

**UNA MIGRANTE Y UN MALEFICIO: EXPRESIÓN DE LAS
CREENCIAS CULTURALES EN EL TRASTORNO PSICOSOMÁTICO.
ESTUDIO DE CASO**

**A MIGRANT AND A CURSE: EXPRESSION OF CULTURAL BELIEFS
IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS. CASE STUDY**

**UM MIGRANTE E UMA MALDIÇÃO: A EXPRESSÃO DE CRENÇAS CULTURAIS
NOS TRANSTORNOS PSICOSSOMÁTICOS. ESTUDO DE CASO**

Por: Fabiola Dueri ¹

Telephone der Hoffnung Zurich; BiFam, Familien Binationelle Beratung
Schweiz

RESUMEN

El artículo presenta un caso de somatización que se agrava cuando por una creencia cultural, la paciente asume que es víctima de un maleficio. Los síntomas físicos se agravan y las preocupaciones sobre la salud también. Los servicios de salud locales tratan a la paciente por un trastorno psiquiátrico. Al buscar terapia en español, la paciente es atendida por trastorno de somatización . Bajo la línea de La terapia cognitiva conductual TCC, se logra reducir de manera considerable los síntomas de ansiedad y las preocupaciones y falsas creencias respecto a la enfermedad y la salud. La creencia en el maleficio “mal de ojo”, fue inmodificable. Sin embargo la TCC permite cambiar las conductas respecto al supuesto maleficio. La utilización de actividades y pensamientos incompatibles con la vulnerabilidad al “mal de ojo”, permiten que la persona retome sus actividades normales y su funcionamiento social sea nuevamente adecuado. Los puntajes obtenidos en la fase final del tratamiento, muestran un disminución importante en los cuestionarios de evaluación.

¹Psicóloga titulada por la Universidad Católica Boliviana. Doctora en Psicología. Directora de NCTC (neurocognitive Training Center) Schaffhausen Suiza www.nctc.ch. Psicóloga coordinadora del área de resolución de conflictos interculturales en el Instituto BiFam (Instituto de la Familia Bicultural) Schaffhausen -Suiza www.bifam.ch

Palabras clave: trastorno de somatización, creencias culturales, mal de ojo, Terapia cognitivo conductual, relajación progresiva.

ABSTRACT

The article presents a case of somatization which is exacerbated by a cultural belief, the patient is assumed to be the victim of a curse. Physical symptoms are worsening and health concerns as well. Local health services treat the patient for a psychiatric disorder. The patient Refuses to be treated in psychiatric clinic, the patient seeks therapy in Spanish. Then the patient is diagnosed and treated for by somatization disorder. Under the line of cognitive behavioral therapy CBT is possible to reduce significantly the symptoms of anxiety and concerns and misconceptions about the disease and health. Belief in the curse "evil eye" was unmodified. However, the CBT changed behaviors related to the alleged curse. The use of incompatible activities and thoughts to vulnerability to "evil eye", allow the person to resume normal activities and social functioning returns to an acceptable level. The scores on the inventory evaluation questionnaires is in the final phase of treatment, show a significant decrease in symptoms.

Keywords: somatization disorder, cultural beliefs, evil eye, cognitive behavioral therapy, progressive relaxation.

RESUMO

O artigo apresenta um caso de somatização que é agravada por uma crença cultural quando o paciente é considerado como vítima de uma maldição. Sintomas físicos são agravadas e preocupações com a saúde também. Serviços de saúde locais tratam ao paciente como portador de um transtorno psiquiátrico. O tratamento se faz em espanhol, o paciente é tratado por transtorno de somatização. Abaixo da linha da terapia cognitivo-comportamental CBT foi conseguido reduzir significativamente os sintomas de ansiedade e preocupações e equívocos sobre a doença e saúde. A crença na maldição "olho mau" foi modificado. No entanto, o TCC para mudar comportamentos sobre a maldição alegado. O uso de atividades incompatíveis com a vulnerabilidade e os pensamentos para o "mau olhado", logram que a pessoa seja capaz de retomar as atividades normais eo seu funcionamento social é novamente apropriado. Os escores

obtidos na fase final de tratamento mostram uma diminuição significativa nos questionários é a avaliação de estoques.

Palavras-chave: transtorno de somatização, crenças culturais, mau-olhado, a terapia cognitivo-comportamental, relaxamento progressivo.

INTRODUCCIÓN

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994), la somatización. Es el trastorno que se caracteriza por al menos cuatro síntomas dolorosos sin explicación, dos inexplicable síntomas no dolorosos gastrointestinales, síntomas menstruales o un síntoma sexual inexplicable y un síntoma pseudo-neurológicos.

Los malestares físicos deben comenzar antes de 30 años de edad y generalmente duran algunos años. Los síntomas no son producidos intencionalmente por el paciente (como en casos de simulación) y después de un reconocimiento médico apropiado, no se puede explicar por una condición médica.

