

# Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo

## Brief Familiar Therapy in Primary Health Care: A Case of Somatization Disorder

Nieves Schade<sup>1</sup>

Universidad de Concepción, Chile

Mark Beyebach

Universidad Pontificia de Salamanca, España

Patricio Torres

Universidad de Salamanca, Chile

Angélica González

Universidad de Concepción, Chile

(Rec: 3 de julio 2009 - Acep: 22 de octubre 2009)

### Resumen

En este artículo se presenta un modelo de Terapia Familiar que puede ser útil en la atención primaria para el tratamiento de pacientes somatomorfos o con trastornos somatomorfos. El objetivo fue describir un caso de trastorno somatomorfo y una forma de intervención a través de la Terapia Familiar Breve. El Método incluyó la recogida de la historia clínica y aplicación de la Terapia Familiar Breve por dos profesionales de la salud: psicólogo y médico de familia. Los resultados muestran una disminución de la sintomatología y recuperación de su competencia personal para funcionar autónomamente. Se discute el valor de la aplicación de la Terapia Familiar Breve o de corta duración en la atención de pacientes con trastornos somatomorfos y la importancia de usar estrategias que mejoren la resolutiveidad del sistema.

*Palabras Claves:* Atención primaria, trastorno somatomorfo, Terapia Familiar Breve

### Abstract

This article presents a model of familiar therapy useful at primary health care for the treatment of patients with somatization disorder or somatization. The objective is to describe a case of somatization disorder and an intervention form of Brief Family Therapy. The method included the recollection of clinical history and the application of Brief Family Therapy by two health professionals: a psychologist and a family doctor. The results showed symptomatology reduction and patient autonomy. The use of Brief Family Therapy with somatization disorder is discussed in primary care and the importance of improving the system resoluty.

*Keywords:* Primary care, somatization disorder, brief familiar therapy

---

<sup>1</sup> Correspondencia a: nschade@udec.cl

## Introducción

En los últimos años la sociedad chilena ha experimentado importantes cambios, y sus instituciones sociales viven un acelerado proceso de transformación. Cambios en ámbitos diversos, tales como el político, económico, técnico y filosófico, los que han generado crisis en los paradigmas y en los modelos en funcionamiento (Domínguez, 2001), situación que no es ajena a la familia y al sector salud (Martínez, 1998; Rubio, 2001, Romero, 2004).

En relación a estos cambios que afectan inevitablemente a la familia, el cuestionamiento es cómo generar intervenciones en salud que los beneficien, sin que esto signifique aumentar los costos. Los costos son un tema relevante pues se sabe que existe aumento exponencial de los costos de los servicios sanitarios, se calcula que en Chile 9 millones de personas utilizan el sistema municipal de atención (APS). Por lo tanto, uno de los desafíos para cumplir con las metas sanitarias es la utilización eficiente de los recursos por parte de los administradores. La eficiencia supone ahorro de medicamentos, menor derivación a especialistas y a la atención secundaria (Raña, Ferrer & Bredegal, 2008), junto con lograr que los pacientes se sientan satisfechos con la atención recibida.

En el caso específico de las terapias, Labrador, Echuburúa & Becoña (2000) plantean que en el futuro las terapias usadas en el sistema sanitario deberían demostrar ser eficaces, beneficiosas para los pacientes, efectivas y útiles en la práctica habitual, y con menores costos que otras alternativas.

Actualmente se conocen más de 350 formas de hacer terapia. Entre ellas está la denominada terapia familiar. Pero también, dentro de la terapia familiar hay diversos modos de actuación terapéutica muy distintos entre sí (Burgaleta, Yaniz & Fernández, 1999).

Las terapias familiares difieren entre sí en los fundamentos teóricos y de creencias que conforman sus modelos, en el contexto terapéutico, en el concepto de cambio, en la relación terapeuta paciente, en la periodicidad y la duración de las sesiones. Sin embargo, es probable que la mayoría coincida en que su forma de intervención ayuda a lograr cambios beneficiosos para el paciente (Beyebach, Rodríguez-Sánchez, Arribas de Miguel, Hernández, Martín & Rodríguez-Morejón, 1997; Burgaleta, Yaniz & Fernández, 1999).

Aunque estos cambios pueden ser explicados en un 40% por factores extra-terapéuticos, tales como variables del cliente o del ambiente, y en un 15% por un efecto placebo, tal como la esperanza en la terapia, un 15% se debe a las técnicas y otro 30% a la relación terapéutica (Escudero, 2004). Datos que sitúan en un lugar importante a la terapia, ya que serán las técnicas las que influyen tanto en la relación médico paciente como en el inicio y mantenimiento del cambio en relación a los factores externos (Montes, 2006).

