. Goldstein 1990)

- Decidir sobre hacer algo
- Decir qué causó un problema
- Establecer una meta
- Decidir sobre las habilidades propias
- Recoger información
- Ordenar los problemas en función de su importancia
- Tomar una decisión
- Concentrarse en la tarea

"La planificación es seleccionar información y hacer suposiciones respecto al futuro para formular las actividades necesarias para realizar los objetivos organizacionales."(Idalberto, Chiavenato 2002).

Todas las personas a lo largo de la vida, se encuentran con situaciones en las que deben tomar una decisión, pocas personas dirán que estas situaciones son fáciles, porque no lo son.

La mayoría de las veces tomar una decisión implica renunciar a pequeñas comodidades. Siempre hay que valorar ventajas e inconvenientes de las opciones que se presentan, para intentar elegir aquella alternativa que mejor se adapte a nosotros. El miedo a ser rechazado, a dejar de ser querido, llevado a unos extremos, puede inducirnos al ser humano a vivir una vida llena de angustia e infelicidad, y sin defensa de los propios derechos. Se puede confundir el favor con la obligación y los derechos propios con las exigencias ajenas.

<p>Grupo I. Primeras Habilidades Sociales.</p> <p>Empezar a escuchar a una persona para también ser escuchada, ya que muchas veces solo oímos sin darnos cuenta de lo que pasa alrededor y expresarse correctamente con las otras personas.</p>	<p>Grupo II. Habilidades Sociales avanzadas.</p> <p>Expresarse correctamente para que las otras personas entiendan de manera correcta como dar instrucciones. De igual manera aprender a disculparse de manera acertada para llegar a un convencimiento de la otra persona.</p>	<p>Grupo III. Habilidades relacionadas con los sentimientos.</p> <p>Reconocer y expresar los propios sentimientos forman parte fundamental de este grupo de habilidades, expresar afecto y así dejar a un lado el miedo que provoca este.</p>
<p>Grupo IV. Habilidades alternativas a la agresión.</p> <p>El autocontrol para evitar el problema con los demás y no entrar en peleas es fundamental en esta habilidad, compartir y pedir permiso para actuar cuando se deba hacerlo.</p>	<p>Grupo V. Habilidades para hacer frente al estrés</p> <p>Responder de manera acertada a la persuasión, acusación y al fracaso ; Hacer frente a cualquier presión individual y grupal, formulando una observación o respondiendo a una queja</p>	<p>Grupo VI. Habilidades de planificación.</p> <p>La decisión sobre un acto, establecerse una meta clara, precisa y ordenar los problemas en función de la importancia.</p>

Gráfico 2

HABILIDADES SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA

Las Habilidades sociales en Adolescentes también se ven afectadas en cualquier instancia, se presenta síntomas que afecta no solo en esta área sino a nivel familiar y personal.

“El rechazo de los compañeros, la agresión y retraimiento social son las variables predictoras más importantes de inadaptación actual y futura de los adolescentes. Aquellos que son poco aceptados o que manifiestan problemas de conducta en las interacciones sociales tales como la agresividad (y puede que el retraimiento) están en riesgo de presentar posteriormente psicopatología.” (Ana Barambio Puig 2010)

Es importante mencionar que estos niños y adolescentes no desean ser rechazados ni aislados por su comportamiento, si no que requieren de un nuevo aprendizaje o un reforzamiento de las habilidades básicas de interacción.

“La conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas”(Caballo 1986)

Por su parte, según Michelson (1983):

Las habilidades sociales se adquieren principalmente a través del aprendizaje (por ejemplo, mediante la observación, la imitación, el ensayo y la información).

Las habilidades sociales incluyen comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos.

Las habilidades sociales suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas.

Las habilidades sociales acrecientan el reforzamiento social (por ejemplo, las respuestas positivas del propio medio social).

Las habilidades sociales son recíprocas por naturaleza y suponen una correspondencia efectiva y apropiada (por ejemplo, la reciprocidad y coordinación de comportamientos específicos).

La práctica de las habilidades sociales está influida por las características del medio (por ejemplo, especificidad situacional). Es decir, factores como son la edad, el sexo y el estatus del receptor, afectan la conducta social del sujeto.

Los déficits y excesos de la conducta social pueden ser especificados y objetivados a fin de intervenir.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y LAS HABILIDADES SOCIALES

Todo síntoma involucra una comunicación hacia el medio circundante, los pacientes que son diagnosticados con algún tipo de Trastorno Somatomorfo o que tiene un trastorno de estos expresan sus emociones a través de los síntomas.

“Evitan asumir ciertas responsabilidades (laborales o familiares). La teoría psicosocial considera los síntomas como la comunicación social para expresar las emociones o para simbolizar los sentimientos.” (María Corral, 2003)

Han sido criados en familias donde abundan estas molestias físicas y donde ha sido legítimo el dejar de enfrentar responsabilidades a través de síntomas de cualquier índole.

2.7 HIPÓTESIS

2.7.1 HIPÓTESIS ALTERNA

Los trastornos Somatomorfos afectan en las Habilidades Sociales en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de la Provincia de Cotopaxi.

2.7.2 HIPÓTESIS NULA

El trastorno Somatomorfo indiferenciado produce un elevado efecto sobre el grupo de las habilidades relacionadas con los sentimientos.

El trastorno Somatomorfo de tipo Hipocondría ejerce influencia en el grupo de las habilidades para hacer frente al estrés.

2.8 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

2.8.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Trastornos Somatomorfos.

2.8.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

Habilidades Sociales.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE

Es de carácter cuanti - cualitativo. Cuantitativo porque se recabará información que será sometido a análisis estadístico. Cualitativo porque estos resultados pasaran a la criticidad con soporte del marco teórico y contextualización e interpretación de datos producto del análisis estadístico.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Es una investigación de campo porque la información obtenida es directa de la población investigada donde se acudirá a recabar información en el lugar donde se producen los hechos para así poder actuar en el contexto y situarse en una realidad del paciente, ya que tanto la muestra y la investigadora estarán en contacto, obteniendo también información de tipo secundaria sobre el problema en libros, textos, revistas, artículos páginas de internet, así también como documentos válidos y confiables a manera de información primaria.

3.2.2. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL – BIBLIOGRÁFICA

Esta forma de investigación tiene el propósito de ampliar, profundizar los diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de diferentes autores sobre el tema propuesto; además es importante apoyarnos en fuentes primarias y secundarias para explicar de manera teórica y científica el proceso de investigación planteada.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación se desarrollará a nivel explorativo debido a que permitirá obtener una metodología más flexible de mayor amplitud y dispersión, de igual forma a nivel descriptivo porque se podrá comparar entre dos o más fenómenos y clarificar sus modelos de comportamiento según ciertos criterios, por último a nivel explicativo porque se podrá comprobar experimentalmente la hipótesis y detectar los factores causales que determinen ciertos comportamientos.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Ésta investigación está dirigida hacia los pacientes que acuden al área de Consulta externa del Centro de Salud N° 1 de Cotopaxi, que no han sido diagnosticados con algún tipo de enfermedad médica, de acuerdo a los datos proporcionados se considera que la población del universo es reducida y todo ello constituye a lo que será la muestra de 57 pacientes, existiendo casos con seguimiento psicológico y por investigar de los trastornos Somatomorfos; por lo cual se tomará en cuenta factores Socioculturales, económicos, individuales y familiares dentro de la muestra.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: TRASTORNOS SOMATOMORFOS

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>“Los trastornos somatomorfos son trastornos con síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero que, luego de la evaluación requerida, no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad física. Tampoco se explican por otro trastorno mental (por</p>	<p>Enfermedad médica. Trastorno de Somatización.</p>	<p>Combinación mayoritaria de síntomas gastrointestinales, sexuales, y dolor. Síntomas sexuales.</p>	<p>¿Con qué frecuencia presenta problemas gastrointestinales como náuseas, dolor de estómago, diarreas o estreñimiento? ¿Qué tan común tiene síntomas sexuales como inflamaciones, falta de deseo sexual o disfunción?</p>	<p>TÉCNICA: PSICODIAGNÓSTICO INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS</p>

<p>ejemplo, una depresión o un trastorno ansioso). Los síntomas ocasionan un malestar significativo en el individuo o interfieren en su vida cotidiana, su clasificación es: Trastorno de Somatización, somatomorfo indiferenciado, conversión, por dolor, hipocondría y dismórfico corporal ” (DSM IV, 2005)</p>	<p>Trastorno somatomorfo indiferenciado</p> <p>Trastorno de conversión</p>	<p>Uno o más síntomas físicos como fatiga, pérdida del apetito, gástricos, etc.</p> <p>Movimientos involuntarios e intencionados Podría desencadenar crisis y convulsiones.</p>	<p>¿Con qué frecuencia presenta síntomas físicos como fatiga, pérdida del apetito, gástricos, etc?</p> <p>¿Presenta parálisis, temblores o movimientos involuntarios?</p> <p>¿Con qué continuidad tiene problemas neurológicos como parálisis o sensación de hormigueo en su cuerpo?</p> <p>¿Cree que la causa de este dolor se da por un problema psicológico?</p>	
---	--	---	---	--

	<p>Trastorno por dolor</p>	<p>Dolor localizado del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.</p> <p>Inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.</p>	<p>¿Ha caído en crisis luego de un suceso doloroso o estresante?</p> <p>¿Posee un dolor determinado en una parte de su cuerpo sin diagnóstico médico?</p>	
	<p>Hipocondría</p>	<p>Preocupación o convicción de padecer, una enfermedad grave</p> <p>La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.</p>	<p>¿Siente que posee una enfermedad grave?</p> <p>¿Va con frecuencia al médico y le molesta cuando le dice que no tiene motivos para preocuparse por su salud?</p>	

	Trastorno dismórfico corporal	Preocupación por algún defecto imaginado o muy leve del aspecto físico Deterioran en gran medida las relaciones sociales	¿Alguna parte de su cuerpo le genera inconformidad? ¿Cree que los síntomas que padece han afectado sus habilidades sociales?	
--	-------------------------------------	--	--	--

Gráfico 3

VARIABLE INDEPENDIENTE: HABILIDADES SOCIALES

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TEST
<p>Las habilidades Sociales son un conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas de los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos</p>	<p>Conjunto de conductas. Primeras habilidades sociales Habilidades Sociales Avanzadas</p>	<p>Escuchar Dar las gracias Conversar Participar</p>	<p>¿Prestas atención a la persona que te está hablando y tratas de comprenderla? ¿Dejas que los demás sepan que estás agradecido con ellos por algo que hicieron por ti? ¿Hablas con otras personas sobre cosas de interés mutuo? ¿Eliges la mejor manera de ingresar a un equipo que está realizando una actividad, y luego te integras a él?</p>	<p>TÉCNICA: PSICODIAGNÓSTICO INSTRUMENTO: TEST DE HABILIDADES SOCIALES DE GOLDSTEIN</p>

<p>o a futuro, se clasifican en Primeras Habilidades Sociales, Habilidades Sociales avanzadas, relacionadas con los sentimientos, alternativas a la agresión, frente al estrés y planificación” (Caballo, 1990)</p>	<p>Habilidades relacionadas con los sentimientos</p> <p>Habilidades alternativas a la</p>	<p>Pedir ayuda</p> <p>Dar y seguir Instrucciones</p> <p>Conocer y expresar los propios sentimientos</p> <p>Comprender los sentimientos de los demás</p> <p>Compartir y ayudar a los demás</p> <p>Responder a las bromas</p>	<p>¿Pides ayuda cuando la necesitas?</p> <p>¿Prestas cuidadosamente atención a las cosas y luego las sigues?</p> <p>¿Intentas comprender y conocer las emociones que tú mismo sientes?</p> <p>¿Intentas comprender el enojo de otra persona?</p> <p>¿Compartes tus cosas con los demás?</p> <p>¿Te controlas cuando los demás te</p>	
---	---	---	--	--

	<p>agresión</p>		<p>hacen bromas?</p>	
		<p>Negociar</p>	<p>¿Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?</p>	
		<p>Prepararse para una conversación difícil.</p>	<p>¿Reconoces al otro equipo después de un juego si se lo merece?</p>	
	<p>Habilidades para hacer frente al estrés</p>	<p>Formular o responder una queja</p>	<p>¿Dices a los demás cuando sientes que un amigo fue tratado Injustamente?</p>	
		<p>Responder a la persuasión</p>	<p>¿Decides tu lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta?</p>	
	<p>Habilidades de planificación</p>	<p>Tomar decisiones</p>	<p>¿Piensas en diferentes posibilidades y después eliges que te hará sentir</p>	

		Discernir la causa de un problema	mejor? ¿Si surge un problema, intentas determinar que lo causó?	
		Recoger Información	¿Decides lo que necesitas saber y cómo conseguir esa información?	

Gráfico 4

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de información se utilizará diferentes técnicas e instrumentos como son:

- Se aplicará la técnica de la encuesta (Anexo 1), porque de esta forma se pretende recolectar información específica del paciente acerca de los trastornos somatomorfos, como instrumento se utilizará un cuestionario estructurado que se basó en la recopilación de datos del DSM IV, publicada por la American Psychiatric Association, Washington en el 2005.
- Se aplicará de igual manera el test de habilidades sociales de Goldstein(Anexo 2), para conocer las distintas áreas de afectación como son: Primeras habilidades sociales, Habilidades Sociales Avanzadas, Habilidades relacionadas con los sentimientos, Habilidades alternativas a la agresión, Habilidades para hacer frente al estrés y Habilidades de planificación. En test de Habilidades Sociales de Goldstein el valor alfa del total del instrumento es óptimo (0.916), según un consenso de la investigación psicométrica, las puntuaciones Alfa de Cronbach superiores a 0.70 indican un nivel de fiabilidad aceptable; aquellas puntuaciones superiores de 0.90 indican un nivel de fiabilidad óptimo.

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación.
2. ¿De qué personas u objetos?	Pacientes que acuden a consulta externa.
3. ¿Sobre qué aspectos?	Primeras habilidades sociales, Habilidades sociales Avanzadas habilidades con respecto a sentimientos, habilidades

	alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y planificación.
4. ¿Quién – Quienes?	Investigadora activa Liliana Carolina Tapia Gómez.
5. ¿Cuándo?	Período entre Febrero y Agosto del año 2013.
6. ¿Dónde?	Centro de Salud N1 de la provincia de Cotopaxi.
7. ¿Cuántas veces?	Según el número de aplicaciones de los instrumentos.
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Cuestionario estructurado, entrevista, test de habilidades sociales de Goldstein.
9. ¿Con que?	Cuestionario y una batería psicológica
10. ¿En qué situación?	De acuerdo a la facilidad.

3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO

Los datos recogidos se transformaran siguiendo ciertos procedimientos

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de la información defectuosa.
- Corrección de los datos obtenidos de la recolección de datos en ciertos casos individuales para corregir fallas de contestación.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis.
- Manejo de información.
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CUESTIONARIO DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS

1 ¿Con qué frecuencia presenta problemas gastrointestinales como náuseas, dolor de estómago, diarreas o estreñimiento?

