



Caja Costarricense de
Seguro Social
(CCSS)



Centro de Desarrollo Estratégico e
Información en Salud y Seguridad Social
(CENDEISSS)



Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
(SEP)

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA ANTE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS MÉDICAMENTE
INEXPLICABLES:
REVISIÓN SISTEMÁTICA EN TORNO A LOS TRASTORNOS POR SÍNTOMAS SOMÁTICOS
Y SU ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO**

Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración de la Comisión del
Programa de Posgrado en Psicología Clínica para optar al grado y título de
Especialista en Psicología Clínica

SUSTENTANTE

MARCIA AGUILAR SANDÍ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2017

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todos los pacientes que han puesto sus historias en mis manos a lo largo de este proceso, llenos de esperanza. Mi aprendizaje es resultado del tiempo compartido con cada uno, y por lo tanto, les pertenece también.

A todos los profesionales que han puesto sus historias en mis manos, llenos de mística. Los libros me han enseñado la profesional que "debo" ser, pero ustedes me han enseñado la profesional que "quiero" ser.

Finalmente, pero no menos importante, a la "pequeña manada".

Agradecimientos

Mi más profundo agradecimiento:

A Maribelle Calderón, que con su entusiasmo y compañía me abrió la puerta de este proceso de formación profesional.

A la Dra. Ana Monteverde por una entrevista hermosa, en la que sentí que me vio realmente.

A mis supervisores: Mayra Hernández, Karen Quesada, Marcela López, Mariano Solórzano, Alejandra Villalobos, Natasha Robles, Fabián Badilla, Rigel Mena y Cinthya Campos por dirigirse a mis fortalezas y no a mis fallas. Recuerdo cada recomendación, pero especialmente recuerdo su ejemplo. Igualmente a los doctores Roberto Chavarría, Eilyn Lescouflair, Gloria Chacón, Carla Subiroz, Federico Moreira, Oscar Barquero, Luis Diego Rojas y Edwald Acuña por demostrarme que es más fácil con sentido del humor; y por mostrarme un compañerismo y una generosidad que quiero emular siempre.

A Angie Madrigal, por haber inspirado en mí la convicción de que un Terapeuta sí abraza.

A Rocío Vindas, porque cada vez que me dijo "Yo confío mucho en usted", yo le creí, y también confié.

A Nidia, Ale y Patri por todas las veces que las puse a correr.

Al Dr. Roberto López Core, porque lo que necesitara, lo encontraba en él.

Finalmente, a mis compañeros: Nel, Juanca, Leo, Carlos y Vivi, por la compañía que aliviaba el estrés.

“Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar por el grado y título de Especialista en Psicología Clínica”

Dra. Karen Quesada Retana

Coordinadora

Posgrado en Psicología Clínica, Centro de Estudios de Posgrado

Msc. Alfonso Villalobos Pérez

Director de Tesis

Marcia Aguilar Sandí

Candidata

Tabla de Contenidos

Resumen	.....	vii
Capítulo I: Introducción	.....	1
Introducción	.....	2
Capítulo II: Marco Conceptual	.....	7
2.1. Epidemiología de los síntomas físicos médicamente inexplicables	.....	8
2. 2. Evolución histórica del concepto de somatización	.....	9
2. 3. Términos que pueden causar confusión al establecer un abordaje	.....	10
2. 3. 1. Síntomas físicos / somáticos	.....	10
2. 3. 2. Síntomas físicos / Síntomas psicológicos	.....	12
2. 3. 3. Somático / Somatización	.....	12
2. 3. 4. Síntomas físicos específicos	.....	14
2. 3. 5. Comorbilidad con enfermedades médicas	.....	15
2. 3. 6. Disociación	.....	16
2. 3. 7. Conversión	.....	17
2. 3. 8. Hipocrondrisis	.....	19
2. 4. Clasificación y criterios de diagnóstico internacionales	.....	20
2. 5. Características clínicas del paciente somatizador	.....	26
2. 6. Diagnóstico diferencial	.....	27
2. 6. 1. Diagnóstico diferencial: Trastorno hipocondríaco.	.....	28
2. 6. 2. Diagnóstico diferencial: Simulación y trastorno facticio	.....	28

Capítulo III: Problema y Objetivos	30
3.1. Problema de Investigación	31
3. 2. Objetivo General	32
3. 3. Objetivos específicos	32
Capítulo IV: Metodología	33
4. 1. Estrategia metodológica	34
4. 2. Procedimiento para la recolección y selección del material bibliográfico	35
4. 3. Procedimientos para la sistematización y el análisis de la información	38
Capítulo V: Análisis de Resultados	39
5. 1. Investigación en el tema de los síntomas físicos médicamente inexplicables	40
5. 2. Procesos psicológicos implicados en la sintomatología física médicamente inexplicable	44
5. 3. Síntomas físicos sin base orgánica comúnmente reportados por pacientes que acuden a los sistemas de salud	46
5. 4. Intervenciones terapéuticas sobre sintomatología física médicamente inexplicable	48
5. 5. Herramientas psicométricas utilizadas en la investigación cuasi experimental de sintomatología física médicamente inexplicable	56
5. 6. Factores que predisponen a la aparición de sintomatología física médicamente inexplicable	61
5. 7. Factores que contribuyen con el mantenimiento de la sintomatología física médicamente inexplicable	63

Capítulo VI: Discusión	.....	67
6.1. Discusión	.....	68
6. 2. Conclusiones	.....	72
Referencias Bibliográficas	.....	75

Resumen

Los síntomas físicos para los que no se encuentra una explicación médica son muy frecuentes, pero al mismo tiempo poco reconocidos, no responden bien a los tratamientos estándar, y a la larga conducen a la insatisfacción con la atención tanto por parte del paciente como por parte del profesional. Adicionalmente, dichos síntomas tienden a ser asociados con un aumento de visitas médicas, exámenes médicos innecesarios y la realización de procedimientos y tratamientos que pueden terminar en complicaciones iatrogénicas.

Es por eso que se plantea, como objetivo del presente trabajo, proveer una revisión comprensiva de la literatura disponible en bases de datos internacionales respecto a síntomas físicos médicamente inexplicables, según los hallazgos de los últimos cinco años.

En la búsqueda en bases de datos se recopiló un total de 51 artículos. De estos, se descartaron siete que no cumplían con el criterio de inclusión respecto a la fecha de su publicación (eran anteriores al año 2012). Posteriormente, se descartaron 12 artículos más, debido a que su contenido no respondía a los objetivos planteados. Los 32 artículos restantes fueron analizados de forma cualitativa, definiendo posibles variables que pueden ser de utilidad en el diagnóstico y tratamiento de los síntomas físicos médicamente inexplicables.

Se encontró que, en el campo de la psicología, los investigadores se han interesado primordialmente por procesos psicológicos relacionados con las emociones negativas y por los procesos psicológicos implicados en la experiencia del dolor. Aunque la ansiedad o la depresión han sido un objeto de estudio central, se ha encontrado que, por encima de estos trastornos, el umbral de percepción del dolor es una variable muy importante. Un bajo umbral de dolor puede generar en la persona una mayor estimación del dolor y una peor imagen corporal, mientras que la ansiedad y la depresión podrían ser también una consecuencia de dicha valoración subjetiva.

Aunque, según los criterios de la presente revisión no se encontró una enorme variedad de literatura referente al tratamiento de los síntomas físicos médicamente inexplicables, la literatura revisada presenta evidencia de la efectividad de las intervenciones psicológicas. Si bien es cierto la mayoría de las intervenciones sigue una línea cognitiva, los aportes de diversos autores han hecho que la variedad de técnicas para el trabajo con los pacientes sea muy amplia, con énfasis altamente especializado, así como detallados (y diferentes) protocolos de tratamiento y entrenamiento, y se extienden a patologías con un nombre, como dolor crónico, síndrome de fatiga crónico, problemas premenstruales, disnea, mareos, insomnio, etc.

La variedad de intervenciones en habla hispana es aún menor, sin embargo, las técnicas empleadas (solución de problemas, asertividad, afrontamiento y manejo de la expresión emocional, relajación y educación de la enfermedad) pueden ser aplicadas incluso en el marco de la atención primaria; por lo tanto es plausible ampliar la investigación.