En el presente trabajo nos enfocaremos en un Modelo de Terapia Familiar, considerando especialmente el contexto de la atención primaria y la importancia del ahorro del tiempo. Enfatizando la comprensión de la atención del sujeto desde su contexto familiar, la relación específica médico-paciente que implica dar una respuesta oportuna al paciente y que éstos resuelvan sus problemas (Minsal, 2000; Montes, 2006). Además, nos centraremos en un tipo de paciente, aquellos con trastorno somatomorfo. Pacientes “hiperfrecuentadores” de la atención, que gastan en exceso el tiempo de los médicos y los recursos económicos (Florenzano, Fullerton, Acuña & Escalona, 2002). Casos frente a los que la Terapia Familiar Breve puede constituirse en un aporte significativo.

### *Terapia Familiar Breve*

La Terapia Familiar Breve (TFB) es una integración de métodos desarrollados desde 1966 por el Mental Research Institute de Palo Alto, California, denominada Terapia Familiar Breve Centrada en Problemas (Fish, Weakland & Segal, 1984), y desde 1982 hasta la actualidad por el Brief Family Therapy Center de Milwaukee, conocida como Terapia Breve Centrada en Soluciones (De Shazer, 1987, 1995, 1999; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990). También dentro de la TFB se incluyen los aportes de Michael White (1984) y de Tom Andersen (1987).

El modelo se fundamenta en la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1975), el Constructivismo (Maturana & Varela, 1990, Watzlawick, 1976), la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 1980) y la Cibernética (Von Foerster, 1990).

La TFB apunta principalmente a la reducción del número de sesiones y/o a un menor tiempo en la duración de ellas, sin una merma en los resultados. Los principales argumentos a favor de éstas son, desde el punto de vista del consultante, acortar su padecimiento, logrando lo más pronto posible manejar y resolver su problema. También, reducir el estigma que para muchos significa el asistir a terapia psicológica y finalmente que signifique menor gasto. Desde el punto de vista del terapeuta, el acortar la terapia ayuda a que prontamente pueda obtener resultados y conseguir que la familia pueda funcionar autónomamente. Finalmente, desde el punto de vista de la gestión de recursos, el acortar permite aprovechar mejor los recursos profesionales (De Shazer, 1984; Watzlawick & Nardone, 2000; Beyebach, 2006).

El acortar la terapia no significa que por ello haya una disminución de su eficacia, sino por el contrario significa aumentar la eficacia de la misma, ya que se pretenden alcanzar los mismos resultados terapéuticos pero en menor tiempo (Beyebach, 2006).

La TFB dentro de sus principales premisas postula que los clientes que acuden a terapia disponen de los recursos necesarios para superar sus problemas (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989), pero que a veces no lo ven. Además, para encontrar la solución no hace falta conocer el origen o causas del problema ya que éste se da en la interacción humana. Se trata de un enfoque no-normativo que pretende abordar cada familia desde su unicidad, sin imponer criterios externos de normalidad o corrección. Además, plantea que el cambio es constante y la tarea principal del terapeuta es estimular este cambio en dirección de la solución del problema, identificando y ampliando aquello que ya está funcionando (De Shazer, 1995; Watzlawick & Nardone, 2000; Beyebach, 2006).

Para lograr cambios el terapeuta trabaja en base a objetivos que los pacientes y los terapeutas han acordado. Estos objetivos deben ser claros, observables y estar conductualmente bien definidos. No obstante, se puede trabajar con objetivos vagos cuando el paciente tenga una visión de la realidad que desea alcanzar (Burgaleta, Yaniz, Fernández, 1999). Estos deben ser los menos posibles, alcanzables y que sean controlables por el paciente (Rodríguez-Arias & Venero, 2006). El trabajar por objetivos en lugar del problema contribuye a abreviar la terapia y facilitar la evaluación de los avances o retrocesos de la misma. Para conseguir esto, en general, se busca que los pacientes realicen algo de un modo diferente al habitual, que cambien su comportamiento interactivo y/o su interpretación de tal comportamiento y de las situaciones (Watzlawick & Nardone, 2000). Un cambio pequeño es suficiente para que se logre un cambio total del sistema, lo importante es lograr que los pacientes lo puedan ver (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Para lograr el cambio se parte del supuesto que no es necesario que asistan todos los miembros de la familia, ya que con que uno de los miembros cambie es suficiente para que el resto cambie. En general, se trabaja con el que está motivado por el cambio.