Tabla N° 1

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	49	86 %
A veces	1	2%
Siempre	7	12%

Tabla 1

Gráfico N ° 06

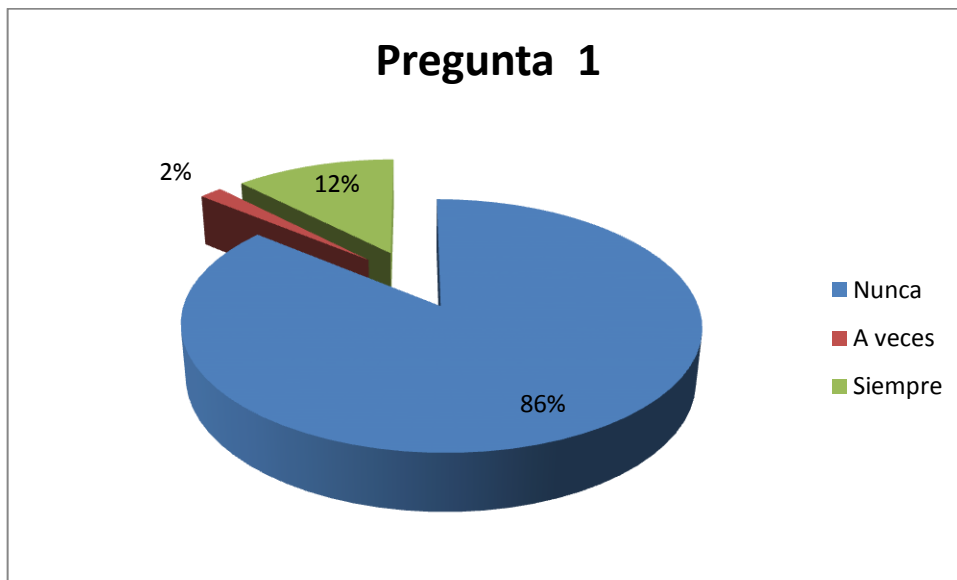


Gráfico 5

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 12% de la población investigada posee problemas gastrointestinales como náuseas, dolor de estómago, diarreas o estreñimiento, entre otros síntomas forman parte del trastorno de somatización; el 2% a veces, mientras que el 86% nunca tiene estos síntomas; por lo cual el 14% de pacientes poseen síntomas de trastornos de Somatización.

Interpretación: El total del porcentaje de pacientes que respondieron entre siempre y a veces, presentan síntomas de trastornos de Somatización, mientras que la población restante no posee ningún tipo de problemas gastrointestinales o intestinales como náuseas, dolor de estómago, diarreas o estreñimiento lo que significa que el doce por ciento de todos los pacientes investigados tienen un trastorno de somatización con todos los síntomas mencionados.

2¿Con qué frecuencia presenta síntomas físicos como fatiga, pérdida de apetito, urinarios, gástricos, etc.?

Tabla N° 2

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	39	68%
A veces	1	2%
Siempre	17	30%

Tabla 2

Gráfico N ° 07

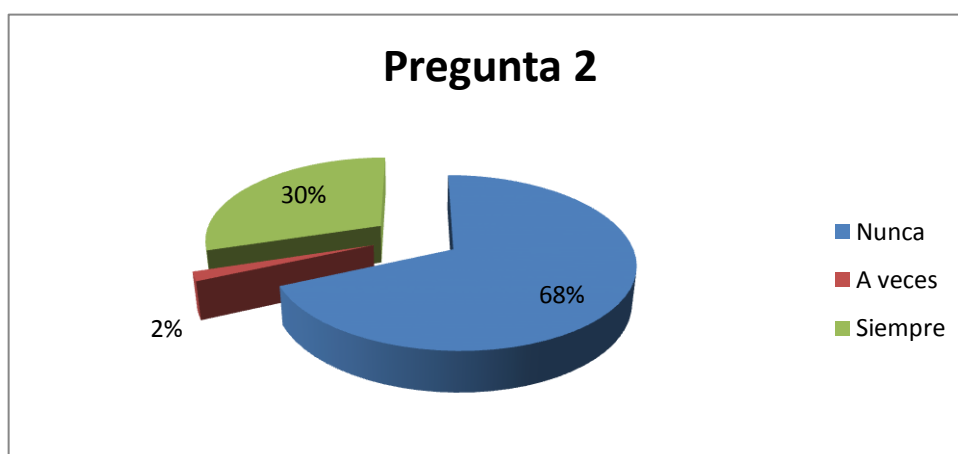


Gráfico 6

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 30% de la población investigada posee problemas físicos como fatiga, pérdida de apetito, urinarios, gástricos, el 2% a veces, mientras que el 68% nunca posee estos síntomas.

Interpretación: Al analizar el primer porcentaje de pacientes poseen síntomas del trastorno Somatomorfo indiferenciado, es decir más de la cuarta parte, ya que

cada síntoma se presenta de manera espontánea y no en conjunto, esto es lo que le diferencia del trastorno de somatización. Mientras que la población restante no posee síntomas o caso contrario presenta a veces esta manifestación sin causar deterioro en los pacientes. Lo que significa que es la mayor cifra dentro de los trastornos Somatomorfos investigados.

3¿Qué tan común tiene síntomas sexuales como inflamaciones, falta de deseo sexual o disfunción?

Tabla N° 3

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	49	86%
A veces	0	0%
Siempre	8	14%

Tabla 3

Gráfico N ° 08

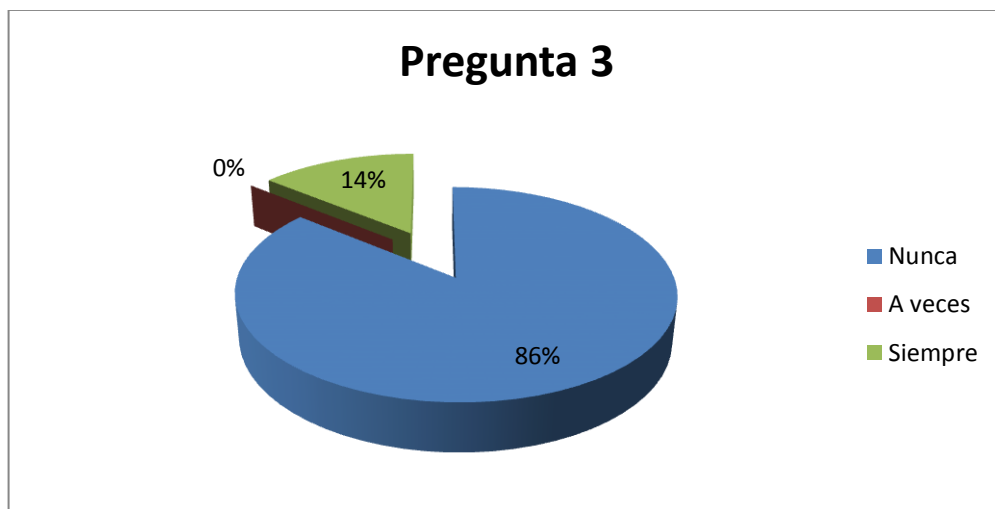


Gráfico 7

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 14% de la población investigada tiene síntomas sexuales reiterados como inflamaciones, falta de deseo o respuesta sexual, disfunción, entre otras, ninguna persona contestó que a veces, mientras que el 86% nunca presenta estas características.

Interpretación: El primer porcentaje analizado presenta síntomas sexuales que son propios de un trastorno de somatización, también se evidencia que el último porcentaje de la población estudiada no posee síntomas a nivel sexual, lo que denota que tanto esta pregunta siendo la número tres y la número uno, están íntimamente ligadas.

4. ¿Con qué continuidad tiene problemas neurológicos como sensación de hormigueo en el cuerpo, debilidad muscular, dificultad para tragar, ceguera o sordera?

Tabla N° 4

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	47	82%
A veces	2	4%
Siempre	8	14%

Tabla 4

Gráfico N ° 09

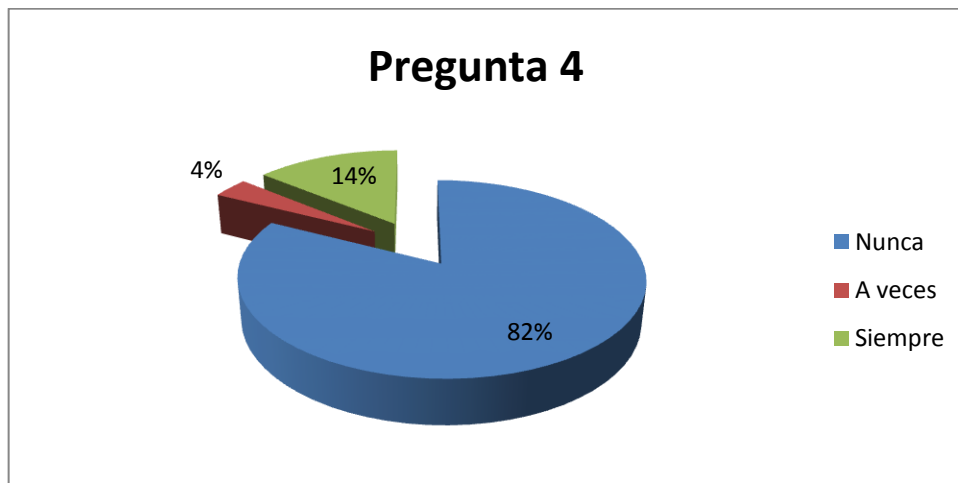


Gráfico 8

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 14% de la población investigada tiene frecuentemente problemas de tipo neurológicos como debilidad muscular, ceguera o sordera sin causa aparente, sensación de hormigueo en el cuerpo, entre otros, es importante mencionar que un 4% a veces también tiene estos indicios; un 82% no poseen ningún síntoma de nivel neurológico.

Interpretación: Al unir los porcentajes resultantes entre Siempre y a veces, se considera que un dieciocho por ciento de la población analizada se encuentra dentro de éstos parámetros hay que mencionar que éstos síntomas son parte de un trastorno de somatización, pero también forman parte a nivel menor de un trastorno conversivo, la semejanza es que en ambos existe una pérdida del funcionamiento físico mientras tanto en el trastorno de somatización incluye también síntomas sexuales, gastrointestinales y dolorosos.

5¿Presenta parálisis, temblores o movimientos involuntarios?

Tabla N° 5

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	46	81%
A veces	1	2%
Siempre	10	17%

Tabla 5

Gráfico N ° 10

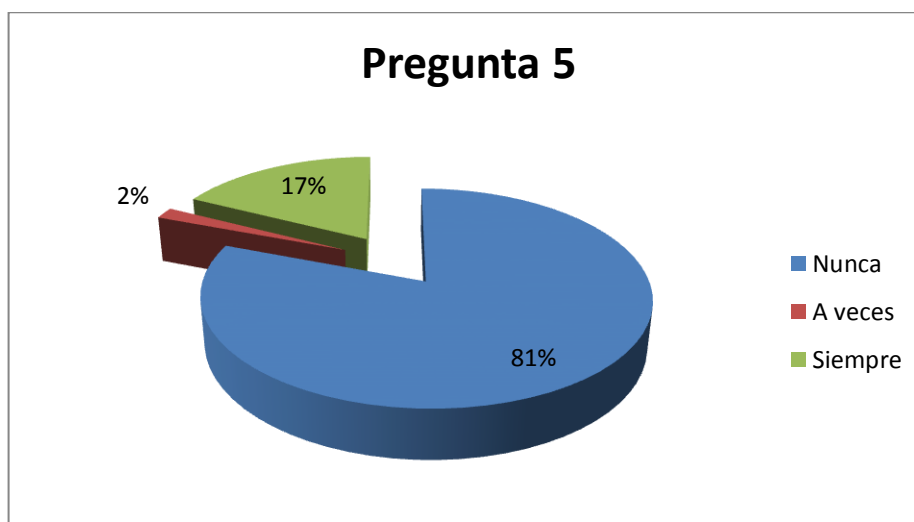


Gráfico 9

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 17% de la población investigada siempre tiene problemas como parálisis, temblores y movimientos involuntarios es importante mencionar que un 2% a veces también tiene estos síntomas; finalmente un 81% no poseen ninguna señal de estos síntomas

Interpretación: Juntando los dos primeros porcentajes de los pacientes investigados, presentan síntomas conversivos como parálisis, temblores o movimientos involuntarios, dentro del DSM IV, estos son síntomas fundamentales para el diagnóstico de un trastorno Somatomorfo Conversivo, mientras que la población restante nunca poseen estos síntomas no son llamativos hasta causar malestar clínicamente significativo.

6¿Se ha desmayado o ha perdido el conocimiento luego de un suceso doloroso o estresante?

Tabla N° 6

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	47	82%
A veces	2	4%
Siempre	8	14%

Tabla 6

Gráfico N ° 11

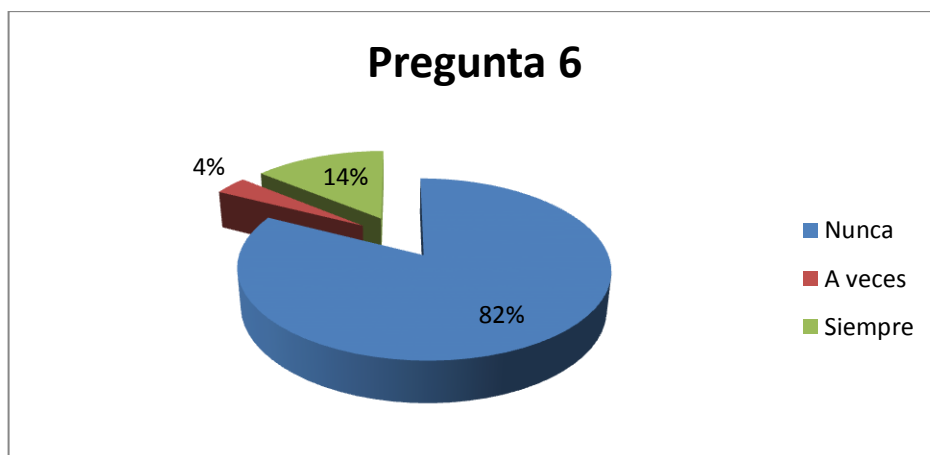


Gráfico 10

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 14% de la población siempre tienen síntomas de orden conversivo como desmayos o pérdidas del conocimiento en un suceso doloroso o estresante, el 4% mencionaba que a veces, mientras que el porcentaje restante del 82% no tiene ninguno de estos síntomas.

Interpretación: Juntando los dos primeros porcentajes de resultados los pacientes encuestados consideraron haber sido víctimas de perder el conocimiento o sufrir un desmayo en un suceso doloroso ya sea frecuentemente o en períodos distanciados, pero de igual manera los tenían, concluyendo que el resto de la población carecía en absoluto estos síntomas.

7. ¿Posee un dolor determinado en una parte de su cuerpo sin diagnóstico médico?

Tabla N° 7

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	45	79%
A veces	0	0%
Siempre	12	21%

Tabla 7

Gráfico N ° 12

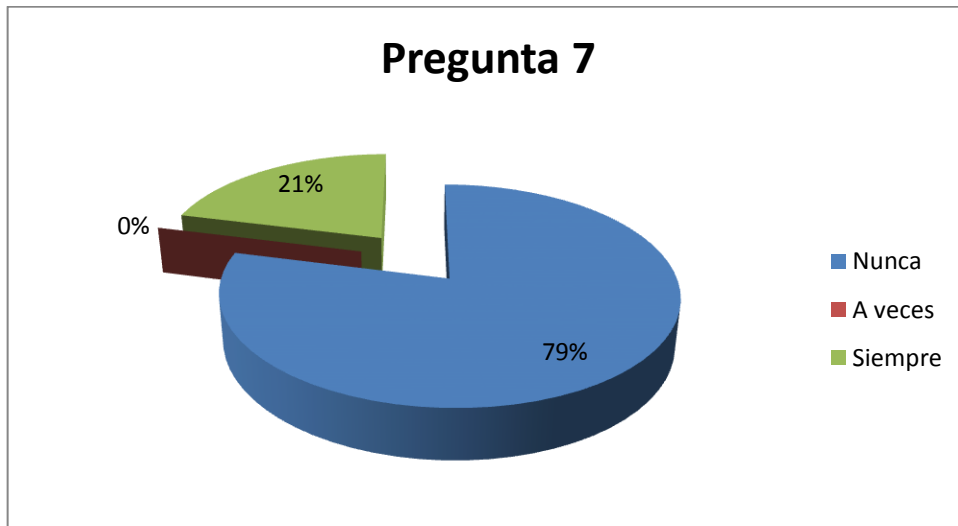


Gráfico 11

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 21% contestó que siempre, ninguna persona contestó que a veces, mientras que el restante 79% mencionó no poseer ningún dolor en una zona determinada del cuerpo.

