



Trastorno de síntomas somáticos desencadenado por trauma a lo largo de la vida: Reporte de caso

Ana Bárbara Siliézar-Marroquín ^{1,2}✉ y Ricardo López Melgar ^{2,3}

1. Universidad de San Carlos de Guatemala
2. Mental Health Center TMS Guatemala
3. Universidad de San Pablo de Guatemala

✉ Autor de correspondencia: Ana Bárbara Siliézar-Marroquín.
Sexta avenida 4-01, Clínica 403, Edificio Medika 10, zona 10,
Ciudad de Guatemala, Guatemala, C.P. 01010.
Correo electrónico: 3008057480101@medicina.usac.edu.gt
Teléfono: +502 4738 6197.

El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente refleja el punto de vista de la «Revista de Fisioterapia en Salud Mental» ©. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre que se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación. Todo el contenido intelectual que se encuentra en esta revista está licenciado al público consumidor bajo la figura de Creative Commons©, a menos que el autor haya acordado lo contrario o limitado dicha facultad a la «Revista de Fisioterapia en Salud Mental» por escrito y de forma expresa. La Revista de Fisioterapia en Salud Mental» se distribuye bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.



Recibido: 02 de julio de 2025 | Aceptado: 09 de diciembre de 2025

Trastorno de síntomas somáticos desencadenado por trauma a lo largo de la vida: Reporte de caso

Ana Bárbara Siliézar-Marroquín ¹✉ y Ricardo López Melgar ²

1. Universidad de San Carlos de Guatemala
2. Mental Health Center TMS Guatemala
3. Universidad de San Pablo de Guatemala

Resumen: El Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS) se caracteriza por síntomas físicos persistentes y de angustia que no pueden explicarse completamente por una condición médica. El trauma acumulado a lo largo de la vida es un factor de riesgo bien establecido para el TSS, aunque con frecuencia se pasa por alto en las evaluaciones biomédicas tradicionales. **Objetivo:** Describir un caso complejo de TSS desencadenado por trauma psicológico de larga duración y resaltar el valor diagnóstico y terapéutico de un enfoque interdisciplinario informado por trauma. **Materiales y métodos:** Se presenta el caso de una mujer guatemalteca de 40 años con dolor lumbar crónico incapacitante y múltiples hallazgos negativos en estudios estructurales y neurofisiológicos. Su historia clínica reveló abuso físico en la infancia, un embarazo producto de violación y violencia de pareja prolongada. A pesar del manejo neuroquirúrgico, la paciente reportaba una intensidad de dolor de 9/10 en la Escala Numérica del Dolor (NRS), deterioro funcional significativo y síntomas depresivos. Una evaluación psiquiátrica integral respaldó el diagnóstico de TSS según los criterios del DSM-5-TR. La paciente recibió psicoeducación, terapia cognitivo-conductual enfocada en trauma y rehabilitación física progresiva. El programa de rehabilitación fue diseñado y supervisado por un fisioterapeuta licenciado, con énfasis en movilización progresiva, fortalecimiento de la musculatura del tronco y recuperación de la funcionalidad diaria. **Resultados:** Tras ocho semanas de tratamiento interdisciplinario, el nivel de dolor de la paciente disminuyó a 5/10 en la NRS, el puntaje del PHQ-9 descendió de 18 (moderadamente severo) a 8 (leve), y se observó una mejoría marcada en la movilidad y el funcionamiento cotidiano. **Conclusiones:** Este caso subraya la importancia de identificar el trauma como un componente central en los síndromes de dolor crónico. El TSS continúa siendo subdiagnosticado en poblaciones expuestas a trauma, particularmente en entornos con recursos limitados. La referencia psiquiátrica temprana y la atención integrada pueden prevenir intervenciones innecesarias y mejorar los resultados a largo plazo.

Cuadro de Resumen

- Este caso resalta la superposición clínica entre la psicopatología relacionada con el trauma y los trastornos de síntomas somáticos.
- Ilustra cómo las historias de trauma no reconocidas pueden retrasar el diagnóstico en contextos de dolor crónico.
- La integración de psiquiatría, fisioterapia y medicina del dolor permitió la recuperación funcional.
- La atención dirigida al trauma redujo la severidad de los síntomas y mejoró la calidad de vida.
- Se enfatiza la necesidad de enfoques interdisciplinarios en síndromes médicamente inexplicados, especialmente en entornos de bajos recursos.