Índice de Tablas

Tabla 1: Distribución de síntomas físicos en pacientes con diagnóstico de depresión y ansiedad, según Montalbán et. al. (2010)	14
Tabla 2: Listado de síntomas de Feighner para el Síndrome de Briquet	20
Tabla 3: Diferencias diagnósticas del Trastorno de Somatización en los distintos Manuales de Diagnóstico	24
Tabla 4: Criterios de Inclusión y Exclusión para la selección de información	36
Tabla 5: Principales hallazgos de estudios de tipo cuasi experimental	40
Tabla 6: Principales hallazgos de estudios de tipo cualitativo	41
Tabla 7: Principales hallazgos de revisiones sistemáticas y meta análisis	41
Tabla 8: Principales hallazgos de estudios de tipo descriptivo - cuantitativo	42
Tabla 9: Procesos psicológicos implicados en la sintomatología física médicamente inexplicable	44
Tabla 10: Síntomas físicos sin base orgánica comúnmente reportados por pacientes que acuden a los sistemas de salud	46
Tabla 11: Contenido de las sesiones de ENCERT	51
Tabla 12: Análisis de diversas intervenciones psicológicas para el abordaje de los síntomas físicos médicamente inexplicables, según Sharma & Manjula (2013)	53

Tabla 13: Herramientas psicométricas utilizadas por los autores de investigaciones cuasi experimentales incluidas en la presente revisión	57
Tabla 14: Otras herramientas para secreening, mediciones generales y mediciones específicas en investigación según Salkovskis et. al. (2016)	60
Tabla 15: Factores que predisponen la aparición de sintomatología física médicamente inexplicable según la literatura consultada	62
Tabla 16: Factores que contribuyen con el mantenimiento de la sintomatología física médicamente inexplicable, según la literatura consultada	64

Capítulo I

Introducción

1. Introducción

En un sistema de salud que todavía lucha por definirse entre la aceptación o el rechazo de la concepción dualista cuerpo – mente en los procesos de salud/enfermedad, los clínicos seguimos encontrando en la práctica un gran número de pacientes que presentan quejas de síntomas físicos sin hallazgo de patología orgánica, y que no se acompañan tampoco de evidentes síntomas psicológicos (Sánchez – García, 2013). Conceptualmente, estos padecimientos se hallan en una ambigua frontera de pensamiento entre la medicina y la psicología clínica, pero el problema no es el pequeño número de pacientes que llegan a las consultas de salud mental con quejas somáticas, sino el gran número de los que no lo hacen, y son atendidos por todo tipo de especialistas que no logran explicar sus diferentes síntomas. Frente a esta situación, y a partir de que en nuestro sistema de salud en general los médicos tienen una fuerte orientación biológica, se sigue postergando el reconocimiento de los síntomas psicológicos.

Siguiendo a Gorosabel (2013), se reconoce que los síntomas físicos para los que no se encuentra una explicación orgánica son muy frecuentes, pero al mismo tiempo poco reconocidos, no responden bien a los tratamientos estándar, y a la larga conducen a la insatisfacción con la atención tanto por parte del paciente como por parte del profesional. Adicionalmente, dichos síntomas tienden a asociarse con un aumento de visitas médicas, exámenes médicos innecesarios y la realización de procedimientos y tratamientos que pueden terminar en complicaciones iatrogénicas.

Para propósitos de la presente investigación, se utilizará la definición de Aamlad, Malterud & Werner (2014) para síntomas físicos médicamente inexplicables:

“síntomas físicos sin causa orgánica identificada, que duran al menos tres meses y llevan a una pérdida de funcionamiento (ausencia por enfermedad o discapacidad, o alejamiento de actividades sociales como deportes, eventos sociales u otras actividades de ocio). En caso de enfermedades comórbidas, los síntomas inexplicables deben exceder la pérdida de funcionamiento esperable a los síntomas médicamente explicables” (p. 2, traducción por la autora).

Dicha definición resultará imprescindible, puesto que tal como refieren Gorosabel (2013) y Grover & Kate (2013) existen numerosos términos en la literatura que se utilizan para describir síntomas físicos asociados a trastornos mentales, por ejemplo; somáticos, somatizados, físicos, corporales, somatomorfos, dolorosos, psicósomáticos, vegetativos, sin explicación médica, enmascarados, síntomas mal definidos, etc.

Puesto que en la literatura acerca de los fenómenos que interesan para la presente revisión el término síntomas físicos médicamente inexplicables es el más común, se prefirió utilizar este término.

En todo caso, en el abordaje de las personas que presentan sintomatología física médicamente inexplicable, la discusión del concepto no ha guiado hacia un tratamiento eficaz, debido a que la presencia de somatizaciones es un denominador común en un grupo variado de los trastornos expuestos en los manuales de diagnóstico utilizados en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS): la CIE - 10 (OMS, 1992) y el DSM - V (APA, 2013).

Aun hasta el DSM - IV, como indica Vallejo (2014), los denominados trastornos de somatización se referían a una amplia variedad de síntomas físicos, a saber: cuatro síntomas dolorosos distribuidos, dos gastrointestinales, uno sexual y otro pseudoneurológico; cuya vida se hallara severamente perturbada por los síntomas; con una persistencia medida en años y que no estuvieran médicamente explicados, ni fueran simulados. En la actualidad, el DSM - V ha optado por el denominado Trastorno de Síntomas Somáticos para englobar el Trastorno de somatización y el Trastorno somatomorfo indiferenciado; reduciendo la panoplia de síntomas por la ocurrencia de uno o dos y requiriendo que dichos síntomas afecten a pensamientos, emociones y comportamientos del paciente. Sin embargo, con este Manual no se requiere la ausencia de justificación médica (ni la comprobación de que los síntomas no se producen intencionalmente).

Esta modificación supone un cambio de paradigma al plantear que:

1. El que los síntomas estén justificados médicamente no implica directamente que no puedan verse afectados por factores psicológicos;
2. El que no haya, al corte, justificación médica de los síntomas, tampoco quiere decir que no exista, sino que no ha sido encontrada (Vallejo, 2014, p. 76).

De esta forma, se ha pretendido reconocer la experiencia subjetiva del paciente (su creencia de estar enfermo) por encima de la apreciación del tratante; pero al mismo tiempo, implica que cualquier persona con una enfermedad reconocida y tratada, puede ser incluida en esta categoría diagnóstica.

Al sumarse todas las modificaciones que se han realizado al concepto desde sus primeras descripciones clínicas, se puede llegar a dudar si realmente bajo los diferentes diagnósticos se esconde un solo trastorno. Al día de hoy, parece haber consenso en que los trastornos de somatización son polisintomáticos y persistentes durante varios años. Sin

embargo, es difícil encontrar dicho consenso en cuanto a los aspectos etiológicos o atribucionales respecto a la naturaleza y el origen de los síntomas (López & Beloch, 2002).

¿Qué hacemos entonces ante un paciente que padece de síntomas físicos para los cuales no se puede encontrar una explicación médica?, ¿los definimos como un trastorno mental?, ¿se podría entonces afirmar que existe trastorno mental en un trastorno por dolor, por ejemplo?, por otra parte, si lo lógico es que el tratamiento de un síndrome polisintomático sea multidisciplinar, ¿le corresponde a cada uno de los profesionales que abordan al paciente establecer un diagnóstico distinto o es posible conciliar?, ¿es la somatización un síntoma, un síndrome o un trastorno?; y si debemos clasificarlo nosológicamente, ¿qué tan claro podemos distinguir la queja del paciente de los diagnósticos afectivos o de ansiedad, si describimos los síntomas somáticos en el contexto de un estado emocional?

La presentación de síntomas físicos puede ser utilizada por los pacientes como un tiquete de entrada en el sistema de salud, para validar el papel de enfermo o como un rechazo a admitir problemas de salud mental (Gorosabel, 2013). Culturalmente, a los problemas somáticos se les considera reales y fuera del control de la persona (quien es una víctima de su situación), mientras que a los problemas psicológicos se les acompaña de una connotación de debilidad moral y culpabilidad. Además, parece ser una ganancia tanto para pacientes como para médicos el lograr "medicalizar" las quejas, puesto que ambos pueden sentirse más cómodos en el dominio somático e ignorar los problemas emocionales, lo cual puede reforzarse por la familia, el entorno y las creencias culturales. De esta manera, frecuentemente el paciente con quejas físicas se trata sintomáticamente, mientras que el trastorno de base no se toca. Un paciente que no ha desarrollado un lenguaje para etiquetar y verbalizar sus emociones, que utiliza defensas o estilos de afrontamiento que minimizan los estados afectivos, o simplemente que piensa que su problema es físico, no recibirá un tratamiento integral.

Históricamente, el término somatización se atribuye al psicoanalista Wilhelm Steckel, quien en 1925 le otorgó un significado similar al del concepto de conversión de Freud, es decir, el de un mecanismo que convierte la energía psíquica en síntomas psicógenos o físicos (Sánchez - García, 2013; López & Belloch, 2002). Aunque, como se mencionó en párrafos anteriores, ha existido cambios sustanciales en la conceptualización según el contexto e incluso según la traducción del término a diversos idiomas, es claro que esta primera definición psicoanalítica es la que mayor influencia ha tenido en la interpretación del término y, por extensión, de aquellos síntomas físicos a los que el médico no logra relacionar una causa orgánica que los justifique.

Este origen psicodinámico ha sido también el fundamento de diversas críticas que han lentificado el desarrollo del concepto, particularmente en lo referente a sus supuestos teóricos, los cuales se juzgan como discutibles y con escasa fundamentación empírica. Como indican López & Belloch (2002), desde esta definición de somatización como un lenguaje de expresión de malestar psicológico, la queja puede aparecer nuevamente como imaginaria, o que de un modo más o menos consciente es provocada por la persona que la refiere.

Tal y como lo afirma Gorosabel (2013) tampoco debe pensarse que un foco exclusivamente psicológico en el abordaje y el tratamiento es óptimo, aun y cuando los síntomas somáticos tengan altas tasas de comorbilidad psíquica. Esto porque, en primer lugar, al menos un tercio de pacientes no presenta ninguna condición psicopatológica; en segundo lugar, porque las explicaciones psicológicas exclusivas no resultan aceptables para muchos pacientes con síntomas somáticos; y por último, porque la direccionalidad de la relación entre síntomas físicos y condiciones mentales es a menudo indeterminada (como reflexiona el autor: por ejemplo, el dolor crónico ¿sería causa o consecuencia de una depresión, sería más bien un fenómeno concomitante, o es posible que las dos condiciones sean resultado de un sendero común?).

