



## PSICOPATOLOGÍA MÚLTIPLE CON TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Gloria Campomanes<sup>1</sup>, Carlos Sirvent<sup>2</sup>, Pilar Blanco<sup>3</sup>, Lucía Quintana<sup>1</sup>, Cruz Rivas, Raquel Delgado<sup>4</sup>, Clara Fernández<sup>1</sup>

1. Psicóloga, Fundación Instituto Spiral
2. Psiquiatra, Fundación Instituto Spiral
3. Médica psicoterapeuta, Fundación Instituto Spiral
4. Psicopedagoga, Fundación Instituto Spiral

[gloria@institutospiral.com](mailto:gloria@institutospiral.com)

Psicopatología múltiple. Patología dual. Trastorno de síntomas somáticos. Trastorno bipolar. Alcoholismo. Trastorno de ansiedad. Trastorno obsesivo.

### RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 50 años con antecedentes de etilismo en remisión y trastorno bipolar acompañado de insomnio pertinaz y sensación de desrealización que ingresa para estabilización psiquiátrica. Al ingreso presenta quejas de tinte depresivo con notable carga angustiósena, insomnio, múltiples somatizaciones y pensamiento obsesivo además de sintomatología bipolar de ciclos rápidos. En breves días remitió la sintomatología depresiva y ansiosa, recuperando el ritmo sómnico. No así el síndrome somatomorfo obsesivo que refiere como "una especie de brazo de alambre que me nace de un hueco de la muela y me rodea hasta llegar a los tobillos, dando vueltas constantes como una noria". El cuadro sintomático le genera notable sufrimiento, y es resistente al tratamiento psicofarmacológico combinado que se le aplica, ya que le descompensa otros procesos, si bien la bipolaridad responde bien y rápidamente al ajuste. Se le han practicado una batería de pruebas psicodiagnósticas que ratifican el perfil depresivo y neurótico (ansiedad y obsesión) del cuadro, no apreciándose sintomatología psicótica. Por el contrario, la paciente tiene un perfecto control de la realidad (con un tono lastimero y derrotista, eso sí) pero no se aprecia en ningún momento proceso delirante alguno. La exploración neurológica no revelaba alteraciones de interés. Ante la persistencia del cuadro somático se le derivó (a petición razonable de la paciente) a dos departamentos de neurología diferentes, que -tras profusas exploraciones, TAC, PET- descartaron patología específica. Han pasado 3 años y la paciente se encuentra estable psicopatológicamente, sin recidivar en el trastorno bipolar, libre de ansiedad y síntomas obsesivos, con una notable mejora en concentración, memoria y orientación espaciotemporal y se mantiene abstinente del alcohol. Respecto al trastorno de síntomas somáticos sigue presentando "sensaciones" muy amortiguadas y perfectamente llevaderas que no le han descompensado en absoluto. DISCUSIÓN: La psicopatología múltiple es temida por los profesionales, empezando por el tratamiento, ya que lo que es bueno para un proceso suele ser malo para otro y viceversa, de ahí la necesidad de diagnóstico preciso y una jerarquía de síntomas diana, renunciando inicialmente a tratarlo todo. Parecería que el trastorno bipolar o el etilismo, incluso los síntomas obsesivos tendrían un mayor rango nosológico y sin embargo predominaron los trastornos

## **PSICOPATOLOGÍA MÚLTIPLE CON TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

somatomorfos que –por otra parte- conducen a largas y caras exploraciones médicas y muchos son sumamente resistentes al tratamiento.

# PSICOPATOLOGÍA MÚLTIPLE CON TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

## INTRODUCCIÓN

Cuando nos referimos a la patología múltiple no estamos hablando de abundancia de síntomas producidos por pocos trastornos floridos, sino de múltiples síntomas producidos por múltiples trastornos diferentes. Se trata entonces de establecer filiaciones nosológicas precisas para establecer una jerarquización terapéutica, caso de que no todos los síntomas puedan ser tratados simultáneamente. Decía Henry Ey que la función primordial de la psiquiatría es diagnosticar. El tratamiento quedaría en segundo plano. Por el contrario, muchos profesionales se limitan a tratamientos sintomáticos sin profundizar en el proceso. Este caso es una apuesta por todo lo contrario; por intentar profundizar y filiar bien un trastorno haciendo todo lo posible por elucidar el diagnóstico diferencial.