Palabras clave: Trastorno de síntomas somáticos; trauma; dolor crónico; trastornos psicosomáticos; síndrome funcional

Introducción

El Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS), según lo descrito en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión del Texto (DSM-5-TR)*,¹ se caracteriza por uno o más síntomas somáticos persistentes que generan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional, acompañados de pensamientos, emociones o conductas excesivas relacionadas con dichos síntomas.² La prevalencia anual del TSS en atención primaria se estima entre el 4 y 6%. La evidencia metaanalítica indica que la exposición a experiencias traumáticas incrementa de manera sustancial el riesgo de dolor crónico y de síndromes somáticos funcionales.³⁻⁴ Entre los mecanismos propuestos se incluyen la sensibilización central y la disfunción de los ejes neuroendocrino-inmunológicos.⁵ Este reporte de caso ilustra cómo el trauma acumulado a lo largo de la vida puede manifestarse como quejas somáticas crónicas refractarias y sitúa la discusión dentro de la literatura contemporánea.

Presentación del caso

Una mujer guatemalteca de 40 años fue admitida en una clínica multidisciplinaria de dolor con un historial de 12 años de dolor lumbar crónico incapacitante. Sus antecedentes médicos incluían dos discectomías L4-L5 (2013 y 2017), una fractura de cadera derecha secundaria a un accidente de motocicleta a los 22 años y alteraciones crónicas del sueño. A pesar de recibir manejo neuroquirúrgico y farmacológico adecuado, la paciente reportaba dolor persistente con una intensidad de 9/10 en la Escala Numérica del Dolor (NRS),⁶⁻⁷ afectando de manera significativa su movilidad, desempeño laboral y calidad de vida.

La paciente también refirió antecedentes de abuso físico durante la infancia, violencia de pareja en la adultez y un embarazo producto de violación a los 22 años. Evaluaciones diagnósticas repetidas, incluyendo resonancia magnética (RM), electromiografía (EMG) y marcadores inflamatorios, no evidenciaron patología estructural ni neuropática activa. La discordancia entre la severidad subjetiva de los síntomas y la ausencia de hallazgos objetivos motivó la referencia a servicios de psiquiatría.

La evaluación psiquiátrica reveló ansiedad elevada relacionada con la salud, creencias catastróficas respecto al dolor y conductas de evitación. Estas características, junto con la cronicidad de los síntomas, cumplían criterios del DSM-5-TR para Trastorno de Síntomas Somáticos. El tamizaje adicional mostró un puntaje de 18 en el PHQ-9,⁸⁻⁹ consistente con síntomas depresivos moderadamente severos.

Este caso evidencia la relevancia clínica del tamizaje informado en trauma en pacientes con síntomas médicamente inexplicados y resalta el valor de la referencia psiquiátrica temprana en síndromes complejos de dolor crónico.

Evaluación diagnóstica

El proceso diagnóstico integró exclusión biomédica, tamizaje psiquiátrico estandarizado y observación clínica. Las causas estructurales del dolor fueron descartadas mediante RM y EMG seriados, sin evidencia de discopatía progresiva, compresión nerviosa ni radiculopatía. Los estudios de laboratorio, incluyendo hemograma, proteína C reactiva, velocidad de eritrosedimentación, vitamina D y función tiroidea, se encontraron dentro de rangos normales.

La paciente describía el dolor como constante, urente e incapacitante, con intensidad basal de 9/10 en la NRS. A pesar del tratamiento farmacológico, evitaba la actividad física por temor a exacerbar los síntomas y por la percepción de deterioro espinal progresivo. Estas conductas contribuyeron a la reducción progresiva de la movilidad y al incremento en el uso de servicios de salud.

La evaluación psiquiátrica se realizó utilizando los criterios del DSM-5-TR, con el apoyo de instrumentos validados. El Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) arrojó un puntaje de 18, indicativo de síntomas depresivos moderadamente severos. Si bien la Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)^{10,11} no estaba disponible en su entorno clínico, la valoración del profesional y el reporte sintomático fueron consistentes con una alta carga de síntomas somáticos y un deterioro psicosocial significativo.