Lo que sí parece poner de relieve todo lo expuesto anteriormente es la necesidad de llevar a cabo, así como de socializar ampliamente, estudios basados en evidencia que aborden el tema de los síntomas físicos médicamente inexplicables. Es cierto que cuando se resuelve una consulta orientándola hacia problemas somáticos el médico evita la evaluación y el manejo de problemas psicosociales cuya profundidad exige mucho tiempo (en una consulta en la que éste es limitado) y en los que puede sentirse insuficientemente experimentado; e igualmente el paciente puede evitar enfrentarse a su problema psicológico y eludir los sentimientos de responsabilidad, culpa o vergüenza que estos problemas implican; sin embargo, el reconocimiento y el tratamiento de una condición psicológica subyacente beneficiaría tanto a al paciente como a los servicios de salud, en el sentido de que no detectar una enfermedad psíquica impide una intervención terapéutica eficaz, y al mismo tiempo aumenta la posibilidad de tratamientos sintomáticos y de exploraciones innecesarias que solo sirven para reforzar los síntomas somáticos y preocupaciones hipocondriacas, e incluso cronificarlos (Gorosabel, 2013; Koelen et. al., 2014).

El trabajo que se presenta a continuación corresponde a una revisión sistemática de artículos clínicos referentes a síntomas físicos médicamente inexplicables publicados desde el año 2012.

En una primera parte, se exponen algunos conceptos teóricos que resumen la información que se ha desarrollado a lo largo del tiempo, a partir de la conceptualización del término y los intentos de operacionalizarlo diagnósticamente.

En una segunda parte, se realiza un análisis de la literatura recopilada, con el propósito de lograr una comprensión del término, según se maneja clínicamente en la actualidad.

Capítulo II

Marco Conceptual

2. 1. Epidemiología de los síntomas físicos médicamente inexplicables

Como refiere Gorosabel (2013), el concepto de síntomas médicamente no explicados no debe tomarse como sinónimo de médicamente ignorado ni de psiquiátricamente explicado. Desde la perspectiva anterior, puede pensarse que los síntomas en ausencia de patología orgánica que los explique son menos penosos o invalidantes que los síntomas en presencia de explicación patológica; cuando en realidad a menudo lo más habitual es lo opuesto: los síntomas físicos sin explicación médica están asociados con angustia y discapacidad, y son al menos tan graves como los síntomas físicos con explicación médica. De la misma forma, en el abordaje, un examen médico "innecesario" puede reforzar una enfermedad que preocupa al paciente y, en consecuencia, empeorar los síntomas físicos, la angustia y la discapacidad. Por lo tanto, hay una tensión entre el diagnóstico de síntomas físicos por exclusión frente al diagnóstico positivo. En todo caso, estos síntomas exigen una inversión de tiempo muy grande por parte del médico, y son a menudo considerados como difíciles de gestionar.

Kroenke (2003, citado por Gorosabel, 2013) tiene en cuenta tres consideraciones en relación con los síntomas físicos no explicados:

- Los síntomas que siguen sin explicación después de una evaluación inicial conllevan un mayor riesgo de comorbilidad psíquica, independientemente del tipo de síntoma. Hasta dos tercios de los pacientes con síntomas sin explicación médica padece un trastorno depresivo, y entre el 40 y el 50% padece un trastorno de ansiedad;
- El número de síntomas somáticos reportado por el paciente está fuertemente asociado con comorbilidad psíquica. Esto refleja una fuerte relación entre los síntomas físicos y la psicopatología (el riesgo de comorbilidad psíquica aumenta tanto con un incremento del total de síntomas somáticos, tengan o no explicación médica, aunque el umbral en este último caso es mayor);
- La prevalencia de los síntomas somáticos aumenta con la gravedad de los trastornos psicológicos. El recuento total de síntomas (con y sin explicación médica) es predictor de trastornos somatomorfos y se correlaciona fuertemente con trastornos psicológicos, deterioro funcional y mayor uso de la asistencia sanitaria.

Además Gorosabel (2013) refiere que el concepto de "explicación" de los síntomas somáticos por una condición médica es problemático, puesto que los pacientes con diagnósticos somatomorfos normalmente tienen trastornos médicos concomitantes. Así, determinar qué síntomas son "desproporcionados en relación con" o "no explicados

completamente por” estas condiciones, tal y como lo demandaban los manuales de diagnóstico, puede ser difícil. Estudios recientes recopilados por dicho autor han mostrado que los síntomas somáticos de una enfermedad médica específica (por ejemplo angina de pecho en pacientes con enfermedad coronaria, disnea en pacientes con asma, dolor en las articulaciones en pacientes con artritis) a menudo se explican tanto por factores psicológicos como por parámetros objetivos de la gravedad de la enfermedad médica. De la misma forma, se considera que todos los síntomas psíquicos tienen un desarrollo biopsicosocial. Y finalmente, el recuento de los síntomas totales (incluidos los síntomas explicados y los síntomas no explicados) puede ser tan buen marcador para los resultados como los síntomas no explicados solamente y puede evitar las dificultades metodológicas al intentar esclarecer la causa de algunos síntomas.

En la literatura, la prevalencia de síntomas físicos médicamente inexplicables varía según la configuración del estudio. Grover & Kate (2013) refieren que de un cuarto a dos tercios de todas las atenciones en el nivel primario y secundario son síntomas somáticos cuyas condiciones no están bien caracterizados.

Se han reportado tasas de prevalencia del 66% en ginecología; 53% en gastroenterología; 42% en neurología; 32% en cardiología; 31% en odontología y al menos el 80% de pacientes con dolor crónico presenta uno o más síntomas médicamente inexplicables. En general, los estudios sugieren que los síntomas físicos médicamente inexplicables son más comunes entre las mujeres, los sujetos jóvenes y con un nivel socioeconómico bajo (Grover & Kate, 2013).

2. 2. Evolución histórica del concepto de somatización

Aunque la conceptualización del término somatización desarrollada por Wilhelm Steckel en los años 20 del siglo anterior (empleando el término alemán *organsprache* o “lenguaje de los órganos” para referirse a la vulnerabilidad hereditaria de un órgano para enfermar, según Sánchez – García, 2013) proporcionó además la explicación etiológica del trastorno, englobando todos los síntomas físicos a los que el médico no pudiera relacionar con una causa orgánica, en épocas posteriores ha surgido una variedad de críticas por parte de la comunidad científica.

La traducción al inglés del término acuñado por Steckel generó el neologismo somatización, el cual acabó siendo considerado como un equivalente del concepto psicoanalítico de conversión, sin esclarecer si se refería a un proceso, a un síntoma o a un trastorno.

Otro punto que ha causado confusión en la evolución del término, según López & Belloch (2002) es la utilización indiferenciada (o como sinónimos), de los términos somatización y psicósomático. Para dichos autores, ambos términos expresan una relación entre lo físico y lo psíquico pero desde diferentes puntos de vista, a saber: el término psicósomático indica la relación mente - cuerpo en la enfermedad física que puede estar influida por factores psicológicos (como se apreciaría, por ejemplo, en el asma bronquial o la úlcera péptica). Los síndromes o trastornos psicósomáticos son enfermedades físicas en las cuales los procesos emocionales pueden jugar un papel en algunos pacientes. Dicho de otra manera, en los trastornos psicósomáticos sí se constata una dolencia física, junto con la posibilidad de que factores psicológicos puedan vincularse con su aparición, mantenimiento o agravamiento. En la somatización, por su parte, no aparece un claro diagnóstico médico u orgánico que pueda justificar esos síntomas.

Para Venegas (2015) la somatización no representa un trastorno mental, sino la consecuencia de la relación entre mente y cuerpo. Según dicho autor, todas las enfermedades son psicósomáticas, y los síntomas que se manifiestan en el cuerpo están posibilitados por el tipo de personalidad.

2. 3. Términos que pueden causar confusión al establecer un abordaje

2 3. 1. Síntomas físicos / somáticos

Los síntomas físicos sin explicación médica son llamados, según Gorosabel (2013) físicos por los médicos de atención primaria, y somáticos por los especialistas de salud mental (en parte para distinguir los síntomas corporales de otros tipos de síntomas, por ejemplo, cognitivos, o emocionales). Para dicho autor, los dos adjetivos son sinónimos y, en gran medida, se utilizarán indistintamente, tal y como se realizará a lo largo de la presente revisión.

Al etiquetar un síntoma como somático se evocan los términos "somatización" y "somatomorfo". Por consiguiente, un mal entendimiento de los síntomas corporales puede llevar inadvertidamente a asumir una causa psicológica. Los síntomas somáticos son comúnmente una mezcla de factores físicos y psicológicos, más que puramente el resultado de uno u otro. La razón para la ausencia de explicación médica de algunos síntomas suele ser la ausencia de hallazgos objetivos en los exámenes físicos o pruebas diagnósticas, aunque también puede deberse a la naturaleza engañosa o vaga de los síntomas objetivos en algunos pacientes, lo cual puede causar desacuerdo entre diversos

profesionales, o un sobrediagnóstico de enfermedades somáticas (Kroenke & Rosmalen, 2006).

