



ARTÍCULO ESPECIAL

Psicoterapia en Atención Primaria: a propósito de un caso de trastorno somatomorfo tratado con terapia interpersonal

Francisca Guerra Cabrera^{a,*} y María Diéguez Porres^b

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Escaleritas, Servicio Canario de Salud, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Psiquiatra, Servicio de Interconsulta y Psiquiatría de enlace, Hospital Príncipe de Asturias, Madrid, España

Recibido el 13 de enero de 2010; aceptado el 1 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 4 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia;
Salud mental;
Terapia interpersonal;
Atención Primaria;
Trastorno somatomorfo

KEYWORDS

Psychotherapy;
Mental health;
Interpersonal therapy;
Primary care;
Somatoform disorder

Resumen En Atención Primaria las demandas de síntomas somáticos sin explicación médica son habituales. Es frecuente que conlleven comorbilidad psiquiátrica y que sea preciso utilizar algún tipo de tratamiento psicoterapéutico que aborde, entre otros problemas, la hiperfrecuentación.

El objeto de este trabajo es exponer el fundamento y las generalidades de una intervención psicoterapéutica breve, la terapia interpersonal (TIP), en su adaptación a Atención Primaria. Se muestra su aplicabilidad a través de un caso clínico de trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno tan prevalente como de difícil abordaje en el ámbito de Atención Primaria.

La TIP parte de la base de que los acontecimientos vitales estresantes y las dificultades interpersonales actúan como factores desencadenantes o mantenedores de los síntomas psíquicos. La intervención se estructura en torno a cuatro posibles focos: duelo, transición de rol, disputas interpersonales y déficit interpersonales.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Psychotherapy in Primary care: presentation of a case of somatomorphic disorder treated with interpersonal therapy

Abstract Problems of medically unexplained somatic symptoms are common in Primary care. They often involve a psychiatric comorbidity that requires some form of psychotherapy that addresses, among other problems, the frequent use of the service.

The purpose of this paper is to present the rationale and the generalities of a brief psychotherapeutic intervention, interpersonal therapy (IPT), in its adaptation to primary care. Its applicability is shown through a case of undifferentiated somatoform disorder, a condition so prevalent and difficult to approach in the field of primary care.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paqui.guerra@hotmail.com (F. Guerra Cabrera).

IPT assumes that stressful life events and interpersonal difficulties act as triggers or maintainers of the psychic symptoms. The intervention is structured around four possible sources: grief, role transitions, interpersonal disputes and interpersonal deficits.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Muchos de los pacientes que se presentan en la consulta de Atención Primaria (AP) con síntomas para los que no se encuentra una explicación médica (en adelante SSEM) tienen como problema principal malestar psicológico de diferente consideración o trastornos mentales establecidos sin diagnosticar. Muchos de ellos cumplen criterios de trastorno somatomorfo (TS), pero no son infrecuentes los trastornos afectivos¹. Ciertos síntomas inespecíficos como mareo, dolor torácico o cansancio, presentados en forma aislada, corresponden en un 80% a somatizaciones².

El rasgo principal de los trastornos somatomorfos es la presentación reiterada de "síntomas somáticos", difícilmente tipificables desde la fisiopatología, acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de sus repetidos resultados negativos y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una explicación médica³.

La prevalencia de los trastornos somatomorfos (TS) es del 10-12% del total de las consultas en Atención Primaria⁴ siendo el trastorno somatomorfo indiferenciado la forma más leve y prevalente en este ámbito. Es más frecuente en mujeres y la edad de inicio suele ser antes de los 30 años⁴.

Actualmente no se conoce ningún tratamiento farmacológico eficaz para los trastornos somatomorfos⁵ siendo la psicoterapia una buena alternativa. La modalidad de psicoterapia más estudiada en este tipo de trastornos es la terapia cognitivo-conductual (TCC) y por tanto, la que cuenta con una mayor evidencia científica. Sin embargo, otras modalidades como la terapia familiar breve y la terapia de resolución de problemas también pueden resultar útiles y existe cierta experiencia con ellas^{6,7}.