Su presentación cumplía con los tres criterios nucleares del Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS): (A) uno o más síntomas somáticos angustiantes; (B) pensamientos, emociones o conductas excesivas relacionadas con dichos síntomas; y (C) un curso crónico con duración mayor a 12 meses. Estos hallazgos fueron documentados y posteriormente resumidos en una tabla de criterios del DSM-5-TR (véase Tabla 1).

La integración de la exclusión objetiva con los criterios subjetivos permitió una formulación diagnóstica clara y evitó la realización de intervenciones repetidas e innecesarias.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-5-TR para Trastorno de Síntomas Somáticos y aplicación clínica

Criterio DSM-5-TR	Definición operativa	Evidencia en la paciente
Síntomas somáticos Uno o más síntomas somáticos que resultan angustiantes o causan una alteración significativa de la vida diaria.	Dolor musculoesquelético crónico que interfiere con el trabajo, el sueño y las actividades de la vida diaria durante más de > 10 años.	Dolor lumbar persistente descrito como “incapacitante”, que condujo a discapacidad laboral y sueño fragmentado.
B. Pensamientos, emociones o conductas excesivas relacionadas con los síntomas somáticos (al menos uno de los siguientes): • Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los síntomas • Nivel persistentemente elevado de ansiedad relacionada con la salud • Dedicación excesiva de tiempo y energía a los síntomas	Es suficiente cumplir con uno de los subcriterios; las manifestaciones pueden fluctuar a lo largo del tiempo.	Consultas repetidas con múltiples especialistas a pesar de hallazgos no concluyentes; preocupación persistente por un supuesto “deterioro” de la columna; rumiación diaria y evitación de actividades temidas.
C. Cronicidad: El estado sintomático persiste (típicamente por más de 6 meses).	El criterio de duración diferencia el TSS de las reacciones somáticas transitorias.	El dolor ha persistido durante 12 años, con empeoramiento subjetivo durante el último año.

Especificador: Con dolor predominante, persistente, severo aplicable dada la intensidad, cronicidad, y el impacto funcional sustancial de la queja dolorosa.

Intervención terapéutica

La paciente fue incluida en un programa de tratamiento multimodal diseñado para abordar tanto la discapacidad física como la psicopatología relacionada con el trauma. El manejo fue coordinado entre psiquiatría, fisioterapia y medicina del dolor, bajo un modelo escalonado informado en trauma.

Las sesiones de psicoeducación, conducidas por un psiquiatra con licencia, se centraron en la naturaleza biopsicosocial del dolor y en la influencia del trauma sobre la percepción somática. Estas sesiones tuvieron como objetivo reducir las creencias catastróficas y promover estrategias de afrontamiento adaptativas.

Se inició terapia cognitivo-conductual enfocada en trauma (TF-CBT) para abordar cogniciones desadaptativas y conductas de evitación. Las sesiones semanales (60 minutos cada una) fueron realizadas por un psicólogo clínico capacitado. Las técnicas específicas incluyeron reestructuración cognitiva, exposición gradual a movimientos evitados y el desarrollo de estrategias personalizadas de prevención de recaídas.

De forma paralela, la paciente realizó rehabilitación física progresiva, iniciando con actividad aeróbica de bajo impacto bajo supervisión (15–20 minutos de caminata y ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del tronco, tres veces por semana). Las sesiones progresaron gradualmente en intensidad y complejidad a lo largo de ocho semanas, con objetivos funcionales como subir escaleras y mejorar la tolerancia a las actividades domésticas. El programa de rehabilitación fue diseñado y supervisado por un fisioterapeuta con licencia, con énfasis en la movilización progresiva, el fortalecimiento del core y la recuperación de la función cotidiana.

El tratamiento farmacológico se mantuvo sin cambios durante este período y consistió en acetaminofén y duloxetina en dosis baja (30 mg/día), prescritos previamente para el manejo del dolor neuropático y los síntomas del estado de ánimo.

La paciente fue monitoreada semanalmente por el equipo multidisciplinario. La adherencia al tratamiento fue alta y no se reportaron eventos adversos ni exacerbación de los síntomas durante toda la intervención.

Este enfoque integral priorizó la restauración funcional, la resiliencia psicológica y el procesamiento del trauma, en concordancia con la evidencia actual que respalda la atención interdisciplinaria en los trastornos de síntomas somáticos.

