



Universidad
Europea MADRID

Caso Clínico Sobre un Paciente con Síntomas Somáticos

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a Carmen García Montealegre
Tutor/a Enrique Chacón Ibarra

Fecha de realización del trabajo: Febrero de 2022

Agradecimientos

A mi tutor por su paciencia y todo el tiempo que ha dedicado no sólo a ayudarme con este trabajo, si no a enseñarme su forma de ver y entender esta profesión. Ha sido un verdadero privilegio poder ser testigo de cada una de las sesiones y todo el aprendizaje que me llevo conmigo.

A mi familia, por ser la parte más importante de mi vida, por confiar en mí, por apoyarme y por que sin ellos no sería quién soy. A mis hermanos, Pamela y Gonzalo, por hacer que la diferencia de edad no haya sido una barrera. A mis sobrinos, Martín y Tristán, por darme el título del que me siento más orgullosa y por llenar de luz un mundo que a ratos se vuelve un tanto oscuro. A mi madre por ser ejemplo de valentía, de lucha y del amor más incondicional. Os quiero.

A ti, papá, se me quedan cortas las palabras para describirte y agradecerte, siempre serás mi superhéroe favorito. Sé la ilusión que te hacía asique ojalá estés orgulloso. Te quiero.

Resumen

El presente estudio de caso describe la intervención psicológica realizada con un paciente que sufre síntomas somáticos. A pesar de que el paciente acude a consulta inicialmente debido a conflictos en su relación de pareja, posteriormente desarrolla miedo a la enfermedad al relacionar dichos síntomas somáticos con una posible afección médica. Se realizó un proceso de evaluación inicial consistente en una entrevista semiestructurada, una entrevista de contraste con su pareja y la administración del BDI-II y el SCL-90-R, así como la realización de autorregistros. Se detectó la presencia de síntomas depresivos y ansiógenos, poca conexión emocional, sensación de miedo ante situaciones sociales y a la soledad. A partir del análisis de la información recogida se diseñó un tratamiento cognitivo-conductual. Durante este tratamiento se han encontrado algunas dificultades para que el paciente tome conciencia sobre sus propias emociones y para poner en marcha los aspectos trabajados en sesión, además, los problemas en la relación de pareja y los diferentes diagnósticos médicos que se le han ofrecido han ralentizado sus avances por lo que el tratamiento se ha alargado más de lo esperado. Actualmente, el paciente ha mejorado su estado de ánimo poniendo en marcha actividades que le resultan agradables, trabajando su regulación emocional, aumentando la confianza en sí mismo y tomando conciencia de su problemática. Así mismo, se observa un cambio en el paciente que se encuentra más comprometido con sus propios avances y los dolores han perdido el protagonismo de las sesiones. También en este sentido apuntan los resultados obtenidos en los cuestionarios intra-tratamiento, por lo que se espera que el paciente pueda ser dado de alta en los próximos meses.

Palabras clave

Ansiedad, hipocondría, psicología, síntomas depresivos, síntomas somáticos

Abstract

This case study describe the psychological intervention performed with a patient suffering from somatic symptoms. Despite the fact that the patient comes to the therapy initially due to conflicts in his relationship with his partner, later he develops fear of the disease by relating said somatic symptoms to a possible medical condition. An initial evaluation process was carried out consisting of a semi-structured interview, a contrast interview with his partner and the administration of the BDI-II and the SCL-90-R, as well as self-recording. The presence of depressive and anxiogenic symptoms, low emotional connection, feeling of fear in social situations and loneliness were detected. Based on the analysis of the information collected, a cognitive-behavioral treatment was designed. During this treatment some difficulties have been encountered for the patient to become aware of their own emotions and to implement the aspects worked on in session, in addition, the problems in the couple relationship and the different medical diagnoses that have been offered have slowed down their progress, so the treatment has taken longer than expected. Currently, the patient has improved his state of mind by starting activities that are pleasant, working on his emotional regulation, increasing his self-confidence and becoming aware of their problems. Likewise, a change is observed in the patient who is more committed to his own progress and the pain has lost the prominence of the sessions. The results obtained in the intra-treatment questionnaires also point in this direction, so it is expected that the patient will be discharged in the next months.

Keywords

Anxiety, depressive symptoms, hypochondriasis, psychology, somatic symptoms

Índice

1. Introducción	6
<i>Etiología factores asociados</i>	8
<i>Epidemiología</i>	12
<i>Comorbilidad</i>	13
<i>Tratamiento</i>	14
2. Presentación del caso	17
<i>Identificación del paciente</i>	17
<i>Motivo de consulta</i>	17
<i>Historia del problema</i>	18
<i>Evaluación</i>	19
<i>Descripción topográfica de las conductas del paciente</i>	23
3. Tratamiento	31
4. Valoración del tratamiento	36
5. Discusión y conclusiones	41
6. Referencias bibliográficas	44
7. Anexos	49

1. Introducción

Durante la revisión de la literatura científica que se llevó a cabo para la realización del presente trabajo, se pudo observar la confusión existente en la bibliografía actual sobre el estudio de las enfermedades y los síntomas somáticos. Una vez iniciada la búsqueda de ensayos e investigaciones se encuentra la utilización, en ocasiones de manera indiscriminada, de conceptos como hipocondría, miedo a la enfermedad, trastornos somatomorfos y trastorno por síntomas somáticos. Esto provoca una confusión, no sólo a la hora de discernir aspectos relacionados como pueden ser comorbilidad, epidemiología, etiología, etc., sino también sobre la manera de abordar y tratar la problemática presente en el paciente.

Durante décadas, el concepto de hipocondría definía a los pacientes que manifestaban un miedo intenso a estar físicamente enfermos. Con la llegada de la quinta versión del manual (APA, 2013) el concepto de hipocondría es retirado, al considerar que incluye un componente peyorativo y condicionante para la relación terapéutica. Aunque la etiqueta de “hipocondriaco” continúa utilizándose en el lenguaje común y en la bibliografía especializada, el DSM (APA, 2013) describe dos trastornos diferenciados: el “trastorno de síntomas somáticos” y el “trastorno de ansiedad por enfermedad”, ambos incluidos en el apartado “trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados” (Lacunza, Díaz y Ardanaz, 2016). En la Tabla 1 se pueden observar los criterios diagnósticos de estos trastornos.

Tabla 1

Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por enfermedad por enfermedad y trastorno de síntomas somáticos según el DSM-5

Trastorno de ansiedad por enfermedad	Trastorno de síntomas somáticos
A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.	A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de	B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con

presentar una afección médica, la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.

C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.

D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud o presenta evitación por mala adaptación.

E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.

F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

Especificar si:

Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o

pruebas y procedimientos.

Tipo con evitación de asistencia:

Raramente se utiliza la asistencia médica.

Raramente se utiliza la asistencia médica.

los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.

2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.

3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente.

Especificar si:

Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican, sobre todo dolor.

Especificar si:

Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.

Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.

Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático).

Tabla adaptada a partir de los criterios diagnósticos presentes en el DSM-5 (APA, 2013)

Pese a que en ambos trastornos aparece el miedo o la preocupación por la enfermedad, la diferencia más significativa es que en el trastorno de ansiedad por enfermedad los síntomas que presenta el paciente son leves; en el caso de trastorno de síntomas somáticos, estos síntomas causan tal malestar que pueden llegar a interferir en su vida diaria.

Una vez revisadas las diferencias entre ambos trastornos, la atención se dirige de manera más concreta en los aspectos asociados al trastorno de síntomas somáticos puesto que es el que más criterios comparte con la sintomatología del paciente sobre el que se centra el caso expuesto en este trabajo.

El trastorno de síntomas somáticos (TSS) se define como la presencia de malestares físicos que causan problemas significativos en la vida diaria, que producen pensamientos y comportamientos relacionados a la salud (APA, 2013). Para su diagnóstico deben estar presentes pensamientos significativos sobre la gravedad del síntoma, un alto nivel de ansiedad respecto a esos síntomas o un gasto de energía excesivo con relación a la sintomatología. Aunque los síntomas no tienen por qué estar presentes continuamente, deben persistir durante más de 6 meses. El DSM-5 en su clasificación diagnóstica incluye como especificadores “con dolor predominante” y “persistente” (APA, 2013). La principal característica de este trastorno es la preocupación por unos síntomas físicos que se atribuyen a una enfermedad de origen biológico y no psicológico (Greenberg, Dimsdale y Solomon, 2014). Los síntomas somáticos sufridos por el paciente pueden tener su origen en pensamientos, sentimientos o conductas que resultan angustiosos, produciendo grandes interferencias en su vida diaria, impidiendo que se desarrolle con normalidad. Precisamente la presencia de estos síntomas justifica su asistencia a centros de atención primaria, lo que supone una exposición del paciente a pruebas y tratamientos innecesarios con el fin de averiguar de donde proceden esos síntomas, provocando un aumento en el gasto sanitario asociado a este trastorno (Steinbrecher, Koerber, Frieser y Hiller, 2011).

Etiología y factores asociados

Aunque la etiología de los síntomas somáticos que caracterizan a este tipo de problemática no está muy clara. Las teorías etiológicas recurren a un modelo multifactorial para la explicación de dichos síntomas donde se señala la importancia de los aspectos ambientales, culturales, biológicos, psicosociales y genéticos (Mai, 2004). Si se entiende la emoción como una experiencia afectiva que puede interferir en los sistemas cognitivos, fisiológicos y conductuales, sería posible que el estudio de los procesos psicológicos relacionados con la respuesta emocional ayudase a la comprensión de la sintomatología

somática, explicando así las causas por las que se produce (Sánchez-García, 2013). Por su parte, Kirmayer et al. (2004) señalan al sistema nervioso central (SNC) como mediador en la modulación de las emociones y sensaciones. Según estos autores, el hecho de que no se encuentre un diagnóstico médico para la aparición de los síntomas somáticos evidencia la necesidad de un trabajo para la integración entre fisiología, sensaciones corporales y la experiencia subjetiva de estos síntomas; siendo una muestra de lo complejos que son los procesos del SNC que traducen las alteraciones fisiológicas en experiencia.

Según Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar (2016), la multicausalidad del trastorno ha dado lugar al desarrollo de diferentes enfoques explicativos relacionando la formación sintomatológica con aspectos como: la relación madre-hijo, el desarrollo de la autonomía, las situaciones traumáticas, la capacidad de afrontamiento y las alteraciones a nivel biológico. Además, señalan posibles factores de riesgo como pueden ser la somatización parental, la enfermedad orgánica y/o mental de un otro significativo, ambiente familiar disfuncional, experiencias traumáticas infantiles y apego inseguro, pobres relaciones interpersonales y problemas en la comunicación intrafamiliar. Rivero-Lazcano, Martínez-Pampliega y Iraurgi (2011) recalcan la influencia del sistema familiar en la presencia de síntomas físicos en personas con familias sin límites ni roles definidos. Ulloa, Cova y Bustos (2017) sitúan como un factor relevante en el nivel socioeconómico y el nivel de estrés que presentan los progenitores, estos facilitarían la presencia en el sujeto de conductas desadaptativas de carácter internalizante como pueden ser los síntomas somáticos, los síntomas depresivos o el aislamiento.

La aparición de la enfermedad somática estaría provocada por conflictos psicológicos inconscientes relacionados con situaciones de vulnerabilidad como pérdidas, cambios durante el ciclo vital, conflictos interpersonales y las relaciones tanto familiares como sociales (Velasco, Ruíz y Álvarez-Dardet, 2006). Según Nieto et al. (2015) tanto la sociedad como sus iguales tienen un papel esencial a la hora de establecer las creencias y

concepciones que se tienen sobre el concepto de salud y sobre lo que es saludable o no. Por lo tanto, el análisis de este tipo de pensamientos, entendiéndolos como base sobre la que se sustenta la forma de afrontamiento de acontecimientos estresantes podría ser un factor relevante en el estudio de la problemática.