Los pacientes con trastorno de somatización tienden a asistir con excesiva frecuencia a los servicios de salud y van reduciendo sus actividades para evitar malestar, o el temor que la fatiga pudiera exacerbar los síntomas (Woolfolk & Allen, 2007).

En el DSM-V (APA: DSM-5 en desarrollo el desarrollo,2010) se sugiere que el trastorno de somatización se integrará en un nuevo trastorno que se denomina "trastorno complejo de síntomas somáticos (CSSD). CSSD también incluirá la hipocondría, trastornos del dolor y trastorno somatomorfe indiferenciado. Este nuevo término enfatizará por igual los aspectos físicos y cognitivos de los síntomas. El término complejo tiene por objeto indicar que los síntomas somáticos y cognitivos deben estar simultáneamente presentes y persistentes.

La somatización tiende a darse en familias (Asmundson & Taylor, 2005). Las personas con una historia de enfermedad pueden pasar a convertirse en personas focalizadas en la enfermedad, generando una preocupación por síntomas somáticos.

Padres que han modelado su conducta enfocados en la enfermedad, puede resultar en que sus hijos también se focalizan en la enfermedad.

En un estudio de dolor abdominal recurrente en niños, McGrath y Feldman (1986) encontraron una relación funcional entre el dolor abdominal y la ausencia de bienestar de los miembros de la familia, los eventos importantes y los factores de estrés diarios. También encontraron evidencia de la influencia de modelado y sostuvo que el impacto del estrés sobre el dolor parece ser modulado por la percepción del niño sobre la competencia para gestionar la experiencia del dolor.

Se puede especular que las variantes de algún gen en particular desempeñan un papel en la mediación de ambos fenómenos, como el dolor y la fatiga, así como el trastorno de somatización o el síndrome de somatización funcional. Sensibilización cruzada entre los estresores biológicos y ambientales pueden desempeñar un papel en la somatización.

Reese (2009) sugiere que los pacientes somatizadores presentan las tasas más elevadas de alexitimia en comparación con sujetos controles sanos. Alexitimia se ha definido como una dificultad para identificar y expresar las emociones y tener un estilo cognitivo orientado hacia el exterior que dirige el foco lejos de la propia experiencia interna (Woolfolk y Allen, 2007).

Los cambios en la alexitimia (también llamado dyslexithymia) fueron examinados en el curso de 10 sesiones de terapia cognitivo-conductual (TCC) para el trastorno de somatización. Se encontró que la disminución de alexitimia se correlacionaron significativamente con la mejora en síntomas de somatización. Esto apoya la idea de que funcionamiento emocional es un factor clave en la somatización. Además, Subic-Wrana, Beutal, Knebal y Lane (2009) demostraron que los pacientes con trastorno de somatización mostró reducción del contenido emocional y funcionamiento disminuido de la *Teoría de la Mente* en comparación con los sujetos control. Esto sugiere que las personas con conciencia emocional disminuida, no puede experimentar la excitación afectiva en forma de sentimientos y en lugar experimentan la angustia emocional somatizando, explicando así el fenómeno de la somatización.

Teniendo en cuenta la comorbilidad entre la depresión, los trastornos de ansiedad y trastorno de somatización, es posible especular que los mecanismos

cognitivo-afectivos que subyacen a estas condiciones tienen similitudes y diferencias. Por un lado, cada uno puede incluir anomalías en la regulación de la respuesta al estrés.

Por otro lado, en el trastorno de somatización, parece que existe una mayor vulnerabilidad a la amplificación de dolor somático y a catastrofizar el mismo. Al mismo tiempo, el estrés crónico, la depresión y la ansiedad también pueden contribuir a tales procesos cognitivo-afectivos, contribuyendo así a síntomas somáticos en los trastornos del humor y la ansiedad.

Existe una creciente comprensión de los circuitos neuronales que median fenómenos como el dolor y la fatiga. Coghill y sus colegas, estudiaron cinco individuos normales que respondieron al dolor térmico con una sensibilidad alta o baja, los sujetos de alta sensibilidad, tenían una mayor activación de la corteza prefrontal, corteza cingulada anterior y la corteza somatosensorial, pero no tálamica, consistente con la alteración en regiones de regulación del afecto.

La Catastrofización del dolor también se asocia con una mayor activación en una red similar en el dolor leve, pero hay desactivación durante el dolor intenso. En otros estudios, la imagen funcional FMRI, se demuestra que la adversidad temprana, se asocia con un aumento de la percepción del dolor y el procesamiento alterado en estas regiones.

Estudios de neuroimagen en el trastorno de somatización y trastornos somáticos funcionales sugieren que circuitos neuronales similares pueden estar involucrados en la patogénesis de los síntomas. En comparación con los sujetos control, por ejemplo, los sujetos con trastorno de dolor responden al dolor inducido con hipoactivación de la corteza prefrontal ventromedial / orbitofrontal, y la hiperactivación de la amígdala, la circunvolución del hipocampo y la ínsula anterior.