Resultados

Al finalizar el período de intervención de ocho semanas, la paciente presentó mejorías clínicamente significativas en múltiples dominios. La intensidad del dolor, inicialmente valorada en 9/10 en la Escala Numérica del Dolor (NRS), disminuyó a 5/10. Esta reducción se asoció con una mayor tolerancia al movimiento, menor dependencia de dispositivos de asistencia y la reanudación gradual de actividades básicas del hogar.

El puntaje del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) descendió de 18 (síntomas depresivos moderadamente severos) a 8 (leves), lo que indica una reducción significativa del deterioro relacionado con el estado de ánimo. La paciente reportó una disminución de los pensamientos rumiativos en torno al dolor y una mayor sensación de control sobre las fluctuaciones de los síntomas.

La capacidad funcional mostró una mejoría evidente, reflejada en la posibilidad de realizar ejercicio físico de baja intensidad sin miedo anticipatorio ni exacerbación sintomática. La asistencia a las sesiones terapéuticas fue constante y la adherencia a los ejercicios domiciliarios fue confirmada tanto por el fisioterapeuta como por la paciente.

Durante este período no se reportaron eventos adversos, cambios en la medicación ni exacerbaciones del dolor que requirieran visitas a servicios de emergencia o ingreso hospitalario.

En conjunto, estos resultados sugieren que la estrategia interdisciplinaria informada por trauma contribuyó de manera significativa tanto al alivio sintomático como a la recuperación funcional.

Discusión

Este caso ilustra cómo el trauma psicológico acumulado puede moldear la presentación clínica, la persistencia y la severidad de la sintomatología somática. Los antecedentes de adversidad temprana, trauma sexual y violencia de pareja de la paciente constituyen un perfil de alto riesgo para el desarrollo del Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS), en concordancia con la evidencia metaanalítica existente que vincula la exposición a trauma con una mayor vulnerabilidad a los síndromes somáticos funcionales.^{3,12} Desde una perspectiva fisiopatológica, el trauma crónico altera el desarrollo y la regulación de los circuitos corticolímbicos, sensibiliza las vías descendentes de modulación del dolor y desregula el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA).¹³⁻¹⁴ Estos cambios neurobiológicos reducen el umbral para la percepción nociceptiva y amplifican la hipervigilancia corporal, perpetuando el malestar somático en ausencia de patología identificable.

El proceso diagnóstico en este caso subrayó la importancia de una evaluación psiquiátrica estructurada ante reportes de dolor desproporcionados y hallazgos negativos extensos. Los criterios del DSM-5-TR¹ para TSS se cumplieron con claridad, y el uso de escalas clínicas como la Escala Numérica del Dolor (NRS) y el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) proporcionó parámetros objetivos para el seguimiento sintomático y la evaluación de la respuesta al tratamiento.

Desde el punto de vista terapéutico, el modelo interdisciplinario que integró psiquiatría, fisioterapia y psicoterapia produjo mejoras sustanciales tanto en los resultados funcionales como en los síntomas

afectivos. Esto es coherente con intervenciones de atención escalonada que han demostrado eficacia en el tratamiento del TSS.¹⁵ El caso también pone de relieve las limitaciones de los enfoques exclusivamente biomédicos y el potencial daño asociado a la demora diagnóstica o a la sobremedicación. La literatura reciente respalda además este abordaje, destacando la efectividad clínica y costo-efectividad de los modelos interdisciplinarios en los trastornos de síntomas somáticos.

Considerando el contexto de un entorno con recursos limitados, este caso enfatiza la viabilidad y el impacto de la atención colaborativa e informada por trauma en el tratamiento del TSS. La Tabla 1 resume los criterios del DSM-5-TR y su aplicación clínica en la paciente, ofreciendo un marco transparente que puede facilitar la replicación del enfoque y su utilización con fines formativos.

Conclusión

El Trastorno de Síntomas Somáticos continúa siendo sistemáticamente infradiagnosticado en pacientes expuestos a trauma, lo que conduce a retrasos diagnósticos y a intervenciones potencialmente iatrogénicas. La implementación rutinaria de tamizaje estructurado para trauma a lo largo de la vida, incluyendo adversidad en la infancia y violencia de pareja durante la evaluación del dolor crónico, puede revelar determinantes psicosociales que las valoraciones exclusivamente biomédicas suelen pasar por alto. La identificación temprana debe facilitar la referencia oportuna a servicios de salud mental y promover la toma de decisiones compartidas.