La terapia interpersonal (TIP)⁸ es una intervención diseñada en su origen para el tratamiento de la depresión mayor. Se fundamenta en la evidencia experimental acerca la etiología de la depresión, especialmente en los estudios de Bowlby⁹ sobre la conducta de apego, descrita como la necesidad del ser humano de establecer vínculos afectivos con personas significativas del entorno y las reacciones ante su ruptura. Tras demostrar en numerosos ensayos clínicos su eficacia en depresión, la TIP ha conocido un amplio desarrollo posterior y en la actualidad están descritas aplicaciones para el tratamiento de otros trastornos mentales diferentes de la depresión y para su utilización en encuadres diversos. Una de estas aplicaciones es el asesoramiento interpersonal (TIP-AP) para la depresión y el malestar psicológico en Atención Primaria.

En adelante describimos la intervención, así como una experiencia de aplicación en un caso de trastorno somatomorfo indiferenciado abordado en Atención Primaria.

Consejo o asesoramiento interpersonal en Atención Primaria

La terapia interpersonal para Atención Primaria^{10,11} es una intervención psicoterapéutica especialmente diseñada para pacientes que presentan síntomas de ansiedad o depresión en relación a acontecimientos vitales estresantes y que no tienen un trastorno mental grave. Se trata de un tratamiento breve (en torno a seis sesiones de 30 minutos) focalizado en el funcionamiento psicosocial actual del paciente y que pueden aplicar profesionales de Atención Primaria previamente entrenados (médicos, enfermeros, trabajadores sociales). Presta la mayor atención a cambios recientes en la vida del paciente, a situaciones de estrés emocional en el entorno familiar, laboral, etc. y a dificultades en las relaciones interpersonales, partiendo de la base de que los acontecimientos vitales y las dificultades interpersonales actúan como factores desencadenantes o mantenedores de los síntomas.

La TIP-AP es una adaptación del manual original de terapia interpersonal (TIP) publicado en 1984⁸ para el tratamiento de la depresión y su eficacia, ha sido probada en numerosos ensayos clínicos y en diferentes trastornos y encuadres¹². En AP, las investigaciones posteriores a las que sirvieron para demostrar la eficacia de la adaptación se han realizado en trastornos afectivos y en poblaciones de ancianos, adolescentes y mujeres en el periparto y tienen en común haber utilizado la intervención original, más que la adaptación. Los resultados apuntan a un buen nivel de eficacia y eficiencia y destacan las ventajas de poder ser aplicada por personal no médico¹³⁻¹⁷.

No existe aplicación específica, ni por tanto estudios de eficacia, en trastorno somatomorfo pero existen publicaciones sobre trabajo clínico¹⁸ y propuestas de adaptación¹⁹. La intervención se fundamenta en una comprensión de la somatización como una forma de comunicación interpersonal y una conducta guiada por un apego inseguro. Las modificaciones sobre la aplicación original incluyen un énfasis en la construcción de la alianza terapéutica y un objetivo centrado en mejorar el funcionamiento social, más que en aliviar los síntomas físicos^{19,20}.

La intervención se lleva a cabo a tres niveles diferentes: 1) estrategias, 2) técnicas y 3) actitud terapéutica. Las estrategias son lo característico de la intervención y supone el trabajo estructurado en tres fases: inicial, intermedia y de terminación.