Perales, Duschek y Reyes (2016) señalan que los síntomas somáticos predicen de forma negativa el componente físico y global de calidad de vida, que unidos al estado de ánimo muestran una mayor afección en la percepción del individuo. Mejía, Rodríguez y Restrepo (2017) indican que estos pacientes tienen una percepción más negativa sobre su estado de salud y muestran un mayor deterioro en su funcionamiento físico y mental. Fernández y Fernández (1998) señalan que esta percepción negativa, unida con la ansiedad que presentan este tipo de pacientes, incrementa la probabilidad de que sufran un mayor número de quejas físicas y emocionales. Orejudo y Froján (2005) señalan el importante papel de la personalidad ante el estrés, el afrontamiento, los acontecimientos vitales, el estilo de vida y el apoyo social en cuanto a su relación con los síntomas somáticos.

Las experiencias vividas como traumáticas definen la manera en la que el sujeto interpreta el mundo y cómo se enfrenta a las situaciones de su vida diaria (Bernáldez-Jaimes, Oudhof Van-Barneveld, Robles-Estrada y Domínguez-Espinosa, 2019). Martínez-Correa, Reyes, García-León y González-Jareño (2006) apuntan a que las personas con narrativas pesimistas sobre su propia vida experimentan una mayor cantidad de síntomas físicos que aquellos con una visión más positiva, siguiendo esta misma perspectiva, Woud, Zhang, Becker, Zlomuzica y Margraf (2016) señalan que las interpretaciones catastróficas pueden predecir el desarrollo de trastornos somatomorfos.

Según Casado y Laguna-Bonilla (2017) existe una falta de herramientas adecuadas para el manejo del dolor crónico, que aparece unido a un sesgo atencional hacia el mismo y a la anticipación de conductas de dolor, todo esto produce un estado continuo de una elevada activación fisiológica. La persona anticipa la llegada de sintomatología dolorosa y

centra toda su atención en cualquier manifestación que indique el inicio del proceso doloroso (sesgo atencional). Se ponen en marcha mecanismos cognitivos desadaptativos, que incluyen una visión catastrofista sobre su salud. Aparece un aumento de conductas ineficaces para el manejo del dolor, entre ellas destacan la evitación de actividades cotidianas (que, mediante un proceso de reforzamiento negativo hacen que el cuadro se mantenga o que pueda llegar a incrementarse), incluyendo las relaciones sexuales. Por otro lado, se incrementa la activación fisiológica pudiendo llegar a provocar problemas tanto en el inicio como de mantenimiento del sueño. En definitiva, el paciente se ve inmerso en un bucle en el que las distintas variables se retroalimentan. En la Tabla 2 podemos observar un resumen de los factores ya comentados divididos en seis subcategorías.

Tabla 2

Factores asociados y variables que favorecen a la aparición de síntomas somáticos

Factores asociados	Variables
Familiares	<p>Diada madre-hijo (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016)</p> <p>Somatización parental (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016)</p> <p>Ambiente familiar disfuncional (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016)</p> <p>Problemas de comunicación intrafamiliar (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016)</p> <p>Falta de límites y roles definidos (Rivero-Lazcano, Martínez-Pampliega y Iraurgi, 2011)</p> <p>Nivel de estrés parental (Ulloa, Cova y Bustos, 2017)</p> <p>Relaciones familiares (Velasco, Ruíz y Álvarez-Dardet, 2006)</p>
Infancia	<p>Desarrollo de la autonomía (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016)</p> <p>Experiencias traumáticas en la infancia (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016) y (Bernáldez-Jaimes, Oudhof Van-Barneveld, Robles-Estrada y Domínguez-Espinosa, 2019)</p>
Sociales	<p>Pobres relaciones interpersonales (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016)</p> <p>Relación con sus iguales y relaciones sociales (Nieto et al., 2015) y (Velasco, Ruíz y Álvarez-Dardet, 2006)</p> <p>Apoyo social Orejudo y Froján (2005)</p> <p>Conflictos interpersonales (Velasco, Ruíz y Álvarez-Dardet, 2006)</p> <p>Apego inseguro (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016)</p>

Características de la persona	Capacidad y estilo de afrontamiento (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016) y (Orejudo y Froján, 2005) Estilo de vida (Orejudo y Froján, 2005) Conductas desadaptativas internalizantes (Ulloa, Cova y Bustos, 2017)
Historia de vida	Acontecimientos vitales (Orejudo y Froján, 2005) Cambios durante el ciclo vital (Velasco, Ruíz y Álvarez-Dardet, 2006) Pérdidas (Velasco, Ruíz y Álvarez-Dardet, 2006) Situaciones traumáticas (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016) Enfermedad orgánica y/o mental de otro significativo (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016) Alteraciones a nivel biológico (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y Behar, 2016) Nivel socio-económico (Ulloa, Cova y Bustos, 2017) Calidad y estilo de vida (Perales, Duschek y Reyes, 2016) y (Orejudo y Froján, 2005) Estado de ánimo (Perales, Duschek y Reyes, 2016) Ansiedad (Fernández y Fernández, 1998) Estrés (Orejudo y Froján, 2005)
Pensamientos	Narrativa pesimista (Martínez-Correa, Reyes, García-León y González-Jareño, 2006) Interpretaciones catastrofistas (Bernáldez-Jaimes, Oudhof Van Barneveld, Robles-Estrada y Domínguez-Espinosa, 2019) y Percepción negativa (Mejía, Rodríguez y Restrepo, 2017) Concepto de salud (Nieto et al., 2015) Creencias (Nieto et al., 2015)

Epidemiología

Según informa la APA (2013) la prevalencia en la población de este trastorno se encontraría en torno al 5% o al 7%, con consecuencias en el deterioro de la salud que alcanzarían, al menos, el doble que las que podrían presentar las personas que no lo padecen convirtiéndose así en uno de los principales diagnósticos en los pacientes que acuden a atención primaria (Kurlansik y Maffei, 2016). Se estima que entre el 20% y el 25% de los pacientes que presentan sintomatología aguda de carácter somático suelen acabar desarrollando un trastorno somático crónico (Rask, Andersen, Bro, Fink y Rosendal, 2014). Este tipo de trastorno puede comenzar tanto en la niñez, como en la adolescencia o ya entrada la edad adulta (Yates y Dunayevich, 2014). Además, las mujeres tienden a

presentarlo más a menudo que los hombres, en una escala estimada de 10:1 (Yates y Dunayevich, 2014).

Comorbilidad

Según documentan Holloway y Zerbe (2000) la comorbilidad de los trastornos de somatización con otros como la depresión mayor o la ansiedad sería de un 55% y de un 34% de los pacientes respectivamente. También se propuso que estas dos variables, entre otras, podrían actuar como un factor a la hora de predecir la aparición de nuevos episodios somáticos (Lieb et al., 2002). Precisamente existen numerosos estudios realizados a diferentes poblaciones que informan sobre la asociación y la relación entre los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad (González, Landero y García-Campayo, 2009). Estos mismos autores recomiendan la utilización de instrumentos para evaluar depresión y ansiedad que se centran principalmente en los síntomas cognitivos para evitar que se produjera una circularidad en las mediciones de las diferentes variables.

Hurtado (2009) defiende que las complicaciones en el trastorno de somatización pueden ir generando la aparición de sintomatología depresiva y ansiosa, sin embargo, estos no aparecerían como cuadros independientes, sino que se asociarían funcionalmente con la problemática principal. Siguiendo esta perspectiva, Hernández (2007) considera que la somatización es un cuadro clínico que no evoluciona solo, sino que queda ligado a otras variables que van afectando a la calidad de vida de la persona.

En el estudio sobre los síntomas somáticos es común encontrarse con pacientes que a lo largo de su vida han recibido distintos diagnósticos de carácter médico como pueden ser fibromialgia, colon irritable e incluso lupus. Díaz Robredo y Robles Sánchez (2014) encontraron que los pacientes con fibromialgia presentaban puntuaciones altas en ansiedad, depresión y somatización, factores presentes en el trastorno por síntomas somáticos.

Tratamiento

Como se ha comentado anteriormente, existe una confusión en el estudio del trastorno de síntomas somáticos debido a la indiscriminación de terminologías utilizadas hasta la fecha. No se han encontrado estudios de eficacia de tratamientos para este trastorno incorporado de manera relativamente reciente al DSM-5. Sin embargo, existen estudios sobre los diagnósticos asociados.

Henningsen, Zipfel, Sattel y Creed (2018) señalan que la angustia derivada de los síntomas corporales se aborda por diferentes categorías de diagnóstico como pueden ser los trastornos somatomorfos y, actualmente, los trastornos de síntomas somáticos, que se utilizan principalmente en aquellos entornos relacionados con la salud mental. Sin embargo, esta perspectiva tan amplia sobre los síntomas somáticos y sus características psicoconductuales no se refleja con tanta frecuencia en los estudios sobre su tratamiento. Existen pocos ensayos que abarquen esta perspectiva y, en los que se trata, se hace referencia a su funcionamiento y no tanto a la intensidad de la sintomatología. Por este mismo motivo, no aparecen investigaciones centradas en fármacos de acción periférica o en intervenciones físicas pasivas. En cuanto a las diferentes perspectivas desde las que se puede abordar el proceso terapéutico a corto plazo, existe evidencia baja-moderada sobre su eficacia, como la hay para las consultas en atención primaria. Autores que indican que la mayoría de estos ensayos se centran en el tratamiento de síndromes somáticos funcionales únicos, los más estudiados son el síndrome de colon irritable y la fibromialgia. Olvidando variables tan importantes como pueden ser el número total de síntomas, la comorbilidad con otros trastornos u otros indicadores de gravedad.

Durante las últimas décadas se produce la aparición de modelos teóricos de carácter cognitivo conductual que pretenden dar explicación al desarrollo y mantenimiento de lo que hasta 2013 se diagnosticaba como hipocondría. Teniendo como base estos modelos, aparecen tratamientos que obtienen un suficiente apoyo empírico, en la actualidad existen

más de una docena de estudios controlados aleatorizados que demuestran su eficacia (Bouman, 2014).

Allen, Escobar, Lehrer, Gara y Woolfolk (2002) llevaron a cabo una revisión sobre los tratamientos utilizados en los trastornos con múltiples síntomas físicos sin explicación médica, en ella señalan la cantidad de pacientes que no muestran mejoría (33%), la escasa información que se tiene sobre el impacto clínico de estas intervenciones a nivel individual, que no parece que ninguna intervención sea más potente que otra y la posibilidad de un efecto placebo, como explicaciones para la aparición de resultados positivos. Proponen como componentes centrales para un resultado positivo la expectativa de mejora, la atención recibida por parte del sanitario o del estímulo para volver a un funcionamiento saludable. También señalan que el tratamiento puede aliviar esos sentimientos de desesperanza, ansiedad y depresión que suelen estar presentes en este tipo de problemática.

Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang (2019) realizaron un metaanálisis para comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para diferentes problemáticas, dentro de las cuales se encontraban los trastornos de ansiedad y los somatomorfos. En este artículo se encontró un tamaño del efecto medio-alto en cuanto a la eficacia de la TCC respecto a otros tratamientos psicológicos. Como se puede observar en la Tabla 3, se han realizado estudios desde diferentes perspectivas para conocer cuál era el tratamiento más eficaz en el abordaje de la sintomatología somática.