El proceso terapéutico en términos generales se puede resumir en dos acciones fundamentales (Rodríguez-Áreas & Venero, 2006):

- a) Hacer más de lo que funciona. Esto significa rescatar los recursos de las personas y los momentos en que las cosas andan bien, partiendo del supuesto que los problemas no siempre o en todo momento están presentes.
- b) Hacer lo contrario de lo que no funciona. Para ello es importante reconocer los intentos ineficaces de la familia por resolver el problema, lo cual hace que se mantenga el problema y por lo tanto se invita a la familia a buscar nuevas soluciones, aunque a veces parezcan poco lógicas, pero resultan útiles para romper el círculo vicioso.

Desde el punto de vista del formato terapéutico, la terapia consiste en una serie de sesiones en las que, tras unos 45 a 60 minutos de conversación con el cliente, el terapeuta

sale a reunirse con el equipo que lo está supervisando o acompañando, para volver después y dar un mensaje final a los clientes. Este mensaje final comprende habitualmente elogios y algunas tareas o sugerencia que debe realizar hasta la próxima semana. La periodicidad media de las sesiones es de una a tres semanas, aunque las entrevistas tienden a ser más seguidas al comienzo de la terapia y a espaciarse hacia el final (Beyebach, et. al, 1997).

Desde el punto de vista técnico, la TFB se caracteriza por el uso que los terapeutas hacen de diversos tipos de preguntas, dentro de las cuales están:

- a) Los cambios pretratamiento. Gingerich & De Shazer (1991) encontraron que si se les pregunta a las familias por cambios que ellos pueden haber hecho antes de venir a la consulta, se observa que, efectivamente, algunos los han hecho.

*“Muchas veces entre la llamada para pedir consulta y la primera sesión, las personas notan que las cosas ya parecen diferentes, ¿qué has notado en tu caso?”* (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990, pp. 97).

- b) Las Excepciones. Consiste en buscar información acerca de las situaciones en las que por alguna razón, el problema no ocurre.

*¿Qué es diferente en las ocasiones en que no pelean, no se hace pipí....¿Cómo conseguiste que sucediera?* (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990, pp.123).

- c) Pregunta Milagro: Pregunta que permite que el paciente visualice un futuro sin problemas.

La pregunta es la siguiente: *“Supón que una de estas noches, mientras duermes, ocurre un Milagro, y no te enteras de que ha ocurrido porque estás dormido, y todo lo que quieres conseguir al venir a esta consulta se cumple ¿Cómo te darías cuenta que el milagro ocurrió?”* (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990, pp.119).

- d) Las soluciones intentadas. Pregunta que permite conocer cuáles son las soluciones que los pacientes han puesto en práctica y no han servido para resolver el problema. Es importante que el terapeuta las identifique ya que es el camino seguro por donde el terapeuta no se debe ir o sugerir las mismas soluciones que hacen que se perpetúe el problema.

*¿Qué haces cuando.....sucede el problema o la queja..?, ¿Qué pasa a continuación?, ¿de qué manera te ayudan los demás cuando a ti te pasa...? Rodríguez-Arias & Venero, 2006, pp76.*

- e) Escala. Técnica que sirve para valorar la gravedad del problema. Al paciente se le pide que se sitúe en una escala del 1 al 10, en relación al problema que presenta. También, sirve para definir objetivos pidiéndole al paciente que se sitúe en el número en el que desea encontrarse al terminar la terapia. Además, contribuye a definir tareas, ya que al paciente se le pide que avance en la escala y para ello se deben realizar determinadas

acciones. Finalmente, se ha visto que la escala sirve para evaluar los avances en terapia.

En relación a con qué tipo de pregunta se recomienda comenzar la terapia, se propone iniciar con las preguntas basadas en la Terapia Centrada en Soluciones como los cambios pretratamiento, pero si las personas responden en forma negativa a ésta, se sugiere ya sea buscar excepciones o usar la pregunta del Milagro, aunque los pacientes insisten en contar sus problemas, entonces se propone usar preguntas centradas en los problemas y en las soluciones intentadas. Pero si los pacientes señalan lo mal que están y les cuesta visualizar una solución a su problema, se recomienda plantear la secuencia pesimista ¿Cómo es que las cosas no están peor?, así a ellos se les obliga a pensar en algo positivo, y con lo que ellos pueden comenzar a trabajar.

Una alternativa a estas preguntas es trabajar en base a las narrativas, es decir, que los pacientes cuenten su historia de fracaso y frustración en relación al problema y con ellos crear una historia alternativa que los ayude a construir una nueva narración para superar las actuales dificultades. Para lograr esto, pueden usar la técnica de la externalización del problema. Una guía del proceso terapéutico se puede ver en el Mapa del cambio (Figura 1).