Fases iniciales. Valoración

Durante esta fase se abordan los síntomas depresivos, se identifican las áreas problemas y se establece un contrato terapéutico explícito con el paciente para trabajar el/las

área/s problema. Se acometen cuatro tareas fundamentales:

1. Ocuparse de la depresión consisten en llevar a cabo una revisión minuciosa de los síntomas depresivos, una vez discutido con el paciente el resultado negativo de las pruebas físicas realizadas; dar un nombre a su mal-estar transmitiendo el diagnóstico de depresión y dar educación sobre la misma y su tratamiento. Uno de los objetivos es otorgar al paciente el rol de enfermo que da paso a la solicitud de ayuda y a compensaciones provisionales durante el tiempo que dure el proceso. Durante esta fase se evalúa también la necesidad de medicación, cuyo uso conjunto está recomendado.
2. Señalar la posible relación de los síntomas con acontecimientos vitales y conflictos en las relaciones interpersonales. Para ello se procede a revisar exhaustivamente con el paciente las características de sus relaciones interpersonales significativas (presentes y pasadas por este orden), las circunstancias vitales actuales y los cambios sucedidos en ellas recientemente para relacionarlas con los síntomas depresivos según una sistemática descrita en el manual.
3. Reformular el malestar en una de las cuatro áreas problema sobre la que se va a trabajar posteriormente: duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol y déficit interpersonales.
4. Explicar la forma de trabajo conjunto y hacer un contrato terapéutico con el paciente en el que se explicitan el/las áreas problema, los objetivos del tratamiento, el lugar, frecuencia y duración de las visitas.

Fases intermedias

El supuesto básico de la TIP está en considerar que los cuadros depresivos tienen que ver con problemas que se manifiestan en una de las "cuatro áreas problema": a) duelo (tabla 1): cuando existe evidencia de dificultades en la elaboración de pérdida significativa; b) disputas interpersonales (tabla 2): cuando pueden identificarse situaciones en las que existen expectativas no recíprocas entre el paciente y otra persona importante y pueden relacionarse con la sintomatología; c) transiciones de rol (tabla 3): cuando aparecen síntomas en relación con cambios difíciles de asimilar; y d) soledad y/o aislamiento social (tabla 4): se elige como foco cuando un paciente presenta una historia de empobrecimiento social con relaciones interpersonales inadecuadas o insuficientes.

Se trabaja en una o dos de ellas que se seleccionan de acuerdo con el paciente durante las fases iniciales (las tablas 1–4 resumen el contenido de las sesiones intermedias).

Fase de terminación

La terminación debe ser abordada explícitamente al menos dos sesiones antes con el fin de trabajar el propio duelo de la terapia, analizar los logros del paciente, reforzar su autonomía y propiciar reacciones emocionales a la vez que prevenir su interpretación como una recaída.

Tabla 1 Estrategias de la TIP. Sesiones intermedias. Duelo.

El duelo se escoge como foco cuando se puede relacionar la aparición de los síntomas con una pérdida o separación cuya elaboración es difícil para el paciente. Se proponen los siguientes:

Objetivos:

1. Facilitar el proceso de duelo.
2. Capacitar al paciente para restablecer el interés en sus relaciones.

Para alcanzar estos objetivos el terapeuta ayuda al paciente a centrar su atención en recuerdos de la persona perdida y en las emociones relacionadas con lo vivido con el difunto. Para ello se vale de las siguientes:

Estrategias:

1. Revisión de los síntomas depresivos.
2. Relacionar los síntomas con la muerte de la persona significativa.
3. Revisar la relación del paciente con el fallecido. Hábleme de la persona fallecida. *¿Qué tipo de persona era? ¿Emprendieron algo juntos?*
4. Revisar la secuencia y consecuencias de los acontecimientos inmediatamente anteriores, durante y después de la muerte. *¿Cómo murió? ¿Cuándo tuvo noticia de su enfermedad? ¿Cómo se sintió entonces?*
5. Explorar los sentimientos (positivos y negativos) asociados. *¿Cómo era su vida con el fallecido?, ¿Cómo ha cambiado desde que murió? Toda relación tiene sus buenos y malos momentos. ¿Cuál fueron en su caso?, ¿Qué cosas le gustaban de la persona difunta?, ¿Qué cosas no le gustaban?*
6. Considerar las posibles maneras de reanudar de nuevo las relaciones. *¿Ha intentado compensar la pérdida?, ¿Quiénes son sus amigos?, ¿Qué actividades le podrían gustar?*