Interpretación: Tomando en cuenta que primer porcentaje de la población encuestada contestó que posee un dolor persistente en una parte de su cuerpo, está relacionado con los trastornos Somatomorfos de Hipocondría y trastorno Somatomorfo de Dolor, que será reiterada o excluida con las demás observaciones de las preguntas, ya que en ambos trastornos las experiencias de dolor son muy reales y ninguna ficticia.

8. ¿Cree que la causa de este dolor se da por un problema psicológico?

Tabla N° 8

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	50	88%
A veces	1	2%
Siempre	6	10%

Tabla 8

Gráfico N ° 13

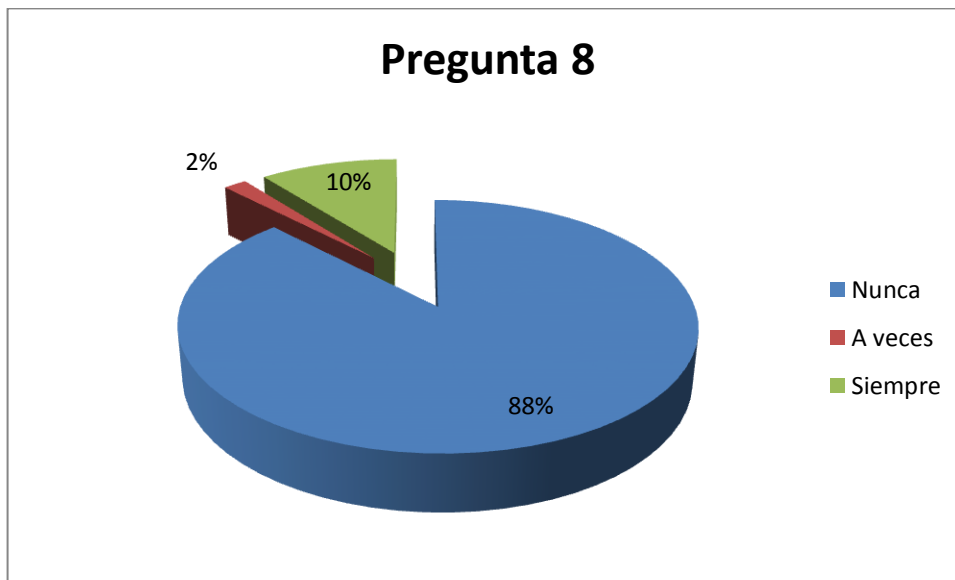


Gráfico 12

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 10% de las personas encuestadas mencionó que siempre han pensado que la causa de su dolor determinado se debe a una cuestión netamente psicológica, el 2% señaló que a veces y el restante el 88% nunca ha pensado que la causa se debe a un problema psicológico.

Interpretación: La primera proporción de la población encuestada contestó que siempre han pensado desde el inicio de su dolor que se debe a algún factor psicológico, lo han detectado en el inicio, la gravedad de la misma e incluso la persistencia del dolor, el siguiente valor que fue a veces ha pensado que el dolor se da por un problema psicológico, pero sin embargo no intervienen en los otros factores mencionados, las personas restantes encuestadas mencionan nunca haber presentado problemas de este tipo.

9. ¿Siente que posee una enfermedad grave?

Tabla N° 9

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	46	81%
A veces	0	0%
Siempre	11	19%

Tabla 9

Gráfico N ° 14

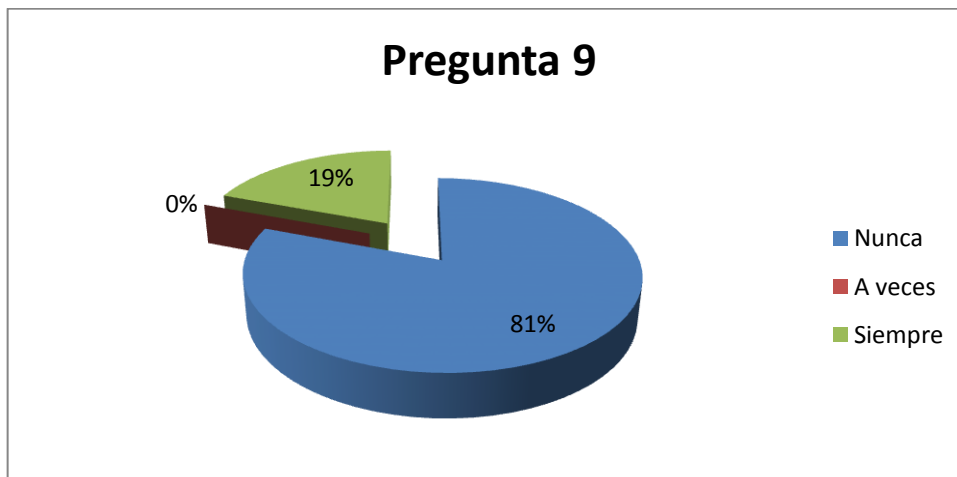


Gráfico 13

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 19% de la población dice sentir que tiene una enfermedad grave, ninguna persona contestó que a veces, mientras el 81% nunca siente esto.

Interpretación: Tomando en cuenta que el inicial porcentaje menciona sentir que poseen una enfermedad grave es un síntoma llamativo dentro de la Hipocondriasis, y es la base para detectarla y diagnosticarla, la población restante menciona nunca haber sentido que poseen una enfermedad grave, tal vez de una enfermedad pasajera pero no grave e incurable.

10¿Va con frecuencia al médico y le molesta cuando le dice que no tiene motivos para preocuparse por su salud?

Tabla N° 10

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	46	81%
A veces	0	0%
Siempre	11	19%

Tabla 10

Gráfico N ° 15

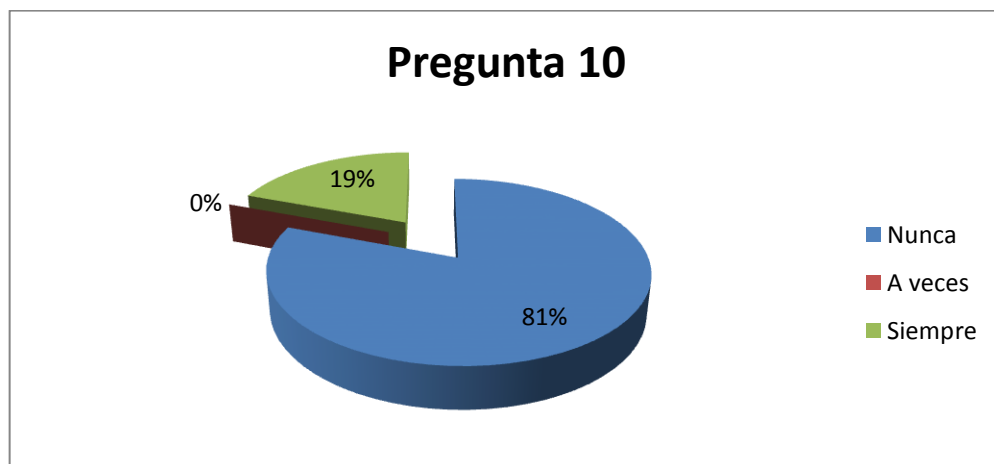


Gráfico 14

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 19% de las personas encuestadas dicen que comúnmente van al médico y les dificulta por completo creer que no tienen ninguna enfermedad y peor aún grave, los encuestados restantes carecen de frecuentar al médico y por ende carecen de preocuparse por su salud.

Interpretación: El porcentaje es significativo de personas que les molesta cuando asisten al doctor y les mencionan que no tiene motivos para preocuparse por su salud, además se debe tomar en cuenta la interpretación catastrófica de los signos corporales más íntimos por parte del individuo, ya que éstos dos son los mecanismo que desencadenan la hipocondría.

11¿Alguna parte de su cuerpo le genera inconformidad?

Tabla N° 11

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	52	91%
A veces	0	0%
Siempre	5	9%

Tabla 11

Gráfico N ° 16

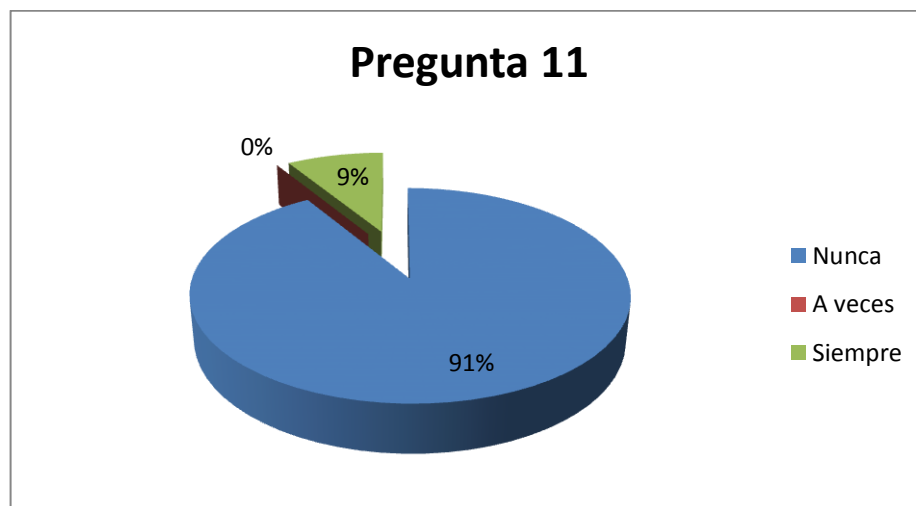


Gráfico 15

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 9% de los encuestados dijeron que siempre han tenido inconformidad con una parte de su cuerpo, la población restante del 91% nunca han tenido inconformidad significativa que les haya provocado un malestar significativo

Interpretación: El predominio de esta inconformidad corporal real o imaginaria es del primer porcentaje mencionado en el análisis, este aparece con una preocupación constante por una deformidad inexistente o menor en el cuerpo del paciente, que es exagerada, el porcentaje restante de personas no muestran ninguna inconformidad que marca la vida del paciente.

12¿Cree que los síntomas que padece han afectado sus habilidades sociales?

Tabla N° 12

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	5	9%
A veces	12	21%
Siempre	40	70%

Tabla 12

Gráfico N ° 17

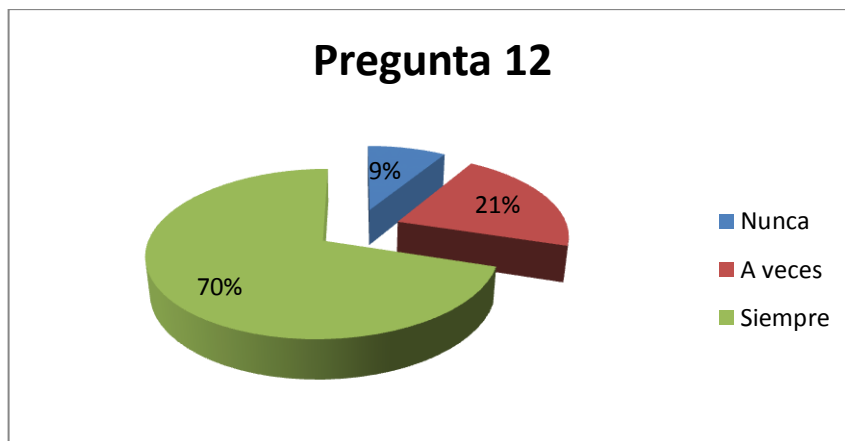


Gráfico 16

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: Dentro de la población que se dio el proceso de investigación mencionaron que todos los síntomas que tienen han deteriorado siempre sus habilidades sociales en un 70%, a veces en un 21%, mientras que el 9% dice que nunca

Interpretación: La suma del total porcentaje entre siempre y a veces mencionan haber sentido que los síntomas que padecen afectan o han afectado a sus habilidades sociales, sabiendo que es la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado, lo que significa que de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente beneficioso para los demás.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Tabla N° 13

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trastorno Somatomorfo Indiferenciado	17	30%
Trastorno Hipocondriaco	11	19%
Trastorno de Somatización	8	14%
Trastorno Conversivo	10	18%
Trastorno por Dolor	6	10%
Trastorno Dismórfico Corporal	5	9%

Tabla 13

Gráfico N ° 18

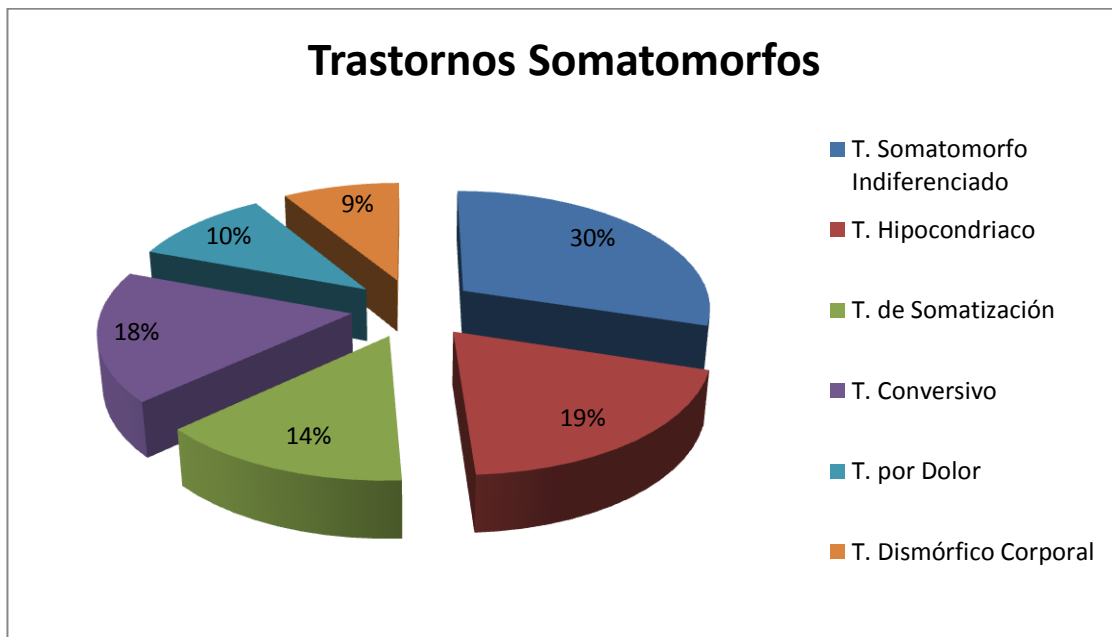


Gráfico 17

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 30% de la población investigada posee trastornos Somatomorfos Indiferenciados, el 19% Trastorno Hipocondriaco, el 18% Trastorno Conversivo, el 14% con un trastorno de Somatización, mientras que el 10% fueron diagnosticados con un Trastorno por dolor y finalmente la población restante del 9% con un Trastorno Dismórfico Corporal.

Interpretación: Dentro de los trastornos Somatomorfos, los niveles más altos son del treinta por ciento y se evidencia en el Trastorno Somatomorfo Indiferenciado con más de la cuarta parte de la población posee este trastorno, lo que evidencia que es el primero dentro de los pacientes que asistieron al Centro de Salud N1 de la Provincia de Cotopaxi, posteriormente sigue en la lista el Trastorno Hipocondriaco con un 19 por ciento, lo que le cataloga como el segundo trastorno más prevalente en este estudio, el trastorno Conversivo ocupa el tercer lugar

con un 18 por ciento, tanto este como el segundo lugar varía tan solo con el 1 por ciento, a pesar de esto son los tres más sobresalientes en el estudio realizado.