### *Terapia Familiar Breve y Trastorno Somatomorfo*

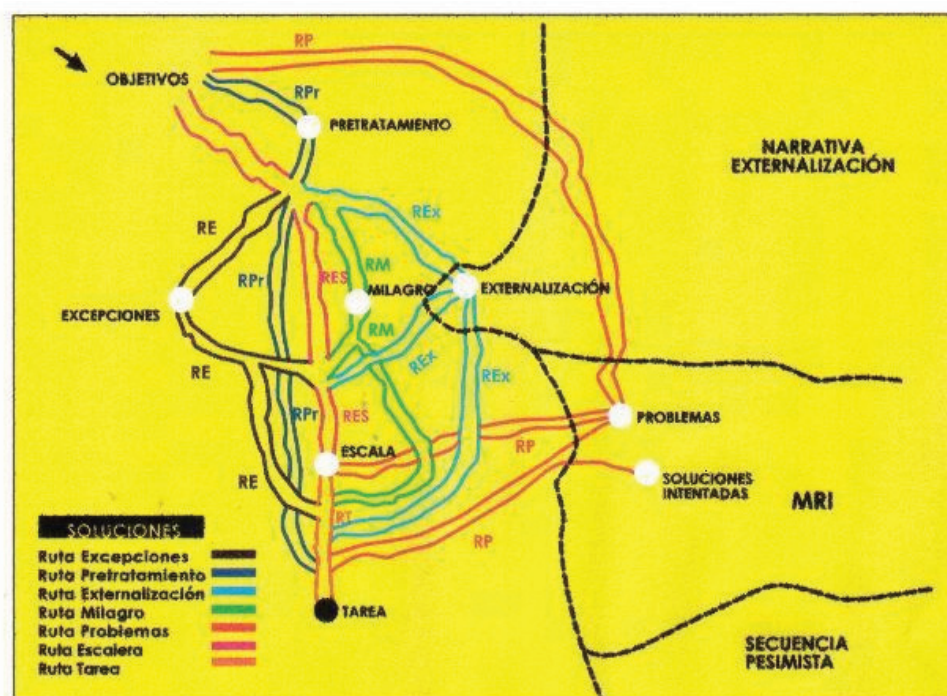
Se considera que entre el 38% y el 60% de los pacientes, e incluso más, informan síntomas que no presentan una

patología orgánica que los explique, sino más bien su origen puede estar en factores psicosociales (Florenzano, Fullerton, Acuña & Escalona, 2002). En un estudio se encontró que el 80% de las visitas a los centros de atención primaria eran por mareos, dolores en el pecho o fatiga, todos sin una causa orgánica reconocible (Servan-Schreiber, Randall & Tabas, 2000).

Cuando estas quejas persisten por más de seis meses, se engloban bajo la denominación de trastorno somatomorfo, y alcanza una prevalencia del 0,38% al 4,4% en la población general, dependiendo del número de síntomas requeridos para el diagnóstico (García Campayo, 2007). En Santiago de Chile se ha encontrado en promedio una prevalencia del 17,7%, en la atención primaria, siguiendo los criterios del diagnóstico CIE-10 (Florenzano, Fullerton, Acuña & Escalona, 2002).

El concepto de somatomorfo aparece por primera vez en el DSM-III, pero su validez conceptual es muy discutida (Löwe, et. al, 2008). La dificultad que significa determinar si el grado en el que un síntoma es médicamente explicable tiene implicancias en la práctica clínica, ya que conlleva que el diagnóstico del trastorno somatomorfo sea más bien por exclusión (Stone, Carson & Sharpe, 2005; Servan-Schreiber, Randall & Tabas, 2000).

Sin embargo, existe consenso en las características que deben estar presentes para identificarse un trastorno somatomorfo (Rief & Sharpe, 2004, García Campayo, Sanz Carrillo & Mortón, 1999), éstas son: a) Interpretación



Nota: Mapa elaborado en la Universidad de Concepción de Unidad de Recursos Didácticos. Fondef (D0311090).

alterada de los estímulos provenientes del cuerpo como signos de enfermedades. b) Atención selectiva o hipervigilancia de las sensaciones corporales y fisiológicas. c) Incapacidad para tolerar los síntomas corporales desagradables. d) Solicitud en forma persistente de un diagnóstico y un tratamiento médico, a pesar de la confirmación de los médicos en el sentido de que no se padece de ninguna enfermedad física grave que produzca los síntomas. e) Consumir medicamentos no indicados y pedir exámenes médicos innecesarios.