Técnicas

El desempeño de este tipo de tratamientos requiere el dominio de algunas técnicas generales de entrevista y manejo clínico y el de algunas técnicas específicas. El manual describe las técnicas específicas utilizadas en la TIP, agrupadas en: técnicas exploratorias, propiciación de afectos, clarificación, análisis comunicacional, uso de la relación terapéutica, modificación de conducta y técnicas auxiliares que se refieren al contrato terapéutico y al propio encuadre de la intervención. Buena parte de las intervenciones del terapeuta tienen la forma de preguntas que acercan al paciente a las escenas interpersonales que se pretende trabajar y facilitan la conexión con las emociones consecuentes (las tablas 1–4 ilustran el tipo de preguntas para cada foco).

Actitud terapéutica

El terapeuta actúa como abogado del paciente, no es neutral y tiene un papel muy activo a la hora de ayudar al paciente a hablar de sus dificultades, en la realización de sus tareas y en la puesta en práctica de sus logros.

Tabla 2 Estrategias de la TIP. Sesiones intermedias. Disputas interpersonales.

Se selecciona este foco cuando pueden identificarse situaciones interpersonales en las que existen expectativas no recíprocas entre el paciente y otra persona significativa y pueden relacionarse con la sintomatología depresiva.

Objetivos:

1. Identificar la disputa, ayudar al paciente a identificar el conflicto.
2. Escoger un plan de acción, según la disputa se encuentre en fase de renegociación, disolución o *impasse*.
3. Modificar los patrones de comunicación, reevaluar las expectativas o ambas cosas a la vez.

El terapeuta no tiene por qué guiar al paciente hacia ninguna solución en particular y no intenta mantener relaciones imposibles.

Estrategias:

1. Revisar los síntomas depresivos.
2. Relacionar los síntomas con la disputa abierta o encubierta con otro significativo con el que el paciente está comprometido.
3. Determinar la fase en la que está actualmente la disputa: *Impasse* implica que no hay discusión explícita; Renegociación implica que a pesar de hacer cambios activos, éstos no tienen éxito; Disolución en la que la relación está francamente deteriorada.
4. Ayudar al paciente a entender cómo las expectativas no recíprocas se relacionan con la disputa, e iniciar los pasos que pueden conducir a la resolución de la disputa y negociación de roles.

El trabajo se orienta hacia examinar aspectos prácticos de la disputa, tales como cuáles son los temas ostensibles del conflicto, en qué difieren el paciente y la persona de referencia desde el punto de vista de sus respectivas expectativas y escala de valores, qué es lo que desea el paciente de esta relación, cuáles son las opciones del paciente, de qué recursos dispone el paciente para realizar cambios, etc., así como paralelismos con relaciones previas. Por último se discuten las consecuencias de las posibles alternativas antes de pasar a la acción.

Tabla 3 Estrategias de la TIP. Sesiones intermedias. Transiciones de rol.

Se asocian a depresión cuando la persona tiene dificultades para afrontar los cambios requeridos en el desempeño de un nuevo rol social (padre, trabajador, jubilado, etc.). Las transiciones suelen asociarse a progresiones en el ciclo vital. Las dificultades suelen conllevar la pérdida de apoyos y vínculos familiares y sociales, manejo de las emociones concomitantes como rabia, o miedo, exigencia de nuevo repertorio de habilidades o baja autoestima.

Objetivos:

1. Facilitar el duelo y aceptación de la pérdida del antiguo rol.
2. Propiciar una visión más positiva del nuevo.
3. Restaurar la autoestima desarrollando un sentimiento de dominio de los nuevos roles.