Posteriormente y en cuarto lugar se encuentra el trastorno de Somatización con el 14 por ciento, seguido por el trastorno Por Dolor con un 10 por ciento y para finalizar con el menor porcentaje el de 9 por ciento con el Trastorno Dismórfico Corporal, entonces siendo este el de menor inferencia en la población estudiada.

HABILIDADES SOCIALES

Tabla N° 14

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primeras Habilidades Sociales	11	20%
Habilidades Sociales Avanzadas	7	12%
Habilidades Relacionadas con los Sentimientos	11	19%
Habilidades Alternativas a la Agresión	7	12%
Habilidades para hacer frente al Estrés	12	21%
Habilidades de Planificación	2	4%
No afectados	7	12%

Tabla 14

Gráfico N° 19

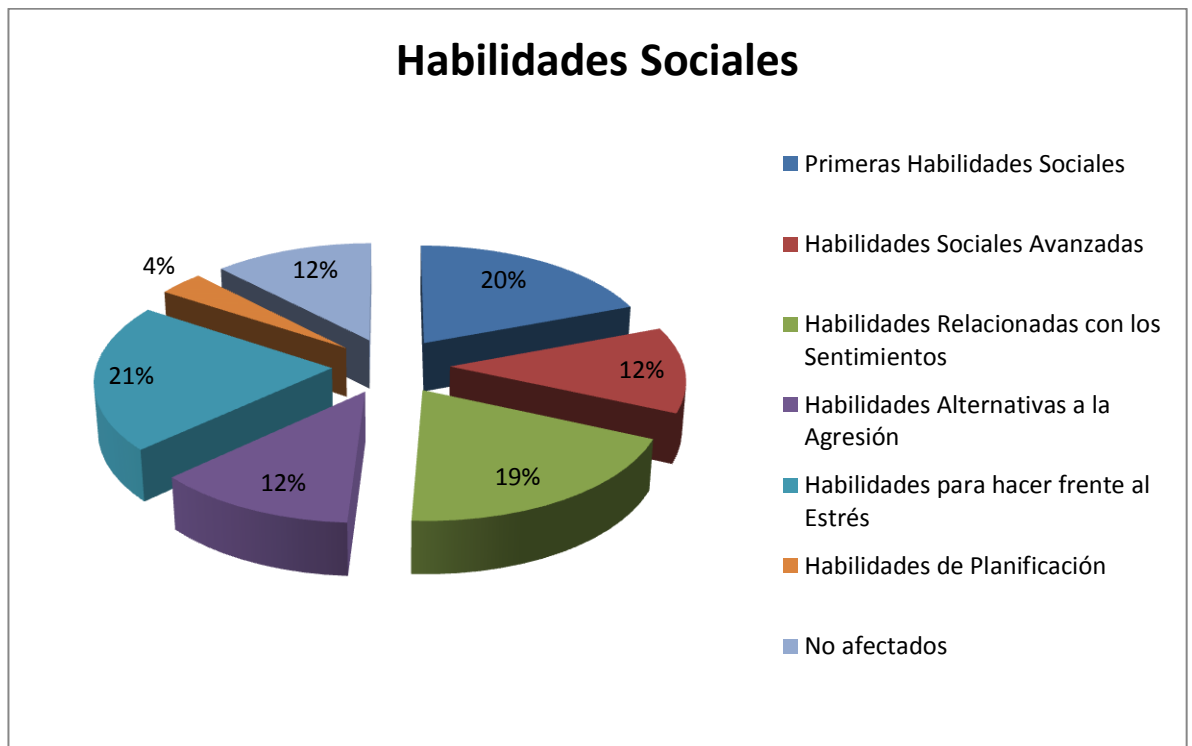


Gráfico 18

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 21% de la población estudiada presentan un deterioro en las Habilidades Sociales para hacer Frente al Estrés, el 20% se ve afectada en las Primeras Habilidades Sociales, en tercer lugar se encuentra las Habilidades Sociales Relacionadas con los Sentimientos con un 19%, tanto las Habilidades Sociales avanzadas, las de alternativas a la agresión y las personas que no poseen ninguna Habilidad deteriorada ocupan el 12% y finalmente las Habilidades de Planificación ocupan un 4%

Interpretación: El total del porcentaje de todas las Habilidades Sociales afectadas es del ochenta y ocho por ciento de la población que se ha visto de alguna manera deteriorada sus habilidades Sociales, teniendo como base y la de mayor afectación es la Habilidad Social para hacer Frente al Estrés, esta es la que encabeza el deterioro de todo el grupo de las habilidades sociales, seguido por las

Primeras Habilidades Sociales, en tercer lugar se ve afectada la Habilidad relacionada con los Sentimientos, los índices no varían en gran cantidad, sin embargo las tres son de mayor relevancia en su detrimento. Tanto las Habilidades Sociales Avanzadas y de Alternativas a la Agresión ocupan cada una un 12 por ciento para finalizar la habilidad con menor influencia en los Trastornos Somatomorfos son las habilidades de Planificación con tan solo un 4 por ciento; el resto de la población investigada que equivale a un 12 por ciento no se ve influenciada en esta variable.

4.2 INTERPRETACIÓN DE DATOS

TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y LAS HABILIDADES SOCIALES

TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO Y LAS HABILIDADES SOCIALES

Tabla N° 15

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Afectados	1	6%
Habilidades Relacionadas con los Sentimientos	11	64%
Habilidades para hacer frente al Estrés	2	12%
Habilidades Sociales Avanzadas	2	12%
Primeras Habilidades Sociales	1	6%
Habilidades Alternativas a la Agresión	0	0%
Habilidades de Planificación	0	0%

Tabla 15

Gráfico N ° 20

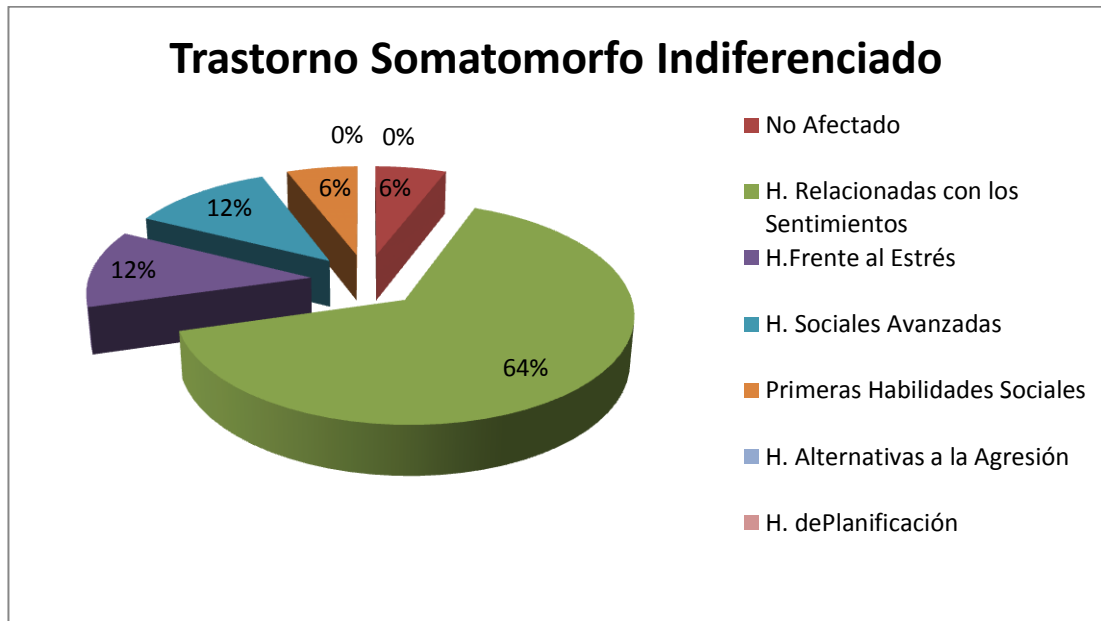


Gráfico 19

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: Dentro del análisis del Trastorno Somatomorfo Indiferenciado el 64% de la población se ve afectada en las Habilidades Relacionadas con los sentimientos, el 12% en las Habilidades para hacer Frente al estrés junto con el otro respectivo porcentaje del 12% en las Habilidades para Hacer Frente al Estrés, los siguientes 6% se han visto influenciados en las Primeras Habilidades Sociales, finalmente No han sido afectados en ningún tipo de Habilidad Social el otro 6%.

Interpretación: El total de personas que poseían un Trastorno Somatomorfo Indiferenciado se vieron afectadas en sus habilidades sociales en un total del 94 por ciento de cualquiera que fuera la habilidad, entre ellas el mayor porcentaje ocupa las Habilidades Relacionadas con los sentimientos con un 64 por ciento que es el primer porcentaje analizado, los dos siguientes 12 por ciento han sido influenciados en las Habilidades Sociales Avanzadas y para Hacer Frente al Estrés, seguido por el 6 por ciento en sus Primeras habilidades Sociales, las

Habilidades de planificación y alternativas a la agresión no se han visto influenciadas de alguna manera se ven descartadas, finalmente el último 6 por ciento de los pacientes con Diagnóstico de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado no se ven deterioradas son habilidades Sociales.

TRASTORNO HIPOCONDRIACO Y LAS HABILIDADES SOCIALES

Tabla N° 16

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Afectados	1	6%
Habilidades Relacionadas con los Sentimientos	11	64%
Habilidades para hacer frente al Estrés	2	12%
Habilidades Sociales Avanzadas	2	12%
Primeras Habilidades Sociales	1	6%
Habilidades Alternativas a la Agresión	0	0%
Habilidades de Planificación	0	0%

Tabla 16

Gráfico N ° 21

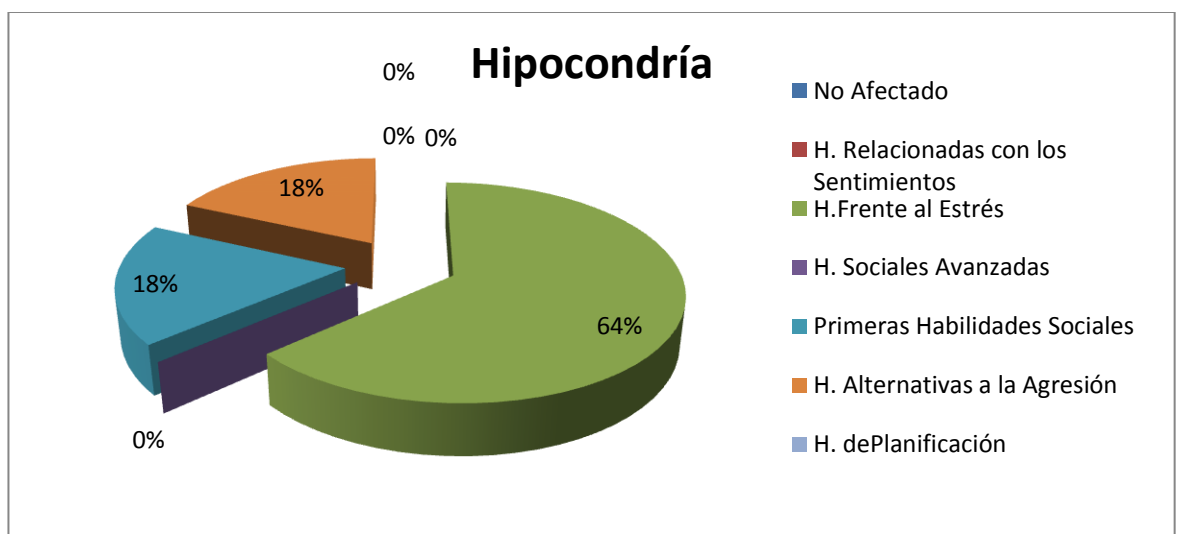


Gráfico 20

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: Dentro del análisis del Trastorno de Hipocondría el 64% de la población se ve afectada en las Habilidades para Hacer Frente al Estrés, el 18% en las primeras habilidades Sociales, junto con el otro respectivo porcentaje del 18% alternativas a la agresión, Las siguientes Habilidades Sociales no son afectadas en ningún porcentaje.

Interpretación: Toda la población estudiada que tiene un Trastorno de Hipocondría se ven afectadas sus Habilidades Sociales, el mayor porcentaje de Habilidades afectadas son para Hacer frente al Estrés con un mayor porcentaje del 64 por ciento esto hace referencia a la presión individual y grupal, seguida por la afectación de las primeras Habilidades Sociales y de igual manera las Habilidades Alternativas a la Agresión, el resto de Habilidades Sociales no se han visto afectadas.

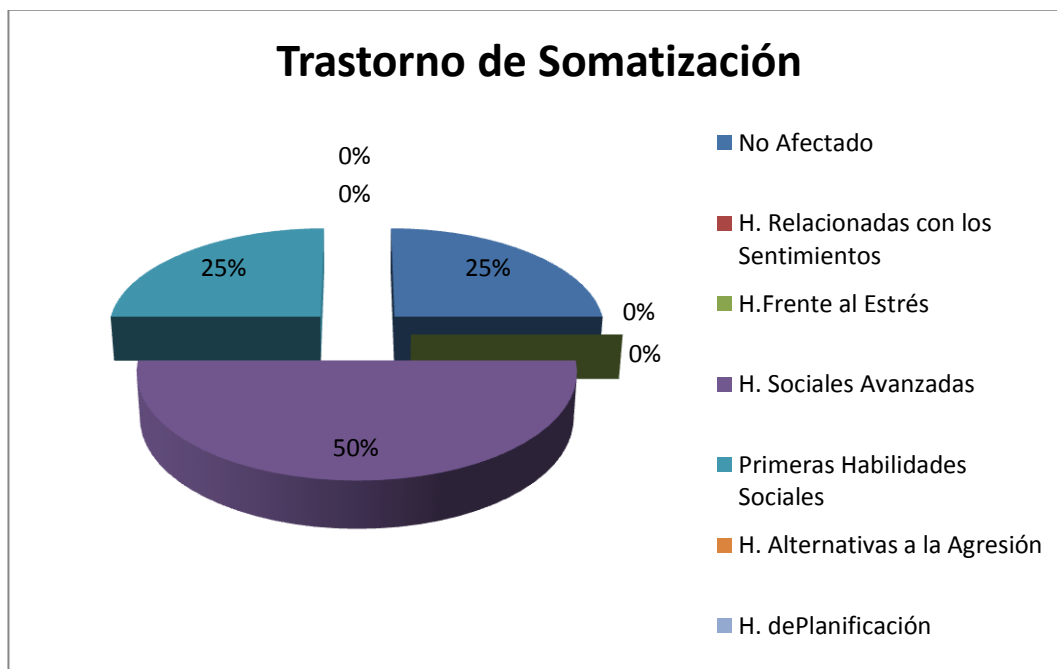
TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN Y LAS HABILIDADES SOCIALES

Tabla N° 17

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Afectados	2	25%
Habilidades Relacionadas con los Sentimientos	0	0%
Habilidades para hacer frente al Estrés	0	0%
Habilidades Sociales Avanzadas	4	50%
Primeras Habilidades Sociales	2	25%
Habilidades Alternativas a la Agresión	0	0%
Habilidades de Planificación	0	0%

Tabla 17

Gráfico N ° 22



Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: Dentro del análisis del Trastorno de Somatización el 50% se ven afectadas las Habilidades Sociales Avanzadas, el 25% se relaciona con las Primeras Habilidades Sociales y el 25% restante no se ven afectados en las mismas.