En el sistema público chileno, al igual que en el británico y el español, la puerta de entrada del paciente es la atención primaria. Pero es justamente aquí donde se crea un ir y venir de este tipo de pacientes entre los especialistas médico-quirúrgicos y los médicos generalistas. Esto provoca que muchas veces estos pacientes busquen ayuda a través del uso de medicinas alternativas u otros medios privados, evidenciando un fracaso del sistema de salud (García-Campayo & Sanz Carrillo, 2000).

Considerando que son pacientes que están descontentos con la atención que se les brinda y que generan un alto costo al sistema, y en atención a las características de la TFB, se planteó la posibilidad de aplicar y transferir conocimientos desde ésta a profesionales de la atención primaria.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de trastorno somatomorfo y describir la forma de intervención a través de la TFB, aplicada por un psicólogo y un médico general.

Esta aplicación está basada en una experiencia Española en la que demostraron a través de un ensayo clínico, con la participación de médicos de familia, que la TFB resulta ser una alternativa eficiente para el tratamiento de pacientes con trastorno somatomorfo que asisten a atención primaria (Real, Rodríguez-Arias, Cogigas, Aparicio & Real, 1996, 2000).

### Presentación de un caso

Este caso es parte de una investigación mayor, en la que la TFB fue incorporada como parte de la consejería familiar para el tratamiento de los pacientes somatomorfos por los equipos de atención primaria. El caso que se expone ha sido elegido al azar, y algunos de los datos han sido modificados por razones éticas.

#### *Antecedentes del caso*

Mujer de 50 años, ama de casa, casada. El marido presenta una enfermedad crónica. Viven del sueldo del marido como mecánico automotriz. Tienen tres hijos, un adolescente y dos jóvenes. El mayor es casado y vive fuera del hogar. En general, ella tiene buenas relaciones con sus hijos.

Se caracteriza por ser una paciente policonsultante, con cefaleas tensionales, trastornos digestivos funcionales, taquicardia, insomnio y cansancio. Por esta causa ha recibido tratamiento medicamentoso y previamente se habían realizado diversos exámenes clínicos con el fin de determinar la causa de dichos malestares, pero sin resultado positivo. A pesar de esto, la mujer persiste en su queja, asistiendo al centro por los menos una vez al mes, durante un período de 3 años.

#### *Primera entrevista*

Esta entrevista la realiza una psicóloga, terapeuta (T) con la colaboración del médico de familia (M) que atiende normalmente a la paciente (P). La médico de familia cita a la paciente para ser atendida y la respuesta de la paciente fue muy positiva, especialmente porque iba a participar el médico que la atiende regularmente. Al inicio de la entrevista la médico de familia presenta a la colega psicóloga indicándole que desean atenderla en conjunto, para así ayudarla mejor, pero si ella tiene algún inconveniente se interrumpirá la consulta y puede seguir siendo atendida de la forma habitual. La paciente señala que no tiene problemas y la terapia la dirige principalmente la psicóloga.

M: Buenas tardes

T: ¿Qué le trae hoy por aquí?

P: Vine porque tengo un dolor aquí en el estómago, pero también aquí en la cabeza (indica con la mano), en realidad me duele todo, así amanezco todas las mañanas ya van casi tres años con estos dolores que no se pasan con nada.

T: Sí, me han informado que Ud. ha estado sufriendo mucho, debe ser muy desagradable levantarse todas las mañanas con ese dolor. Me gustaría hacerle una pregunta ¿qué le gustaría conseguir viniendo a esta consulta? o ¿qué sería un buen resultado para Ud. de esta conversación? (la paciente inicialmente se desconcierta con esta pregunta y después de un momento responde.....)

P: Lo que a mí me gustaría conseguir es poder levantarme sin dolor físico. Además, lograr relacionarme mejor con mi marido, dejar de ser una especie de mamá de él. Dejar de preocuparme tanto por su enfermedad y dejar de pensar que si él muere yo me quedaré sola a cargo de mis hijos.

T: Ud. me dice que le gustaría levantarse sin dolor, relacionarse mejor con su marido y dejar de pensar en la posibilidad de muerte de su marido por la enfermedad que él padece.

M: En relación a esto último, me gustaría decirle que la enfermedad crónica no necesariamente lleva a la muerte, si está bien cuidado, compensado fisiológicamente, su marido puede vivir muchos años. Para eso debe cambiar su estilo de vida y algunos hábitos, pero no se va a morir, tiene marido para rato.

P: (La paciente se ríe). Creo que al próximo control de mi marido voy a venir yo, para que me expliquen bien esto.