Estrategias:

1. Revisar de los síntomas depresivos.
2. Relacionar los síntomas depresivos con las dificultades para desenvolverse frente a un cambio vital reciente.
3. Revisión de aspectos positivos y negativos de los roles antiguos y nuevos *¿Qué le gustaba y gusta?, ¿Qué le disgusta y disgustaba?, ¿Cuáles eran y son las cosas buenas y las malas?*
4. Explorar los sentimientos ante lo que se ha perdido *¿Qué sintió cuando renunció o abandonó?*
5. Ante el cambio mismo, *¿Cómo se sintió en la nueva situación?*
6. Explorar las oportunidades que brinda el rol nuevo.
7. Evaluar de forma realista lo perdido.
8. Animar una adecuada liberación de afectos (identificando creencias y emociones que impiden al paciente sacar pleno provecho de sus habilidades).
9. Propiciar el desarrollo del sistema de apoyo y nuevas habilidades requeridas por el nuevo rol *¿A quién conoce?, ¿Quién puede ayudarlo?, ¿Qué se espera de él?*

anemia ferropénica; síndrome premenstrual; ansiedad generalizada con crisis de pánico desde hace 6 años y diversas fobias que requirieron suspender la lactancia en el 2001. Ha estado en tratamiento con diversas benzodiacepinas y anti-depresivos del tipo ISRS a las dosis habituales en la práctica y un breve periodo de tratamiento psicoterapéutico en el ámbito privado en el año 2003 que abandona por falta de mejoría.

En cuanto a su adaptación y personalidad previas describe un antes y un después de tener a su primera hija "que me cambió la vida". Antes era una persona muy activa, trabajaba como auxiliar administrativo y sin "miedos". Tras dar a luz a su primera hija comienza a estar muy preocupada por la posibilidad de padecer múltiples enfermedades y se queja de síntomas diversos.

El episodio actual comienza hace 6 años. En este tiempo acude con frecuencia a la consulta (una media de 28 visitas/año) con diferentes molestias somáticas: vértigo periférico, dorsalgia, cervicalgia, dolor torácico atípico, dolor abdominal errático, molestias premenstruales, parestesias en hemicara, temblor mandibular, epigastralgia, dispepsia funcional, astenia, disfagia,

Caso clínico

D. es una mujer de 40 años, casada, con dos hijas de 7 y 5 años. Tiene estudios de graduado social. En la actualidad es ama de casa tras ser despedida hace 7 años durante el embarazo de su primera hija. Ha trabajado anteriormente como auxiliar administrativo.

Como antecedentes personales tiene una prima y una tía maternas que han recibido tratamiento por cuadros depresivos.

Entre los antecedentes personales destacan: un cuadro depresivo a los 19 años con intento de autolisis que fue tratada por psiquiatra privado con psicofármacos que no recuerda y que coincidió con el conocimiento de que su pareja de entonces mantenía relaciones fuera de la pareja;

Tabla 4 Estrategias de la TIP. Sesiones intermedias. Soledad y/o aislamiento social.

Se eligen como foco de la TIP cuando un paciente presenta historia de empobrecimiento social que incluye relaciones interpersonales inadecuadas o insuficientes. Suelen ser los pacientes más graves y el foco más difícil de trabajar con esta técnica.

Al no existir relaciones actuales a las que referirse, el foco se centra en relaciones pasadas o el comienzo de nuevas relaciones.

Objetivos:

- 1) Reducir el aislamiento social del paciente.
- 2) Animar la formación de nuevas relaciones.

Estrategias:

- 1) Revisar los síntomas depresivos.
- 2) Relacionar los síntomas depresivos con los problemas de aislamiento o desengaño social.
- 3) Revisar las relaciones significativas del pasado, incluyendo los aspectos positivos y negativos (hablar de las relaciones pasadas cuando estuvieron en su mejor momento puede proporcionarle un modelo para desarrollar nuevas relaciones satisfactorias).
- 4) Explorar pautas repetitivas en las relaciones pasadas o fracasadas.
- 5) Analizar los sentimientos positivos y negativos del paciente hacia el terapeuta y buscar paralelos en otras relaciones anteriores o en curso.

palpitaciones, hipotermia, que expresa con mucha preocupación y acompañadas de miedo intenso a padecer una enfermedad grave. En varias ocasiones acude a servicios de Urgencias por cuadros de dolor torácico atípico que han sido filiados como crisis de pánico.