La atención interdisciplinaria informada por trauma, que integra psiquiatría, medicina del dolor, fisioterapia y psicoterapia basada en la evidencia, ha demostrado mayor precisión diagnóstica, recuperación funcional y satisfacción del paciente en comparación con enfoques fragmentados y centrados en procedimientos.¹⁵ La implementación de vías de atención integradas resulta especialmente pertinente en entornos con recursos limitados, donde las ineficiencias del sistema y las intervenciones repetidas incrementan la carga para el paciente.

La investigación futura debería priorizar ensayos pragmáticos que evalúen modelos de atención escalonada y herramientas de tamizaje culturalmente adaptadas para el Trastorno de Síntomas Somáticos en países de ingresos bajos y medianos.

Consentimiento informado y consideraciones éticas

Toda la información identificable ha sido anonimizada para proteger la confidencialidad de la paciente. El presente reporte se adhiere a las guías CARE (CAse REport) y cumple con los estándares éticos institucionales para la publicación de estudios de caso clínicos.

Perspectiva del paciente

La paciente expresó que, por primera vez a lo largo de su trayectoria asistencial, se sintió “escuchada más allá del dolor”. Destacó que comprender la base psicológica de sus síntomas le permitió reestructurar su sufrimiento y recuperar una sensación de control. Señaló que las sesiones de psicoeducación y terapia le ayudaron a liberar sentimientos de vergüenza y vulnerabilidad mantenidos durante largo tiempo. Asimismo, enfatizó que contar con un equipo multidisciplinario que validara su historia de trauma sin juicios representó un punto de inflexión crítico en su proceso de recuperación.

Declaración de equidad, diversidad e inclusión

Este estudio incorporó enfoques sensibles al género y prácticas informadas en trauma a lo largo de la evaluación y el tratamiento de la paciente. El equipo de investigación refleja una composición multidisciplinaria e inclusiva. Los factores culturales relevantes del contexto guatemalteco fueron integrados en las decisiones terapéuticas, el estilo de comunicación y la planificación del seguimiento. El contexto socioeconómico de la paciente y su acceso limitado a recursos de salud mental fueron considerados al diseñar un modelo de atención ambulatoria factible.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de interés financieros, profesionales ni personales relacionados con el contenido o la publicación de este reporte de caso.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
2. Creed F, Henningsen P. Somatic symptom disorder: a state-of-the-art review. *J Psychosom Res.* 2018;111:94–101.
3. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2014;76(1):2–11.
4. Liao Y, Xie X, Wang Z, et al. Childhood trauma and risk of chronic pain in adulthood: a meta-analysis. *Pain.* 2022;163(5):851–864. doi:10.1097/j.pain.0000000000002405.
5. Fillingim RB, Loeser JD, Baron R, et al. Assessment of chronic pain: domains, methods, and mechanisms. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):769–784.
6. Krebs EE, Carey TS, Weinberger M. Accuracy of the Numeric Rating Scale for pain intensity in clinical practice. *Pain Med.* 2020;21(2):289–294.
7. García-Pérez S, Pérez-Martínez C, López-García A, et al. Assessment of chronic pain in Spanish patients using the Numeric Rating Scale. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2021;68(4):197–204.
8. Picardi A, Lega I, Tarsitani L, et al. The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): a review of its psychometric properties in clinical populations. *Front Psychiatry.* 2021;12:713087. doi:10.3389/fpsy.2021.713087.
9. Muñoz-Navarro R, Cano-Vindel A, Moriana JA, et al. The PHQ-9: reliability, validity and factorial structure in a Spanish clinical sample. *J Affect Disord.* 2017;208:68–75.
10. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, et al. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):399–407. doi:10.1001/jamainternmed.2013.12179.
11. López-Martínez AE, Ramírez-Maestre C, Esteve R, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8). *J Psychosom Res.* 2020;134:110120.
12. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, et al. The relationship between trauma exposure and somatic symptom severity across development. *J Trauma Stress.* 2020;33(1):1–11.
13. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry.* 2001;49(12):1023–1039.
14. Tracey I, Bushnell MC. How neuroimaging studies have challenged us to rethink: is chronic pain a disease? *J Pain.* 2009;10(11):1113–1120. doi:10.1016/j.jpain.2009.09.001.
15. Kroenke K, Joo J, Wu J, et al. Stepped care for somatic symptom disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(11):1193–1201.