T: De los objetivos que Ud. nos ha dicho, ¿cuál de ellos le gustaría conseguir primero?

P: A mí lo primero que me gustaría conseguir es no levantarme con estos dolores, pero también me interesa llevarme mejor con mi marido.

T: Explíqueme cómo sería amanecer sin dolores.

P: Sería levantarme y que no me duela nada, con la sensación de que he descansado.

T: ¿En estos días ha ocurrido que se ha levantado bien o con menos dolores, con la sensación de haber descansado? (búsqueda de excepciones).

P: No señorita, desde hace tres años que me levanto todos los días igual.

T: ¿Ha notado alguna diferencias entre los fines de semana y días de la semana o festivos?

P: Que yo recuerde no.

M: Antes de estos últimos 3 años, ¿cómo era su vida sin estos dolores?

P: No me acuerdo mucho, ya que tengo tanto tiempo este dolor (buscar excepciones desesperadamente).

T: Le voy hacer una pregunta que le parecerá extraña, pero puede servir para poder ayudarla mejor. *“Suponga que una de estas noches, mientras duerme, ocurre un Milagro, y no se entera de que ha ocurrido porque está dormida, y todo lo que quiere conseguir al venir acá se cumple ¿Cómo se daría cuenta que el milagro ocurrió?”* (pregunta milagro).

P: Ah! me sentiría muy bien (aparece una leve sonrisa en el rostro), me levantaría descansada, con ánimo, con deseos de hacer las cosas.

T: ¿Quién sería la primera persona en darse cuenta que este milagro ocurrió?

P: Mi marido, porque en la mañana lo atendería mejor, con la cara más relajada y sonriente, no como ahora.

T: ¿Que le diría su marido al verla más animada, de mejor cara y atendiéndolo mejor?

P: Lo primero que ocurriría es que él se sorprendería y creo que me diría qué me pasó.

M: y que más.

P: Creo que él al verme distinta, con ánimo, me hablaría más, ya que ahora casi no conversamos, sólo lo atiendo.

T: ¿De qué hablarían?

P: Creo que de los hijos, cómo los podemos ayudar.

T: ¿Cómo se sentiría Ud. hablando de ese tema y como respondería su marido?

P: ¡Bien! yo creo que él también se sentiría mejor.

M: ¿Qué más haría distinto?

P: Haría mis cosas, mi marido se iría al taller más tranquilo y no me preguntaría dónde están sus cosas, ni mí diría tráeme esto o lo otro.

T y M : ..... y qué más.

P: Creo que cuando llegue mi marido me sentiría bien, estaría más tolerante y por ello lo atendería mejor, quizás le prepararía algo rico, pero que no le perjudique su salud, y trataría de conversar con él sobre los hijos.

T: En una escala de 1 a 7, donde 1 es lo peor, cuando ha estado con más dolores, cansancio, cuando se ha sentido muy mal, y 7 lo mejor, es decir, se ha sentido sin molestias, descansada, en qué número se encuentra ahora (pregunta escala).

P: En un 2.

T: ¿Cómo que no está Ud. (en un 1)?

P: Es que todavía estamos juntos.

T: Nos vamos a retirar un momento y luego nos encontraremos para ayudarla en lo que nos ha contado.

Pausa: La psicóloga y la médico se retiran a otra oficina y conversan sobre el caso, se ponen de acuerdo sobre el elogio y la tarea.

T y M: (De vuelta a la consulta con la paciente) Queremos felicitarla por la fortaleza que Ud. tiene, que a pesar de los dolores Ud. sigue hacia delante con su familia. Además, queremos felicitarla, por el cariño y la preocupación que tiene por su familia, entregando mucho, lo cual muchas veces la lleva a estar cansada.

P: Sí, es verdad.

T: Para avanzar en esta escala de aquí a la próxima vez, qué estaría dispuesta hacer, algo muy pequeño.

P: Estaría dispuesta a acompañar a mi marido a su control médico.

T: ¿Cuánto tiempo necesita para hacer esto?, ¿cuándo desea volver?

P: La próxima semana. Hasta pronto.

T y M se despiden de la P.