La exploración física general en la esfera otorrinolaringológica, cardiorrespiratoria, neurológica, abdominal y ginecológica resultaron estrictamente normales. La analítica general incluídas las hormonas tiroideas con velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, las radiografías cérvico-dorsal, de tórax, abdomen, el tránsito gastro-esofágico y el electrocardiograma, no mostraron hallazgos patológicos. Se realizaron interconsultas a otorrinolaringología y neurología y se descartaron otras causas de vértigo periférico y central mediante audiometría, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear cerebrales. La ecografía abdominal no mostró tampoco hallazgos significativos.

La presencia de esta quejas somáticas múltiples sin base orgánica, su curso crónico, la preocupación desproporcionada y la asociación de comorbilidad psiquiátrica orientó al médico de familia a realizar el diagnóstico de trastorno somatomorfo indiferenciado con criterios CIE 10³.

Ante la mala evolución de la clínica y la ineficacia de tratamientos previos, se plantea la necesidad de un cambio de abordaje y la posibilidad de iniciar una intervención psicoterapéutica conducida por su médico habitual. Durante la realización del inventario interpersonal destacó la maternidad como acontecimiento muy significativo y relacionado cronológicamente con el inicio de la clínica actual. Se orientó un trabajo focal en transición de rol como área

problema y se contrataron 12 sesiones quincenales de 30 minutos. El contrato incluía explícitamente la manera de abordar las molestias somáticas, que sería siempre al finalizar las sesiones y se puso límite a las visitas de urgencia afianzando el encuadre quincenal.

Durante las sesiones intermedias la paciente se refiere con nostalgia a la sensación de autorrealización y satisfacción personal que obtenía de su rol como trabajadora y a la sensación de libertad por la ausencia de responsabilidades maternas. D. comienza a reconocer y expresar sentimientos de tristeza y rabia por dejar de trabajar tras el nacimiento de su primera hija. Su segundo embarazo, no deseado, interfiere con su deseo de reincorporación laboral. Ni su familia ni su marido reconocen esta necesidad y no se siente apoyada. Expresa sentimientos profundos de miedo con su segundo embarazo por sospecha de síndrome de Down, así como sentimientos de impotencia por los reproches de sus suegros que cuestionan su labor como madre. Estas sesiones producen un efecto de alivio de la tensión interna que no se traduce de momento en la desaparición de las quejas somáticas.

Al abordar aspectos de la comunicación interpersonal surge la necesidad de explorar dificultades en la relación con su madre muy vinculadas con el foco escogido. Describe a la madre como alguien que (en palabras de la propia paciente): "nunca ha entendido mi enfermedad, ... siempre ha esperado de mí que sea ama de casa y nada más, ... siempre se le ha notado la preferencia por mi hermana la mayor ... en general no me presta demasiada atención". Transmite la idea de que se siente a la vez exigida y abandonada por ella.

Otro punto de conflicto identificado por la paciente a través del trabajo terapéutico, es la relación con su hija mayor con quien acude repetidamente a la consulta de pediatría por procesos banales que movilizan mucha ansiedad en la paciente. La niña está en estudio por dolor abdominal recurrente y en la unidad de salud mental. Expresa acerca de ella: "quiero protegerla de todos los males de este mundo". Esto constituye una oportunidad para identificar los miedos e inseguridades como propios.

Tras esta revisión del rol nuevo, se abordan en las siguientes sesiones aspectos positivos del nuevo rol no tenidos en cuenta previamente. De tal forma, la paciente puede reconocer su generosidad y grandeza en el cuidado de sus hijas, así como su preocupación por transmitirles otro modelo de mujer diferente. También se revisan aspectos positivos de la relación con su madre: "Se ocupa de las niñas cuando yo no puedo, las quiere mucho".