Sobre esa misma línea, puede ser también inexacto equiparar los síntomas físicos con trastornos físicos, ya que muchos pacientes estables con trastornos médicos son asintomáticos y muchos pacientes con síntomas físicos no tienen un trastorno médico que dé cuenta de la presencia y/o gravedad de sus síntomas físicos. La expresión somático se refiere a las diferentes sensaciones corporales que una persona percibe como desagradables o preocupantes. Los síntomas físicos incluyen sensaciones corporales como dolor de espalda, dolor de cabeza, trastornos intestinales, mareos, palpitaciones, fatiga, y numerosas otras perturbaciones. Varias disfunciones físicas básicas, como las de sueño, apetito, fatiga o pérdida de energía, también se incluyen en el término somático.

La preocupación por los síntomas físicos es la principal razón de los pacientes para visitar a los médicos de atención primaria. Sin embargo no todos los individuos que presentan síntomas físicos consultan con un profesional de la salud. Además de la gravedad y la duración de un síntoma, las preocupaciones específicas, las expectativas y los factores psicológicos, son importantes los motivos de los pacientes para buscar atención médica por sus síntomas somáticos. La mayoría de las personas que padecen síntomas físicos no buscan atención médica, la mayor parte de estos síntomas son ignorados, son auto-limitados, o son auto-gestionados. Y aquellos que presentan síntomas físicos y consultan con un profesional de la salud tienen más probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad o de depresión comparados con los que no buscan atención médica.

Confirmar que los factores psicológicos son la causa real de los síntomas físicos, más que simplemente una consecuencia o condición coexistente puede no ser fácil. Además, los pacientes somatizadores pueden resistirse vigorosamente a los esfuerzos para atribuir sus síntomas a causas no físicas, lo que hace difícil para el clínico explorar los fundamentos emocionales abiertamente y/o ofrecer tratamientos psicológicos (Kroenke & Rosmalen, 2006).

2. 3. 2. Síntomas físicos / Síntomas psicológicos

En 1970 Goldberb & Blackwell (citados por Gorosabel, 2013) denominaron morbilidad psiquiátrica oculta a los pacientes que presentan síntomas somáticos y normalmente reciben tratamiento sintomático, mostrando que pacientes considerados enfermos mentales por sus médicos no se presentan con quejas mentales, sino en su

mayoría con quejas somáticas. Dada la naturaleza eminentemente médica del primer nivel de atención y su accesibilidad, los pacientes pueden buscar la atención de síntomas somáticos, que a menudo son inespecíficos, sin revelar explícitamente su malestar psicológico.

En la American Psychiatric Association (APA), el uso del término "trastorno" sustituye al del "enfermedad", mientras que en la Organización Mundial de la Salud (OMS), la clasificación de los trastornos mentales sigue la misma rutina que la de las enfermedades venéreas o hepáticas (Ezama, Alonso & Fontanil, 2010). Sin embargo, al editar sus Manuales de Diagnóstico, los autores de ambas organizaciones reconocen que hay mucho de "físico" en los trastornos "mentales" y mucho de "mental" en los trastornos "físicos".

2. 3. 3. Somático / Somatización

Lipowski, en los años sesenta, definía la somatización como la tendencia a experimentar o expresar angustia en la forma de síntomas de una enfermedad física. Años más tarde, Burton (2012) diferencia entre la expresión de una enfermedad psicológica a través de síntomas físicos y la repetición de búsqueda de ayuda médica para múltiples síntomas médicos sin lesión orgánica del "trastorno de somatización", conceptos que se superponen pero que no son sinónimos. Bridges & Goldberg (citados por López & Belloch, 2002) diferencian entre "somatización parcial" cuando el paciente reconoce la posibilidad de que la angustia psicológica pueda estar causando los síntomas cuando se le pregunta directamente y "verdadera somatización" cuando el paciente no reconoce ninguna relación psicológica cuando se le pregunta a pesar de reunir los criterios diagnósticos.

Según Sayar, Kirmayer & Taillefer (2003), la enfermedad, la excitación emocional (o *arousal*) e incluso los procesos fisiológicos cotidianos producen sensaciones corporales que captan la atención en grados variables. En ciertas ocasiones, estas sensaciones pueden interpretarse como indicadores de la enfermedad (es decir, síntomas), una atribución que puede generar preocupación, catastrofización y desmoralización en la persona que los padece. Como resultado, estas personas pueden adoptar el "papel de enfermo", y las reacciones de otros pueden servir como refuerzo social de su comportamiento y experiencia de enfermedad. Aunque tal respuesta es normal a los signos de la enfermedad, puede alcanzar proporciones incapacitantes, dependiendo de la constitución natural del individuo, el contexto sociocultural en el cual se desenvuelve, y

una serie de factores disposicionales, tales como la experiencia previa de la enfermedad, la respuesta de los otros significativos, la personalidad, las habilidades de afrontamiento, y la reactividad autonómica.

No obstante, a pesar de su evidente atractivo, existen problemas con el concepto de somatización. En particular, con que dicho concepto se concentra más que nada en los factores que moderan los síntomas médicamente inexplicables, y sólo habla en términos muy generales de los mecanismos psicológicos involucrados en su mediación.

A este respecto, López & Belloch (2002) apuntan que al utilizar el término somatización, no debe hacerse referencia únicamente a la presencia de síntomas somáticos, sino que debe ponerse un especial acento en las conductas de enfermedad que supuestamente el paciente somatizador está presentando.

La conducta de enfermedad se considera anormal cuando existe una discrepancia entre la patología orgánica observada y la respuesta que manifiesta el paciente; y está en consonancia con las características atribuidas al rol de enfermo, como las verbalizaciones de malestar, frecuentes visitas al médico, consumo de medicamentos, permanecer en casa sin acudir al trabajo, etc., características que usualmente se han asociado con el concepto de somatización y han estado unidas indisolublemente con él. Además, se acuña el término *Doctor shopping* para designar el comportamiento reiterado de los grandes consumidores de recursos sanitarios, sin que exista justificación (orgánica) para ello, lo que desemboca en no pocas ocasiones en la injuriosa denominación de malos pacientes o pacientes difíciles (Gorosabel, 2013; Hahn et. al, 1994).

Aunque, como indica Gorosabel (2013) los constructos "trastorno de somatización" y "trastorno somatomorfo" son herramientas útiles y familiares para el psiquiatra y el psicólogo clínico, son menos utilizados en atención primaria y en otras especialidades médicas, donde los síntomas somáticos, dolores y molestias generales son a menudo clasificados como "quejas físicas médicamente inexplicables". La falta de formación o de experiencia no es una justificación para la discrepancia en el lenguaje entre estos dos niveles de atención.

2. 3. 4. Síntomas físicos específicos

Brown (2004) refiere que en algunos casos, los síntomas representan el componente somático de una condición psiquiátrica diagnosticable, tal como la depresión y la ansiedad. En un estudio realizado en población clínica de salud mental en

España con pacientes diagnosticados con dichos trastornos, Montalban et. al. (2010, citados por Gorosabel, 2013) detallan una distribución de síntomas físicos que se resume en la siguiente tabla.

Tabla I
Distribución de síntomas físicos en pacientes con diagnóstico de depresión y ansiedad, según Montalbán et. al. (2010)

Síntoma	Porcentaje
Cansancio y problemas de sueño	80%
Dolor de cabeza	74%
Dolor de estómago, espalda, brazos, piernas y articulaciones	50%
Dolor torácico	46%
Palpitaciones	67%
Mareos	50%
Síntomas gastrointestinales	Entre el 44 y 54%
Dolores o problemas con las relaciones sexuales	31%
Episodios de desmayo	13%

Fuente: Gorosabel (2013)

Adicionalmente, Gorosabel (2013) refiere que:

- Los síntomas originados en el aparato digestivo son muy frecuentes, con una prevalencia de depresión de cinco veces y de ansiedad casi cuatro veces superior en los pacientes con síntomas gastrointestinales en comparación con pacientes que no presentaban tales síntomas.
- El síntoma más documentado es el dolor. Sin embargo la mayoría de pacientes con dolor niegan abiertamente el componente afectivo, a pesar de tener otros síntomas psicopatológicos añadidos, como insomnio, anorexia, pérdida de peso, pérdida de libido, disminución de energía y anhedonia; o minimizan el estado de ánimo deprimido, que sólo atribuyen secundario a su dolor físico.
- Los síntomas somáticos dolorosos son dos veces más prevalentes en pacientes con trastornos de ansiedad que en el grupo control, y se asociaron significativamente con el funcionamiento y el estado de deterioro de la salud, tanto en el trastorno de ansiedad generalizado aislado como comórbido con trastorno depresivo.

2. 3. 5. Comorbilidad con enfermedades médicas

Como se ha visto en los párrafos anteriores, los síntomas físicos pueden presentarse en ausencia de una enfermedad orgánica demostrable, o que esta enfermedad no explique completamente los síntomas somáticos presentados, o que sean parte del espectro sintomático de una enfermedad psíquica. A menudo, síntomas físicos y psicológicos ocurren simultáneamente y tanto el estado de ánimo como las quejas físicas pueden mejorar si se administra un tratamiento adecuado. Si existe una enfermedad física (por tanto se puede brindar una explicación para los síntomas) puede suceder que no se detecte un trastorno mental.