### *Segunda y más entrevistas*

En las siguientes semanas se pregunta por los avances en la escala y por las tareas que ella misma se impuso. En la segunda entrevista relata que su dolor ha disminuido considerablemente y que hay días que se ha levantado mejor. Para la tercera sesión se le pide que ella vuelva a plantearse sus propias tareas y se le pide que observe todos esos momentos en que se siente mejor, y cómo frente a esto responden los hijos y el marido. En la cuarta sesión se evalúan los avances en la escala, se le felicita por sus logros y se insiste en las cosas que ha hecho ella para lograrlo, luego ella vuelve a definir sus próximas tareas. En la sesión quinta y última, la paciente señala que se ubica en un 7, ya que los síntomas han desaparecidos y los objetivos que se había propuesto los ha conseguido. Se le pregunta qué aprendió viniendo acá. Ella responde que su estado de ánimo depende mucho de ella y que ya no le da tanta importancia a los problemas, sino que

hay que buscarle más bien la solución que pensar tanto en ello y ya no tiene miedo a la enfermedad del marido.

Después de un año de la última sesión se hace un seguimiento a partir de su historia clínica y se aprecia que ya no asiste al centro de salud por estos síntomas sino a controles normales y tampoco registra consumo de medicamentos por esta razón.

## Discusión

En este trabajo se presentó una forma posible de atender a pacientes con trastornos somatomorfos en la atención primaria de salud, sin necesidad de derivarlo, ya sea a otros especialistas o a salud mental, ya que estos pacientes, en general, no aceptan que sus problemas sean de origen psicosocial y por ello no desean ser atendidos en salud mental. Además, consideran que no se les da respuesta a su dolencia, reiterando que necesitan más exámenes y que requieren un nuevo diagnóstico, con el consiguiente costo que esto significa (García Campayo, Sanz Carrillo & Mortón, 1999).

Para realizar esta acción se eligió la Terapia Familiar Breve, ya que es un modo de hacer terapia que busca la máxima simplicidad, tanto desde el punto de vista teórico como técnico. A su vez, esto hace que resulte relativamente sencillo integrar en la TFB a otros modelos de terapia (Beyebach et al, 1997) e incluso usarlo como parte de una consejería familiar. Además contiene una estructura sencilla, lo que hace que pueda ser aplicado por otros profesionales de la salud. Es una estrategia de intervención breve, es decir, de corta duración, que en este caso se desarrolló en 5 sesiones, lo cual permite entregar una pronta respuesta al paciente, aumentando la satisfacción usuaria (Schade, González, Torres y Beyebach, 2009).

El resultado final de la terapia fue una disminución de la sintomatología, recuperación de las competencias personales de la paciente y un funcionamiento autónomo, incluso después de un año tras la intervención. Además, se logró que la paciente no siguiera consumiendo medicamentos ni tampoco solicitara más exámenes complementarios, por lo cual en este caso hubo ahorro en el gasto sanitario.

En este caso al igual que en los estudios realizados con pacientes con trastornos somatomorfos, aplicando la TFB, o algunas estrategias de este modelo como parte de la consejería familiar, en atención primaria, se produce una reducción de gastos en salud, que se expresa en el ahorro en medicamentos, exámenes complementarios, consultas e inter-consultas (Real, et al, 1996, 2000; Schade, Torres & Beyebach, 2009).

A pesar de que no es posible en estos momentos atribuir los cambios positivos únicamente a la TFB, el hecho de que haya demostrado ser breve y segura en dirección de un

cambio positivo, es a nuestro juicio importante, para que en el futuro sea considerada en otras investigaciones que corroboren su efectividad en el tratamiento de pacientes somatomorfos que concurren a la atención primaria de salud.

Finalmente, resulta prometedor que los profesionales de la atención primaria puedan integrar herramientas de esta terapia u otras provenientes de las áreas psicosociales para la atención primaria, logrando brindar una atención más integral a pacientes cuyos síntomas son físicos pero su origen es psicosocial.

Por último, es importante destacar el valor que tiene el traspaso de conocimientos y el trabajo en equipo en los centros de atención primaria, especialmente para la atención de este tipo de pacientes, con el fin de poder aumentar la resolutivez en la atención primaria, aunque como ya se ha señalado, se requieren investigaciones en esta área.