Interpretación: En la suma total de los pacientes que fueron diagnosticados con el Trastorno de Somatización se vieron deteriorados las tres cuartas partes en sus habilidades Sociales, dentro de la interpretación de estos, el primer porcentaje que es del 50 por ciento son relacionadas con las Habilidades Sociales Avanzadas siendo parte importante de esta el expresarse correctamente; el otro 25 por ciento se relacionó con las Primeras Habilidades Sociales, mientras que los pacientes restantes no se vieron influenciados en su desenvolvimiento Social.

TRASTORNO CONVERSIVO Y LAS HABILIDADES SOCIALES

Tabla N° 18

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Afectados	2	20%
Habilidades Relacionadas con los Sentimientos	0	0%
Habilidades para hacer frente al Estrés	2	20%
Habilidades Sociales Avanzadas	0	0%
Primeras Habilidades Sociales	1	10%
Habilidades Alternativas a la Agresión	5	50%
Habilidades de Planificación	0	0%

Tabla 18

Gráfico N ° 23

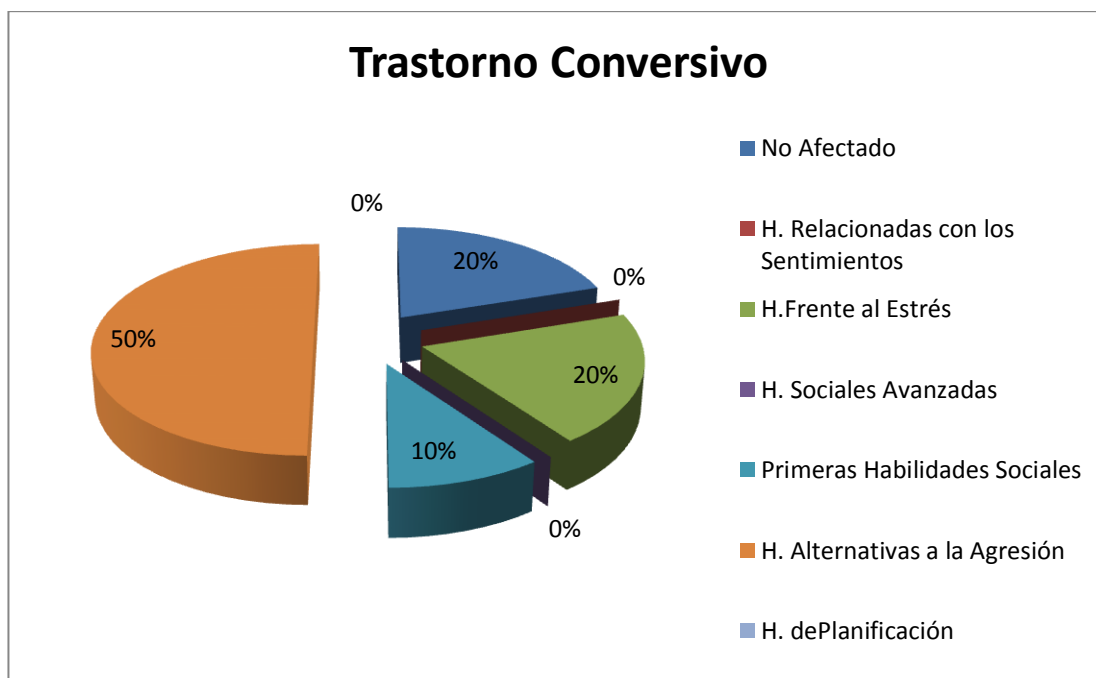


Gráfico 21

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: Dentro del análisis del Trastorno de Conversión el 50% en las Habilidades Alternativas a la Agresión, seguido con el 20% en las Habilidades para hacer Frente al estrés, el 10% en las primeras Habilidades Sociales y el último 20% no se veían afectados.

Interpretación: En la investigación del Trastorno Conversivo el 80 por ciento de los pacientes tenían dificultades en sus habilidades Sociales, ocupando así el 50 por ciento las Habilidades Alternativas a la Agresión como el autocontrol para evitar el problema con los demás, luego en el 20 por ciento se vieron afectadas en las Habilidades Frente al Estrés, finalmente el último porcentaje del 10 por ciento se vieron afectadas en las Primeras Habilidades Sociales, el número restante que es el 20 por ciento no han sido afectadas en ninguna Habilidad Social.

TRASTORNO POR DOLOR Y LAS HABILIDADES SOCIALES

Tabla N° 19

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Afectados	2	33%
Habilidades Relacionadas con los Sentimientos	0	0%
Habilidades para hacer frente al Estrés	1	17%
Habilidades Sociales Avanzadas	0	0%
Primeras Habilidades Sociales	1	17%
Habilidades Alternativas a la Agresión	0	0%
Habilidades de Planificación	2	33%

Tabla 19

Gráfico N ° 24

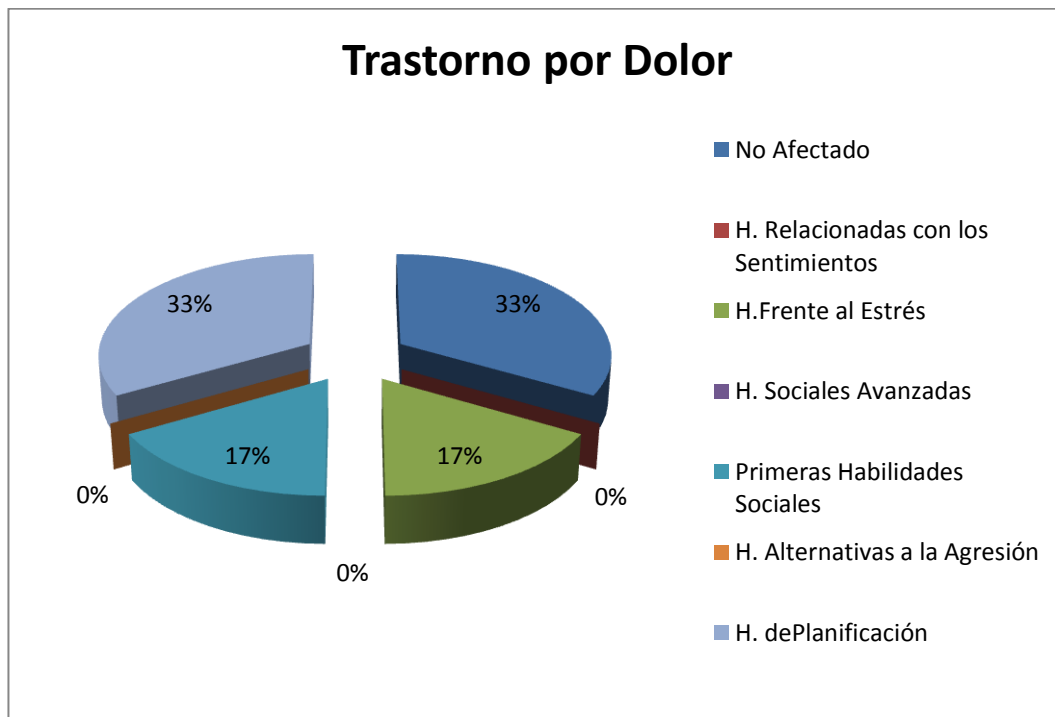


Gráfico 22

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 33% de los Pacientes con Trastorno por dolor presentan dificultades en las en las Habilidades de Planificación, seguido con el 17% en las Habilidades para hacer Frente al estrés, el otro 17% en las primeras Habilidades Sociales y el último 33% no se veían afectados en ninguna Habilidad

Interpretación: En la investigación del Trastorno por Dolor el 77 por ciento de los pacientes poseen dificultades en sus Habilidades Sociales, siendo la primera Habilidad deteriorada la de Planificación con el primer porcentaje analizado del 33 por ciento, sabiendo que es la decisión sobre un acto, establecerse una meta clara, precisa y ordenar los problemas en función de la importancia; de ahí se ve afectada en el 17 por ciento en las Habilidades para hacer Frente al Estrés, el otro 17 por ciento en las Primeras Habilidades Sociales y finalmente el porcentaje restante de pacientes con Trastorno por dolor no poseen deterioro en sus Habilidades Sociales.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y LAS HABILIDADES SOCIALES

Tabla N° 20

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Afectados	0	0%
Habilidades Relacionadas con los Sentimientos	0	0%
Habilidades para hacer frente al Estrés	0	0%
Habilidades Sociales Avanzadas	1	20%
Primeras Habilidades Sociales	4	80%
Habilidades Alternativas a la Agresión	0	0%
Habilidades de Planificación	0	0%

Tabla 20

Gráfico N ° 25

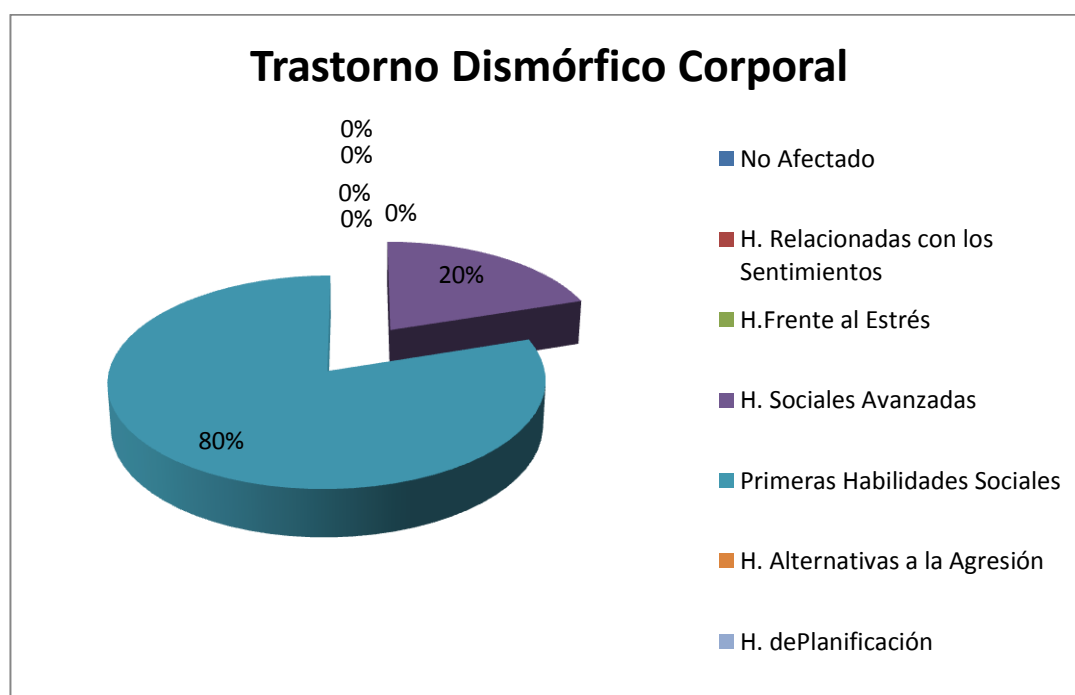


Gráfico 23

Elaborado por: Carolina Tapia

Fuente: Pacientes que acuden a consulta externa en el centro de Salud N° 1

Análisis: El 80% de los Pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal presentan dificultades en las en las Primeras Habilidades Sociales, seguido con el 20% en las Habilidades sociales Avanzadas.

Interpretación: En los pacientes que fueron Diagnosticados con Trastorno Dismórfico Corporal, todos presentaban dificultades en las Habilidades Sociales, dentro de esta cifra el 80 por ciento tenían problemas en las Primeras Habilidades Sociales donde se debe empezar a escuchar a una persona para también ser escuchada, el otro 20 por ciento mostraban problemas en las habilidades Sociales Avanzadas, donde la expresión y las disculpas van de la mano, denotando así que ningún paciente estuvo exento de esta clasificación.

4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

Hipótesis Alterna

Los trastornos Somatomorfos afectan en las Habilidades Sociales en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de la Provincia de Cotopaxi.

Hipótesis Nula

“Los trastornos Somatomorfos no afectan en las Habilidades Sociales en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de la Provincia de Cotopaxi”.

Resultado

“Para la comprobación de la hipótesis general se empleó el método chi cuadrado.” (Pearson, 1900), aplicando la siguiente fórmula:

En donde χ^2 es el valor Chi cuadrado para la aceptación o rechazo de la H_0 , o_i es cada frecuencia obtenida, y e_i es cada frecuencia esperada.

Los datos sobre las frecuencias observadas y esperadas se muestran a continuación:

$$\chi^2 = \frac{\sum (o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Tabla. Frecuencias observadas

	No afectado	Habilidades relacionadas con los sentimientos	Habilidades para hacer frente al estrés	Habilidades sociales avanzadas	Primeras habilidades sociales	Habilidades alternativas a la agresión	Habilidades de planificación	Total
Trastorno somatomorfo indiferenciado	1	11	2	2	1	0	0	17
Hipocondría	0	0	7	0	2	2	0	11
T. de Somatización	2	0	0	4	2	0	0	8
T. Conversivo	2	0	2	0	1	5	0	10
T. por Dolor	2	0	1	0	1	0	2	6
T. Dismórfico Corporal	0	0	0	1	4	0	0	5
Total	7	11	12	7	11	7	2	57

Tabla 21

Fuente: Estudio de campo
Elaborado por: Carolina Tapia

Tabla. Frecuencias esperadas

	No afectado	Habilidades relacionadas con los sentimientos	Habilidades para hacer frente al estrés	Habilidades sociales avanzadas	Primeras habilidades sociales	Habilidades alternativas a la agresión	Habilidades de planificación	Total
Trastorno somatomorfo indiferenciado	2,0877	3,2807	3,5789	2,0877	3,2807	2,0877	0,5965	17
Hipocondría	1,3509	2,1228	2,3158	1,3509	2,1228	1,3509	0,3860	11
T. de Somatización	0,9825	1,5439	1,6842	0,9825	1,5439	0,9825	0,2807	8
T. Conversivo	1,2281	1,9298	2,1053	1,2281	1,9298	1,2281	0,3509	10
T. por Dolor	0,7368	1,1579	1,2632	0,7368	1,1579	0,7368	0,2105	6
T. Dismórfico Corporal	0,6140	0,9649	1,0526	0,6140	0,9649	0,6140	0,1754	5
Total	7	11	12	7	11	7	2	57