Tabla 3

Tratamientos empíricamente validados

Tratamiento	Evidencia	Resultados
Terapia Cognitivo-Conductual	Ensayo controlado aleatorizado multicéntrico, revisiones de ensayos	Efectivo para el tratamiento del trastorno con síntomas somáticos y para síntomas que no se pueden explicar mediante un diagnóstico médico. Los pacientes que presentaban ansiedad

	clínicos controlados	sobre la salud tuvieron un beneficio sintomático sostenido durante dos años, sin un efecto significativo en las puntuaciones totales en la reducción de síntomas físicos, angustia psicológica y discapacidad
Mindfulness	Metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados	Puede ser eficaz para el tratamiento de algunos síntomas presentes en el trastorno. Mejoras significativas y sostenidas en los resultados clínicos (gravedad general de los síntomas, depresión y ansiedad) en comparación con los grupos control
Farmacología	Revisiones sistemáticas de ensayos controlados	<p>La <i>amitriptilina</i> muestra beneficios para uno o más de los siguientes aspectos: fatiga, síntomas funcionales, mejoría global, rigidez matutina, dolor, sueño y puntos sensibles.</p> <p>La <i>fluoxetina (prozac)</i> muestra beneficios para el estado funcional, bienestar general, rigidez matutina, dolor, sueño y puntos sensibles.</p> <p>Los inhibidores de monoaminoxidasa, el <i>bupropión (wellbutrin)</i>, los antisépticos y los antipsicóticos no mostraron ningún beneficio y no deben usarse</p>
Hierba de San Juan (<i>hypericum perforatum</i>)	Ensayos aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo (estudios de menor calidad)	Más efectivo que el placebo para la mejora de los síntomas somáticos autoinformados; bien tolerado y seguro

Summary of Treatment Options for Somatic Symptom Disorder (traducida de Kurlansik y Maffei, 2016)

Como se ha comentado anteriormente, son muchos los factores que pueden intervenir en este tipo de problemática (psicológicos, sociales y culturales). Es por este motivo por lo que el tratamiento debe abordarse desde un enfoque multidisciplinar. De vital importancia es el establecer una alianza terapéutica que dote de autonomía al paciente,

así como reconocer y validar los síntomas una vez que se ha descartado el padecimiento de una enfermedad médica. En cuanto al papel de los profesionales de atención primaria, es importante limitar las pruebas diagnósticas tranquilizando al paciente al descartar una afección médica grave. Así mismo, es relevante educar a la persona sobre cómo debe hacer frente a la presencia de esos síntomas físicos estableciendo como objetivo principal del tratamiento la mejora funcional en su vida en lugar de la desaparición de estos (Abbey, Wulsin y Levenson, 2005).

2. Presentación del caso

Identificación del paciente

El paciente tiene 50 años. Actualmente reside con su pareja con la que mantiene una relación desde hace 17 años, pero no tienen hijos. Se dedica al sector de la automoción. Es hijo único y, ya en la etapa adulta, descubrió que había sido adoptado. Su padre adoptivo falleció y su madre adoptiva tiene dependencia debido a su avanzada edad.

Es una persona reservada, con poca capacidad de *insight* y con dificultad para conectar con sus emociones, actuando más desde la racionalidad. Muy exigente consigo mismo, da gran importancia a lo que se pueda pensar sobre él.

Motivo de consulta

Acude a consulta alarmado por la persistencia de síntomas físicos que le impiden llevar su día a día con normalidad (dolores abdominales, dolor en la parte lateral derecha de la cabeza, molestias en la espalda y en las dorsales, debilidad en las piernas, sensación de debilidad o mareo). Verbaliza su miedo a que pueda sufrir una enfermedad grave y que esté avanzando sin que se le haya diagnosticado.

Durante las primeras sesiones se observa gran cantidad de variables que intervienen y forman parte de la problemática que presenta el paciente:

- Problemas en la relación de pareja, está muy deteriorada y apenas existe comunicación entre ellos
- Dificultad para entablar relaciones de amistad → miedo a sociabilizar por no ser lo suficientemente interesante
- Sintomatología depresiva: anhedonia, falta de energía, problemas desueño...
- Sintomatología ansiógena: dificultad para respirar, taquicardia...
- Poca conexión emocional y poca capacidad de *insight*
- Miedo a la soledad, al abandono, a quedarse solo
- Problemas sexuales (eyaculación precoz)
- Rumiasiones sobre el dolor y la enfermedad

Historia del problema

El paciente refiere que desde los 15 años y hasta aproximadamente los 33, sufría fuertes jaquecas con un molesto dolor en el lado derecho de la cabeza. Sin embargo, en esos momentos no recuerda la aparición de pensamientos relacionados con el miedo a la enfermedad.

La primera ocasión en la que aparece una preocupación real por sufrir algún tipo de enfermedad grave se identifica con 17 años. En ese momento, en la parte superior del cuello le aparece un bulto y consulta a un médico que le indica que se trata de la inflamación de un ganglio y que no tiene mayor importancia.

Cuando tiene 30 años, a su padre se le diagnostica un cáncer y tan solo unos pocos meses después fallece, el paciente refiere vivirlo como una muerte de manera bastante repentina en un corto periodo de tiempo y con poco margen para despedirse. Unos meses después, su madre le confiesa que no son sus padres biológicos, sin poder darle mucha más

información sobre cómo se desarrolló ese proceso de adopción.

Recuerda que entre los 33 y los 43 años vive un período con ausencia de molestias diarias y libre de preocupaciones sobre su salud.

En el 2015, el paciente acude a consulta por problemas en las relaciones sexuales (eyaculación precoz) con su pareja. En ese momento la relación de pareja está deteriorada y tras varios meses de tratamiento, cuando la relación comienza a mejorar, el paciente mantiene una relación sexual con una prostituta sin usar protección. Él confiesa este episodio a su pareja y deciden retomar la relación. Cuando las pruebas médicas confirman que no existe una enfermedad de transmisión sexual, el paciente comienza a tener malestar abdominal que interpreta como la prueba de un cáncer.

Los dolores que muestra son diversos pero especial importancia poseen las cefaleas y los dolores de cabeza en el lateral derecho y las molestias intestinales. Estas molestias han sido motivo de numerosas consultas médicas que han derivado en diferentes diagnósticos médicos como colon irritable o fibromialgia.

Durante las primeras sesiones de evaluación se observa la presencia de sintomatología depresiva y ansiógena con respecto a los dolores y ante diferentes áreas de su vida como el trabajo, su relación de pareja o las relaciones sociales. Aparecen pensamientos rumiativos y un miedo intenso ante la enfermedad. Respecto a la relación de pareja, apenas existe comunicación entre ellos, lo que ha provocado un gran distanciamiento. A esto se le añade que el paciente sufre eyaculación precoz. En cuanto a las relaciones sociales, aparece ansiedad ante la exposición a situaciones sociales.

Evaluación

Para comenzar con la evaluación, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada siguiendo la Guía de Entrevista Clínica General propuesta por Muñoz (2001). En ella aparecen preguntas relacionadas con 8 aspectos diferentes: la interacción inicial, la

delimitación de los problemas, los análisis de secuencias actuales, la historia clínica, la situación vital actual, la importancia del problema, análisis de problemas y otras variables de interés. También se realiza una entrevista de contraste con su pareja. Es a partir de los datos recabados en ambas entrevistas mediante los cuales se analiza la problemática presente en el paciente que se describe en el apartado de motivo de consulta.

Inventario de depresión de Beck-II. (Beck, Steer y Brown, 1996) en su versión española (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Se trata de un instrumento de autoinforme que proporciona información sobre la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva a través de 21 ítems, medidos según una escala Likert que se valora de 0 a 3 puntos, que recogen los criterios señalados en el DSM-5 (APA, 2013) y en la CIE-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico de los trastornos depresivos.

Al observarse en el paciente la presencia de sintomatología depresiva que podía estar relacionada con la aparición de esos dolores se lleva a cabo la aplicación de esta prueba. Según los baremos de interpretación propuestos en el propio manual, las puntuaciones se encontrarían entre 0 y 63 puntos, dividiéndolas de la siguiente manera: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave. En este caso el paciente obtuvo 26 puntos por lo que se encontraría dentro del rango de sintomatología depresiva moderada. Respecto a los ítems en los que presentó una puntuación más significativa (3 puntos), fueron:

-3. Me siento una persona totalmente fracasada

-6. Siendo que estoy siendo castigado

-16. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

También se administró la prueba diagnóstica Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (Derogatis, 1983), conocido como SCL-90-R, cuya versión en castellano ha sido realizada por González de Rivera et al. (2002) en colaboración con el autor original. Este instrumento es utilizado para la detección de un amplio rango de sintomatología

psicopatológica. Se trata de una escala autoaplicada que evalúa el grado de malestar presente en la persona en la semana anterior al momento de evaluación. Aunque puede usarse tanto en población general como en pacientes con problemática psiquiátrica, también puede ayudar a discriminar la presencia de patología y la detección de casos clínicos (Holi, 2003).

En este caso se administra la prueba a fin de poder conocer cuál es la problemática más presente en la vida del paciente y cuál es el contenido de la misma. Consta de nueve dimensiones: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. También aparecen tres índices globales de malestar psicológico: índice global de severidad, índice positivo de malestar y total de síntomas positivos. Siendo el índice global de severidad el indicador numérico simple más sensible al sufrimiento psicológico global del paciente ya que combina la información sobre el número total de síntomas y la gravedad de dicha sintomatología.

Las puntuaciones más altas se dan en hostilidad, en depresión y en somatización, además, aparece un índice de severidad total bastante elevado, lo que señala el alto grado de malestar global que siente el paciente en ese momento. En el caso de la hostilidad, índice que hace referencia a los síntomas relacionados con pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo; las puntuaciones serían significativamente superiores a las de la media poblacional e, incluso, supera la media de los pacientes psiquiátricos externos. Las puntuaciones que también llaman significativamente la atención son las relacionadas con los ítems asociados a la depresión y la presencia de sintomatología depresiva en el paciente, superando también la media. El índice de somatización, factor que evalúa la presencia de malestares corporales (cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, etc.); también aparece ligeramente superior a las puntuaciones de la población general.

Los ítems que se indican con mayor puntuación, 3 (bastante) en un rango de 0 a 4 son:

- 29. Sentirse solo/a
- 30. Sentirse triste
- 32. No tener interés por nada
- 33. Tener miedos
- 40. Náuseas o dolor de estómago
- 44. Tener problemas para dormir
- 66. Dormir con problemas, muy inquieto/a
- 71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo
- 74. Meterme muy seguido en discusiones
- 79. Sentirme un/a inútil
- 81. Gritar o tirar cosas
- 85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados
- 87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo

La mayoría de ellos están relacionados con los constructos de hostilidad y de depresión, muestra del enfado y la ira que podía estar viviendo el paciente ante la situación que tenía en ese momento; así como los sentimientos de desesperanza y abatimiento al creer que la situación no podría mejorar.

Respecto al índice total de síntomas positivos, factor que mide la intensidad de los síntomas percibidos por el paciente. El paciente recibe una puntuación de 13 que es inferior a la de la media, no obstante, si observamos la puntuación de malestar referido a síntomas positivos, con un 1,54 sí que supera la media de la población general.

Además, se le solicita la realización de autorregistros, sin embargo, no se recibe mucha información ya que el paciente no lleva a cabo la tarea de manera consistente.

Descripción topográfica de las conductas del paciente

En base a los instrumentos de evaluación que se le administraron al paciente, así como a la información recogida durante las diferentes sesiones, se elaboró un análisis funcional (Tabla 4). Este análisis se realiza con el objetivo de operativizar la conducta del paciente y relacionar las variables que están presentes en su vida para conocer cómo podrían estar interfiriendo en el desarrollo y el mantenimiento de la problemática.

Variables disposicionales

En la columna de la derecha podemos observar las variables que anteceden y podrían predecir la aparición de la sintomatología somática.

La infancia del paciente se ve marcada por el divorcio de sus padres, él recuerda que su nivel socioeconómico se vio afectado y cómo se sentía inferior al resto de sus compañeros de clase, a los que engañaba diciéndoles que vivía en una zona mejor. Dice que se trata de una época en la que se sentía sólo, no conseguía integrarse en su grupo de iguales. Respecto a sus padres, habla de una madre excesivamente preocupada y sobreprotectora y de un padre no demasiado presente, pero que depositaba en él unas altas expectativas que le resultaban difíciles de alcanzar. Se convierte en un joven muy reservado y sin demasiados amigos en quienes apoyarse.

Una de las situaciones más complejas en su vida es la del fallecimiento de su padre, pese a no estar muy unidos, el paciente verbaliza que “todo fue muy rápido, apenas tuve tiempo para despedirme o de hablar con él”.

Aunque no se trata de su familia biológica, en sus familiares cercanos aparecen enfermedades que vive como preocupantes y con miedo por si le pudiesen llegar a pasar a él. Ese es el caso de la muerte de su padre por cáncer o de su prima que ha sufrido una grave enfermedad en el hígado.