El caso que vamos a presentar sufría varios trastornos. Durante el tratamiento se fueron adicionando y alternando varios síntomas más hasta que debutó (o emergió) el que sería el síndrome protagonista que dejó en un segundo plano a todos los demás, que por cierto eran graves y sufrientes como el trastorno bipolar, la ansiedad y los síntomas disociativos. El nuevo proceso se acompañaba de intensas manifestaciones somáticas con dolor, parestesias y sufrimiento de origen desconocido que motivan la presentación del caso.

## DATOS AL INGRESO

Mujer de 50 años diagnosticada de etilismo crónico y trastorno bipolar (CIE-10 F310.9) acompañado de insomnio pertinaz y sensación de desrealización, que viene trasladada desde un centro residencial donde permaneció 13 meses ingresada para consolidar la abstinencia enólica y recuperarse de varios traumatismos en estado de embriaguez. El tratamiento farmacológico que portaba era: clometiazol 384 mg junto a maprotilina, 75mg y olanzapina 2.5mg todos por la noche y lorazepam 1mg. cada 8 horas

Entre los antecedentes personales y familiares cabe destacar la relación ambigua con su ex esposo del que hace bastantes años está separada aunque mantenía etapas de convivencia marital cada cierto tiempo. Destaca también la relación conflictiva con su hijo (de 28 años y personalidad rígida) que la inculpa del alcoholismo, y a la no perdona y trata con hostilidad. Asimismo mantiene un insidioso litigio laboral, ya que era una eficiente empleada pública municipal y pretende recuperar el trabajo una vez recuperada el alta, mientras el Ayuntamiento quiere elevar a definitiva la incapacidad que le había concedido provisionalmente.

Al ingreso presenta quejas de tinte depresivo y sintomatología ansiosa con notable carga angustiígena, insomnio y pensamiento obsesivo con sintomatología bipolar de ciclación rápida. Tenía ciertos algias neuropáticas con temblor periférico de probable etiología alcohólica.

## PSICOPATOLOGÍA MÚLTIPLE CON TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Junto al tratamiento psicoterapéutico y socioterapéutico se le ha aplicado un tratamiento secuencial en sucesivas pautas farmacológicas marcadas por su estado clínico. El resumen de los ciclos psicofarmacológicos fue el siguiente: tandas de antidepresivos: ISRS (venlafaxina alternada con paroxetina según respuesta), que a su vez dieron paso a AD tricíclicos (amitriptilina a dosis bajas por la ciclación); neurolépticos incisivos en los accesos maníacos (haloperidol) alternados con sulpiride y amisulprida y eutimizantes (carbamazepina) en las fases intercríticas junto a hipnóticos (alimemazina y flurazepam). Ansiolíticos en etapas específicas (generalmente diazepam a dosis bajas de 2,5 mg). Para las algias neuropáticas le administramos tiamina y complejo B.

Lo anterior es mera enumeración de fármacos aplicados en sucesivas secuencias; nunca más de 4 fármacos simultáneamente: antidepresivo + hipnótico + eutimizante. Se añadía antimaníaco solo en la fase hipertímica del t. bipolar y ansiolíticos en reagudizaciones de su estado crónico de ansiedad.

La respuesta a ambas intervenciones (psicológica y psiquiátrica) fue favorable, remitiendo en pocos días la sintomatología depresiva y ansiosa, recuperando el ritmo del sueño, incluso de buena parte de capacidades cognitivas y prácticas, siendo capaz de mantener un discurso lógico y coherente en líneas generales. En el plano anímico-afectivo ha tenido algunos accesos hipertímicos que se han neutralizado bien con haloperidol a dosis medio-bajas

Sin embargo empezó a presentar un completo síndrome somatomorfo-obsesivo que refería como "una especie de brazo de alambre que me nace de un hueco de la muela y me rodea hasta llegar a los tobillos, dando vueltas constantes como una noria". El cuadro sintomático (doloroso y parestésico) le producía notable sufrimiento, siendo además resistente al tratamiento psicofarmacológico combinado con psicoterapia cognitivo-conductual que se le aplicó. La exploración neurológica no revelaba alteraciones de interés. Por otra parte el cuadro antes descrito tenía una perfecta enucleación clínica: la paciente lo describe cabalmente como algo "ajeno a ella", manteniendo una capacidad crítica racional.

La sintomatología bipolar se hizo más inestable, quizá influida por la desesperación secundaria al sufrimiento provocado por el anterior cuadro. Afortunadamente la bipolaridad respondía bien y rápidamente al ajuste psicofarmacológico.