Tabla 22

Fuente: Estudio de campo
Elaborado por: Carolina Tapia

A continuación se desglosa la aplicación de la fórmula para obtener el valor chi cuadrado:

$$X^2 = \sum (O_i - E_i)^2 / E_i$$

$$X^2 = (1-2,0877)^2 / 2,0877 + (0-1,3509)^2 / 1,3509 + (2-0,9825)^2 / 0,9825 + (2-1,2281)^2 / 1,2281 + (2-0,7368)^2 / 0,7368 + (0-0,6140)^2 / 0,6140 + (11-3,2807)^2 / 3,2807 + (0-2,1228)^2 / 2,1228 + (0-1,5439)^2 / 1,5439 + (0-1,9298)^2 / 1,9298 + (0-1,1579)^2 / 1,1579 + (0-0,9649)^2 / 0,9649 + (2-3,5789)^2 / 3,5789 + (7-2,3158)^2 / 2,3158 + (0-1,6842)^2 / 1,6842 + (2-2,1053)^2 / 2,1053 + (1-1,2632)^2 / 1,2632 + (0-1,0526)^2 / 1,0526 + (2-2,0877)^2 / 2,0877 + (0-1,3509)^2 / 1,3509 + (4-0,9825)^2 / 0,9825 + (0-1,2281)^2 / 1,2281 + (0-0,7368)^2 / 0,7368 + (1-0,6140)^2 / 0,6140 + (1-3,2807)^2 / 3,2807 + (2-2,1228)^2 / 2,1228 + (2-1,5439)^2 / 1,5439 + (1-1,9298)^2 / 1,9298 + (1-1,1579)^2 / 1,1579 + (4-0,9649)^2 / 0,9649 + (0-2,0877)^2 / 2,0877 + (2-1,3509)^2 / 1,3509 + (0-0,9825)^2 / 0,9825 + (5-1,2281)^2 / 1,2281 + (0-0,7368)^2 / 0,7368 + (0-0,6140)^2 / 0,6140 + (0-0,5965)^2 / 0,5965 + (0-0,3860)^2 / 0,3860 + (0-0,2807)^2 / 0,2807 + (0-0,3509)^2 / 0,3509 + (2-0,2105)^2 / 0,2105 + (0-0,1754)^2 / 0,1754$$

$$X^2 = 0,5667 + 1,3509 + 1,0539 + 0,4852 + 2,1654 + 0,6140 + 18,1631 + 2,1228 + 1,5439 + 1,9298 + 1,1579 + 0,9649 + 0,6966 + 9,4749 + 1,6842 + 0,0053 + 0,0548 + 1,0526 + 0,0037 + 1,3509 + 9,2682 + 1,2281 + 0,7368 + 0,2426 + 1,5855 + 0,0071 + 0,1348 + 0,4480 + 0,0215 + 9,5467 + 2,0877 + 0,3119 + 0,9825 + 11,5852 + 0,7368 + 0,6140 + 0,5965 + 0,3860 + 0,2807 + 0,3509 + 15,2105 + 0,1754$$

$$X^2 = 102,979$$

El valor crítico chi cuadrado obtenido de la tabla de distribución chi cuadrada (anexa), con 30 grados de libertad y un margen de error de 0,05 es el siguiente:

Valor crítico = 43,773

La siguiente ilustración muestra el resultado obtenido en la gráfica de distribución Chi cuadrada:

Gráfico. Distribución chi cuadrado

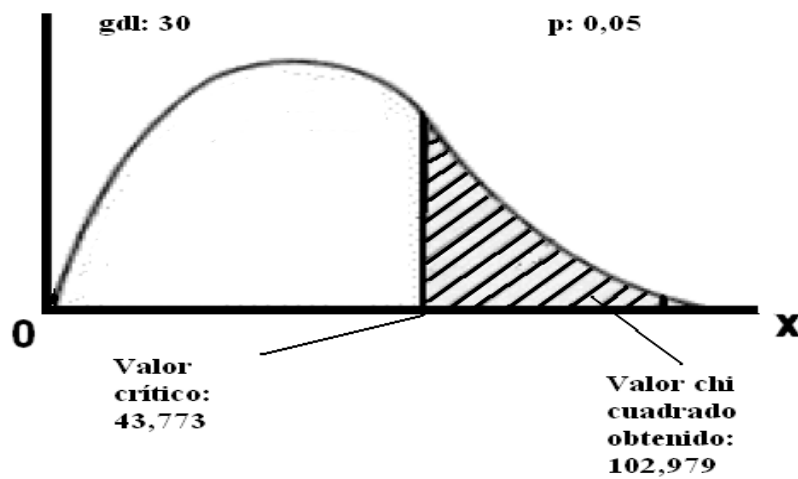


Gráfico 24

Fuente: Estudio de campo
Elaborado por: Carolina Tapia

Debido a que el valor chi cuadrado obtenido (102,979) es mayor que el valor crítico (43,773), se rechaza la H_0 y se acepta la H_a , por lo tanto se comprueba que los trastornos somatomorfos afectan a las habilidades sociales en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de la Provincia de Cotopaxi.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

Hipótesis Alterna

El trastorno Somatomorfo indiferenciado produce un elevado efecto sobre el grupo de las habilidades relacionadas con los sentimientos.

Hipótesis Nula

El trastorno Somatomorfo indiferenciado no produce un elevado efecto sobre el grupo de las habilidades relacionadas con los sentimientos.

Para la comprobación de la primera hipótesis específica se presenta los resultados de los pacientes diagnosticados con trastorno somatomorfo indiferenciado en la siguiente tabla:

Tabla. Afectación de habilidades sociales en pacientes diagnosticados con trastorno somatomorfo indiferenciado

	Frecuencia	Porcentaje
No afectado	1	5,88%
Habilidades relacionadas con los sentimientos	11	64,71%
Habilidades para hacer frente al estrés	2	11,76%
Habilidades sociales avanzadas	2	11,76%
Primeras habilidades sociales	1	5,88%
Habilidades alternativas a la agresión	0	0%
Habilidades de planificación	0	0%
Total	17	100%

Tabla 23

De acuerdo con los datos expuestos en la tabla anterior, el 64,71% de los pacientes diagnosticados con trastorno somatomorfo diferenciado presentan afectación en el grupo de habilidades sociales relacionadas con los sentimientos, por lo tanto se rechaza la H_0 y se acepta la H_a correspondiente a la segunda hipótesis específica, demostrándose que el trastorno somatomorfo indiferenciado produce un elevado efecto sobre el grupo de las habilidades relacionadas con los sentimientos en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de la Provincia de Cotopaxi.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

Hipótesis Alterna

El trastorno Somatomorfo de tipo Hipocondría ejerce influencia en el grupo de las habilidades para hacer frente al estrés.

Hipótesis Nula

El trastorno Somatomorfo de tipo Hipocondría no ejerce influencia en el grupo de las habilidades para hacer frente al estrés

Para la comprobación de la segunda hipótesis específica se presenta los resultados de los pacientes diagnosticados con hipocondría en la siguiente tabla:

Tabla. Afectación de habilidades sociales en pacientes diagnosticados con hipocondría

	Frecuencia	Porcentaje
No afectado	0	0%
Habilidades relacionadas con los sentimientos	0	0%
Habilidades para hacer frente al estrés	7	63,64%
Habilidades sociales avanzadas	0	0%
Primeras habilidades sociales	2	18,18%
Habilidades alternativas a la agresión	2	18,18%
Habilidades de planificación	0	0%
Total	11	100%

Tabla 24

De acuerdo con los datos expuestos en la tabla anterior, el 63,64% de los pacientes diagnosticados con hipocondría presentan afectación en el grupo de habilidades sociales de afrontamiento del estrés, por lo tanto se rechaza la H_0 y se acepta la H_a correspondiente a la segunda hipótesis específica, demostrándose que la hipocondría ejerce influencia en el grupo de las habilidades para hacer frente al estrés en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de la Provincia de Cotopaxi.

Interpretación General

En relación a la valoración y al análisis de los datos obtenidos se concluye:

El valor chi cuadrado obtenido (102,979) es mayor que el valor crítico (43,773), se rechaza la H_0 y se acepta la H_a , por lo tanto se comprueba que los trastornos somatomorfos afectan a las habilidades sociales en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N° 1 de la Provincia de Cotopaxi.

El trastorno Somatomorfo Indiferenciado afecta a las Habilidades Sociales relacionadas con los sentimientos en un 64,71 por ciento, en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de salud N° 1 de la Provincia de Cotopaxi.

El 63,64% de los pacientes diagnosticados con hipocondría presentan afectación en el grupo de habilidades sociales de afrontamiento del estrés, en los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N 1 de la Provincia de Cotopaxi.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

El objetivo general que se propuso es demostrar la afectación de los trastornos somatomorfos en las habilidades Sociales en las personas que acudían al Centro de Salud N1 de la provincia de Cotopaxi, donde se comprobó el deterioro en sus habilidades Sociales en un 88 por ciento total, todos éstos seis trastornos se catalogaron y clasificaron de distinta manera, tan sólo el 12 por ciento de pacientes diagnosticados con trastornos somatomorfos no se vieron afectadas sus habilidades sociales.

El tipo de trastorno Somatmorfo más prevaleciente de la población investigada que son los pacientes que acuden a consulta externa del centro de Salud N° 1 de Cotopaxi, es el Trastorno Somatomorfo indiferenciado con un 30 por ciento total de todos los pacientes, corroborando así los síntomas del DSM IV como son: fatiga, pérdida de apetito, síntomas gastrointestinales y urinarios, entre otros.

Dentro de las áreas de las habilidades Sociales evaluadas se vieron involucradas todas, en distinta manera y categoría, así la menor área afectada fue la Habilidad de planificación con un 4 por ciento y la de mayor afectación fue la Habilidad para hacer frente al estrés con un 21 por ciento; dentro de esta habilidad social varios trastornos Somatomorfos se ven influenciados como son: el Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, Hipocondría, Conversivo y Por Dolor.

Los pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal fueron los que menormente se detectaron en el Centro de Salud N°1 de la Provincia de Cotopaxi, ocupando un 12 por ciento de la población total, las primeras habilidades sociales son las que están íntimamente ligadas, cuyo objetivo se centra en saber escuchar empáticamente, iniciar, mantener una conversación y describirse así mismo en una presentación.

El trastorno Somatomorfo de tipo Hipocondría se ve involucrado en el deterioro del grupo de las habilidades para hacer frente al estrés, siendo este un conjunto identificado de personas que por el temor excesivo o incluso creer que tienen una enfermedad incurable y muy grave los estímulos externos responden de manera negativa a la presión individual o grupal, donde la persuasión y el sentido de fracaso van de la mano.

Según en DSM IV en la mayor parte de Trastornos se utiliza directrices de Gravedad entre leve, moderado y grave, dependiendo el deterioro del paciente; después de la investigación, dentro de los Trastornos Somatomorfos, las habilidades Sociales del individuo se ven deterioradas por áreas o por subtipos, cada una de ellas con sus propias características.

5.2 RECOMENDACIONES

Es importante trabajar con la población primordial que se le diagnosticó Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, siendo ésta la de mayor afectación en los pacientes que acuden a consulta Externa del Centro de Salud N1 de Cotopaxi ya que se ven deterioradas en mayor cantidad sus habilidades relacionadas con los sentimientos, surgiendo así la necesidad de trabajar con técnicas empáticas a nivel de afectividad con otras personas, donde cada uno puede ponerse en el lugar de otro.

En los pacientes con diagnóstico de un Trastorno hipocondriaco se pueden manejarlos de manera cognitiva para que sus procesos de integración de pensamientos se den de manera acertada, acerca de poseer una enfermedad grave y las demostraciones científicas que lo reiteren.

Por otro lado todos los pacientes que se vieron afectados por la habilidad para hacer frente al estrés se deberían intervenir en técnicas paradójales que actúen en el área cognitiva.

A pesar que solo existe un pequeño grupo de paciente con Trastorno Dismórfico Corporal, se debería trabajar en la prevención secundaria, donde a partir de un Diagnóstico por más mínimo que sea, se evita que otras personas caigan así en el cuadro o ya de un trastorno definitivo donde a través de técnicas oportunas se evitaría su incremento.

Por lo tanto se propone un tratamiento terapéutico que permita a los pacientes mejorar la calidad de vida.

CAPÍTULO VI

6. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1 DATOS INFORMATIVOS:

TEMA:

Entrenamiento en Habilidades Sociales según Francisco Labrador, para los pacientes diagnosticados con Trastornos Somatomorfos, mejorando sus relaciones intra e interpersonales por medio del modelo Cognitivo Conductual.

INSTITUCIÓN EJECUTORA:

Centro de Salud N 1.

PROVINCIA Y CANTÓN:

Cotopaxi- Latacunga.

RESPONSABLE:

Liliana Carolina Tapia Gómez.

UBICACIÓN:

Dirección de Salud de Cotopaxi, Salón N° 1.

TIEMPO ESTIMADO:

Seis meses del mes de Agosto del 2014 al mes de Febrero del año 2015.

BENEFICIARIOS:

DIRECTOS: Pacientes con distintos Trastornos Somatomorfos.

INDIRECTOS: Familiares de pacientes y otros.

EQUIPO RESPONSABLE:

Equipo Multidisciplinario conformado por:

Médico General.

Médico en especialidades.

Trabajador/a Social.

Psicólogo Clínico.

COSTO:

1600 dólares.

6.2 ANTECEDENTES

Los datos que se van a presentar en este punto de la propuesta de solución constituyen una fuente real de la obtención de información mediante los reactivos psicológicos aplicados, siendo éstos los siguientes:

Refiriéndose a la aplicación del Cuestionario de Trastornos Somatomorfos para la Primera Variable se detectó que dentro de estos, los niveles más altos del 30 por ciento se evidencia en el Trastorno Somatomorfo Indiferenciado con más de la cuarta parte de la población, lo que evidencia que es el primero dentro de los pacientes que asistieron al Centro de Salud N1 de la Provincia de Cotopaxi, posteriormente sigue en la lista el Trastorno Hipocondriaco con un 19 por ciento, lo que le cataloga como el segundo trastorno más prevalente en este estudio, el trastorno Conversivo ocupa el tercer lugar con un 18 por ciento, tanto este como el segundo lugar varía tan solo con el 1 por ciento, a pesar de esto son los tres más sobresalientes en el estudio realizado.

Posteriormente y en cuarto lugar se encuentra el trastorno de Somatización con el 14 por ciento, seguido por el trastorno Por Dolor con un 10 por ciento y para finalizar con el menor porcentaje el de 9 por ciento con el Trastorno Dismórfico Corporal, entonces siendo éste el de mínimo inferencia en la población estudiada.

Con relación al test de Habilidades Sociales de Goldstein que se utilizó para la variable Independiente se concluyó que el total del porcentaje de todas las Habilidades Sociales afectadas es del ochenta y ocho por ciento de la población, la de mayor afectación es la Habilidad Social para hacer Frente al Estrés con un 21% de la población estudiada, esta es la que encabeza el deterioro de todo el grupo de las habilidades sociales, seguido por las Primeras Habilidades Sociales con un 20% de deterioro, en tercer lugar se ve afectada la Habilidad relacionada con los Sentimientos con un 19%, los índices no varían en gran cantidad, sin embargo las tres son de mayor relevancia en su detrimento.

Tanto las Habilidades Sociales Avanzadas y de Alternativas a la Agresión ocupan cada una un 12 por ciento para finalizar la habilidad con menor influencia en los Trastornos Somatomorfos son las habilidades de Planificación con tan solo un 4 por ciento.

Dentro de un análisis de ambas variables: el trastorno Somatomorfo Indiferenciado produce un elevado efecto sobre el grupo de las habilidades relacionadas con los sentimientos, deteriorando así este tipo de habilidad, con un 64 por ciento, donde reconocer y expresar las propias emociones y sentimientos, saber expresar afecto y así dejar a un lado el miedo que provoca poseer este trastorno forman parte fundamental de este grupo.

También El trastorno Somatomorfo de tipo Hipocondría se ve involucrado en el deterioro del grupo de las habilidades para hacer frente al estrés, siendo este un conjunto identificado de personas que por el temor excesivo o incluso creer que tienen una enfermedad incurable y muy grave los estímulos externos responden de manera negativa a la presión individual o grupal.

Finalmente los pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal fueron los que menormente se detectaron, de la población total ocupan un 12 por ciento, sus habilidades Sociales Influenciadas fueron las primeras cuyo objetivo se centra en saber escuchar empáticamente.

6.3 JUSTIFICACIÓN

Los trastornos Somatomorfos generan grandes dificultades dentro del sistema de Salud, estas dificultades psicológicas que adquieren una forma física o somática, no poseen una causa médica. Aunque un individuo con un trastorno somatomorfo manifiesta síntomas físicos, no existe una causa biológica, o , si hay un problema médico, la reacción de la persona es muy exagerada, partiendo de éste término se considera de gran interés ya que el número de pacientes atendidos consumen mayor tiempo, varios recursos, entre otros por lo cual sería importante atenderlos de manera oportuna para evitar esta sobrepoblación hospitalaria.