El concepto de comorbilidad es importante porque la presencia de una enfermedad comórbida a menudo puede complicar, interferir o aumentar la dificultad de tratamiento de la enfermedad índice, lo que empeora el pronóstico psiquiátrico. Para Fishbain et. al. (2014) pacientes con dolor crónico y fibromialgia muestran comúnmente comorbilidades tales como problemas de sueño, fatiga, hallazgos físicos no orgánicos, cefalea, síndrome de intestino irritable y síndrome de las piernas inquietas. Sin embargo, para dichos autores, poco se ha hecho para determinar si la prevalencia de estos trastornos somático/psiquiátricos es realmente mayor en personas con tales diagnósticos en comparación con controles.

Por otro lado, diversos autores dan cuenta de que pacientes que sufren un proceso médico tienen frecuentemente una comorbilidad depresiva, que a menudo pasa desapercibida ya que el enfoque diagnóstico de los médicos de atención primaria está dirigida por un modelo dominante de enfermedades somáticas. De hecho, algunos síntomas somáticos tales como trastornos del sueño, dolores difusos, fatiga, cambios de apetito, etc., pueden caracterizar tanto el proceso fisiopatológico de una enfermedad médica como el de un trastorno depresivo y el diagnóstico diferencial puede ser difícil.

Por otro lado, los trastornos mentales pueden empeorar el pronóstico de la enfermedad médica, así como pueden causar el mantenimiento o amplificación de síntomas somáticos que hacen a la persona adoptar un "papel de enfermo".

Según Kroenke & Rosmalen (2006), los siguientes son factores predictores de comorbilidad psiquiátrica en pacientes que presentan sintomatología física:

- Síntomas inexplicados después de la evaluación inicial del médico.
- Múltiples síntomas.
- Tres o más síntomas inexplicables.
- Síntomas del dolor en dos o más regiones del cuerpo.

- Múltiples síndromes somáticos funcionales.
- Síntomas crónicos o recurrentes.
- Uso frecuente de atención médica (visitas a clínicas o de urgencias; hospitalizaciones).
- Antecedentes de medicación.
- Polifarmacia (especialmente para los síntomas).
- Falta de respuesta a múltiples ensayos de medicación para el mismo síntoma.
- Intolerancia de múltiples medicamentos (efecto "nocebo").
- Encuentros difíciles (según lo perciben los médicos).
- Haber experimentado estrés la semana pasada.
- El recuento de síntomas es alto (más de cinco según un cuestionario estandarizado).
- La auto-evaluación de la salud es baja.
- La gravedad del síntoma es alta (mayor a cinco en una escala de 10 puntos donde 0 es ninguna gravedad y 10 es insoportable).

2. 3. 6. Disociación

En su teoría de la disociación, Pierre Janet expuso que individuos (a quienes denominó "histéricos"), experimentan un estrechamiento espontáneo de atención como consecuencia de la exposición a eventos traumáticos. Este estrechamiento de la atención lleva al desarrollo de síntomas inexplicables a través de dos mecanismos básicos:

- Estrechamiento atencional: que limita el número de canales sensoriales que se pueden atender simultáneamente. Con el tiempo, el individuo tenderá a concentrarse en algunos canales sensoriales a expensas de otros, sin embargo, la información en este canal sigue siendo procesada fuera de la conciencia (es decir, disociada).
- Activación de recuerdos: los cuales se malinterpretan como percepciones, más que como recuerdos. En ausencia de integración, el paciente tiene poco o ningún control sobre la activación de estos recuerdos, que pueden ser provocados por eventos relacionados en el entorno.

Según Janet, la fragmentación de la memoria asociada con síntomas inexplicables es provocada por la ocurrencia de acontecimientos traumáticos, que se consideraban de carácter destabilizador sobre el procesamiento mental en general.

Consistente con lo anterior, diversos autores modernos refieren que los individuos traumatizados tienen más experiencias disociativas y más casos de síntomas

médicamente inexplicables. Aunque las similitudes entre el original de Janet y modelos más recientes de síntomas médicamente inexplicables son considerables, hay una diferencia fundamental. De acuerdo a Janet, la disociación es un proceso anormal provocado por estrés en la mente constitucionalmente débil de un paciente histérico: por tanto, sólo aquellos individuos con tal debilidad psicológica experimentarán disociación y en consecuencia, síntomas inexplicables. En contraste, la mayoría de los modelos contemporáneos aceptan la disociación como un proceso psicológico normal, utilizado por el organismo como un mecanismo de defensa ante el trauma. Cuando este proceso normalmente adaptativo está sobregeneralizado es que se vuelve desadaptativo.

2. 3. 7. Conversión

El concepto de conversión fue introducido por Breuer y Freud como una extensión a la disociación de Janet. Según Breuer y Freud, el cerebro a menudo intenta regular la experiencia consciente del afecto negativo suprimiendo (o reprimiendo) el recuerdos asociados con trauma personal. Este proceso de represión puede impedir que la energía neural sea descargada de la manera usual, y el afecto negativo es convertido en un síntoma somático que estaba presente en el momento del trauma original o que es alguna representación simbólica del mismo. Los síntomas inexplicables pueden ser vistos como un servicio defensivo para la reducción de la ansiedad y adicionalmente, cualquier ventaja asociada con estar enfermo (por ejemplo, simpatía, atención, evitación del trabajo) representa la ganancia secundaria de tales síntomas.

Muñoz (2009) define conversión como el proceso mediante el cual una persona convierte involuntariamente un conflicto emocional en uno o más síntomas neurológicos, usualmente en el sistema motor voluntario, sensitivo o ambos. Las poblaciones en las que mayoritariamente se presenta va de los diez a los treinta y cinco años aproximadamente, siendo más frecuente en mujeres, y estando su aparición relacionada con eventos vitales altamente estresantes para el individuo.

Una característica primordial, aunque no un criterio diagnóstico del trastorno, es la "bella indiferencia": paradójica e inapropiada ausencia de preocupación y ansiedad que muestran los pacientes frente a los síntomas.

Puesto que los síntomas conversivos no tienen una base fisiopatológica, no existe una correspondencia neuroanatómica. Las formas más frecuentes de conversión y algunas de las inconsistencias que se pueden observar son (Muñoz, 2009):

- Debilidad muscular: en todo un hemicuerpo más que en una única extremidad. La debilidad no sigue patrones anatómicos, por lo que se pueden encontrar variaciones sutiles de un examen físico a otro. Es posible observar que la “parálisis” de una extremidad causa contracción de los grupos musculares opuestos, la no presencia de atrofia muscular, normalidad en los reflejos osteotendinosos y resistencia muscular discontinua.
- Síntomas sensoriales: el paciente pierde la sensibilidad de una o varias partes del cuerpo, no siempre las alteraciones siguen la distribución de los dermatomas. Pueden presentarse parches discretos de anestesia, o pérdida hemisensorial que pasan la línea media.
- Síntomas visuales: diplopía, defectos del campo visual, visión en túnel, ceguera bilateral. Los reflejos pupilares pueden estar intactos y en pacientes con aparente ceguera se puede observar nistagmus optoquinético.
- Pseudoconvulsiones: movimientos tónico-clónicos muy similares a los de los trastornos convulsivos, de hecho es el síntoma más difícil de distinguir de sus equivalentes orgánicos. Durante los ataques hay marcado compromiso de los músculos del tórax, con opistótonos y movimientos rotatorios de la cabeza o del cuerpo, los movimientos de las extremidades son al azar, se incrementan cuando se intenta aplicar restricción física, la cianosis es rara, los reflejos pupilares y corneal suelen estar presentes, la mordedura de la lengua y la incontinencia urinaria son raras y los episodios ocurren más frecuentemente frente a otras personas y no en solitario o mientras se está durmiendo. Del 5% al 35 % de los pacientes con pseudocrisis tienen epilepsia diagnosticada.
- Trastornos de movimiento: mioclonos, parkinsonismo, distonías, disquinesias y temblores.

Las inconsistencias que se buscan al examen físico son para realizar el diagnóstico y no para desenmascarar al paciente pues como se ha expuesto insistentemente, en los trastornos somatomorfos no media la intencionalidad. Cuando los síntomas aparecen de forma súbita, se logra identificar un evento precipitante, hay historia de buena salud premórbida y ausencia de enfermedad psiquiátrica o médica, el pronóstico se considera favorable. Si por el contrario lo que predomina son las pseudocrisis, los temblores y la amnesia, el pronóstico se empobrece (Muñoz, 2009).

A pesar de su continua popularidad, existen importantes problemas con el enfoque de la enfermedad inexplicable descrito por Breuer y Freud. En particular, existen dudas respecto a la presunción de que los síntomas son necesariamente producto de un

conflicto psicológico no resuelto e inconsciente; la ausencia de conflicto aparente se toma como evidencia para el funcionamiento de la represión. El problema se ve agravado por la suposición de que los síntomas inexplicables son un símbolo del conflicto subyacente, más que una expresión directa de ella. Para la formulación y el tratamiento de los síntomas médicamente inexplicables, el investigar sin cesar material olvidado, especialmente en relación con la victimización sexual, produce riesgo de crear recuerdos convincentes pero falsos de abuso.