D. comienza a realizar gestiones para encontrar trabajo. Empieza a conectar con lo "psicológico" muy lentamente y a encontrar nuevos significados a sus molestias somáticas: "Sé que cuando tengo épocas de mayor estrés porque mi hija está enferma o porque me van a dar el resultado de alguna prueba empiezo con mis dolores ... pero yo misma me voy tranquilizando porque sé que esto pasa cuando tengo miedo, incertidumbre..."

En las sesiones finales se abordan los logros alcanzados y la competencia de la paciente en el manejo de sus síntomas y del estrés. Ha conseguido un trabajo con un contrato breve, en el cual se siente muy realizada, han disminuido las visitas a servicios de Urgencia y consultas de demanda —14 visitas/año—, sólo toma algún ansiolítico ocasionalmente y su autoconcepto ha mejorado, así como la sensación de

autocontrol ante las molestias somáticas. La terminación es abordada como un proceso en el que puede existir cierta incertidumbre y tristeza, pero remarcando la autonomía de la paciente para afrontar las molestias somáticas con un nuevo significado y menor sufrimiento.

En una sesión de revisión a los tres meses y en las visitas posteriores por otros motivos se objetiva que la mejoría persiste. Cuenta que, aunque su primer contrato ha finalizado, está motivada para buscar trabajo porque esto “realmente me compensa” y relaciona su desempeño como ama de casa con una mayor tendencia a prestar más atención a las molestias somáticas y a pensar en enfermedades. Ahora cuando tiene algún dolor o sus hijas se ponen enfermas pone más atención a sus emociones y no acude compulsivamente a urgencias.

Discusión

Se ha trabajado con una paciente con dificultades emocionales de larga evolución y síntomas de trastorno somatomorfo indiferenciado en la actualidad en la que otros abordajes habían resultado ineficaces. La terapia interpersonal, un modelo de intervención cuya eficacia ha sido probada en varios trastornos mentales pero, hasta la fecha, no en trastornos somatomorfos, ha resultado ser una forma de intervención que se ajusta a las necesidades de esta paciente y podría serlo en otros casos similares.

En el caso presentado los objetivos terapéuticos fueron logrados y la paciente se mostró muy satisfecha con los cambios en su vida y en la relación terapéutica. El rol de enfermo se trabajó sobre la base de reconocer las molestias como reales, aportando atención programada e información precisa acerca de sus síntomas y tranquilizando al respecto y, fundamentalmente, centrando la atención y la necesidad de ayuda en las manifestaciones emocionales y el sufrimiento.

La mejoría se mantenía los meses posteriores al tratamiento a lo que ha podido contribuir el hecho de mantener una actividad laboral, que se inicia durante las fases finales del tratamiento y que se puede considerar como un signo de la mejoría del funcionamiento psicosocial. El tratamiento fue conducido enteramente por su médico de familia habitual formada previamente en la intervención.

Son necesarios estudios científicos que establezcan la eficacia y eficiencia de la intervención, pero es posible deducir de la experiencia que la terapia interpersonal es útil para trabajar con los pacientes en un nivel de comunicación de necesidades y expectativas que, como mínimo, mejora la relación médico-paciente y reduce la tensión emocional que subyace a la queja somática reiterada y la hiperfrecuentación. La intervención mejora también la satisfacción del profesional al disminuir el sentimiento de frustración y rechazo que pueden llegar a provocar este tipo de pacientes por su difícil manejo.

Con respecto a la técnica es posible que requiera adaptaciones del manual original en aspectos como la forma en que se trabaja el rol de enfermo y los aspectos psicoeducativos o la construcción de la alianza de trabajo y la posibilidad de incluir como foco la propia relación terapéutica, al menos en algún momento a lo largo del tratamiento. En lo que respecta al encuadre, la experiencia quizás muestre la necesidad de alargar el número de sesiones y de incluir en el

contrato acuerdos y pautas al respecto de las visitas fuera de las programadas o las demandas de pruebas o consultas a especialistas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Carmen Lidia Díaz González, médico de familia, servicio de Salud Mental de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud, por su colaboración en la búsqueda de la bibliografía, así como en su interés en acercar los modelos psicoterapéuticos adaptados a la Atención Primaria a los médicos de familia.