Desencadenantes

Respecto en los antecedentes que pudieron dar lugar a la aparición de la sintomatología somática, aparecería el descubrimiento de que sus padres no son sus padres biológicos y que podría tratarse de un caso de un niño robado. Todo este hecho provoca mucha duda e incertidumbre en el paciente que no encuentra a ninguna persona que pueda ayudarlo a descubrir que ocurrió realmente en sus primeros meses de vida.

El motivo por el que decide asistir a terapia es por los problemas de pareja que se traducen en importantes discusiones y la distancia que eso ha supuesto entre ellos. Como antecedente más cercano al episodio y que, por lo tanto, actuaría como detonante, se encuentra la infidelidad derivada de los problemas con su pareja. Esta situación provoca en el paciente sentimientos de culpabilidad y de mucha angustia que al no poseer las habilidades necesarias para expresarlas de manera asertiva/adecuada, termina internalizando estas emociones negativas que posteriormente derivan en un miedo a la enfermedad y a la aparición de las molestias físicas que llegan a interferir en el desempeño de su vida diaria.

Antecedentes próximos

En relación a los antecedentes que pueden llegar a desencadenar la aparición de estos síntomas pueden ser tanto acontecimientos o situaciones que le causan estrés y ansiedad (antecedentes próximos externos) como pensamientos o sensaciones (antecedentes próximos internos). Respecto a los antecedentes externos, son ocasiones en las que hay muchas personas en las que siente que no puede controlar la situación o, por el contrario, cuando está solo y su atención se centra en aquellos aspectos negativos de su vida que le gustaría que fueran diferentes. Los problemas que pueden aparecer en el trabajo y ponen en riesgo su empleo o viajar a la ciudad en la que vive su madre, también son situaciones que le afectan y consiguen desestabilizarle. Un caso especial es el de las relaciones de pareja, porque, aunque pueden actuar como detonante para la aparición de esos dolores, también

pueden llegar a producirse a causa de estos, ya que consiguen “distraerle” cambiando su foco atencional.

En cuanto a los antecedentes internos, esas sensaciones de incapacidad para poder tomar control sobre su vida, la sensación de que las cosas le ocurren como si de una maldición se tratase, sin que él pueda hacer nada al respecto, así como el miedo anticipatorio a posibles problemas que puedan aparecer en el futuro; causan una sensación de constante alerta en el paciente.

Estímulos Delta

Serían aquellos estímulos que, cuando tienen lugar, disminuyen las probabilidades de que se produzca la aparición de estos síntomas. En este caso, se ha comprobado que mientras realiza alguna actividad física con la que disfruta y se divierte, parece que consigue olvidarse de esas sensaciones físicas tan molestas para él. Lo mismo ocurre cuando está viendo un partido de su equipo favorito.

Los factores anteriormente descritos ayudan a la aparición de un cuadro sintomatológico que se puede categorizar en cuatro subgrupos:

Nivel Cognitivo

Respecto al área cognitiva, aparece una preocupación rumiativa acerca de la enfermedad con pensamientos intrusivos protagonizados por el miedo. Su problema para conectar con sus sentimientos y emociones provocan una dificultad para reconocer y expresar cómo se siente y cuál es el motivo por el que se siente así. Además, su alto nivel de autoexigencia le lleva a sentirse insatisfecho e inseguro, a no confiar en sí mismo y en lo que es capaz de conseguir. Aparecen cogniciones desadaptativas como la personalización: todo lo que le ocurre se lo toma de manera personal, como si el universo estuviese conspirando en su contra. Centrarse en lo negativo: distorsión a la hora de centrarse en aquellos aspectos negativos de la situación.

La rumiación y la preocupación se convierten en procesos cognitivos desadaptativos que incluyen procesos centrados en el yo y que conducen al paciente a un afecto negativo.

Nivel Fisiológico

Esos pensamientos provocan un constante estado de alarma en el paciente que siempre está en alerta para poder descubrir la aparición de algún nuevo dolor. Esto provoca que se mantenga con un nivel de activación muy elevado, se pone en marcha el sistema simpático preparando al cuerpo para actuar, esto hace que el paciente sienta síntomas característicos de un cuadro ansioso como presión en el pecho, sensación de falta de aire, tensión, dificultad para concentrarse y para conciliar el sueño. El constante flujo de pensamientos relacionados con la posibilidad de estar sufriendo alguna enfermedad que no está siendo diagnosticada puede llegar a generar dolores de cabeza y jaquecas.

Nivel motor

Todos estos pensamientos, esas sensaciones físicas y esas emociones entran en relación haciendo que el paciente haya desarrollado una manera de comportarse que lleva a cabo frente esas situaciones desagradables. Él no ha aprendido a autorregularse de una manera funcional por lo que, cuando aparecen esos pensamientos, intenta confirmar o desmentir esas creencias poniendo en marcha diferentes conductas: consulta en internet los síntomas que sufre, pide citas médicas con distintos profesionales de la salud o se realiza palpaciones en la zona donde se produce la molestia para observar si hay algo fuera de lo normal.

Su miedo a sentirse excluido o juzgado por los demás hace que evite situaciones sociales en las que puede haber mucha gente o en las que no percibe una sensación de control por miedo a sentirse juzgado o a que se puedan reír a su costa. Esto conecta directamente con su miedo a ser inferior, a no ser suficiente para lo que se espera de él.

Las discusiones con su pareja pueden actuar como distractor, mientras está preocupado por el motivo de disputa o por lo que se dijo durante ese momento, la atención cambia a un foco diferente al del dolor.

Nivel emocional

Si bien es cierto que le cuesta comunicar sus sentimientos, durante las sesiones aparecen, quizás de manera más indirecta, emociones que le resultan difíciles de aceptar y de gestionar. En relación a los dolores aparecen la ansiedad, la angustia, el nerviosismo, la preocupación o el miedo a que este problema no se solucione y se convierta en una constante en su vida.

Al mantener la atención puesta en estos aspectos negativos, le resulta complejo el poder disfrutar de los momentos felices o de tranquilidad, actividades que anteriormente le resultaban agradables como el hacer ejercicio físico, se convierten en una exposición a sentir esa angustia por temer que sus dolores no le permitan hacerlo “bien” o por poder llegar a lesionarse. A la vez esto se une a la sensación de vacío o la tristeza por no poder vivir la vida que desea llevar, por no poder hacer aquellas cosas con las que disfruta.

Consecuentes

El problema es que todas estas conductas que lleva a cabo la persona intentando solucionar la problemática, no hacen sino mantenerlo en el tiempo o incluso incrementarlo. Pues mientras que a corto plazo esa ansiedad disminuye y puede evitar las situaciones de conflicto, a largo plazo, estos comportamientos están provocando problemas mayores y que le resulta más difícil de gestionar. El evitar situaciones que le pueden llegar a provocar inseguridad y ansiedad, hace que no se enfrente a esas situaciones aprendiendo así a gestionarlas, por lo que sus creencias sobre su incapacidad de ser una persona interesante y su percepción de valía no son desconfirmadas. Además, la consecuencia más directa de esa evitación es la del aislamiento social y el abandono de actividades agradables que le hacen

mantenerse tanto física como psicológicamente activo y que le provocan diferentes emociones. La creencia de que no es capaz de hacer nada por cambiar su situación es otro de los ejemplos por lo que se puede explicar esta insatisfacción, aunque en cierta manera puede apartar el peso de la responsabilidad, también puede hacer sentir al paciente tristeza y desesperanza, pues cree que haga lo que haga no puede cambiar esa situación.

Tabla 4

Análisis Topográfico

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
Variables disposicionales	Nivel Cognitivo	Corto plazo
Madre sobreprotectora	Pensamientos intrusivos relacionados con la enfermedad	-Alivio y tranquilidad (R+)
Padre muy exigente	Rumiaciones relacionadas con los síntomas físicos o su insatisfacción vital	-Reducción de la ansiedad (R-)
Divorcio	Pensamientos catastrofistas sobre su futuro	-Eliminar situaciones de conflicto (R-)
Cambio a nivel socioeconómico inferior	Pensamientos automáticos negativos como: “me voy a morir siendo el fracasado que he sido siempre, todo me encaja”	Largo plazo
Enfermedades en la familia	Embotamiento emocional	-Aumento general de la activación fisiológica y, por tanto, mantenimiento de los síntomas somáticos
Muerte de su padre debido al cáncer	Pensamientos negativos a cerca de su capacidad y su fracaso en la vida	-Dificultades para conciliar el sueño y despertares tempranos
Estilo de procesamiento rumiativo	Nivel fisiológico	-Aumento de la hipervigilancia en los síntomas corporales
Estilo de afrontamiento evitativo	Presión en el pecho, alto nivel de activación, hipervigilancia, tensión, sensación de falta de aire, dolor de cabeza, problemas de sueño, falta de concentración	-Bajo estado de ánimo e insatisfacción vital
Inseguridad en la interacción social	Nivel motor	-Pensamientos de incapacidad
Alto nivel de autoexigencia	-Evitar las situaciones sociales que le resultan incómodas	-Dificultad para conciliar el sueño
Desencadenantes	-Discusiones con su pareja	-Aislamiento de actividades de ocio y de su red social
Descubre que sus padres no son sus padres biológicos	-Pedir citas médicas	-Pérdida de confianza en sí mismo y disminución de autoestima
Descubre que podría ser un niño robado	-Hacer comprobaciones palpándose la zona que le duele	-Confirmación de esquemas cognitivos sobre su fracaso vital
Problemas con su pareja	-Consultar en internet los síntomas	-Confirmación del estigma del “perdedor”
Infidelidad sin protección	-Problemas de expresión emocional (ausencia de expresión emocional)	-Búsqueda de soluciones centrada en la eliminación de síntomas somáticos
Próximos Externos		
-Estar con mucha gente		
-Estar solo sin tener ninguna actividad programada		
-Discusiones con su pareja		
-Problemas en el trabajo		
-Viajar a su ciudad		
Internos		
-Sentir que no puede controlar su vida		
-Pensamientos de incapacidad		
-Pensamientos anticipatorios sobre problemas en el futuro		

-Sensación de dolor o molestias	-Agresividad verbal con su pareja y peticiones de explicación sobre sus síntomas
Estímulos Delta	Nivel emocional
-Hacer ejercicio físico	Sensación de vacío, anhedonia, abulia, angustia, ansiedad, tristeza, desesperanza, nerviosismo, preocupación, miedo, inseguridad
-Ver el fútbol	

Formulación Clínica del caso: Hipótesis de Origen y de Mantenimiento

Hipótesis de origen:

El paciente comienza a tener pensamientos catastrofistas con la idea de morir debido a una enfermedad gastrointestinal unas semanas después de comentar una infidelidad hacia su pareja. Existen en el paciente antecedentes biográficos y variables disposicionales que ayudan a la comprensión de la aparición de este miedo. El paciente muestra elevados niveles de activación general previos, con dificultades en las relaciones interpersonales, problemas sexuales y estilo rumiativo. Se considera que la relación con sus padres, las consecuencias de su divorcio y la alta autoexigencia pueden haber intervenido en que el paciente reaccionara con un aumento de la activación ante la infidelidad, provocando síntomas somáticos severos. Se desconocen sus antecedentes genéticos, de modo que no se puede hablar de posibles variables de predisposición biológica.

La interpretación catastrofista de estos síntomas puede derivar de la muerte de su padre, precisamente por un cáncer del mismo tipo que el paciente teme, así como de las dificultades para lidiar con la incertidumbre, de la falta de control y del estilo evitativo de afrontamiento. En este momento, se activa el miedo a morir por una enfermedad con la percepción de que su vida ha sido un fracaso.

La dificultad del paciente para hacer *insight* y conectar con sus emociones y sentimientos dificultan una correcta interpretación de estos síntomas somáticos. Unida a esta

falta de conciencia sobre sí mismo, el paciente desarrolla un sesgo atencional dirigido a anticipar la aparición de alguna señal de dolor en su cuerpo. Cuando siente esos síntomas de dolor, aparece el sentimiento de miedo por poder sufrir una enfermedad que no está siendo diagnosticada.