2. 3. 8. Hipocrondriasis

La característica central de este trastorno es la creencia persistente de tener una enfermedad seria no diagnosticada, basada en la inadecuada interpretación de síntomas o de sensaciones corporales, que no se modifica a pesar de la comunicación médica que no existe tal enfermedad (Muñoz, 2009). La prevalencia en la práctica médica general es del 4% al 9 %, es igual para hombres y mujeres, se presenta en todas las edades especialmente en adultos jóvenes y el antecedente de enfermedades graves en la persona o en sus familiares es frecuente.

La preocupación puede ser con experiencias transitorias como latidos, fasciculaciones, mareos, etc., con estados anormales triviales como tos o cefalea, o con patologías previamente diagnosticadas. Cualquier sensación o síntoma puede tomarse como evidencia de la enfermedad que se cree padecer. El curso del trastorno es crónico y su detección generalmente es tardía.

2. 4 Clasificación y criterios de diagnóstico internacionales

En 1859 Paul Briquet (citado por López & Belloch, 2002), en su obra *Traite Clinique et Therapeutique de L'histerie*, describió un cuadro psicopatológico principalmente presente en mujeres y cuyas principales quejas tenían contenidos sexuales y síntomas de dolor. Dicho síndrome era conceptualizado como una forma de histeria en la que los pacientes presentaban una conducta extravagante y emocional, que aparecía a una edad temprana y se mantenía estable a lo largo del tiempo. A través de los diferentes sistemas diagnósticos, el actual Trastorno de Somatización se ha ido entretejiendo alrededor de la descripción de Briquet.

El concepto de Trastorno de Somatización fue retomado en 1968 en el DSM - II, donde se le presentó como Síndrome de Briquet, describiendo un subgrupo de pacientes

histéricos caracterizados por múltiples quejas somáticas principalmente referidas a vómitos, intolerancia a la comida, pérdida de conciencia, cambio de peso, dismenorrea e indiferencia sexual, no pudiendo asociarse a una enfermedad física que los justifique adecuadamente. Inicialmente, el diagnóstico del síndrome de Briquet requería la presencia de al menos 25 síntomas de un listado de 60, pertenecientes a 9 o 10 categorías (véase Tabla 2).

Tabla 2
Listado de síntomas de Feighner para el Síndrome de Briquet

Grupo	Síntomas
1	Cefaleas, enfermizo la mayor parte de la vida.
2	Parálisis, afonía, ataques o convulsiones, inconsciencia, amnesia, sordera, alucinaciones, retención urinaria, dificultades de la marcha, otros síntomas "neurológicos".
3	Fatiga, sensación de nudo en la garganta, voz débil, visión borrosa, debilidad, disuria.
4	Respiración dificultosa, palpitaciones, crisis de angustia, dolor torácico, mareos.
5	Anorexia, pérdida de peso, fluctuaciones importantes de peso, náuseas, distensión abdominal, intolerancias alimentarias, diarrea, estreñimiento.
6	Dismenorrea, irregularidades menstruales, amenorrea, menstruaciones abundantes.
7	Indiferencia sexual, frigidez, dispareunia, otras dificultades sexuales, vómitos durante los 9 meses de embarazo o hiperémesis gravídica.
8	Dolor abdominal, vómitos.
9	Dolor de espalda, dolor articular, dolor de las extremidades, dolor o escozor en los órganos sexuales, boca o recto; otros dolores corporales.
10	Nerviosismo, miedos, sentimientos depresivos, necesidad de abandonar el trabajo o incapacidad para realizar las tareas habituales de la casa a causa de sentirse enfermo, facilidad de llanto, sentimiento de desespero, pensamientos positivos respecto a la muerte, necesidad de morirse, pensamiento suicida e ideación suicida.

Fuente: Adaptado de López & Belloch (2002)

Es en el DSM – III (APA, 1980) se utiliza por primera vez el término trastorno de somatización como diagnóstico oficial. La sustitución del término síndrome de Briquet por el de trastorno de somatización viene motivada por el interés de suprimir, en esa versión del manual diagnóstico, la mayor parte de epónimos. En esta edición del DSM se incluye igualmente por primera vez la categoría de trastornos somatomorfos, en la que se incluyeron siete trastornos, a saber: trastorno de somatización, trastorno somatoforme

indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal, y trastorno somatoforme no especificado. El trastorno por somatización queda definido, con un carácter esencialmente descriptivo, como un desorden crónico (aunque fluctuante), polisintomático, que empieza antes de los 30 años y que ocurre prioritariamente en la mujer. El número de síntomas evaluados pasa de los 60 del listado original a 37 (necesariamente de orden pseudoneurológico, gastrointestinal, sistema reproductor femenino, psicosexual, dolor y cardiopulmonar), excluyéndose, entre otros, los síntomas de carácter psicológico como por ejemplo: nerviosismo, sentimientos depresivos, facilidad de llanto o pensamientos suicidas. La corroboración de que el síntoma está "realmente presente" no es imprescindible: "el hecho de que el síntoma sea narrado por el individuo ya es suficiente" (APA, 1980, citado por López & Belloch, 2002, p. 81). Para recibir el diagnóstico se requiere la presencia de una historia de al menos 12 síntomas en hombres y 14 para las mujeres.

Con el DSM – III – R (APA, 1988), se iguala en 13 el número de síntomas para hombres y mujeres, y el número de síntomas a evaluar se reduce de 37 a 35. Otra importante modificación es la inclusión de la creencia de estar enfermo como criterio primario y una alternativa a la presencia de múltiples síntomas; característica diagnóstica ésta que no será mantenida en el DSM – IV. También se explicita que los síntomas no aparecen únicamente durante las crisis de angustia y se incluye también como síntoma diagnóstico aquel que, aun poseyendo un origen médico, ocasiona un malestar excesivo al que cabría esperar por la historia clínica. Finalmente el DSM – III - R propone siete síntomas que podrían considerarse casi patognomónicos: dismenorrea, nudo en la garganta, vómito, dificultades para respirar, ardor en recto, genitales o boca, dolor en extremidades y amnesia.

En los criterios para el trastorno de somatización propuestos en el DSM – IV (APA, 1994) se pretendió realizar una definición desde el punto de vista de la especificidad y sensibilidad, como de la facilidad y comodidad a la hora de establecer el diagnóstico. El número de síntomas queda reducido a ocho en ambos sexos. Los síntomas han de especificarse, requiriéndose al menos una historia de cuatro síntomas de dolor, dos gastrointestinales, un síntoma sexual y un síntoma pseudoneurológico. También se eliminó el criterio referido a la creencia de tener una enfermedad, junto con la referencia explícita al carácter de *screening* de algunos síntomas.

Finalmente, en el DSM – V se introduce la idea de que argumentar que un síntoma es médicamente inexplicable deslegitima la experiencia del paciente por lo que un diagnóstico sobre estos síntomas no debe realizarse por exclusión; pero al mismo tiempo,

considerar a cualquier persona con al menos una enfermedad física como trastorno mental no sería tampoco acertado. En este manual se reagrupan las categorías del Trastorno de Somatización, Somatomorfo Indiferenciado y Trastorno por Dolor en la denominación de Trastorno de Síntomas Somáticos. La investigación sugiere que es más relevante el número total de síntomas, la preocupación y la angustia emocional que causan y la dificultad del individuo para afrontarlos, que si éstos son inexplicados o no, lo que se relaciona con la discapacidad y el uso excesivo de los servicios sanitarios (Barski, 2015). Es decir, el foco ahora está en los pensamientos, afectos y comportamientos auto-reportados del paciente.

Estos cambios significativos en los criterios diagnósticos desde la perspectiva del DSM plantean grandes dificultades en la investigación y en el abordaje, sin embargo. No sólo requieren la revisión de los instrumentos de diagnóstico existentes y los inventarios de síntomas, también dificultan la interpretación de la literatura existente, debido a que la entidad que se estudió previamente no se acopla perfectamente con la entidad recién redefinida.

Respecto a la CIE, el concepto de Trastorno de Somatización no fue incluido hasta su décima versión (OMS, 1992), siendo conceptualizado por la CIE – 9 como un tipo de histeria, sin especificar criterios para el diagnóstico. Para este sistema clasificatorio el criterio fundamental es la presencia de síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado explicación médica (los más frecuentes serían molestias gastrointestinales y dérmicas junto con quejas menstruales y sexuales). Incluye también como criterio la negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para sus síntomas.

En los criterios diagnósticos de investigación de la CIE – 10 se propone una distribución específica de síntomas, requiriendo la presencia de 6 síntomas de un total de 14, distribuidos en cuatro categorías. Estos seis síntomas deben pertenecer al menos a dos de las categorías.

En la Tabla 3 se presentan las diferencias diagnósticas del Trastorno de Somatización en los distintos Manuales de Diagnóstico.