Se le han practicado una batería de pruebas psicodiagnósticas que ratifican el perfil depresivo y neurótico (ansiedad y obsesión) del cuadro, no apreciándose sintomatología psicótica. Por el contrario, la paciente tiene un perfecto control de la realidad (con un tono lastimero y derrotista, eso sí) pero no se aprecia en ningún momento proceso delirante alguno. El tratamiento psiquiátrico que seguía en ese momento era: amitriptilina, 25 mg/24h.; carbamazepina 200 mg./8h.; alimemazina 12 gt/24h.; flurazepam, 30mg./24h. y diazepam 2,5 mg por la mañana

## PSICOPATOLOGÍA MÚLTIPLE CON TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

En virtud de lo anterior se recapitularon las posibilidades diagnósticas, diferenciando diagnósticos ya confirmados de

1. Trastornos confirmados
  - 1) Trastorno bipolar
  - 2) Etilismo crónico
  
2. Trastornos no confirmados ( diagnóstico diferencial)
  - 1) Trastorno neurológico (central) además de neuropatía quizá de origen enólico (periférico)
  - 2) Trastorno somático (DSM-5) o psicósomático (DSM IV)
  - 3) Trastorno psicótico delirante o pseudodelirante (alucinación háptica, cenestésica o somática)
  
3. Síndromes (sin trastorno) concomitantes
  - 1) Síndrome de ansiedad crónica
  - 2) Fenómenos despersonalización difusos sin llegar a trastorno disociativo
  - 3) Personalidad obsesiva.

Tras el conveniente estudio se descartó inmediatamente la posibilidad de psicosis, proceso delirante o pseudodelirante por las características estables (no erráticas del mismo) y la homogeneidad clínica del cuadro, además, por la inexistencia de pensamiento psicótico y por lo bien conservado que tiene el juicio y el raciocinio.

Se le efectuó estudio neurológico para descartar un proceso lesivo que pudiera estar enmascarado por la sintomatología bipolar concomitante, ya que la respuesta terapéutica de la paciente en los floridos síntomas psiquiátricos que presentaba ha sido siempre favorable, salvo en lo relativo a este síndrome que permanecía inmodificable en su morfología. Estos fueron los resultados:

(Ya se había efectuado la paciente un TAC con resultados negativos hace unos años)

Resumimos los informes efectuados en un Servicio de Neurología Hospitalario y en una Clínica Neurológica: leves síntomas de polineuropatía probablemente enólica, sin alteraciones electrofisiológicas; síntomas de la esfera psiquiátrica de probable origen orgánico secundario a enolismo crónico; no datos de patología neurológica (central o periférica). TAC craneal y PET: sin alteraciones significativas. RMN craneal: sin alteraciones significativas. EEG prolongado: actividad bioeléctrica cerebral basal sobrecargada de ritmos rápidos, de probable origen medicamentoso. No elementos paroxísticos añadidos. Analítica: normal. EMG-VC preferente: normal. Le mantuvieron la medicación salvo hidrocloruro de tiamina, 300 mg/24h.

## **PSICOPATOLOGÍA MÚLTIPLE CON TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

Vistos los resultados, se descartaron los trastornos neurológico y psicótico, confirmando el trastorno somatomorfo como el más plausible, orientando la intervención al mismo (y por supuesto a los demás diagnósticos confirmados). Por todo ello, la intervención terapéutica procuró darle herramientas cognitivo conductuales para poder convivir con dicha "sensación" manteniendo una rutina saludable, activa y abstinerente. El tratamiento farmacológico se iba reajustando en función del predominio de síntomas diana de la paciente. Tras considerar conseguidos los objetivos de tratamiento residencial, se le realizó un cambio de etapa a régimen semiabierto en su ciudad de origen.

Durante esta última etapa terapéutica, además del mantenimiento de los cambios anteriormente descritos, se trabajó la aceptación de su realidad, tanto física (convivir con las molestas sensaciones parestésicas) como personal (vivir sola, mejorar las relaciones familiares, asumir su incapacidad permanente a nivel laboral y comenzar una vida nueva, dándole el alta terapéutica con la recomendación de proseguir la supervisión en los Servicios de Salud Mental de referencia.

### **COMENTARIO**

La evolución intraprograma ha sido en líneas generales ascendente y favorable. Exitosa en lo relativo a la deshabitación alcohólica y desigual en la vertiente psiquiátrica, con buena respuesta terapéutica de la sintomatología bipolar y ansiógena y difícil evolución clínica del síndrome somatomorfo antes descrito que finalmente ha podido ser controlado y compatible con una vida saludable y normal.