Hipótesis de mantenimiento:

Para manejar estos síntomas que le provocan un malestar clínicamente significativo, el paciente pone en marcha algunas conductas desadaptativas con el objetivo de eliminar la incertidumbre (confirmar o desmentir que tenga una enfermedad física), como pueden ser: tomarse el pulso, consultar la sintomatología en internet o pedir una cita médica para consultar con un profesional de atención primaria o con un especialista que le realice pruebas diagnósticas. Estos comportamientos ayudan a hacerle sentir más tranquilo y aliviado actuando como reforzadores positivos para mantener la conducta problema. Además, se produce evitación de actividades que ayudan a mantener o incrementar los síntomas mediante reforzamiento negativo. Se produce un estado de alerta continua que puede llegar a provocar problemas de ansiedad y de sueño.

El paciente verbaliza en varias ocasiones tener un sentimiento de estar “maldito”, de que su destino es no ser feliz y llevar una vida que no es la que le gustaría. Esta explicación que la persona da para su problemática donde el locus de control es externo, unida a una visión negativa sobre el mundo, dan lugar a una sensación de indefensión, donde él no puede hacer nada para cambiar su propia situación.

Aunque en un primer momento el rol de enfermo era utilizado como herramienta para relacionarse con otros, con el paso del tiempo, con las personas más cercanas se ha convertido en un motivo de conflicto, especialmente con su pareja, con la que suele derivar en discusiones. Sin embargo, estas disputas parecen ayudar a cambiar el foco de atención a otro diferente al del propio sentimiento de dolor a las que se le añade la falta de

comunicación asertiva. De hecho, durante las discusiones con su pareja, ella le grita “tú tienes la culpa de todo, porque no tienes ninguna enfermedad, solamente eres un hipocondríaco”. Tras las discusiones, se siente aliviado por los mensajes de su pareja y liberado del agobio gracias a la expresión de rabia. Se refuerzan así las estrategias de evitación, que impiden el desarrollo de conductas de afrontamiento y que provocan la sensación de no estar recibiendo un apoyo social por parte de su entorno más cercano.

En conclusión, la unión de todas estas variables introduce al paciente en un bucle dentro del cual unas retroalimentan a las otras impidiendo que el paciente encuentre otras formas de enfrentarse a la problemática.

Según la información obtenida durante las entrevistas de evaluación, la sintomatología presentada por el paciente es compatible con un trastorno de síntomas somáticos unido a un proceso depresivo con presencia de algunos signos de ansiedad.

3. Tratamiento

Tras el proceso de evaluación se presenta al paciente las hipótesis de origen y de mantenimiento y se negocia con él los objetivos y la dinámica de tratamiento. Aunque en un primer momento el paciente es receptivo a la explicación y verbaliza su acuerdo con la planificación del tratamiento, desde las primeras sesiones el paciente centra su atención en la consulta en la posibilidad de una enfermedad médica y descarta la posibilidad de que tenga una dificultad emocional. Desde entonces, la intervención se ha prolongado 6 años. En la actualidad, se realizan sesiones semanales de 1 hora de duración, con una sólida relación terapéutica y buena adherencia al tratamiento. Es infrecuente que el paciente cancele una sesión, aunque en algún momento puntual sí que alguna ha sido mediante modalidad online al encontrarse el paciente fuera de la ciudad.

Generalmente las sesiones suelen organizarse de la misma manera, en un primer momento se habla sobre cómo se ha sentido durante la semana, se deja un espacio en el que

el paciente puede hablar sobre lo que le preocupa, validando en todo momento cómo se siente. Después, se pregunta si tiene algún aspecto que le gustaría tratar durante la sesión, si no es así, el psicólogo trae alguno de los objetivos que se han establecido y a los que se hace referencia en la Tabla 4.

Tabla 4

Objetivos y técnicas usadas durante el tratamiento

Objetivos	Técnicas
Aumento de la conciencia de problema, capacidad de introspección y comprensión sobre el funcionamiento de los síntomas somáticos	Psicoeducación sobre la relación entre los pensamientos, las emociones, las respuestas fisiológicas, las conductas y los problemas somáticos (tanto al paciente como a su pareja)
Mejora de la regulación emocional	Entrenamiento en la detección, aceptación, modulación y cambio emocional
Manejo de los pensamientos automáticos negativos, esquemas disfuncionales y estilo rumiativo -Eliminación de interpretaciones catastrofistas -Eliminación del "estigma del perdedor" -Aumento de la autoconfianza -Mejor en la gestión de la autoexigencia	Reestructuración cognitiva: uso del diálogo socrático, búsqueda de interpretaciones alternativas y experimentos conductuales
Disminución de la activación fisiológica	Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva
Remisión de la ansiedad asociada a las sensaciones corporales	Técnicas asociadas al Mindfullnes y conciencia plena Uso de metáforas
Disminución del miedo a la enfermedad y los síntomas somáticos	-Pautas de control estimular con la pareja del paciente, su madre y las visitas médicas -Técnicas narrativas del manejo del miedo -Exposición con prevención de respuesta
Mejora del estado de ánimo	Activación conductual
Mejora de las relaciones sociales y aumento de la capacidad para resolver conflictos interpersonales	Entrenamiento en Habilidades Sociales mediante psicoeducación y roleplaying

Mejora de las relaciones de pareja	Técnicas de mejora de la comunicación y resolución de los conflictos en pareja
Mejora en las relaciones sexuales	Técnicas de aumento del deseo y focalización sensorial

Antes de finalizar la sesión, se deja un espacio para que el paciente exprese cómo se ha sentido y qué se lleva de la sesión.

Aunque las técnicas se han aplicado siguiendo ese orden, a lo largo de los años de intervención se han solapado, volviendo a ellas para recordar aprendizajes pasados y generalizando progresivamente su uso.

A continuación, en la Tabla 5 se presenta un breve resumen sobre las temáticas principales que han ocupado las sesiones desde el mes de septiembre de 2021 hasta febrero de 2022, durante aproximadamente 4 meses de tratamiento.

Tabla 5

Tabla resumen de las sesiones

Número de sesiones	Trabajo en sesión
Sesión 1 (23/09/2021)	Relaciones sociales y la relación con su pareja. ¿Cómo se siente en la relación con el otro?, ¿es capaz de comunicar cómo se siente?, ¿cuáles son sus miedos?
Sesión 2 (29/09/2021)	Ejercicio de visualización, cómo se relaciona mediante el dolor. Se trabaja la asociación entre los síntomas somáticos y las emociones negativas, así como la dificultad de conectar en esos momentos con las emociones positivas
Sesión 3 (08/10/2021)	Activación conductual, búsqueda de actividades que le gustan y le ayudan a sentirse bien. ¿Qué cosas puede hacer en su día a día que le hagan sentirse activo y satisfecho consigo mismo?
Sesión 4 (15/10/2021)	Diferencia entre preocupación y rumiación, ¿qué le preocupa?, ¿cómo actúa cuando está preocupado?, ¿cuándo se convierte una preocupación en un pensamiento rumiativo?, ¿cuánto tiempo al día dedica a preocuparse?

Sesión 5 (22/10/2021)	Psicoeducación: cómo funciona el círculo del dolor en el cerebro humano. Se le explican los sesgos atencionales relacionados con el dolor y con los síntomas somáticos
Sesión 6 (29/10/2021)	Átomo social, ¿qué personas siente más cerca?, ¿con qué personas se siente cómodo para poder hablar sobre lo que le preocupa?, ¿qué puedo hacer él para cuidar su relación con los demás?, ¿a quién le gustaría tener más cerca y de quién preferiría tomar distancia?
Sesión 7 (04/11/2021)	Confianza y sexualidad, ¿le cuesta hablar de sexo?, ¿puede hablar con su pareja sobre sexo y sobre lo que le gusta a cada uno?, ¿qué miedos aparecen frente a la sexualidad?, ¿cómo reacciona ante esos miedos?
Sesión 8 (11/11/2021)	Autoconocimiento ¿A qué le tiene miedo?, ¿cómo actúa cuando siente ese miedo?, ¿qué haría si no tuviese miedo a nada?, maneras posibles de responder cuando siente que ese miedo se apodera de él
Sesión 9 (18/11/2021)	Sesión dedicada a hablar de su padre, de cómo era su relación y cómo vivió su fallecimiento. Se habla sobre cómo la relación con su padre puede haber afectado a su forma de ser y de relacionarse con el mundo
Sesión 10 (02/12/2021)	Frustración por sentir que no avanza, pensamientos disfuncionales sobre que está desperdiciando su vida. ¿Qué obstáculos encuentra para avanzar?, ¿cómo le hace sentir?, ¿qué debería ocurrir para pensar que no está perdiendo el tiempo y que disfruta de su vida?
Sesión 11 (06/12/2021)	Discusiones con su pareja, ¿cómo actúa cuando siente que le están atacando?, ¿cómo consigue que la discusión no continúe?, el uso del humor para destensar ese tipo de discusiones
Sesión 12 (16/12/2021)	“Siento que no termino de avanzar, que nunca me voy a curar” ¿Por qué siente que no acaba de avanzar?, ¿qué está haciendo para mejorar?, obstáculos que le impiden sentir que está avanzando, ¿cómo se pueden superar esos obstáculos?
Sesión 13 (27/12/2021)	Inseguridad, ¿qué es lo que le hace sentirse inseguro?, ¿qué hace cuando se siente inseguro? Búsqueda de opciones alternativas para afrontar la inseguridad cuando está en relación con los demás
Sesión 14 (03/01/2022)	Regulación emocional, estrategias para impedir que la emoción le invada, ¿cómo puede afrontar la emoción de una manera que no le paralice o le impida enfrentarse a una situación que es importante para él?

Sesión 15 (10/01/2022)	Desarrollo del yo, construcción de su línea de vida en relación a los dolores y los síntomas somáticos. ¿Qué eventos de su historia recuerda como los más importantes y cómo le han afectado?, ¿qué narrativa y qué creencias he desarrollado a partir de lo que ha vivido?
Sesión 16 (17/01/2022)	Procrastinación, ¿qué obstáculos encuentra para no realizar aquello que es importante para él?, ¿cómo se siente cuando no ha llevado a cabo algún objetivo de los que se ha propuesto?, ¿es capaz de responsabilizarse o tiende a culpabilizar a los demás?
Sesión 17 (24/01/2022)	El orgullo, ¿Qué es el orgullo?, ¿qué es lo contrario al orgullo?, ¿cuándo ha sentido orgullo?, ¿le resulta difícil sentir orgullo por sus propios méritos?, ¿de qué le gustaría sentirse orgulloso?
Sesión 18 (31/01/2022)	Autoconocimiento, la vergüenza, ¿cuándo siente vergüenza?, ¿qué hace cuando la siente?, ¿qué podría hacer diferente? Él paciente no hace referencia a sus malestares físicos
Sesión 19 (07/02/2022)	Autoconocimiento, la vergüenza, ¿cómo actuar cuando siente vergüenza sin permitir que le domine?, ¿le cuesta reconocer a otras personas que siente vergüenza?, ¿qué podrían pensar los otros de él? De nuevo no aparecen alusiones a los síntomas somáticos

Diversos factores han contribuido a la duración prolongada del tratamiento del paciente:

-Como se ha nombrado con anterioridad, el paciente tiene dificultades para la autoobservación, la toma de conciencia y la comprensión de sus dificultades emocionales.

-De esta manera, la atención del paciente está centrada en detectar que enfermedad orgánica le está generando malestar y en cómo eliminar estos síntomas somáticos.

-El paciente manifiesta dificultades para poner en marcha estrategias de mejora terapéutica, cumplimiento de tareas para casa y la aceptación de las normas a cerca de la atención médica.

-Precisamente las múltiples explicaciones que cada médico le ha dado sobre sus síntomas servía como mantenedor de la conducta problema. El paciente no cumplía las pautas de eliminación de las conductas con los diversos especialistas. De hecho, durante el periodo de intervención le han realizado gran número de colonoscopias, ecografías, análisis de sangre, etc., que centraban la atención del paciente y generaban un alivio a corto plazo. Además, el paciente se mostraba por completo reticente a abandonar dichas pruebas, de manera que si era necesario llegaba a cambiar de médico.