Así mismo, es probable que exista una superposición en la neuroquímica de los fenómenos de dolor y fatiga y los síntomas de somatización correspondiente. Por lo tanto, hay evidencia del papel del sistema opiáceo del organismo, así como de los sistemas monoaminérgicos en la mediación no sólo de los trastornos del humor y la ansiedad, pero también del trastorno de somatización y síndromes somáticos funcionales.

Una serie de mecanismos autonómicos, neuroendocrinos, y neuroinmunes también pueden desempeñar un papel en los síntomas de la somatización. Por ejemplo, las respuestas inmunes periféricas son capaces de afectar el sistema nervioso central a través de la circulación de citocinas proinflamatorias, así como a través de los nervios aferentes.

En la práctica clínica, los casos de somatización no son extraños. Sin embargo, en el ejercicio de la medicina regular en ocasiones, se presentan pacientes que reportan un rango de síntomas de somatización, siendo que estos pacientes aseguran que padecen un conjuro, al que identifican como el inicio de los síntomas.

Lo definen como Mal de ojo, mencionado en el manual diagnóstico DSM- IV y en el DSM- IV-TR en el apéndice de síndromes asociados a la cultura. Los pacientes pueden presentar síntomas tales como diarrea, vómitos, llanto, fiebre, pérdida de apetito, dificultades para dormir, cansancio general. Aunque no se limitan a estos.

Mal de ojo es una de las creencias culturales más generalizadas y tiene muchas variantes en todo el mundo. Los orígenes de esta creencia se extienden al antiguo Testamento, y se encuentra en Europa mediterránea, países árabes, la India y algunas partes de Asia. (Erkoreka, A. 2005).

Según la creencia, las personas que son más vulnerables al “mal de ojo”, son los niños, las mujeres embarazadas, y las mujeres en general, los hombres también pueden sufrirlo. La vulnerabilidad reside en la propensión para atraer la mirada de admiradores ó de personas envidiosas, maliciosas ó personas poderosas. En los países árabes por ejemplo, los médicos reciben con cierta regularidad este tipo de casos, y en sus países los pacientes se tratan con medicina alternativa y eventualmente combinan este tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos. En países en los que no existe la creencia, los pacientes inmigrantes son los que suelen presentarse en la consulta médica con esta problemática.

MARCO TEÓRICO

1 Presentación del caso

Mujer sudamericana de 39 años, A. L., proveniente de la región andina del continente sudamericano. Se presentó en consulta en el Centro de intervención en crisis

T.E. Zúrich. Para luego ser tratada en consulta privada A. L. con actitud intranquila. La persona, relata que ha estado en los últimos 4 años en distintos tratamientos médicos. La paciente se niega a tomar ansiolíticos recetados por el médico psiquiatra, se niega a pasar un tiempo en la clínica psiquiátrica.

Ella informa que ha sido diagnosticada con un cuadro psiquiátrico con delirios de contenido paranoide. Diagnóstico que no acepta. Por dificultades con el idioma local y por sentir que los médicos suizos no comprenden el maleficio, busca asistencia en español. Cuando la paciente tenía 35 años de edad, acudió al médico por un deterioro rápido de su salud y pérdida de peso.

Sucedió que luego del nacimiento de su segunda hija , se mudó a una nueva casa y allí recibió de una vecina “envidiosa” el mal de ojo. El médico de familia comenzó tratando los problemas gastrointestinales iniciales, al que continuaron insomnio y dolores de cabeza. Controlados los problemas gástricos, el insomnio fue tratado con fitoterapia, a base de valeriana. En una fase posterior el médico de familia trató el insomnio con somníferos. La paciente no recuerda el nombre.

El tratamiento fue abandonado luego de un periodo de 6 meses por decisión de la paciente. Simultáneamente se iniciaron reacciones alérgicas en la piel, abdomen brazos y muslos. El tratamiento dermatológico dura ya tres años. En las pruebas alérgicas la paciente no presenta ninguna alegría especial. Las pruebas de piel no muestran ningún tipo de alteración. El dermatólogo descartó alergias de contacto como la causa de los problemas dematólogicos.

El tratamiento consistió en el uso de corticoides que en el momento de la consulta están suspendidos por el dermatólogo. La paciente ha perdido 8 kilos de su antiguo peso y no logra recuperar su peso pre-mórbido. En la actualidad el médico de familia y el dermatólogo y el psiquiatra y sugieren que la base de los trastornos es psíquica. La paciente se niega a asistir a consulta psiquiátrica o psicológica en alemán, puesto que atribuye todos sus síntomas al mal de ojo.