## Referencias

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: dialogue and metalogue in clinical work, *Family Process*, 27, 371-393.
- Beyebach, M., V. Rodríguez-Sánchez, M. Arribas de Miguel, J. Hernández, Martín, C. & Rodríguez-Morejón, A. (1997). Terapia familiar Breve: Resultados de la Terapia Centrada en Soluciones en la Universidad Pontificia de Salamanca. *Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 15, 9-29.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M., Rodríguez-Sánchez, M., Arribas de Miguel, J., Herrero de Vega, M., Hernández C., & Rodríguez Morejón, A. (2000) Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies* 19, 116-128.
- Bertalanffy, L von (1975). *Perspectivas on General systems theory: Scientific-philosophical studies*. Nueva York, Braziller.
- Burgaleta, R. Yaniz B. & Fernández, L. J. (1999). Tratamiento familiar y social: la terapia familiar breve. En: Fernández Rodríguez (Eds.). *Aspectos básicos de Salud mental en Atención primaria* (pp. 317-329). Madrid: Trotta.
- Cade, B. & O'Hanlon, W. (1995). *Guía de terapia Breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1992) *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Domínguez, M. (2001). Humanización del tejido social: un reto a la familia desde el mundo de la vida. *Revista de Ciencias y Orientación familiar*, 23, 45-55.
- Escudero, V. (2004). Simposio Psicología, Investigación y Terapia Familiar ¿Hacia dónde hay que ir?. *Cuadernos de terapia Familiar*. Nº 56-57, 37-38.
- Espina J. & Cáceres P. (1999) Una psicoterapia breve centrada en soluciones. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIX 69, pp. 23-38.
- Fish, R, Weakland, J. & Segal L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona, Herder
- Florenzano R., Fullerton, C., Acuña J. & Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista Chilena Neuropsiquiatría*, 40, 47-55.

- Foerster, H. von (1990). La construcción de la realidad. En: Watzlawick, P. (Eds.). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- García Campayo J., Sanz Carrillo C & Montón C. (1999). Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (II): reacciones del profesional y tipos de relación. *Med. Clin Bar*, 112, 147-150.
- García Campayo J. (2007). Fenómeno de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento. *Rev. Esp. Sanid. Penit.*, 9 (3), 34-41.
- Labrador, F., Echuburúa, E. & Becoña, E (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson Psicología.
- Löwe B., Mundt C, Herzog W., Brunner R., Backenstrass M., Kronmüller K. & Henningsen, P. (2008). Validity of Current Somatoform disorder diagnoses: Perspectives for classification in DSM-V and ICD- 11. *Psychopathology*, 41, 4-9.
- Martínez, J. (1998). Qué cultura para qué familia. *Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 16, 9-25.
- Maturana, H. & Varela F. (1990). *El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del conocimiento humano*. Madrid: Debate.
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. (2000). *Plan de Salud mental y Psiquiatría: Un imperativo, una oportunidad, un compromiso, una responsabilidad*. Santiago: Autor.
- Montes, M. J. (2006). Terapia Sistémica e Institución Pública. De la teoría a la práctica en la recogida de la Demanda. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (2), 83-96.
- O'Hálón W & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós
- Raña, J. Ferrer, J. & Bredegal, G. (2007). Modelo de asignación de recursos atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 135, 54-62.
- Reif, W. & Sharpe, M. (2004). Somatoform discords: new approaches to classification, conceptualization and treatment. *J. Psychosom Res.*, 54, 387-90.
- Romero F. (2004). Los centros de orientación familiar: Un observatorio de la problemática familiar y un lugar para la mediación familiar. La experiencia de Canarias. *Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 29, 57-76.
- Rubio, R (2001). Los nuevos roles de la familia en el tercer milenio. *Revista de Ciencias y Orientación familiar*, 22, 27-48.
- Real, M., Rodríguez- Arias, J., Cogigas, J., Aparicio M & Real, Mª. (1996). Terapia Familiar Breve: Una opción para el tratamiento de los Trastornos Somatomorfos en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 17 (4), 241-246.
- Real, M., Rodríguez- Arias J., Cagigas J., Aparicio M & Real, Mª. (2000). Terapia Familiar Breve: Ahorro en el gasto sanitario de la patología somatomorfa. *Cuadernos de terapia familiar II Época*, año XIV, 167-173.
- Rodríguez-Arias J. & Venero, M. (2006). *Terapia familiar breve*. Madrid: CCS.
- Schade N., Torres P. & Beyebach. M. (2009). *Cost-effectiveness of a brief family intervention for somatoform patients in primary care*. Manuscrito enviado a publicación.
- Schade N., González, A., Torres P. & Beyebach. M. (2009). *Impacto de una nueva modalidad de Consejería familiar sobre la satisfacción de los pacientes con trastornos somatomorfos en la atención primaria*. Manuscrito enviado a publicación.
- Servan-Schreiber D., Randall N. & Tabas G. (2000) Somatizing Patients: Part I. Practical Diagnosis. *Am Fam Physician.*, 61,1073-8.
- Stone J., Carson A. y Sharpe M. (2005). Functional symptoms and signs in neurology: assessment and diagnosis. *J. Neurosurg Psychiatry* 76 (1), 2-12.
- Watzlawick, P. (1976). *¿Es real la realidad?*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fish, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós.
- White M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.