-La dinámica de pareja interfería, como se ha comentado, con el problema motivo de consulta, de manera que hasta que no acudió como coterapeuta su pareja, algunos de los avances alcanzados no se pudieron producir.

-El paciente mostraba dificultades para aceptar que, con el objetivo de mejorar sus habilidades de afrontamiento y disminuir su alta activación fisiológica, se debían trabajar técnicas de mejora de las estas habilidades contenidas en el plan de tratamiento.

Se trata de un caso en el que aparecen gran cantidad de variables que se relacionan y se retroalimentan, este hecho no favorece el avance del paciente por lo que el proceso puede verse ralentizado e, incluso, hacer que el paciente se sienta frustrado por no ver un avance.

Así mismo, cabe destacar que algunos aspectos trabajados durante el inicio de la intervención se han debido de recuperar en la actualidad, esta vez con el paciente en una actitud más colaborativa hacia el tratamiento.

4. Valoración del tratamiento

En primer lugar, cabe destacar que la adherencia al tratamiento del paciente es muy estable, durante los meses de tratamiento no ha faltado a ninguna sesión. En caso de no poder asistir por estar fuera de la ciudad o por algún motivo de causa mayor, la sesión se cambia de día o pasa a realizarse mediante formato telepresencial.

Desde el inicio del tratamiento, la mejoría del paciente se ha producido con altibajos. De hecho, aunque el paciente se ha mantenido en una línea ascendente en cuanto al manejo del miedo a la enfermedad, los síntomas somáticos y el estado de ánimo, sufrió un grave retroceso durante los meses de verano de 2021. Si bien los síntomas gastrointestinales habían mejorado, hasta prácticamente desaparecer en primavera, el paciente comienza a tener dolores musculares que le impiden desarrollar su vida con normalidad. El paciente manifiesta en esos meses una ansiedad intensa, de manera que llega a acudir a 5 especialistas distintos, que realizan diversos diagnósticos, entre ellos el de fibromialgia. Ante este diagnóstico el paciente vuelve a manifestar interpretaciones catastrofistas, bajo estado de ánimo y abandono de actividades de autocuidado esenciales. Sin embargo, durante los meses en los que han tenido lugar las sesiones que se han descrito en la tabla 6, se puede apreciar un gran avance en el paciente:

Tabla 6

Tabla con los objetivos y evaluación durante el tratamiento

Objetivos	Evaluación intra-tratamiento
Aumento de la conciencia de problema, capacidad de introspección y comprensión sobre el funcionamiento de los síntomas somáticos	El paciente es consciente y verbaliza durante las sesiones y con sus personas cercanas sus estados emocionales y es capaz de encontrar los disparadores de sus cambios emocionales y sus síntomas somáticos. Sin embargo, este objetivo no se ha logrado por completo
Mejora de la regulación emocional	El paciente acepta y convive con las emociones con más facilidad, ha desarrollado estrategias de regulación y cambio emocional
Manejo de los pensamientos automáticos negativos, esquemas disfuncionales y estilo rumiativo -Eliminación de interpretaciones catastrofistas -Eliminación del "estigma del perdedor" -Aumento de la autoconfianza -Mejor en la gestión de la autoexigencia	El paciente sigue teniendo pensamientos catastrofistas, pero es capaz de detectarlos y restarles importancia, de modo que generan menor interferencia. El paciente sigue sin eliminar el estigma del perdedor puesto que considera que él no puede llegar a estar satisfecho con su vida. El paciente tiene mayor confianza en sí mismo y es capaz de detectar sus logros

Disminución de la activación fisiológica	El paciente ha desarrollado la capacidad para disminuir su activación fisiológica que, además, se pone en marcha ante situaciones concretas como dificultades para conciliar el sueño, aparición de síntomas somáticos y en los conflictos laborales
Remisión de la ansiedad asociada a las sensaciones corporales	El paciente es capaz de centrar su atención sobre sus sensaciones físicas aceptarlas y observar con atención plena los eventos que suceden en su interior
Disminución del miedo a la enfermedad y los síntomas somáticos	El paciente ha disminuido significativamente su miedo a la enfermedad y la presencia de síntomas somáticos. De hecho, durante las últimas sesiones a penas nombra estos elementos y, cuando lo hace, es para destacar su mejoría
Mejora del estado de ánimo	El paciente manifiesta un elevado nivel de actividad y una mejoría en su estado anímico, sin embargo, en el presente continúa señalando que “aunque no estoy triste, aún no me siento contento”
Mejora de las relaciones sociales y aumento de la capacidad para resolver conflictos interpersonales	El paciente ha aumentado su capacidad para comunicar sus emociones, recibir críticas, realizar peticiones, aceptar las emociones de los demás y poner límites. Manifiesta que se siente más seguro con los demás y se siente acompañado en la vida
Mejora de las relaciones de pareja	No se producen discusiones, gritos o peleas entre ellos, las conversaciones son agradables y la convivencia cotidiana es fluida, pero según el paciente, siguen sin tener ilusión en la pareja
Mejora en las relaciones sexuales	El paciente manifiesta que se siente más seguro en el terreno sexual y que siente más deseo, sin embargo, las interacciones sexuales entre ambos son en este momento escasas

El tiempo dedicado en cada sesión a hablar sobre las molestias y los síntomas somáticos ha disminuido considerablemente, de hecho, ha habido sesiones en los que ni siquiera ha hecho mención a ellos.

Aunque sigue lamentándose por hechos del pasado o de su presente, también muestra energía y motivación para cambiar aspectos de su vida con lo que no está contento como puede ser el mejorar el aspecto de su vivienda o su situación laboral.

El ejercicio se ha convertido en una práctica habitual que además de hacerle sentir activo y bien consigo mismo, es una ventana a través de la cuál conoce gente y le permite salir más de casa.

Respecto a su relación de pareja, el número de discusiones ha disminuido, han aparecido más momentos compartidos de calma y descanso y empieza a aparecer en él el deseo a desarrollar una relación más cercana. “Por ahora nos comportamos más como compañeros de piso que como una pareja y temo que estemos perdiendo el tiempo en vez de disfrutar de la vida”.

Poco a poco está siendo capaz de poner límites en diferentes aspectos de su vida y con diferentes personas ante las que antes se sentía intimidado.

Todo esto indica que está pudiendo ver más allá del dolor y de su “maldición”, está tomando conciencia de la parte de responsabilidad que tiene él en su vida y de que puede hacer cosas y tomar decisiones que le acercan a lo que le hace feliz.

Para poder evaluar de manera más concisa y cuantitativamente los avances realizados durante este tiempo de tratamiento, se le entregan nuevamente los cuestionarios BDI-II y el SCL-90- R.

Respecto al BDI-II, el paciente obtiene en esta ocasión una puntuación de 12, los ítems que contesta con una puntuación mayor son los relacionados con una insatisfacción en uno mismo (con un 3), cambios en el patrón de sueño (3b, “me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme), inutilidad (2) y dificultad de concentración (2).

En el caso del SCL-90-R, la puntuación más alta aparecen en la variable obsesiones y compulsiones. Constructo que se relaciona con pensamientos, acciones e impulsos que

son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. Continúan apareciendo puntuaciones por encima de la media poblacional y la mayoría de ítems se evalúan con puntuaciones entre 2 y 0. Sólo aparecen dos ítems en los cuales se indica una mayor puntuación (3, bastante). Ambos relacionados con el sueño:

44. Tener problemas para dormirme

64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad

En cuanto al índice de severidad total, aunque se sitúa por encima de la media, es inferior a las puntuaciones que se indicaron en el primer test. Por último, el número total de síntomas positivos disminuye a 66. En la Figura 1 podemos observar la diferencia de las puntuaciones medias del paciente en las variables más relevantes de este caso.

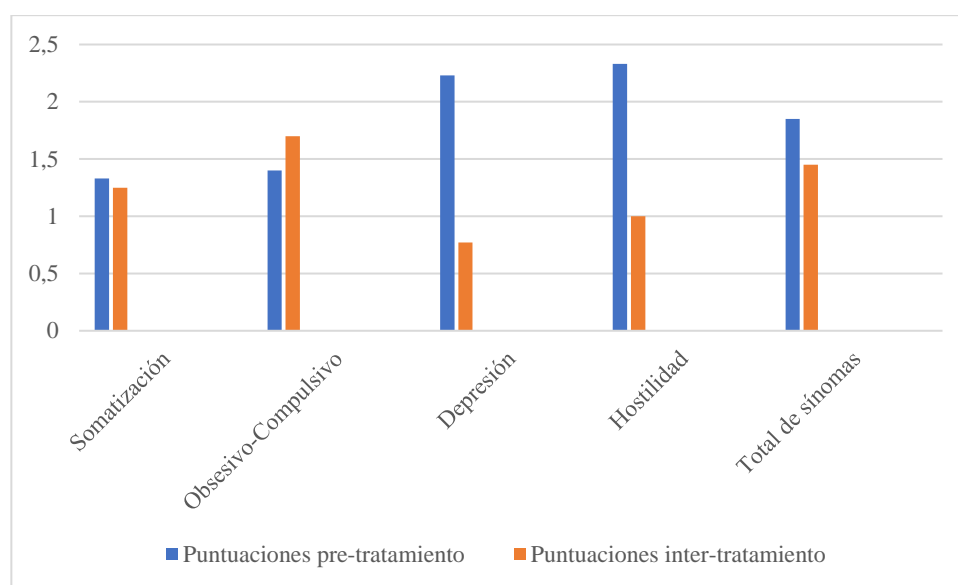


Figura 1. Comparativa de las variables más relevantes en el SCL-90-R en pre-tratamiento e inter-tratamiento

A pesar de que puedan seguir sucediéndose altibajos en el desarrollo de tratamiento (como, por ejemplo, debido al delicado estado de salud que la madre del paciente tiene en este momento y el miedo anticipatorio que el paciente manifiesta al respecto), el pronóstico de cara a la mejoría del paciente es positivo en relación al miedo a la enfermedad, la eliminación de los síntomas somáticos y la mejora de los síntomas depresivos. Sin embargo, la evolución de otros objetivos del paciente como el aumento de su satisfacción vital o la

mejoría en la relación de pareja puede considerarse más incierta. Una vez alcanzados los objetivos terapéuticos, se deberá describir un plan de prevención de recaídas ante futuros problemas que se puedan presentar en la vida del paciente.

5. Discusión y conclusiones

Como se ha comentado durante la introducción del presente trabajo se observa una necesidad de continuar investigando y estudiando sobre este trastorno. La confusión respecto a la categorización y la diferenciación de trastornos como el trastorno de ansiedad por enfermedad, el trastorno somatomorfo o el trastorno de síntomas somáticos; provoca una dificultad a la hora de abordar un caso clínico en el que aparecen síntomas característicos de dichos trastornos.

Una confusión que no resulta tan extraña en el caso de el trastorno de ansiedad por enfermedad y el trastorno por síntomas somáticos pues, hasta hace relativamente poco tiempo (2013), se unían en una única categoría como hipocondría. Esta diferenciación entre ambos diagnósticos es un aspecto que se debe tener en cuenta a lo largo del tratamiento pues el miedo a la enfermedad que puede aparecer en el paciente es derivado de aquellos síntomas somáticos que sufre y la dificultad para encontrar una causa orgánica, por lo que no es la problemática central, si no una consecuencia directa.

La importancia de este trastorno no sólo proviene de lo presente que está en la sociedad (entre un 5% y un 7% de la población según datos presentados por la APA (2013)), si no por la relevancia que tiene en el sistema de atención primaria. Ras, Andersen, Bro, Fink y Rosendal (2014), señalaban que entre el 20% y el 25% de los pacientes con sintomatología aguda relacionada con síntomas somáticos podían llegar a desarrollar un trastorno de síntomas somáticos. La mayoría de estudios que aparecen cuando se pretende encontrar bibliografía relacionada se centran en cómo afecta y cómo puede tratarse desde la atención primaria, no tanto así desde la psicología. Como se ha comentado anteriormente,

los pacientes que sufren el trastorno de síntomas somáticos se ven abocados a un sinnúmero de pruebas médicas y de diagnósticos que no consiguen apaciguar la inquietud y los temores de los pacientes que no encuentran una explicación biológica para sus dolencias. Mientras que las repercusiones para los pacientes se traducen en un gasto de tiempo, de energía y en constantes decepciones. El sistema sanitario también se ve afectado, pues estos pacientes suponen un alto coste debido al gran consumo de recursos, frecuentes hospitalizaciones, alto número de consultas especializadas, estudios médicos y tratamientos innecesarios (Pérez, Alonso, Gómez-Vallejo y Moreno, 2021). El gasto de estos recursos puede impedir que se dé un diagnóstico precoz en otro gran número de pacientes con diferentes enfermedades.