2. Descripción del problema

Durante la entrevista A.L., viene acompañada de su esposo, se muestra alerta, con buen control de todas sus funciones cognitivas y nivel de inteligencia dentro de la

norma. Su relato es coherente, y ella se muestra algo agitada. Describió sus síntomas físicos como alergias en los brazos, cuello y abdomen. Dolores de estómago, y frecuentes dolores de espalda. También relato la presencia regular de dolores de cabeza. Todos estos síntomas según la paciente se inician repentinamente, cuando la vecina le hizo “mal de ojo”. El relato es intenso, con descripciones detalladas de ardores, picores y dolores que se “caminan” de un lugar a otro del cuerpo, sensaciones de dolor distintas como punzadas agudas u órganos que se dilatan, contraen ó contorsionan.

La vecina es una mujer de nacionalidad suiza que aparentemente mostró incomodarse ante la llegada de la nueva familia, sobre todo mostró disgusto cuando la niña de 3 años rompió plantas del jardín y los llantos del bebé de 6 meses parecían incomodarle. Un día la planta situada en la frontera de ambos departamentos en planta baja, amaneció completamente amarilla y seca, cuando levantó la mirada la mujer mayor la estaba mirando por la ventana. En este momento “supo” que se trataba de un “mal de ojo”. Este es el relato de A.L., quien afirma que en 24 horas los síntomas gatrointestinales se hicieron presentes y su bebé de 8 meses lloraba mucho.

Durante la entrevista A.L. relata que su vida previa a la migración fue rutinaria, la familia siempre tuvo algunas dificultades económicas, pero nunca vivió en extrema pobreza, no recuerda eventos traumáticos en su vida previa. En cuanto a su nivel de educación, A.L. tiene estudios secundarios y formación como guía turística. La salud general de la paciente fue estable, sin embargo ella no se describe a sí misma como una persona vital y alegre. A. L. migró a Suiza a los 29 años y recuerda haber tenido momentos de tristeza en los primeros dos años, pero ninguno que haya alterado su vida cotidiana.

Su salud, al principio de la migración en Suiza, se mantuvo estable. Los dos embarazos y partos fueron normales y sin complicaciones. En este punto el esposo que la acompaña afirma que la paciente siempre sufrió de dolores inespecíficos desde que la conoce. Él los asocia con situaciones de estrés. Ella no es consciente de esta relación entre estrés y enfermedad, pero admite que se ha sentido inespecíficamente enferma varias veces en su vida.

A.L. describe su carácter previo, como serio. Propensa a preocuparse. Aunque no se describe como una persona alegre, tampoco recuerda fases de tristeza en su vida que pudieran ser asociadas con estados anteriores de depresión. Se describe a sí misma como preocupada y cansada. A.L. considera que su calidad de vida ha disminuido y se encuentra cada vez mas agotada, y siempre pasa de un síntoma a otro.

Tiene una constante preocupación por su seguridad y la de sus hijos, la cercanía de la vecina es interpretada como una amenaza para la salud y bienestar de su familia. A.L. considera que solo estará curada cuando abandone la vivienda familiar y esté alejada de la influencia de "la mirada maléfica". El esposo se niega a acceder a este pedido, por las implicaciones económicas que este cambio supondría. También surge en la entrevista el tema dificultades de relacionamiento de pareja, A.L. reporta que desde hace tiempo no tiene interés sexual.

3. Diagnóstico

Según el manual diagnóstico DSM-IV TR, los síntomas descritos por A.L. corresponden específicamente trastorno de somatización.300.81 Cumpliendo con cuatro de los cinco los criterios especificados en el manual. Los síntomas de A.L. coinciden también con los descritos en el ICD-10 en el código F45.0 correspondientes a trastorno de somatización. Al mismo tiempo la paciente cumple los criterios diagnósticos que corresponden al trastorno de ansiedad generalizado 300.02 DSM IV TR y el código F41.1 en el ICD-10. La descripción de la sintomatología causada por el "mal de ojo" en la salud de A.L. se encuentran también clasificados en el DSM IV TR, como síndromes asociados a la cultura.

El caso de A.L. supone una superposición de síntomas que impiden un único diagnóstico en el Axis I del DSM IV-TR. A.L. presenta entonces un trastorno de somatización , que se prolonga al menos por los últimos 10 años de su vida, esta condición está acompañada por un trastorno de ansiedad generalizada, los síntomas se agudizan cuando A.L. un evento externo la hace suponer que padece "mal de ojo".

La alergia intensa que sufre y los trastornos del aparato digestivo (Axis I II) son condiciones físicas que afectan su estado psíquico y emocional. La cercanía de la vecina a la que considera peligrosa y las malas relaciones que de esta suposición se han desencadenado, así como los conflictos en la relación de pareja son dos estresores

sociales (Axis IV), siempre presentes que afectan también el estado emocional de A.L. Finalmente el nivel de actividad social y laboral de A.L. comparados con el último año, muestran una disminución notable (Axis V).