Capítulo aparte merece comentar el trabajo sociofamiliar y sistémico complementario (que un dinamicista aseguraría estaban en el fondo de la cuestión, alimentando la "protesta yoica" de la paciente). La rigidez y beligerancia de su hijo influían negativamente en el proceso: culpaba a la paciente de todo y al equipo de la evolución tórpida del proceso psicósomático. El contencioso laboral perjudicaba las expectativas de vida de la paciente, las relaciones extrañas con su ex esposo de llenaban de ambivalencia. El trabajo al respecto fue duro. Al final el hijo se hizo consciente de lo perjudicial de su actitud, virando hacia una postura más cooperadora. Aquí la intervención en un grupo multifamiliar fue definitiva. Los familiares de otros pacientes le hicieron ver la necesidad de no culpar más a su madre y apoyarla en su vida nueva.

Han pasado 3 años y la paciente se encuentra estable psicopatológicamente, sin recaer en el trastorno bipolar, libre de ansiedad y síntomas obsesivos, con una notable mejora en concentración, memoria y orientación espacio-temporal y se mantiene abstinerente del consumo de alcohol. Respecto al trastorno de síntomas somáticos sigue presentando "sensaciones" muy amortiguadas y perfectamente llevaderas que no le han descompensado en absoluto aunque persistan amortiguadamente.

# PSICOPATOLOGÍA MÚLTIPLE CON TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

## DISCUSIÓN

En todo trastorno somatomorfo sospechoso conviene descartar patología somática subyacente cuando los síntomas adquieren un rango que puede confundir. Es preferible descartarla que encontrarse una desagradable sorpresa. El abordaje de dichos trastornos es bien complicado (Probst et als. 2014; Bourgeois et als., 2009; Löwe et als. 2003; Temple, N., 2002; Porter, J. L., Morse, D. R., 1987; y Lurie, M. L., 1955). Además la exhaustiva exploración suele tranquilizar al sujeto. Un auténtico hipocondríaco o un Münchhausen no se tranquilizan nunca, pero la respuesta positiva de la paciente y la estabilidad de los síntomas parestésicos inducen a pensar que las mismas bien pudieran tener un origen enólico.

La psicopatología múltiple es temida por los profesionales, empezando por el tratamiento, ya que lo que es bueno para un proceso suele ser antagónico para otro y viceversa, de ahí la necesidad de diagnóstico preciso y una jerarquía de síntomas diana, renunciando inicialmente a tratarlo todo. Parecería que el trastorno bipolar o el etilismo, incluso los síntomas obsesivos tendrían un mayor rango nosológico y sin embargo lo ocuparon los trastornos somatomorfos que –por otra parte– conducen a largas y caras exploraciones médicas y muchos son sumamente resistentes al tratamiento.

## REFERENCIAS

Bourgeois, J. A., Kahn, D., Philbrick, K. L., & Bostwick, J. M. (2009). Casebook of psychosomatic medicine American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/621679138?accountid=14702?accountid=14702>

Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Spitzer, R. L., Herrmann-Lingen, C., Witte, S., & Herzog, W. (2003). Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: Comparative validation of the hospital anxiety and depression scale, the patient health questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 515-519. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00072-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00072-2)

Lurie, M. L. (1955). Review of psychosomatic case book. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25(1), 212-213. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0096656>

Probst, T., Lambert, M. J., Dahlbender, R. W., Loew, T. H., & Tritt, K. (2014). Providing patient progress feedback and clinical support tools to therapists: Is the therapeutic process of patients on-track to recovery enhanced in psychosomatic in-patient therapy under the conditions of routine practice? *Journal of Psychosomatic Research*, 76(6), 477-484. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.010>

## **PSICOPATOLOGÍA MÚLTIPLE CON TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

Porter, J. L., & Morse, D. R. (1987). A psychosomatic maelstrom: A case study of a patient with multiple deleterious clinical psychophysiological manifestations. *International Journal of Psychosomatics*, 34(1), 29-34. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/617424113?accountid=14702?accountid=14702>

Temple, N. (2002). A critical enquiry into the psychoanalytic theories and approaches to psychosomatic conditions. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(4), 931-934. doi:<http://dx.doi.org/10.1516/95TN-WKUK-KWPX-2J6A>