Es factible porque existen recursos en el Centro de Salud Número 1 de Cotopaxi y a su vez el equipo interdisciplinario está permanentemente en el lugar y no han sido rotados, por tal razón existe seguimiento de los pacientes con trastornos Somatomorfo.

También es factible desarrollar esta investigación por la gran apertura de los profesionales en todas las áreas y también la gran demanda de pacientes dentro de esta Institución Estatal, así se puede mostrar a la provincia y a la población en general sobre el verdadero significado tanto objetivo y subjetivo de sus dolencias físicas e intrapsíquicas generando en ellos cierto grado de alivio y de reestructuración cognitiva sobre su problemática.

Es Original ya que la Técnica en Entrenamiento de Habilidades Sociales de la psicoterapia cognitiva-conductual que se quiere utilizar para la reducción del deterioro de las habilidades sociales de los pacientes, es una técnica muy amplia donde se mejora las conductas adaptativas de los pacientes.

6.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el modelo Cognitivo Conductual en Entrenamiento de Habilidades Sociales, para los pacientes que poseen Trastornos Somatomorfos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reducir niveles sintomatológicos.

Mejorar las Habilidades Sociales.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Existe una gran apertura por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Cotopaxi para desarrollar la propuesta de solución de este proyecto ya que conjuntamente con el Equipo de Salud Mental de la misma Provincia se ha venido evaluando la problemática latente y manifiesta de cada paciente. A su vez se cuenta con fichas de observación y de seguimiento de cada uno de los pacientes.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Dentro de las terapias cognitivas conductuales se distinguen tres grupos de terapias, éstos son: las terapias racionales de reestructuración cognitiva, las terapias dirigidas a entrenar habilidades para afrontar y manejar situaciones, y las terapias de resolución de problemas.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

El reconocimiento de la importancia de las habilidades sociales “proviene de los años treinta, donde se realiza un sinnúmero de estudios en el ámbito sociales y de esta manera se crea el procedimiento de entrenamiento en habilidades sociales (EHS)” (Miguel García Saiz 1997). Esta técnica del Entrenamiento en Habilidades Sociales se la considera breve, versátil, sin limitaciones en los problemas donde actuar y sin discriminación de los pacientes con respecto a su función social.

Los Entrenamientos de las Habilidades Sociales son procedimientos orientados a la adquisición de las Habilidades Sociales, se fundamentan en los principios de aprendizaje y cuentan con las contribuciones de distintas disciplinas científicas (especialmente la psicología social). Se considera que las Habilidades Sociales se aprenden, y que éste juega un papel muy común y cercano entre los factores intrínsecos de la persona y sus factores ambientales.

Estos procedimientos son caracterizados por:

1. El modelo de adquisición de conducta en el que se basan, son independientes de las causas que originaron el problema, se orienta a adquirir nuevas habilidades o conductas alternativas a las que posee el sujeto.
2. Consideración de cada sujeto como agentes activo de cambio, la intención de cambiar, como la aceptación y comprensión del procedimiento en sí, y su participación activa en todo el proceso de aprendizaje.
3. Consideración en un sentido amplio con procesos psicoeducativos de formación.
4. Posee una serie de ventajas ya que los pacientes les resulta familiares seguir contextos naturales de un ser humano, la duración es considerablemente breve, posee terminología simple y sencilla, lo que les hace asequibles, existe flexibilidad y versatilidad para adaptarlos a distintas necesidades.

Modelo explicativo de las habilidades sociales.

Se muestra en un circuito cerrado en el siguiente proceso: Percepción de señales sociales de los demás, Traducción del significado de esas señales sociales, Planificación de las posibles alternativas de actuación y ejecutar la conducta de acuerdo a que sea una señal para los demás.

La consecuencia de lograr un objetivo dentro de las habilidades sociales implica que el paciente adquiera y domine todos los componentes conductuales que forman parte de las habilidades sociales, exhibiéndoles de manera correcta, coordinada y sin necesidad de supervisión, sea capaz de exhibir las Habilidades Sociales , tras analizar las características de la situación reala y la adecuación de sus conductas a dicha situación y finalmente reproducir las Habilidades Sociales en momentos y ambientes diferentes, especialmente en situaciones de la vida real y de forma espontánea, no automática.

PROCESOS:

- Percepción de las señales sociales de los demás.
- Traducción del significado de esas señales.
- Planificación: búsqueda de posibles alternativas de actuación.
- Actuación: Ejecución de la alternativa considerada más adecuada. Esta ejecución, actúa a su vez como señal social para los demás.

La conducta resultante, actúa como una señal de retroalimentación, cerrando el circuito. Cualquier fallo en los procesos, provocaría un "cortocircuito", con el consiguiente comportamiento incompetente. Se han elaborado otros modelos interactivos más complejos que enfatizan la interacción entre la persona y la situación.

En éste modelo, se considera que el comportamiento hábil viene determinado por las circunstancias relativas a la situación, y por los factores personales, entendiendo la situación como el factor que determina la probabilidad de éxito/fracaso de una interacción, y a la persona como el factor que determina la tendencia a triunfar o fracasar (en función de que posea o no las habilidades necesarias para la situación). Variables personales: Factores ideográficos (edad/sexo), factores referentes a categorías sociales (raza, etnia, religión, grupos de pertenencia), factores fisiológicos y cognitivos (expectativas, evaluación de resultados, atribuciones de causalidad, habilidades de empatía, etc.).

TÉCNICAS DE EHS:

1.- Instrucciones y modelado

“Informar y hacer demostraciones de las conductas adecuadas, es guiar al sujeto en cada sesión en el empleo de respuestas específicas o patrones de respuestas, centrando su atención desde el principio, y a lo largo de toda la sesión, sobre las

conductas que tiene que identificar al observar a los modelos que tiene que ejecutar en el ensayo, que van a ser objeto de evaluación, y que deberá practicar en la vida real”. (Labrador, Francisco. 1997)

Es fundamental que las instrucciones incluyan:

- Información específica sobre la respuesta y las conductas adecuadas.
- Explicaciones claras y ejemplos concretos de conductas.
- Razones que justifiquen la importancia de dichas conductas, así como la necesidad de ejecutarlas.

“El mismo sujeto debe ser quien ponga los ejemplos de experiencias reales y compararlas con las razones que justifiquen el nuevo comportamiento y ponerlas en discusión entre los miembros del grupo”. (Labrador, Francisco. 1997)

Se debe emplear frases cortas y conceptos inteligibles, utilizando explicativas claras, las explicaciones se emplean a lo largo de todo el entrenamiento, se utiliza cuando las conductas son muy concretas sencillas y fáciles de explicar verbalmente.

2. – Modelado

“Exhibición por parte de un modelo de las conductas que son objeto de entrenamiento, debe haber determinada similitud entre la propuesta y el modelo.” (Labrador, Francisco. 1997). La observación de estas conductas puede tener un triple efecto:

- La adquisición de conductas nuevas
- La inhibición de conductas existentes
- Y la facilitación de determinadas conductas.

1.- Personas propuestas como modelos: este papel puede desempeñarlo cualquier miembro del equipo de entrenamiento, personas ajenas, o los mismos sujetos que son entrenados, debe existir similitud entre el modelo y el observador, tomando en cuenta la edad, sexo, clase social, etc.), es importante que el entrenador realice

algún comentario que remarque la similitud entre ambos, favoreciendo dicha percepción por parte del observador., el modelo debe ser amistoso, cercano y agradable y se puede mostrar distintos modelos .

2.- Forma de presentación del modelo: puede estar físicamente presente o ser una grabación en una filmación, las conductas deben ser expuestas de forma clara y precisa, debe tener un orden de menor a mayor dificultad y complejidad.

3.- Percepción por parte del observador: el sujeto puede observar el comportamiento real o simbólico del modelo, o imaginarse la actuación de alguien a esto se lo llama: Modelado encubierto.

Se debe preparar y predisponer favorablemente al sujeto para la observación, se debe hacer indicaciones para que observe el modelo, decirle que posteriormente tendrá que imitarlo, mantener su atención en la conducta observada, es importante recordar que no es una conducta correcta sino una alternativa posible para abordar una situación particular., las condiciones ambientales deben ser óptimas y una vez finalizada la observación puede ser necesaria la exhibición de la conducta.

3.- Ensayo conductual o "role-playing".

Es la modalidad más empleada, pues permite la supervisión del entrenador y ensayar las conductas apropiadas, cuantas veces sea necesaria hasta lograr un nivel de ejecución adecuado.

Ensayo conductual encubierto: Se aconseja su utilización conjunta con el anterior, debido a sus ventajas (acceso a situaciones heterogéneas, reales o de carácter personal o íntimo).

PASOS

El sujeto imagina cómo se ve realizando cierta conducta, lo que le permite analizar y afrontar anticipadamente, posibles consecuencias negativas inesperadas.

El sujeto ejercita de forma real la conducta, en la situación de laboratorio, hasta conseguir un nivel de dominio y ejecución adecuado.

El sujeto se imagina de nuevo realizando esa conducta en situaciones de su vida real, lo que favorece su generalización.

Para esta técnica se recomienda:

Otorgar al sujeto un papel activo.

Centrar el ensayo sobre un objeto concreto, controlable y fácil de abarcar.

Planificar de forma progresiva, de menor a mayor dificultad.

Progresar de situaciones planificadas, el sujeto debe seguir un guión preestablecido y ensaya conductas objetivo perfectamente delimitadas.

Pasar de representaciones estructuradas a semiestructuradas.

Llevar a cabo ensayos reales, en los que la conducta sea manifiesta y pública, esto es ensayos que tengan lugar en presencia del entrenador y los miembros del grupo.

“Reiterar ensayos con el fin de que el sujeto domine la conducta”. (Labrador, Francisco. 1997)

Emplear contextos, situaciones e interlocutores variados y heterogéneos, para facilitar generalización de respuestas

4.-Retroalimentación:

“Proporcionar información al sujeto en la relación a las conductas objetivo, exhibidas en el ensayo conductual previo, con el fin de moldear ciertas conductas y conseguir progresivamente un nivel de ejecución idóneo” (Labrador, Francisco. 1997).

La retroalimentación se puede dar de dos maneras:

1.- De forma visual: Consiste en la filmación o video de una actuación del sujeto. Esta modalidad tiene como ventaja la objetividad, fiabilidad y precisión de la información.

2.- De forma verbal: Comentarios realizados por los sujetos presentes, quienes pueden ser del entrenador, donde completa o corrige comentarios realizados por los sujetos. Los restantes sujetos del grupo de entrenamiento, estos son de gran importancia para construir un marco social de referencia ampliamente aceptado y válido para los sujetos y finamente del propio sujeto, donde el propio sujeto debe ir desarrollando de forma progresiva su capacidad de autoobservación y evaluación, para lo cual es fundamental conseguir que centre su atención en su propio comportamiento, lo observe y valore el impacto de sus conductas.

La eficacia de la retroalimentación depende de algunos factores como:

- Se aplique inmediatamente después de los ensayos.
- Se centre en conductas concretas y en un número inmediato a la vez.
- Se refiere a las conductas objetivo de los entrenamientos.
- Se centre en las conductas sobre las que el sujeto tiene el control.

5.-Refuerzo:

“El objetivo de esta técnica es contribuir al moldeamiento de las conductas, así como el mantenimiento de las mismas, su empleo está destinado a proporcionar a los sujetos la motivación necesaria para que mejoren su actuación en los diversos ensayos, aumenten la tasa de las respuestas adecuadas y mantengas los logros que, de forma progresiva, vayan alcanzando”. (Labrador, Francisco. 1997)

El tipo habitual de refuerzo empleado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales es el refuerzo social de tipo verbal (alabanzas, reconocimiento público, aprobación de la conducta del sujeto, etcétera).

Como criterios generales de aplicación de esta técnica cabe recordar:

Su valor funcional; su aplicación inmediata y contingente a la conducta; el uso de programas sistemáticos de refuerzo; el paso de refuerzos continuos a intermitentes.

Diseñar programas de reforzamiento ambiental, para favorecer el mantenimiento y generalización de las conductas.

Desarrollar en el sujeto la capacidad de autoreforzo (especialmente importante al afrontar situaciones que conllevan consecuencias negativas).

La aplicación en grupo implica que todos los sujetos posean las habilidades tanto para dispensar refuerzos como para recibirlos, lo que hace necesario el entrenamiento en esas habilidades.

6. -Estrategias de generalización:

La generalización se refiere a la exhibición de las Habilidades Sociales en condiciones distintas a las que guiaron su aprendizaje inicial. Tales condiciones pueden hacer referencia al tiempo: manifestaciones de a conducta en momentos posteriores al entrenamiento (mantenimiento); al contexto manifiesto de la conducta en un contexto diferente(vida real) a aquel laboratorio en el que aprendió de forma controlada; a las situaciones interpersonales: manifestación de la conducta en situaciones distintas a las entrenadas; a las respuestas: manifestación de conductas que, si bien no se han entrenado, si están al menos relacionadas o son similares a otras conductas que sí lo han sido; y a las personas: manifestación de la conducta antes como respuesta a otros interlocutores distintos a aquellos con los que se entrenó.

Estrategias aplicadas en el ambiente real: Sin lugar a dudas, la principal estrategia son las tareas para la casa, que consiste en realizar en la vida real en un cometido similar al efectuado en los entrenamientos (habitualmente, ejecutar las conductas entrenadas). La realización de estas tareas está programada, y al sujeto se le presta la ayuda necesaria (habitualmente al inicio de la siguiente sesión del

entrenamiento) para analizar el resultado y realizar los entrenamientos de apoyo necesario.

Se debe facilitar el acceso del sujeto a aquellos contextos en los que pueda practicar las nuevas Habilidades Sociales, enseñar a los sujetos a discriminar contextos y buscar ambientes de apoyo que faciliten y refuercen la ejecución de las nuevas Habilidades Sociales, implicar a personas significativas del ambiente real del sujeto para que supervisen, apoyen y refuercen los progresos que éste vaya haciendo.

Criterios de Aplicación de los EHS

“La aplicación de los EHS, bien como procedimiento orientado a la adquisición de determinadas conductas sociales, o bien como técnica específica que proporciona una ayuda genérica y que protege contra cualquier trastorno.” (Lieberman 1989)

Dentro de las diversas fases de tratamiento la familia, los amigos y las personas del mismo grupo tienen una gran importancia desde el inicio hasta el final del tratamiento.