El estado actual de A.L. requiere una intervención que le permita recuperar gradualmente su calidad de vida, disminuir sus preocupaciones y controlar los estados de ansiedad, serán las primeras intervenciones, al mismo tiempo se intentará que A.L. logre comprender el mecanismo que da lugar a sus somatizaciones, aprendiendo técnicas que le permitan el autocontrol.

4. Tratamiento.

Para la intervención en este caso, se ha utilizado la terapia cognitiva conductual (TCC), que se ha reportado exitosa en el tratamiento del trastorno de somatización. TCC se centra en cambiar los patrones negativos de pensamiento, de sentimientos y comportamientos que contribuyen a la aparición síntomas somáticos.

El componente cognitivo del tratamiento se centra en ayudar a los pacientes a identificar pensamientos disfuncionales sobre las sensaciones físicas. Otros tipos importantes de tratamiento incluyen técnicas de relajación, la profilaxis del sueño, y la formación habilidades de comunicación. Los resultados preliminares sugieren que la TCC puede ayudar a reducir la angustia y el malestar asociado con los síntomas somáticos.

Objetivos del tratamiento

a) Reatribución de los síntomas corporales no patológicos a causas más benignas (modificación del componente cognitivo)

b) Reatribución de síntomas corporales a causas no asociadas al “mal de ojo” (modificación del componente cognitivo)

c) Suprimir los comportamientos problemáticos involucrados en el rol de enfermo, aumentando así la actividad para retornar a los niveles normales (componente conductual)

El proceso terapéutico (Tabla 1), se inicia con una fase de evaluación. Se aplica el MMPI 2 cuestionario de personalidad, así como escalas de depresión y

ansiedad. Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI-II). Para detectar las creencias sobre el cuerpo y la salud se aplica un cuestionario Cognitions About Body and Health Questionnaire (CABAH).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El tratamiento se inicia, cuando A.L., acepta la hipótesis del "problema de ansiedad o estrés" paralelo al problema del maleficio "mal de ojo" que permite trabajar en un nuevo modelo diferente al del modelo del paciente "orgánico".

Estrategias de intervención:

Se inicia una primera fase de 4 sesiones, en las que se intercalan el entrenamiento en relajación con técnicas de respiración. La relajación progresiva se entrena en 4 sesiones con la ayuda del biofeedback de la respuesta galvánica de la piel GSR 2™, el aprendizaje de relajación se logra rápidamente. A.L. admite una mejora en los malestares gastrointestinales y los dolores de espalda.

En estas mismas 4 primeras semanas se entrena a A.L. en la Autoobservación de la relación síntoma-estrés en su vida cotidiana. Se logra listar conductas de evitación de actividades. También aprende a reconocer las señales corporales de estrés. Paralelamente en dos sesiones se orienta al esposo y a la suegra que momentáneamente se hace cargo del cuidado de las niñas, respecto a la ansiedad de A.L y sobre todo a la creencia del "mal de ojo" que su cultura es desconocida. Se les informa sobre técnicas de comunicación que permitan evitar el conflicto.

En las siguientes 6 sesiones se trabajan las creencias respecto a la relación estrés enfermedad y van modificándose una a una, siendo sustituidas por otras más adaptativas. La creencia relacionada con el mal de ojo se mantiene inamovible.

En la segunda fase, desde la sesión 11, las sesiones se realizan una vez por semana. Se intenta focalizar la terapia hacia la modificación de creencias sobre el mal de ojo, que en las primeras sesiones fueron imposibles de modificar. 2 sesiones son dedicadas únicamente a esta creencia. No se logra ningún cambio en cuando a las

creencia, sin embargo se acuerda con la paciente que relajada y sin pensamientos de “temor al daño”, ella se fortalece. Desviando así el foco de atención de la vecina, a sí misma. Siendo que parte de los estados de ansiedad de A.L. Se dedican 2 sesiones al reconocimiento de sus emociones y sentimientos. A.L. no logra al inicio distinguir entre miedo, ira o preocupación. En este periodo A.L. reconoce que muchos estados de ira tienen que ver con tensiones en el relacionamiento de pareja, se incluyen 4 sesiones de pareja, en las que se entrena a ambos en técnicas de comunicación asertiva y estrategias para resolución de conflictos. Dos de las 4 sesiones son en pareja y se practica intercambiando roles y ejemplificando situaciones de la vida cotidiana.

En la sesión 18, se repiten los inventarios de depresión (BDI-II) y ansiedad (BAI) y cogniciones sobre la salud (CABAH). El puntaje total a disminuido en un 40%. La creencia del maleficio sigue aún presente, tratándose de una creencia cultural y de tipo religioso, se acuerda con el esposo que la presencia de algunos talismanes en la casa será tolerada y aceptada, así como un ritual de limpieza espiritual de la casa de manera que no tengan que cambiar de residencia.