De acuerdo con la bibliografía consultada, se llevó a cabo un tratamiento de orientación cognitivo-conductual, que según el metaanálisis realizado por Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang (2019) tiene una eficacia con un tamaño del efecto medio-alto respecto a otros tratamientos psicológicos en el tratamiento de trastornos con estas características.

En cuanto a la evaluación y al desarrollo del tratamiento, parece importante el señalar la importancia de crear un buen vínculo con el paciente a la hora de acompañar a los pacientes y, de manera más especial, a aquellos en los que aparece una sintomatología tan amplia y variopinta. Si bien es cierto que esa relación es la pieza angular del proceso terapéutico, se debe prestar especial atención porque en algunos momentos se puede producir una dependencia, que mal dirigida puede sumir al paciente en un trastorno crónico. Durante los meses de tratamiento, se aprecia un baile entre guiar al paciente y el respeto y el acompañamiento hacia su propia autonomía.

Aunque quizás hubiese sido adecuado que, ante la presencia de un historial como el del paciente con molestias somáticas y después de los resultados obtenidos en el SCL-90-R., se hubiese llevado a cabo una evaluación más específica sobre la sintomatología somática utilizando algún instrumento creado para este fin. Como puede ser el caso de la escala *Screening for Somatoform Symptoms-2* (SOMS-2) (Rief, Hiller y Heuser, 1997,

versión española Gili et al., 2015) que incluye 53 ítems con respuesta dicotómica, en la que se debe responder afirmativamente si alguno de los síntomas ha estado presente en la vida del paciente en los últimos 2 años y para los que no se han encontrado una causa orgánica clara. Se evalúan aspectos relevantes como posibles síntomas de trastorno somático, síntomas que pueden ocurrir durante una crisis de ansiedad o bajo estado de ánimo, número de visitas realizadas al médico en el último año, la influencia de los síntomas sobre la calidad de vida o si se toma medicación a causa de sus dolencias.

Según indican los resultados de los tests que se entregan al inicio del tratamiento y posteriormente durante este, aparece una mejoría cuantitativa respecto a las puntuaciones en ambos tests. Esto podría señalar que el paciente siente esos cambios que se han ido consiguiendo durante las sesiones. De manera más subjetiva y, como se ha comentado en el apartado anterior, aparecen gran cantidad de mejoras y una evolución muy favorable traducida en una puesta en marcha de actividades y de conductas que le hacen sentirse mejor y tomar responsabilidad sobre su propia vida.

El miedo anticipatorio por los problemas presentes y por los que puedan surgir en el futuro, así como el avanzado estado de salud de su madre, están provocando una dificultad para avanzar. Tal vez la mayor limitación respecto al tratamiento es que se trata de un caso complejo en el que interactúan numerosas variables, que al paciente le cuesta tomar conciencia sobre su manera de comportarse y su dificultad para poner en marcha todos los aspectos trabajados durante la terapia. Esto ha provocado que su evolución quizás está tomando más tiempo del que cabría esperar para un tratamiento psicológico. Sin embargo, los objetivos que se establecen para este paciente van poco a poco asentándose, no sólo en su vida diaria, si no más importante aún, en su manera de actuar y de entender y explicarse su propia realidad. Cambios que una vez afianzados y establecidos podrán protegerle ante posibles recaídas que pudiesen darse en el futuro.

6. Referencias bibliográficas

- Abbey, S. E., Wulsin, L. y Levenson, J. L. (2015) *Somatization and somatoform disorders*.
Levenson, J. L., American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic
Medicine. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Allen, L., Escobar, J. Lehrer, P., Gara, M. y Woolfolk, R. (2002) Psychosocial treatments
for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literatura. *Psychosom
Med.* 64 (6), 939-950
- American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental
disorders. (5a ed.) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Arlington, American Psychiatric Publishing, (Versión española: Madrid, Editorial
Médica Panamericana, 2014)
- Arancibia, M. M., Sepúlveda, A. E., Martínez-Aguayo, J. C. y Behar, A. R. (2016) Estado
actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. *Revista
Chilena de Neuro-psiquiatría*, 54 (2), 151-161
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996) *Beck depression inventory-II (BDI-II)*. San
Antonio, TX: Psychological Corporation. (Versión española Sanz, Perdigón y
Vázquez, 2003)
- Bernáldez-Jaimes, G. B., Oudhof van-Barneveld, J., Robles-Estrada, E. y Domínguez-
Espinosa, A. C. (2019) Narrativas del dolor: factores individuales y contextuales en
el trastorno de síntomas somáticos. *Acta Universitaria* 29
- Bouman, T. K. (2014). Psychological treatments for hypochondriasis: A narrative review.
Current Psychiatry Reviews, 10 (1), 58–69
- Casado Morales, M. I. y Laguna-Bonilla, S. (2017) Trastorno de síntomas somáticos: de la
sospecha de simulación al tratamiento cognitivo-conductual. *Clínica y Salud*, 28,
131-138

- Derogatis L. (2002) *SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised)*, administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version. Baltimore. Johns Hopkins University, School of Medicine. Adaptación española por González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abulín, M. y Rodríguez Pulido, F.
- Díaz Robredo, L. A. y Robles Sánchez, J. I. (2014) ¿Es la fibromialgia un trastorno depresivo con síntomas somáticos o es un síndrome de sensibilización central con comorbilidad depresiva? *Sanid. Mil.* 70 (2), 76-87
- Fernández, M. R. y Fernández, R C. (1998) Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10 (2), 259-270
- González de Rivera et al. (1989) The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*, Towson.
- González Ramírez, M. T., Landero Hernández, R. y García-Campayo, J. (2009) Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas somáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev. Panam. Salud Pública*, 25 (2), 141-145
- Greenberg, D. B., Dimsdale, J. y Solomon, D. (2014) Somatization: epidemiology, pathogenesis, clinical features, medical evaluation, and diagnosis. http://www.uptodate.com/contents/somatization-epidemiology-pathogenesisclinical-features-medical-evaluation-and-diagnosis?source=search_result&search=Somatization%3A+epidemiology%2C+pathogenesis%2C+clinical+features%2C+medical+evaluation%2C+and+diagnosis&selectedTitle=1-150
- Henningesen, P., Zipfel, S., Sattel, H. y Creed, F. (2018) Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychother Psychosom*, 87 (1), 12-31

- Holi, M. (2003) Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. *Academic Dissertation*. University of Helsinki, Medical Faculty, Department of Psychiatry, Finland.
- Holloway, K. L. y Zerbe, K. J. (2000) Simplified approach to somatization disorder: when less may prove to be more. *Postgrad Med.*, 108 (6), 89-95.
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J. y Dao, M. D. (2004) Explaining Medically Unexplained Symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 663-672
- Kurlansik, S. y Maffei, M. (2016) Somatic Symptom Disorder. *American Family Physician*, 93 (1), 49-55
- Lacunza Juangarcía, C. I., Díaz Leiva, F. J. y Ardanaz Elcid, A. M. (2016) Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno hipocondriaco severo. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 2, 79-99
- Lieb, R. et al. (2002) The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur. Psychiatry*, 17 (6), 321-331.
- Mai, F. (2004) Somatization Disorder: A Practical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 652-662
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G. A., García-León, A. y González-Jareño, M. I. (2006) Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18 (1), 66-72
- Mejía, R. D., Rodríguez, R. y Restrepo, D. (2017) Caracterización sociodemográfica y clínica psiquiátrica de pacientes con síntomas médicamente inexplicables en una institución prestadora de salud de Medellín (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48 (2), 72-79

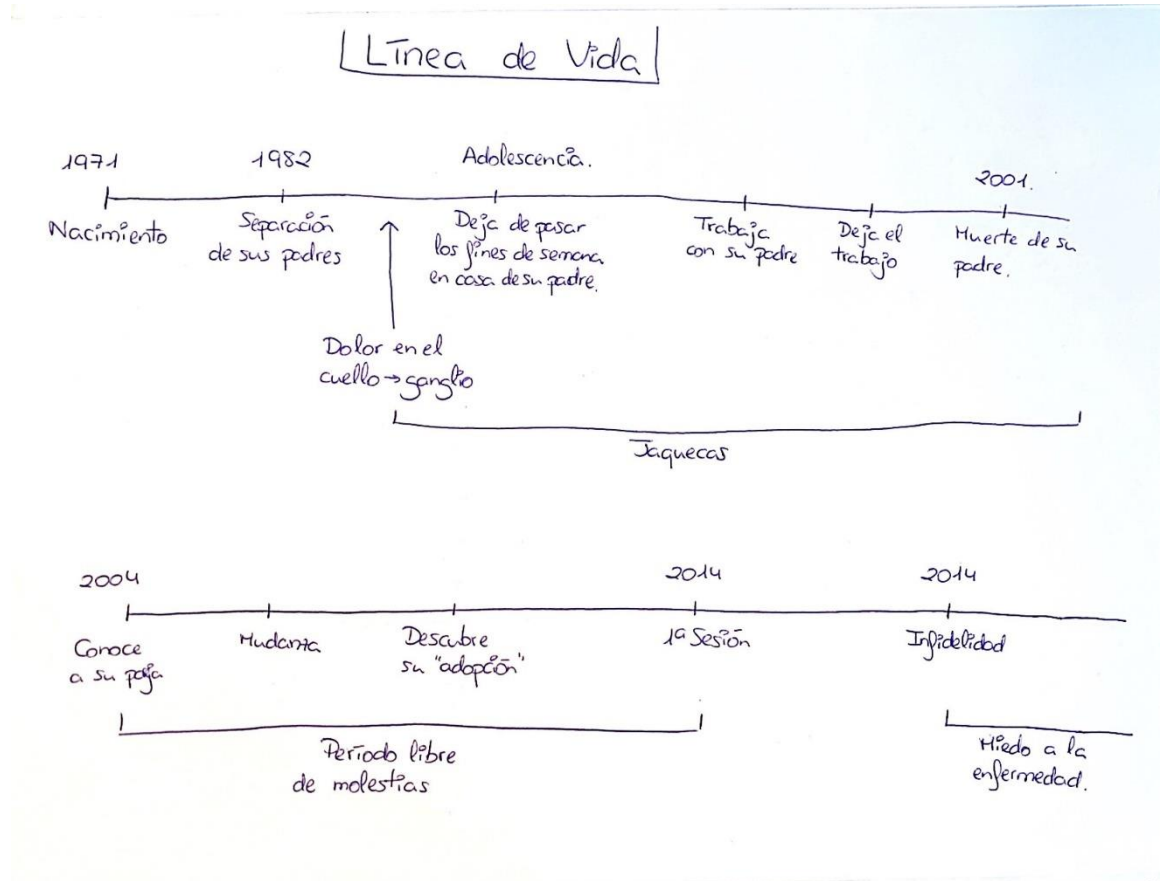
- Nieto, M. J., Abad, M. M. A., Esteban, A. M. y Tejerina, A. M. (2015) *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid, España: McGrawHill.
- Orejudo, H. S. y Froján, P. M. X. (2005) Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, 21 (2), 276-285
- Organización Mundial de la Salud. (1992) *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra
- Perales, M. C. M., Duschek, S. y Reyes, del P. G. A. (2016) Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: Relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología*, 36 (3), 275-282
- Pérez, M. R., Alonso, I. M., Gómez-Vallejo, S. y Moreno, D. M. (2021) Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 38 (2), 41-58
- Rask, M. T., Andersen, R. S., Bro, F., Fink, P. y Rosendal, M. (2014) Towards a clinically useful diagnosis for mild-to-moderate conditions of medically unexplained symptoms in general practice: a mixed methods study. *BMC Fam Pract.* 15, 118
- Rief, W. Hiller, W. y Heuser, J. (1997) *SOMS-Screening from Somatoform Symptoms-Manual (SOMS)*. Berna (Suiza). Adaptación española por Gili et al. (2015). Validación de la versión española de la escala *Screening for Somatoform Symptoms-2* para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria. *Atención primaria*, 47 (5), 273-278
- Rivero-Lazcano, N., Martínez-Pampliega, A. y Iraurgi, I. (2011) El papel funcionamiento y la comunicación familiar en los síntomas somáticos. *Clínica y Salud*, 22 (2), 175-186