Bibliografía

1. Granel A. Actualización en la práctica ambulatoria: Pacientes con síntomas somáticos no explicables. *Evid Actual Prac Amb*. 2006;9:176–80. Disponible en: <http://www.evidencia.org.ar>.
2. Carvajal de La Torre. Somatizaciones. En: Casitèrides, SL y autores. Guías clínicas para la consulta de Atención Primaria. 3ª edición. A Coruña 2008.
3. OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1996. Cometa S.A. Zaragoza.
4. Soler Sánchez MM, Sobreviela Armas M, Quesada Nuñez. Capítulo 5. Trastornos somatomorfos. En: Chamorro García L, Psiquiatría Editores, SL. Guía de los trastornos mentales en Atención Primaria. Hospital General y Universitario de Guadalajara. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá. Barcelona 2004.
5. Díaz González CL, Sánchez Padilla A, Beneyto Naranjo C, Guerra Cabrera FR, Jorge Pérez HD. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes: Trastorno somatomorfo indiferenciado. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas asistenciales. Sabater Gráficas. Santa Cruz de Tenerife; 2008.
6. Real Pérez M, Rodríguez-Arias Palomo JL, Cagigas Viadero J, Aparicio Sanz MM, Real Pérez MA. Terapia familiar breve: “una opción para el tratamiento de los trastornos somatoformes en atención primaria”. *Aten Primaria*. 1996;17:241–6.
7. García Campayo J, Claraco Vega LM, Tazón P, Aseguinolaza L. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;24:594–601.
8. Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy of depression (IPT)*. New York: Basic Books; 1984.
9. Bowlby J. *Attachment and Loss*. London: Hogarty Press; 1969.
10. Schulberg HC, Scott CP, Madonia MJ, Imber SD. Applications of interpersonal psychotherapy for depression in primary care practice. En: Klerman GL, Weissman MM, editors. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
11. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres M. Psicoterapia en Atención Primaria: consejo interpersonal para la depresión. *MEDIFAM*. 2001;11:156–62.
12. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres M. Terapia interpersonal de la depresión (Capítulo 127). En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Volumen II. Barcelona; 2005. p. 20012–2025.

13. Bosmans JE, Schaik DJ, Heymans MW, van Marwijk HW, van Hout HP, de Bruijne MC. Cost effectiveness of interpersonal psychotherapy for elderly primary care patients with major depression. *Int J Clin Technol Assess Health Care*. 2007;23:480–7.
14. Bosmans JE, van Schaik DJ, de Bruijne MC, van Hout HP, van Marwijk HW, van Tulder MW, et al. Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? *J Ment Health Policy Econ*. 2008;11:3–15.
15. Logsdon MC. Depression in adolescent girls: screening and treatment strategies for primary care providers. *J Ment J Am Med Womens Assoc*. 2004;59:101–6.
16. Grigoriadis S, Ravitz P. An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: focusing on interpersonal changes. *Can Fam Physician*. 2007;53:1469–75.
17. Browne G, Steiner M, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Dunn E, et al. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *J Affect Disord*. 2002;68:317–30.
18. González Suárez N, Fernández Liria A. Secuenciación de intervenciones psicoterapéuticas en un trastorno somatoforme grave. *Psiquiatra Pública*. 1996;8:236–40.
19. Stuart S, Noyes Jr R. Treating hypochondriasis with interpersonal psychotherapy. *J Contemp Psychotherapy*. 2005;35:269–83.
20. Stuart S, Noyes Jr R. Interpersonal psychotherapy for somatizing patients. *Psychother Psychosom*. 2006;75:209–19.