Así mismo A.L. se compromete a iniciar un programa de caminatas diarias, que le permiten alejarse de casa e interactuar con las personas del grupo de caminata. El ejercicio físico tiene un efecto positivo atenuando muchos síntomas de ansiedad. Las alergias también han perdido su intensidad, aunque siguen presentes. Se trabaja en comunicación asertiva, como tema secundario en varias sesiones.

En la sesión 25 se aplican nuevamente los inventarios de ansiedad BAI, BDI-II y el cuestionario de creencias y preocupación por la enfermedad (CABAH). Los resultados muestran que en ambas escalas hay una mejora importante en los indicadores de ansiedad de A.L. La reducción en los puntajes obtenidos es importante y supera el 50% de mejoría. Estos resultados se presentan en la Tabla 2. en la Tabla 3 y en la Tabla 4 respectivamente.

Los puntajes obtenidos se muestran dentro de márgenes normales o moderados. El tratamiento Cognitivo Conductual, aplicado en algo más de 6 meses de consulta, no se ha conseguido eliminar completamente los síntomas de ansiedad, aún se reportan ocasiones de preocupación, con sudoración en las manos y respiración agitada. Existen eventos aislados que elicitran pensamientos catastróficos. La creencia en “el mal

de ojo” permanece inamovible y en los cuestionarios el temor al mal de ojo obtiene el máximo puntaje. A nivel comportamental, A.L. recupera un nivel de actividad satisfactorio, que le permite en primer lugar tomar las responsabilidades de la crianza de sus hijas y la administración familiar, con lo que la presencia de la suegra en su casa ya no es necesaria. Así mismo incrementa su actividad física y el número de sus relacionamientos sociales. De manera general A.L. se siente menos enferma, aunque la alergia no remite completamente, los otros problemas físicos solo se presentan esporádicamente.

El tratamiento concluye en la sesión 28, acordándose sesiones mensuales de control. Se realizan únicamente 5 sesiones de control en la quinta sesión A.L. se encuentra mejorada y se ha vuelto a hacer cargo de la atención de la casa y el cuidado de sus hijas. La alergia aún está presente. El grupo de las caminatas es ahora parte de sus actividades familiares, el esposo y las hijas también hacen parte del grupo los fines de semana. El esposo y ella han decidido iniciar una terapia de pareja, por las grandes diferencias culturales que han descubierto; por lo que la siguiente sesión se posterga a dos meses después. A.L. no se presenta a la sesión de control.

En base a los resultados obtenidos, Figura 1 y Figura 2, se concluye que en este caso, el tratamiento del síndrome de somatización. Con la TCC ha sido efectivo. Los síntomas de ansiedad se reducen gradualmente así como los pensamientos relacionados con estados de depresión. Según los inventarios el aislamiento se reduce y la A.L. mejora su contacto social, llegando incluso a ser capaz de retomar responsabilidades familiares. Ha comprendido la relación entre ansiedad y empeoramiento de los síntomas, especialmente la alergia. El entrenamiento en relajación le permite controlar sus estados emocionales y con esto la intensidad de sus síntomas.

En lo que respecta a las creencias sobre “el mal de ojo”, el miedo asociado a esta creencia cultural, es el factor que desencadena una crisis de ansiedad y empeora los síntomas del síndrome de somatización y que pasaba desapercibido al ser tratada por diferentes médicos. El temor a la vecina, asociado a estrés de la maternidad, dificultades de comunicación por desconocimiento del idioma y diferencias culturales con su pareja, son factores que se presentan casi de manera simultánea y dan lugar a un estado de ansiedad generalizada y depresión leve. La creencia cultural del mal de ojo permanece

firme en el sistema de creencias de A.L. desde el principio del trabajo terapéutico hasta el final. Lo único que logra modificarse la creencia que todo cambio somático es causado por el mal de ojo y que sí su vulnerabilidad al mal de ojo fuera real, puede iniciar comportamientos y maneras de pensar que la fortalezcan de manera general. El logro principal está en que A.L. no asocie todas las señales del cuerpo con estados de enfermedad.

Artículo recibido en: 12 de septiembre 2011

Manejado por: Editor en Jefe IICC

Aceptado en: 24 noviembre 2011

REFERENCIAS

1. Aaron T. Beck. *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1993
2. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC
3. American Psychiatric Association: *DSM-5 Development (2010). Somatoform Disorders*. Retrieved from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SomatoformDisorders.aspx>
4. Asmundson, G., & Taylor, S. (2005). *It's not all in your head*. New York: Guilford Press.
5. Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
6. Coghill, R. C. ; Sang, C.; Maisog, J.M.; Iadarola, M. *Pain Intensity Processing Within the Human Brain: A Bilateral, Distributed Mechanism. Journal of neuropsychology AJP - JN Physiology*. October 1999 vol. 82 no. 4
7. *GSR 2 Biofeedback System, EMERGO EUROPE. Molenstraat 15, 2513 BH, The Hague, The Netherlands Investigación, 35 (2), 201-226.*

8. Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1943) *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press
9. Mohammed A. Al-Sughayir, *Public View of the “Evil Eye” and its Role in Psychiatry. A Study in Saudi Society (Psychiatric Registrar ,R3) The Arab Journal of psychiatry (1996) ,vol.7 No.2 ,P 152-160*
10. Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1996). *Der Fragebogen zu Körper und Gesundheit [The Questionnaire About Body and Health]*.
11. Weller, S. C., y Baer, R. D. (2001). *Intra e intercultural variación en la definición de cinco enfermedades: sida, diabetes, el resfriado común, el empacho y mal de ojo. Transcultural*
12. Woolfolk, R., & Allen, L. (2007). *Treating somatization: A cognitive-behavioural Approach*. New York: Guilford Press.

ANEXOS

Tabla 1. Programa de tratamiento por sesiones paciente A.L.

Sesion	actividad	Detalles	Comentarios
1	<i>Evaluación</i> MMPI		Sesiones, dos veces por semana
2	BDI-2 /BIA		
3	CABAH		
4	Discusión de Resultados, acuerdo terapéutico.		
8-	<i>Inicio del tratamiento</i> Entrenamiento relajación progresiva		Las sesiones son una vez por semana
9	Entrenamiento respiración/ relajación	Se utiliza biofeedback GR2™,	
10	Identificación emociones/ relajación listado pensamientos y emociones incomfortables	A.L. hace listan en casa	
11	Entrenamiento relajación progresiva	Se utiliza biofeedback GR2™,	
12	Revisión de listados de pensamientos y emociones		

13	Trabajo en modificación y sustitución de creencias	La creencia en el mal de ojo permanece inmodificable	Las sesiones continúan una vez por semana
14	” ” ”		
17	” ” ”		
18 -	Esposo y suegra, técnicas de desescalación de conflictos	Se practica comunicación asertiva y comunicación no violenta	
19	Se retoman los inventarios de ansiedad y el cuestionario de cogniciones sobre la salud y el cuerpo.		
20	Se vuelve a trabajar en reconocimiento de emociones.		
21	Asertividad, reatribución de creencias		
22	” ” ”		
23	Reevaluación con los dos inventarios y cuestionario		-los puntajes totales disminuyen más del 50%
24-	El cuerpo no es ya el centro de de sus preocupaciones, A.L . reporta éxitos en asertividad. El peso corporal sse ha estabilizado y continua con ejercicio físico regular.	Se da por finalizado el tratamiento.	
28			

	Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3
Sadness	2	1	0
Pessimism	2	2	1
Failure	2	2	1
Dissatisfaction	3	2	1
Guilt	2	2	0
Punishment	3	2	0
Self-dislike	2	2	1
Self-accusations	2	2	1
Suicidal ideas	1	0	0
Crying	2	1	1
Irritability	3	1	1
Social Withdrawal	3	1	0
Indecisiveness	1	1	1

Body image change	1	1	0
Work difficulty	3	2	0
Insomnia	2	1	1
Fatigability	2	1	1
Loss of Appetite	2	2	0
Weight Loss	2	1	1
Somatic			
Preoccupation	3	2	1
Loss of Libido	2	2	1
<hr/>			
Total	45	31	13

Tabla 2: Raw data

BAI

	Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3
<hr/>			
Numbness or tingling	2	1	1
Feeling hot	3	1	0
Wobbliness in legs	3	2	1
Unable to relax	2	1	1
Fear of worst happening	2	2	1
Dizzy or lightheaded	3	2	0
Heart pounding or racing	3	2	1
Unsteady	3	2	0
Terrified or afraid	3	2	0
Nervous	2	2	1
Feeling of choking	2	2	0
Hands trembling	3	2	1
Shaky or unsteady	3	2	0
Fear of losing control	2	1	0
Difficulty in breathing	2	2	1
Fear of dying	3	2	1

Scared	3	1	1
Indigestion	3	2	1
Faint or lightheaded	3	2	0
Face flushed	2	2	0
Hot or cold sweats	2	2	0
Total	54	37	11

Tabla 3: Raw Data

BDI-II

Factor	Score 1	Score 2	Score 3
Pens.catastroficos	34	18	5
Sens.Autonómicas	14	5	3
Debilidad física	45	26	14
Intolerancia sint.Corporales	5	4	3
Hábitos de salud	6	6	4
CABAH	104	59	29