- Sánchez-García, M. (2013) Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13 (2), 255-270
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D. y Hiller, W. (2011) The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52 (3), 263-271
- Ulloa, V. N., Cova, S. F. y Bustos, N. C. (2017) Nivel socioeconómico y conductas externalizadas en prescolares: el rol del mediador parental. *Revista Chilena de Pediatría*, 88 (3), 340-347
- Velasco, S., Ruíz, M. T. y Álvarez-Dardet, C. (2006) Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Rev. Esp. Salud Pública* 80 (4), 317-333
- Woud, M. L., Zhang, X. C., Becker, E. S., Zlomuzica, A. y Margraf, J. (2016) Catastrophizing misinterpretations predict somatoform-related symptoms and new onsets of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 81, 31- 37
- Yates, W.R. y Dunayevich, E. (2014) Somatic symptom disorders. <http://emedicine.medscape.com/article/294908-over view>

7. Anexos

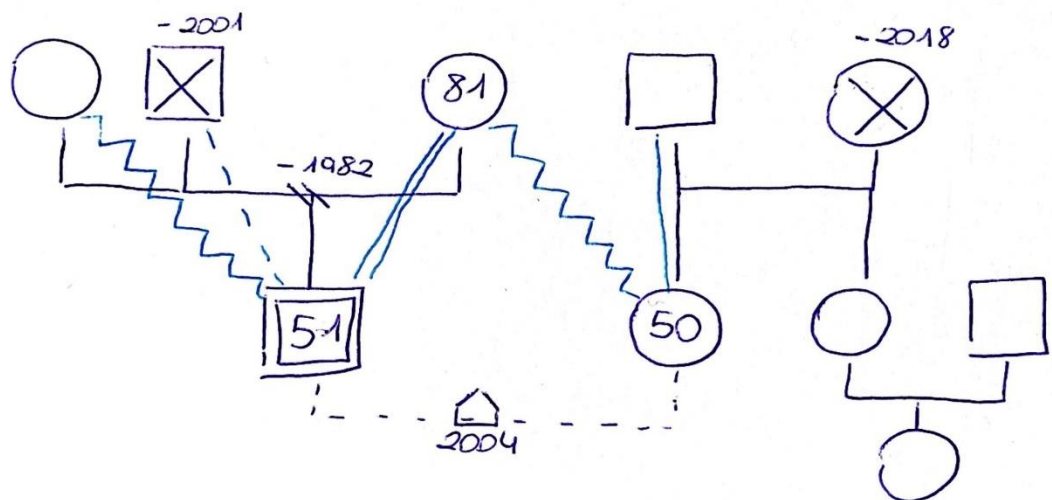
Anexo 1

Línea de vida



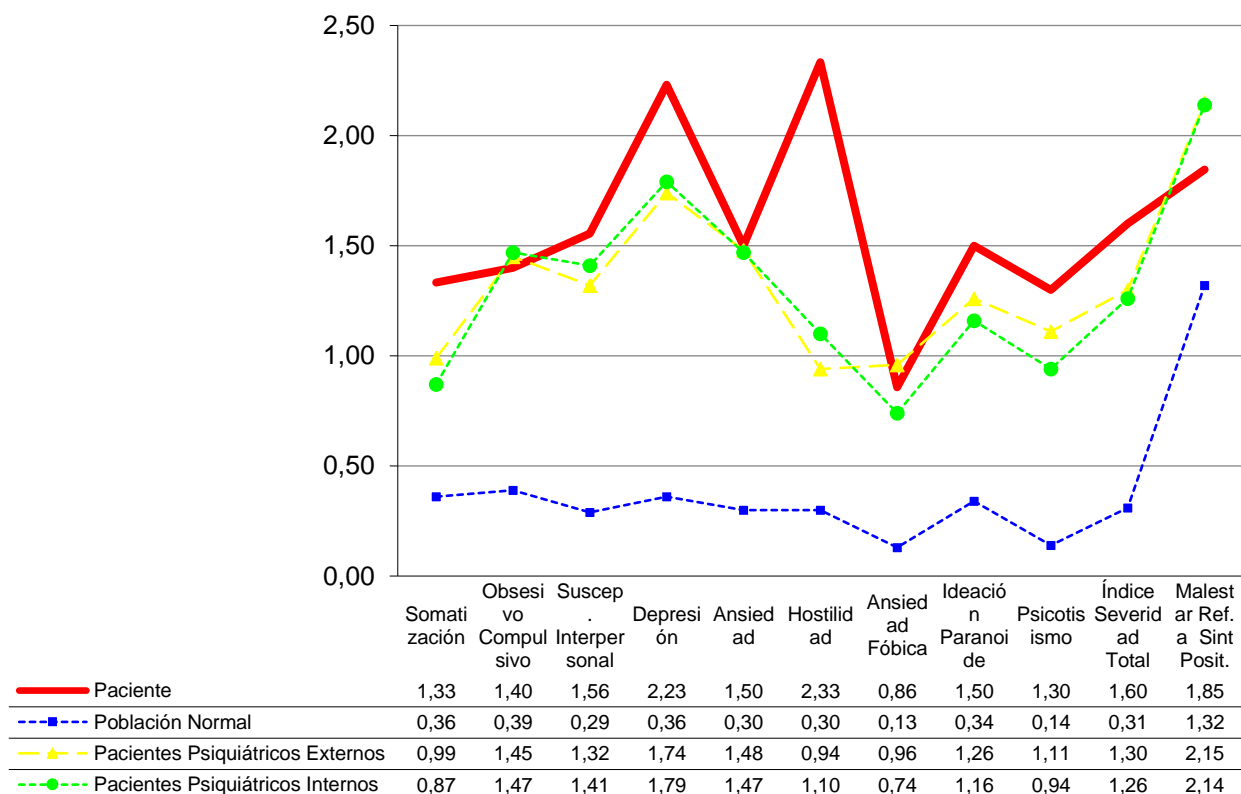
Anexo 2

Genograma



Anexo 3

Resultados SCL-90-R pre-tratamiento (gráfica)



Anexo 4

Resultados SCL-90-R pre-tratamiento (tabla)

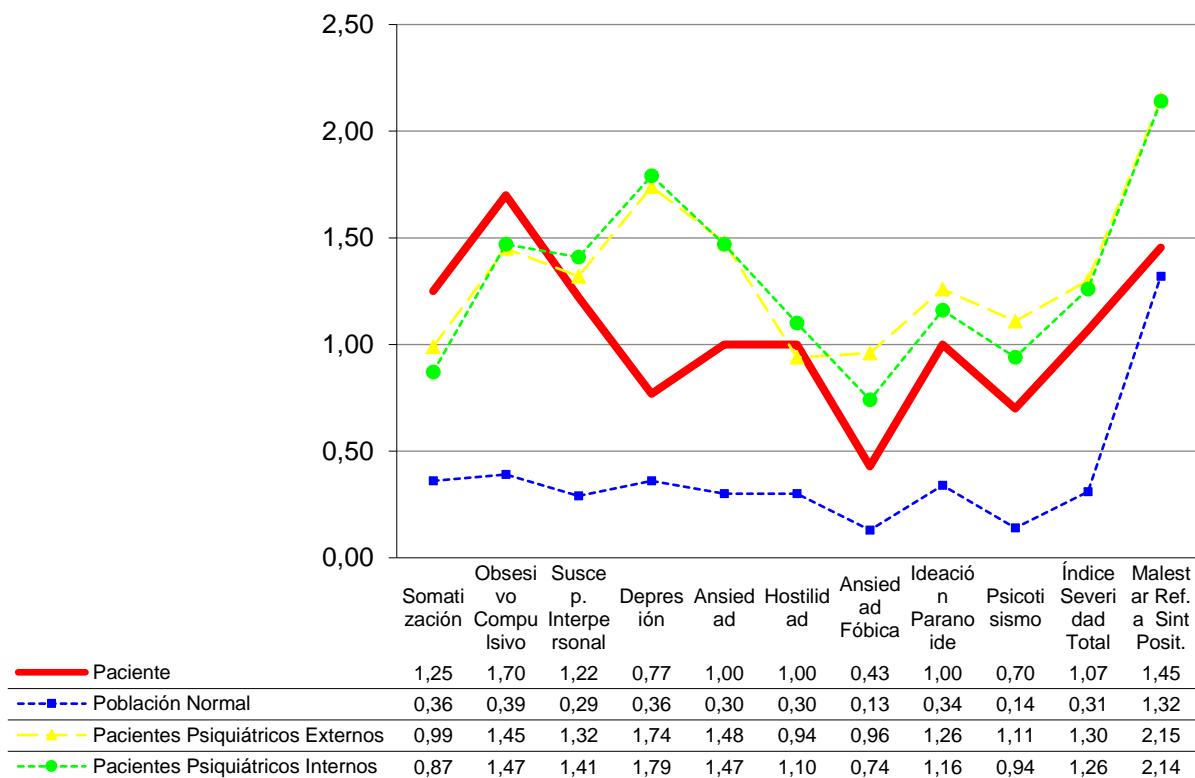
Escalas	Síntomas positivos	Suma	Media Paciente	Media Normal	Des. Tip. Normal
Somatización	11	16	1,33	0,36	0,42
Obsesivo – Compulsivo	9	14	1,40	0,39	0,45
Susceptibilidad Interpersonal	8	14	1,56	0,29	0,39
Depresión	12	29	2,23	0,36	0,44
Ansiedad	9	15	1,50	0,30	0,37
Hostilidad	6	14	2,33	0,30	0,40
Ansiedad Fóbica	5	6	0,86	0,13	0,31
Ideación Paranoide	6	9	1,50	0,34	0,44
Psicotismo	6	13	1,30	0,14	0,25

	Paciente	Media Normal (Ds)	Med. P. Internos	Med. P. Externos
Índice de Severidad Total	1,60	0,31 (0,31)	1,30 (0,82)	1,26 (0,68)
Total Síntomas Positivos	78	19,29	50,03 (22,40)	50,17 (18,98)

Malestar Referido a Sint. Positivos	1,85	1,32 (0,42)	2,15 (0,73)	2,14 (0,58)
-------------------------------------	------	-------------	-------------	-------------

Anexo 5

Resultados SCL-90-R inter-tratamiento (gráfica)



Anexo 6

Resultados SCL-90-R inter-tratamiento (tabla)

Escalas	Síntomas positivos	Suma	Media Paciente	Media Normal	Des. Tip. Normal
Somatización	11	15	1,25	0,36	0,42
Obsesivo – Compulsivo	10	17	1,70	0,39	0,45
Susceptibilidad Interpersonal	7	11	1,22	0,29	0,39
Depresión	10	10	0,77	0,36	0,44
Ansiedad	5	10	1,00	0,30	0,37
Hostilidad	6	6	1,00	0,30	0,40
Ansiedad Fóbica	3	3	0,43	0,13	0,31
Ideación Paranoide	4	6	1,00	0,34	0,44
Psicotismo	5	7	0,70	0,14	0,25

	Paciente	Media Normal (Ds)	Med. P. Internos	Med. P. Externos
Índice de Severidad Total	1,07	0,31 (0,31)	1,30 (0,82)	1,26 (0,68)
Total Síntomas Positivos	66	19,29	50,03 (22,40)	50,17 (18,98)
Malestar Referido a Sint. Positivos	1,45	1,32 (0,42)	2,15 (0,73)	2,14 (0,58)