Tabla 3

Diferencias diagnósticas del Trastorno de Somatización en los distintos Manuales de Diagnóstico

	Síndrome de Briquet	DSM – III	DSM – III – R	DSM – IV	DSM – IV – TR	DSM – V	CIE – 10	CIE – 10 Investigación
Nombre	Síndrome de Briquet.	Trastorno de Somatización.	Trastorno de Somatización.	Trastorno de Somatización	Trastorno de Somatización	Trastorno de Síntomas Somáticos.	Trastorno de Somatización.	Trastorno de Somatización.
Definición	Síntomas recurrentes de diferentes sistemas orgánicos, asociados con malestar psicológico; sin enfermedad física demostrable.	Quejas somáticas recurrentes y múltiples de muchos años de duración, para las que se ha buscado ayuda médica y sin alteración física.	Síntomas somáticos recurrentes y múltiples, a veces de muchos años de duración, para las que se ha buscado ayuda médica y sin alteración física.	Patrón de síntomas somáticos recurrentes y múltiples, clínicamente significativos. No explicados totalmente por la presencia de una enfermedad.	Patrón de síntomas somáticos recurrentes y múltiples, clínicamente significativos. No explicados totalmente por la presencia de una enfermedad.	Uno o más síntomas somáticos que causan malestar. Pensamientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas y su gravedad.	Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática.	Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática.
Duración	Crónica.	Crónica, al menos 2 años.	Crónica, al menos 2 años.	Crónica, al menos 2 años.	Crónica, al menos 2 años	Más de seis meses.	Crónica, al menos 2 años.	Crónica, al menos 2 años.
Inicio	Antes de los 30 años.	Antes de los 30 años.	Antes de los 30 años.	Antes de los 30 años.	Antes de los 30 años.	No específica.	Antes de los 30 años.	Antes de los 30 años.
Curso	Crónico.	Crónico y fluctuante.	Crónico y fluctuante.	Crónico y fluctuante.	Crónico y fluctuante.	Crónico y fluctuante.	Crónico y fluctuante.	Crónico y fluctuante.
Sexo	Sobre todo mujeres.	Sobre todo mujeres.	Sobre todo mujeres.	Sobre todo mujeres.	Sobre todo mujeres.	Sobre todo mujeres.	Sobre todo mujeres.	Sobre todo mujeres.
Valoración	El síntoma	Las quejas se	Las quejas se	El síntoma ha	El síntoma ha	Existe una atención	Múltiples	Múltiples

"positiva" del síntoma	tiene que haber causado la visita del enfermo al médico, afectar su vida normal, inducir a medicación o ser "de importancia clínica".	presentan a menudo de forma dramática, vaga o exagerada o son parte de una historia médica complicada, pero no hay evidencia de enfermedad, existiendo diversos tratamientos.	presentan a menudo de forma dramática, vaga o exagerada o son parte de una historia médica complicada, pero no hay evidencia de enfermedad, existiendo diversos tratamientos.	de ser clínicamente significativo, requiere tratamiento médico o causa un deterioro evidente en las áreas social, laboral u otras áreas importantes de la actividad del individuo.	de ser clínicamente significativo, requiere tratamiento médico o causa un deterioro evidente en las áreas social, laboral u otras áreas importantes de la actividad del individuo.	importante a las preocupaciones somáticas, presentándose inicialmente en centros médicos, no de salud mental. Los síntomas causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.	exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas.	exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas.
Aceptación del diagnóstico	Los pacientes consideran que han estado enfermos la mayoría de su vida.	No hay referencia explícita.	Se explicita que la creencia de estar enfermo puede ser indicador del trastorno.	No hay referencia explícita.	No hay referencia explícita.	La persona presenta pensamientos o comportamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los síntomas y la preocupación por su salud.	Incluye como criterio la negativa persistente a aceptar las explicaciones médicas.	Incluye como criterio la negativa persistente a aceptar las explicaciones médicas.
Síntomas para el diagnóstico	25 de 60.	13 de 37.	H: 12 M: 14 de 35.	8 de 34 (en 4 categorías).	8 de 34 (en 4 categorías).	Uno o más.	No específica.	6 de 14.

Fuente: Adaptado de López & Belloch (2002).

2. 5. Características clínicas del paciente somatizador

Bridge & Goldberg (1985, citados por López & Belloch, 2002) han definido al paciente somatizador a partir de la presencia de cuatro características, según se detallan a continuación:

- a) es un individuo que realiza una presentación somática de su malestar,
- b) realiza una atribución somática para sus síntomas,
- c) se constata la existencia de un trastorno psiquiátrico;
- d) existe la expectativa de una respuesta positiva al tratamiento psiquiátrico.

López & Belloch (2002) refieren que los pacientes somatizadores tienden a padecer más trastornos psiquiátricos que pacientes con síntomas físicos de enfermedad; a la vez que los pacientes depresivos presentan un mayor índice de síntomas somáticos que pacientes no depresivos. De la correlación positiva entre depresión y síntomas somáticos surge el término de depresión enmascarada, que se definiría como la manifestación de un trastorno depresivo fundamentalmente mediante síntomas más intensos y graves que los síntomas psíquicos. Ello da lugar a que no sean diagnosticados, y por consiguiente queden sin tratamiento en un marco de atención a la salud mental. Para los autores, puede argumentarse que la depresión enmascarada puede ser más una cuestión de evaluación y diagnóstico (o ausencia de éste), que una categoría diagnóstica o tipología psicopatológica diferente.

Sin embargo, otros autores indican que sólo una pequeña proporción de los pacientes inicialmente diagnosticados como somatizadores (en el sentido de manifestar un trastorno psíquico enmascarado tras síntomas físicos), se resisten a una interpretación psicológica de su malestar, después de someterse a una adecuada evaluación diagnóstica, y en el contexto de atención primaria, el presentar fundamentalmente síntomas orgánicos viene determinado más por el contexto social de la atención médica que por las características psicológicas del paciente.

Por otro lado, la comorbilidad entre somatización y otros trastornos psiquiátricos, en concreto depresión y trastornos de ansiedad, invita a pensar que lo que en ocasiones se denomina somatizador puede tratarse de un trastorno ansioso o depresivo que presenta manifestaciones físicas, síntomas que constituyen una característica intrínseca del propio trastorno tímico o de ansiedad.

2. 6. Diagnóstico diferencial

Seguendo a Flores (2016), el diagnóstico de los síntomas físicos médicamente inexplicables se realiza normalmente con nombres inespecíficos, en función de la especialidad médica en que se hace la consulta. Los términos síntomas físicos médicamente inexplicables, síntomas sin explicación médica, el trastorno somatomorfo, somatización, y los síndromes somáticos (por ejemplo, el síndrome de intestino irritable, la fibromialgia, cistitis intersticial, fatiga crónica, síndrome de agotamiento profesional, etc.) a menudo se utilizan indistintamente.

Como indican López & Belloch (2002), la inespecificidad de los síntomas que constituyen el trastorno de somatización hacen especialmente relevante un detenido establecimiento del diagnóstico diferencial, en el que además de tener en cuenta otros trastornos psiquiátricos, se ponga un especial énfasis en valorar otras enfermedades médicas caracterizadas por síntomas que podrían solaparse con los que se incluyen en la categoría del trastorno de somatización. El establecimiento de un diagnóstico diferencial cobra especial relevancia cuando entendemos los trastornos psiquiátricos de un modo categorial, estructurados a partir de determinadas nosologías.

Lo anterior no es una tarea sencilla, puesto que, como afirma Gorosabel (2013) no parece haber un claro umbral del número de síntomas que justifique un punto de corte específico, como sí lo hay para otros trastornos psiquiátricos y para otros trastornos médicos. Adicionalmente, se ha argumentado que una "cuenta" de síntomas es una forma extraña de hacer un diagnóstico y cualquier elección de un umbral sería arbitraria, haciéndose necesario contar con criterios "positivos" psicológico/conductuales, además de los síntomas sin explicación médica para hacer un diagnóstico somatomorfo.

Escobar & Gara (1993; citados por Gorosabel, 2013) estudiaron algoritmos para determinar si los síntomas físicos sin explicación se deben con mayor probabilidad a un origen psicológico: un síntoma físico puede considerarse de origen psicológico si se encuentran al menos uno de los siguientes criterios (a más criterios más alta será la probabilidad):

- Los síntomas coexisten con síntomas de un trastorno psiquiátrico mayor, como trastorno depresivo mayor o trastorno de pánico,
- Síntomas que siguen a eventos traumáticos,
- Síntomas que conducen a "gratificación" psicológica (ganancia secundaria),
- Síntomas que son una manifestación de la personalidad del individuo (por ejemplo neuroticismo), y

- Síntomas que se hacen persistentes, se entremezclan con una amalgama de otros síntomas, comportamientos y emociones, incluyendo uso excesivo de los servicios médicos, insatisfacción general con la atención médica y sus proveedores, disminución de la actividad y productividad en el trabajo.

2. 6. 1. Diagnóstico diferencial: Trastorno hipocondríaco:

El aspecto característico del trastorno hipocondríaco es el miedo, la preocupación o la idea de padecer una enfermedad grave (APA, 1994).

En el DSM – V (APA, 2013), se le denomina como Trastorno de Ansiedad por enfermedad, y se refiere a la preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave, sin que existan síntomas somáticos, o en presencia de algunos muy leves.

El matiz diferenciador entre la hipocondría (o ansiedad por enfermedad) y el trastorno de somatización referido por la CIE - 10 resulta especialmente interesante. Por un lado se indica que en el trastorno de somatización se pone un mayor énfasis sobre los síntomas en sí mismos y sus efectos aislados, mientras que en la hipocondría se presta más atención a la enfermedad subyacente. Y por otro, que en la somatización se solicita tratamiento para paliar el malestar, mientras que en la hipocondría las exploraciones médicas tienen como objetivo descartar la presencia de una enfermedad grave. En la CIE-10 no se plantea la posibilidad de que dentro de un trastorno de somatización se den preocupaciones hipocondríacas, pues en este caso se hablaría de trastorno hipocondríaco. Ante la presencia de quejas somáticas recurrentes, unidas a preocupaciones hipocondríacas, se prioriza el diagnóstico de hipocondría.