Tabla 4: Resultados de aplicación

CABAH

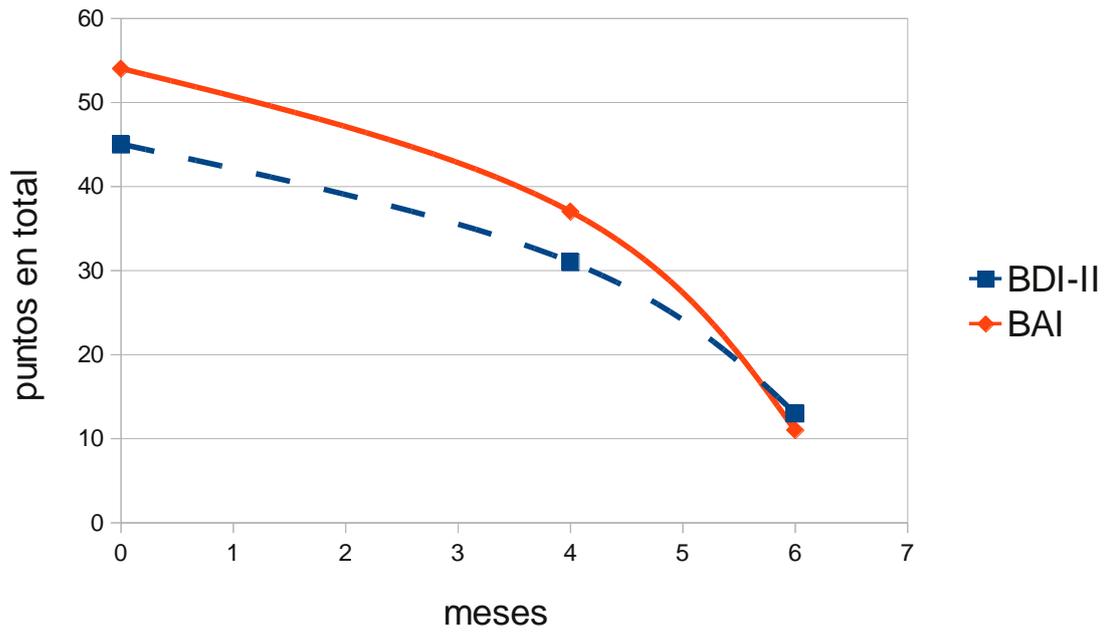


Fig 1: Evaluación de cambios en puntajes

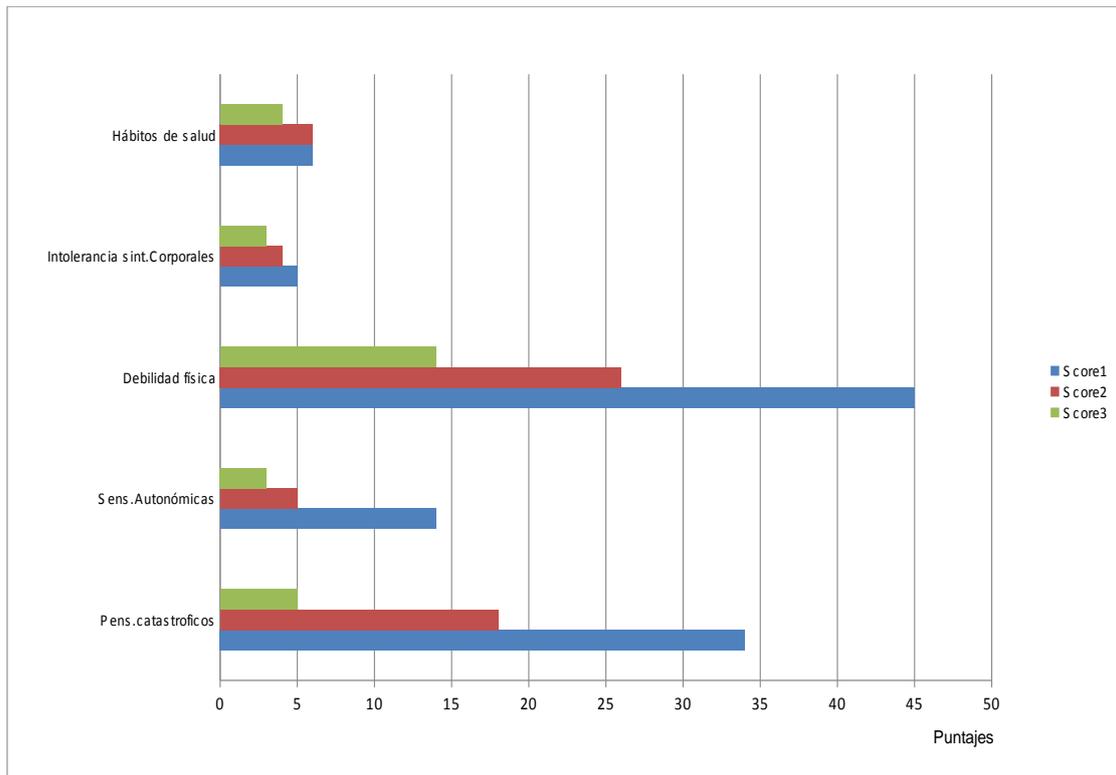


Fig 2: Resultados de aplicación CABA