6.7 PLAN OPERATIVO

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Preparación y Logística.	Identificar el espacio físico y los recursos humanos donde se aplicará el método.	Preparación del material teórico práctico.	Dirección Provincial de Cotopaxi, Salón N° 1.	Investigadora.	Del 9 al 14 de Agosto del 2014.
Encuadre.	Establecer de normas y objetivos.	Reunión con el equipo multidisciplinario de trabajo.	Sala de sesiones. Material de oficina. Material bibliográfico. Humano.	Investigadora.	Del 15 al 24 de Agosto del 2014.
Selección de los miembros del grupo.	Captar a los miembros que serán elegidos como objeto	Remisión a los miembros designados a la actividad de salud	Historia Clínica Psicológica	Investigadora.	Del 25 al 30 de Agosto del 2014.

	de investigación	mental que se realizará.	Material de oficina. Humanos (Pacientes) Dirección Provincial de Cotopaxi, Salón N° 1.		
Formación del Grupo terapéutico	Conformar el grupo terapéutico	Explicación verbal a todos los pacientes sobre el proceso de Entrenamiento en Habilidades Sociales.	Dirección Provincial de Cotopaxi, Salón N° 1. Material de oficina Material bibliográfico. Humano(Pacientes).	Investigadora.	Del 09 al 23 de Septiembre del 2014.
Instrucciones	Guiar al sujeto en	Informar sobre	Dirección Provincial	Investigadora.	Del 27 al 30 de

	<p>cada sesión en el empleo de respuestas específicas o patrones de respuestas, y a lo largo de toda la sesión, sobre las conductas que tiene que identificar al observar a los modelos que tiene que ejecutar en el ensayo.</p>	<p>respuestas y las conductas adecuadas</p> <p>Explicar claramente y con ejemplos concretos de las conductas</p> <p>Justificar la importancia de conductas y la necesidad de ejecutarlas</p>	<p>de Cotopaxi, Salón N° 1.</p> <p>Humano(Pacientes)</p>		<p>Septiembre del 2014.</p>
<p>Modelado</p>	<p>Exhibir un modelo de las conductas que son objeto de entrenamiento, debe haber determinada similitud entre la</p>	<p>Preparar y predisponer favorablemente al sujeto para la observación.</p> <p>Presentación del modelo: puede estar físicamente</p>	<p>Humano</p> <p>Participantes y pacientes</p> <p>Modelo</p> <p>Ayudante del</p>	<p>Investigadora.</p>	<p>Del 13 de Octubre al 07 de Noviembre del 2014.</p>

	propuesta y el modelo.	presente o ser una grabación en una filmación, las conductas deben ser expuestas de forma clara y precisa, debe tener un orden de menor a mayor dificultad y complejidad. Percepción por parte del observador.	modelo		
Ensayo Conductual o Role Playing	Practicar y ensayar conductas apropiadas, cuantas veces sea necesario, hasta lograr un nivel de ejecución adecuado.	El sujeto imagina cómo se ve realizando cierta conducta, lo que le permite analizar y afrontar anticipadamente, posibles consecuencias.	Dirección Provincial de Cotopaxi, Salón N° 1. Humano(Pacientes) Objetos para elaborar un	Investigadora.	Del 14 de Noviembre al 04 de Diciembre del 2014

		<p>El sujeto ejercita de forma real la conducta, en la situación de laboratorio, hasta conseguir un nivel de dominio y ejecución adecuado.</p> <p>El sujeto se imagina de nuevo realizando esa conducta en situaciones de su vida real.</p>	escenario		
Retroalimentación	Proporcionar información al sujeto en la relación a las conductas objetivo,	Consiste en la filmación o video de una actuación del sujeto	<p>Dirección Provincial de Cotopaxi, Salón N° 1.</p> <p>Humano(Pacientes)</p>	Investigadora	Del 05 al 26 de Diciembre del 2014

	<p>exhibidas en el ensayo conductual previo, con el fin de moldear ciertas conductas y conseguir progresivamente un nivel de ejecución idóneo</p>	<p>Realizar comentarios por los sujetos presentes, quienes pueden ser del entrenador, donde completa o corrige comentarios realizados por los sujetos.</p> <p>Construir un marco social de referencia ampliamente aceptado y válido para los pacientes</p> <p>Finalmente auto observarse y evaluarse, para lo cual es fundamental conseguir que centre su atención en su propio</p>	<p>Videos</p> <p>Proyector</p> <p>Memory</p> <p>Parlantes</p>		
--	---	---	---	--	--

		comportamiento, lo observe y valore el impacto de sus conductas.			
Refuerzo	Contribuir al moldeamiento de las conductas, así como el mantenimiento de las mismas, su empleo está destinado a proporcionar a los sujetos la motivación necesaria para que mejoren su actuación en los diversos	Diseñar un programa de reforzamiento ambiental. Desarrollar en el sujeto la capacidad de autoreforzamiento. Entrenar habilidades sociales para recibirlas y darlas.	Dirección Provincial de Cotopaxi, Salón N° 1. Humano(Pacientes) Hojas de papel bond Esferos Videos Proyector Memory	Investigadora	Del 01 al 09 de Enero del 2015

	ensayos, aumenten la tasa de las respuestas adecuadas y mantengas los logros que, de forma progresiva, vayan alcanzando		Parlantes		
Estrategias de generalización	Exhibir de las Habilidades Sociales en condiciones distintas a las que guiaron su aprendizaje inicial.	Tareas para la casa, que consiste en realizar en la vida real en un cometido similar al efectuado en los entrenamientos La realización de estas tareas está programada. Practicar las habilidades sociales en contextos o ambientes de apoyo que	Centro Comercial. Ciudadela. Humano(Pacientes) Familiares	Investigadora	10 al 26 de Enero del 2015

		<p>faciliten y refuercen la ejecución de las nuevas Habilidades Sociales.</p> <p>Visita a distintos lugares con los familiares</p>			
Reconocimiento del avance terapéutico	Reconocer en el grupo los avances que se dieron durante el transcurso del proceso terapéutico.	Análisis continuo de todos los avances objetivos y subjetivos	Dirección Provincial de Cotopaxi, Salón N° 1. Humano(Pacientes)	Investigadora	Del 01 al 06 de Febrero del 2015
Finalización y evaluación	Medir los logros de manera cualitativa y cuantitativa de todo el proceso.	Cierre de la terapia y convivencia	Dirección Provincial de Cotopaxi, Salón N° 1.Humano(Pacientes) Familiares	Investigadora	13 de Febrero del 2015

Tabla 25

6.8 PLAN DE MONITOREO

¿QUÉ HACER?	¿CÓMO HACER?
¿Quién ejecuta?	Carolina Tapia
Lugar de ejecución	Centro de Salud N 1 de la Provincia de Cotopaxi.
¿A quiénes?	Pacientes que acuden a consulta externa
¿Cuándo?	Febrero al mes de Agosto del 2014 a Febrero del año 2015
¿Con qué finalidad?	Reducir las creencias irracionales y el mejoramiento de las habilidades sociales

6.9. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES- MES	MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO	
Planteamiento del Problema	X	X										
Objetivos Y Justificación			X									
Marco teórico				X								
Realización del Capítulo I-II					X							
Revisión de capítulos					X							
Realización del capítulo III y IV					X							
Revisión de capítulos						X						
Realización del capítulo V y VI Bibliografía							X	X				
Bibliografía y Anexos									X			
Revisión general										X		
Transcripción anillados											X	
Presentación												X

6.10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American psychiatric association. (2013). “DSM IV TR BREVARIO. Criterios Diagnósticos.” Barcelona: Masson
- Bandura. A. (1990). Pensamiento y acción. Barcelona: Martínez Roca.
- Caballo. V. (1987). Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Valencia: Promolibro
- Charles. M y Maisto.E. (2011). “Psicología”. Mexico: Pearson Educación.
- Gasto. C.(1986). “Histeria. Trastorno Somatoforme disociativo”. USA: Medicine.
- Goldman. H.(2001). “Psiquiatría General”(5ta Ed.). México: Manual Moderno
- Sánchez.M. (1992). “Manual de Psicoterapia Cognitiva”. España: Edisa.
- Beck .J. (1995). “Terapia Cognitiva”. Usa: Gedisa.
- Kellner. R.(1986). “Somatización e Hipocondría”. New York: Mdi.
- Montero. N. y Rojas. C. (1992). Fundamentos Diagnósticos del Plan Nacional de Salud Mental. Venezuela: Salud.

LINKOGRAFÍA

- Alonso (2012) “*El modelo de Prochaska y Diclemente un modelo de cambio*”. Psyciencia. Recuperado el Viernes y Lunes de Enero 2014, de <http://www.psyciencia.com/2012/12/26/el-modelo-de-prochaska-y-diclemente-un-modelo-de-cambio/espirdelcambio/>
- Díaz, Pinto, Solbes (2013) “*Autobiografía y anorexia: Una alternativa cualitativa al modelo de estados del cambio de Prochaska y Diclemente.*” Recuperado el Miércoles, Jueves, Viernes y Lunes de Febrero 2014, de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1792/3470>.

- González, S. L., González, S. L. (2010, May 11). “*Tema 4. El Modelo Transteórico*”. Recuperado el Miércoles de Septiembre 2013, de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-3.-el-modelo-transteorico>.
- García; López.; Orozco, Pérez, m “*Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes*”. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Recuperado el Martes de Agosto de 2013, de <http://www.adicciones.es/files/Impacto%20de%20los%20deterioros.pdf>.
- Martínez (1992) “*El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente*”. Recuperado el Lunes y Martes de Noviembre 2013, de http://www.dipgra.es/documentos/documentos_interes/deshabituacion_jmiguel_martinez_gonzalez.pdf.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS_BASES DE DATOS UTA

- **SCIELO:** Náyade B. Riquelme Pereira, Carmen Gloria Fraile Duvicq, Ana María Pimenta Carvalho. (2005). *Relaciones sociales* . Tomado el: 25 de Febrero de 2014. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea06.pdf>.
- **SCIELO:** Lara, C.; Vargas, G.; Salcedo, A. (2012). *Salud Mental Comunitaria*. Tomado el: 25 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>
- **SCIELO:** Rodrigo Santis B., Viviana Hayden C., Sergio Ruiz P., Enzo Anselmo M., Rafael Torres B.y Carmen Gloria Hidalgo C. (2006). *Habilidades cognitivas básicas: formación y deterioro..* Estudio en Chile. Tomado el 25 de Febrero de 2014. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000100003.
- **SCIELO:** Carlos Andrés Gantiva Díaz, Mónica Rodríguez Materón, Miyer González Bobadilla, Anderssen Vera Maldonado (2011). *Perfil de*

personalidad. Tomado el 25 de Febrero d3 2014. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2011000200003&lang=p.

- **SCIELO:** Álvarez, A.; Castillo, M.; Ara, C. (2010). *Asertividad y comunicación.* Tomado el 25 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co>

CUESTIONARIO
DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

NOMBRE:.....**GÉNERO:**.....

EDAD:.....**OCUPACIÓN:**.....

INSTRUCCIONES:

MARCA CON UNA X SEGÚN LA FRECUENCIA QUE POSEES TÚ EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

TRABAJA RAPIDAMENTE, YA QUE NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS

ITEMS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1 ¿Con qué frecuencia presenta problemas gastrointestinales como nauseas, dolor de estómago, diarreas o estreñimiento?			
2 ¿Con qué frecuencia presenta síntomas físicos como fatiga, pérdida del apetito, gástricos, etc?			
3 ¿Qué tan común tiene síntomas sexuales como inflamaciones, falta de deseo sexual o disfunción?			
4 ¿Con qué continuidad tiene problemas neurológicos como parálisis o sensación de hormigueo en su cuerpo?			
5 ¿ Presenta temblores o movimientos involuntarios			
6 ¿Se ha desmayado o ha perdido el conocimiento luego de un suceso doloroso o estresante?			
7 ¿Posee un dolor determinado en una parte de su cuerpo sin diagnóstico médico?			
8 ¿Cree que la causa de este dolor se da por un problema psicológico?			
9 ¿Siente que posee una enfermedad grave?			
10 ¿Va con frecuencia al médico y le molesta cuando le dice que no tiene motivos para preocuparse por su salud?			
11 ¿Alguna parte de su cuerpo le genera inconformidad?			
12 ¿Cree que los síntomas que padece han afectado sus habilidades sociales?			

TEST DE HABILIDADES SOCIALES DE GOLDSTEIN

NOMBRE:.....**GÉNERO:**.....

EDAD:.....**OCUPACIÓN:**.....

INSTRUCCIONES:

MARCA CON UNA X SEGÚN LA FRECUENCIA QUE POSEES TU EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

TRABAJA RAPIDAMENTE, YA QUE NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS

<i>ITEMS</i>	<i>NUNCA</i>	<i>A VECES</i>	<i>SIEMPRE</i>
PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES			
1 ¿Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para entender lo que te está diciendo?			
2 ¿Empiezas conversaciones con otras personas y después las sigues por un rato?			
3 ¿Hablas con otra persona sobre cosas de interés mutuo?			
4 ¿Cuando no entiendes algo, pides ayuda a la persona adecuada?			
5 ¿Dejas que los demás sepan que estás agradecido con ellos por algo que hicieron por ti?			
6 ¿Te esfuerzas por conocer a nuevas personas por tu propia iniciativa?			
7 ¿Ayudas a presentar a nuevas personas con otras?			
8 ¿Les haces saber a los demás lo que te gusta de ellos?			
HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS			
9 ¿Pides ayuda cuando lo necesitas?			
10 ¿Eliges la mejor manera de ingresar en un grupo que está realizando una actividad, y luego te integras en él?			

11 ¿Explicas las cosas de tal manera que las personas puedan entenderlas fácilmente?			
ITEMS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
12 ¿Prestas cuidadosa atención a las cosas y luego las sigues o las realizas?			
13 ¿Pides perdón a los demás cuando haces algo que sabes que está mal?			
14 ¿Intentas convencer a los demás de que tus ideas son mejor o más útiles que las de ellos?			
HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS			
15 ¿Intentas comprender y conocer las emociones que tú sientes?			
16 ¿Permites que los demás sepan lo que sientes?			
17 ¿Intentas comprender lo que sientes los demás?			
18 ¿Intentas comprender el enojo de la otra persona?			
19 ¿Permites que los demás sepan que tú te interesas o te preocupas por ellos?			
20 ¿Cuándo sientes miedo, piensas por qué lo sientes, y después intentas hacer algo para cambiarlo?			
21 ¿Te premias después de hacer algo bien?			
HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN			
22 ¿Pides permiso para hacer algo cuando es necesario, a la persona indicada			
23 ¿Compartes tus cosas con los demás?			
24 ¿Ayudas a quien lo necesita?			
25 ¿Si estas en desacuerdo con alguien tratas de llegar a un acuerdo?			
26 ¿Controlas tu carácter para no perder el control?			
27 ¿Defiendes tus derechos dando a conocer cuál es tu postura?			
28 ¿Te controlas cuando los demás te hacen bromas?			
29 ¿Te mantienes alejado de situaciones que podrían causarte problemas?			
30 ¿Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte?			
HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS			
31 ¿Le dices a los demás de manera clara, pero sin enojarte, cuando ellos hicieron algo que no te gusta?			
32 ¿Intentas escuchar a los demás y responder imparcialmente cuando ellos se quejan de ti?			

33 ¿Reconoces al otro equipo después de un juego si se lo merece?			
34 ¿Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza?			
ITEMS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
35 ¿Si te dejan de lado en una actividad, después haces algo para sentirte mejor?			
36 ¿Dices a los demás cuando sientes que un amigo fue tratado injustamente?			
37 Si alguien está tratando de convencerte de algo, ¿Escuchas a esa persona y después decides que hacer?			
38 ¿Intentas comprender la razón por la cual fracasaste en una situación puntual?			
39 ¿Te das cuenta y resuelves la confusión que te produce cuando los demás dicen una cosa y hacen otra?			
40 ¿Entiendes de qué y por qué te acusan y después piensas en la mejor manera de relacionarte con la persona que te acusó?			
41 ¿Piensas la mejor forma para dar tu punto de vista antes de una conversación difícil?			
42 ¿Decides tú lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otras cosas distintas?			
HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN			
43 ¿Si te sientes aburrido, intentas hacer algo interesante?			
44 ¿Si surge un problema, intentas determinar qué lo causó?			
45 ¿Te fijas un objetivo antes de empezar una tarea?			
46 ¿Eliges de manera sincera cuán bien podrías hacer una tarea específica antes de empezarla?			
47 ¿Decides lo que necesitas saber y cómo consigues esa información?			
48 ¿Determinas objetivamente cuál de tus problemas es el más importante para solucionarlo primero?			
49 ¿Piensas en diferentes posibilidades y después eliges qué te hará sentir mejor?			
50 ¿Eres capaz de no distraerte y prestar atención a lo que quieres hacer?			