2. 6. 2 Diagnóstico diferencial: Simulación y trastorno facticio

Según Muñoz (2009), la simulación puede presentarse en dos formas: las personas inventan los síntomas y engañan con el propósito de obtener algún beneficio, o exageran los síntomas de una patología pre-existente, conociendo claramente el porqué de su conducta.

El diagnóstico se realiza una vez que se hayan descartado todos los demás posibles diagnósticos. Si es posible, se deben identificar los incentivos externos que motivan el engaño; las pruebas psicológicas, especialmente el MMPI, suelen ser de gran ayuda (Muñoz, 2009).

En el trastorno facticio, por el contrario, los pacientes inventan los síntomas, saben que están engañando, pero no saben por qué lo hacen. Su motivación es entonces inconsciente y se cree que lo que buscan es asumir el rol de enfermo y lo que esta condición significa por sí misma: ser objeto de múltiples cuidados, ser tratado con amabilidad, con respeto, ser tenido en cuenta por los diferentes profesionales, etc. (Muñoz, 2009). Estos pacientes consultan generalmente a hospitales escuela donde hay estudiantes fáciles de engañar, en horarios de cambio de turno y especialmente los fines de semana, cuando no están disponibles los especialistas.

Capítulo III

Problema y

Objetivos

3.1. Problema de Investigación

Al generar la pregunta de investigación se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- **Problema que motivó la investigación:** La dificultad para integrar el concepto de síntomas físicos médicamente inexplicables a la práctica psicológica, y las limitaciones que esta dificultad ha ocasionado en el desarrollo de procesos diagnósticos y la implementación de tratamientos efectivos.
- **Definición operacional:** Para propósitos de la presente investigación, se utilizará la definición de Aamlad, Malterud & Werner (2014) para síntomas físicos médicamente inexplicables: "síntomas físicos sin causa orgánica identificada, que duran al menos tres meses y llevan a una pérdida de funcionamiento (ausencia por enfermedad o discapacidad, o alejamiento de actividades sociales como deportes, eventos sociales u otras actividades de ocio). En caso de enfermedades comórbidas, los síntomas inexplicables deben sobrepasar la pérdida de funcionamiento esperable a los síntomas médicamente explicables" (p. 2, traducción libre por la autora). Adicionalmente, se utilizará como sinónimo el concepto de somatización, entendido como "una queja física, que ocasiona malestar, en ausencia de hallazgos clínicos que permitan postular una causa orgánica que pueda explicarla completamente" (López & Belloch, 2002 p. 73), debido a que "el concepto de síntomas somáticos en relación a enfermedad médica es muy amplio, y el término es utilizado para casi todos los síntomas médicos para los cuales no hay suficiente explicación médica" (Grover, 2013 p. 52).
- **Pacientes:** pacientes adultos (mayores de 18 años) con síntomas físicos que son inexplicables con los criterios y técnicas médicas de las que se dispone en la actualidad, atendidos en el servicio de atención primaria en salud, o referidos a servicios especializados de Psicología Clínica o Psicología de la Salud.
- **Desenlace:** se espera lograr una definición conceptual del concepto de síntomas físicos médicamente inexplicables, que integre los factores emocionales, cognitivos y fisiológicos; como base para abordajes terapéuticos más integrales y eficaces.
- **Tipo de estudios:** Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y meta análisis que permitan responder la pregunta de investigación con el mejor grado de evidencia posible, teniendo en cuenta los escasos trabajos en la literatura científica rigurosa sobre este tema. Se regirán bajo los criterios de inclusión y exclusión.

Con base en lo anterior, la pregunta de investigación es:
¿Cuál es el papel de la Psicología en el abordaje de los síntomas físicos médicamente inexplicables?

3. 2. Objetivo General

Proveer una revisión comprehensiva de la literatura disponible en bases de datos internacionales respecto a síntomas físicos médicamente inexplicables.

3. 3. Objetivos específicos

- Describir las principales líneas de investigación llevadas a cabo en el tema de síntomas físicos médicamente inexplicables.
- Describir los procesos psicológicos implicados en la sintomatología física médicamente inexplicable según la literatura.
- Realizar una revisión de los síntomas físicos sin base orgánica comúnmente reportados por pacientes que acuden a los sistemas de salud, según la literatura consultada.
- Describir las intervenciones psicoterapéuticas llevadas a cabo sobre sintomatología física médicamente inexplicable desde el año 2005.
- Recopilar las herramientas psicométricas utilizadas en las investigaciones cuasi experimentales sobre el tema de sintomatología física médicamente inexplicable, incluidas en la presente revisión.
- Describir los factores psicosociales que precipitan la aparición de sintomatología física médicamente inexplicable, según la literatura.
- Describir los factores psicosociales que contribuyen con el mantenimiento de la sintomatología física médicamente inexplicable, según la literatura.

Capítulo IV

Metodología

4. 1. Estrategia metodológica

De acuerdo con Beltrán (2005), en la práctica clínica se generan frecuentemente dudas en torno a la toma de decisiones respecto a los problemas por los que consultan los pacientes. La Medicina Basada en Evidencia ha desarrollado aspectos prácticos para la búsqueda de la evidencia y solución de nuestras preguntas. Uno de sus aportes es la posibilidad de trabajar con bases de datos. Para dicho autor, el acceso a las bases de datos ha creado la falsa impresión de que ahí se contiene toda la evidencia existente, cuando en verdad requiere que algún grupo o persona logre obtenerla y sintetizarla para hacerla realmente efectiva en el uso práctico.

Las revisiones sistemáticas representan un estudio integrativo, observacional, retrospectivo, secundario, en el cual se combinan estudios que examinan la misma pregunta. Se trata de investigaciones científicas en las que la unidad de análisis son los estudios originales primarios, a partir de los cuales se pretende contestar a una pregunta de investigación claramente formulada mediante un proceso sistemático y explícito (Ferreira, Urrutia & Alonso, 2011).

Para Higgins & Green (2011), algunos de los puntos importantes a tener en cuenta cuando se planea una revisión sistemática son:

- Las preguntas de la revisión deben orientar las opciones prácticas que afrontan las personas cuando deben decidir sobre la atención sanitaria.
- Las revisiones deben abordar las variables de resultado que serán importantes para las personas que toman decisiones sobre la atención sanitaria.
- Los autores de la revisión deben describir cómo manejarán tanto los beneficios como los efectos adversos de una intervención.
- Los métodos utilizados en una revisión deben seleccionarse para optimizar la posibilidad de que los resultados aporten la mejor evidencia actual sobre la cual basar las decisiones, y deben ser descritos con suficiente detalle en el protocolo para que los lectores comprendan los pasos planificados.
- Los lectores deben saber cuando la evidencia no es fiable o cuando no hay evidencia científica sobre determinadas variables de resultado que puedan ser importantes para los que toman las decisiones. La falta de evidencia de un determinado efecto no debe confundirse con la existencia de evidencia científica sobre la ausencia de un determinado efecto.
- No es útil incluir evidencia científica con un alto riesgo de sesgo en una revisión, aún en los casos en los que la evidencia disponible no es mejor. Igualmente, no es

útil centrarse en variables de resultado triviales sólo porque hayan sido escogidas por otros investigadores para hacer las mediciones en estudios individuales.

- Es importante asumir una perspectiva internacional. La evidencia recopilada no debe estar restringida por nacionalidad o idioma sin una buena razón, la información recogida en los antecedentes sobre la prevalencia y la morbilidad debería ofrecer una visión global, y habría que hacer el esfuerzo de situar los resultados de la revisión en un contexto amplio.

4. 2. Procedimiento para la recolección y selección del material bibliográfico

Los siguientes corresponden a los pasos seguidos durante el proceso de recolección de material bibliográfico:

- a. Búsqueda de documentos publicados durante los últimos cinco años (2012 en adelante).
- b. Artículos con una antigüedad mayor a cinco años pero no mayor a diez años, que sean pertinentes al propósito de la investigación, serán recopilados con el proceso de configurar el marco teórico.
- c. Los artículos debieron haber sido publicados en bases de datos internacionales y en revistas indexadas nacionales.
- d. Las bases de datos consultadas fueron:
 - Bases de datos de la Universidad de Costa Rica: EBSCO, MedLine, PsychINFO y ScienceDirect.
 - Bases de datos de libre acceso en idioma inglés: PubMed y Cochrane.
 - Bases de datos de libre acceso en idioma español: Dialnet, Scielo y Redalyc.
 - Revisión manual de Revistas indexadas costarricenses.

Finalmente, se seleccionaron tres tipos de artículos:

1. Artículos en texto completo sobre diseños experimentales y cuasiexperimentales, particularmente aquellos de ensayos controlados.
2. Revisiones bibliográficas o metaanálisis referentes a criterios de diagnóstico, diagnóstico diferencial, etiología, etimología y tratamiento de los síntomas físicos médicamente inexplicables.

- Estudios cualitativos en texto completo, en los que se halla llevado a cabo un tratamiento psicológico para casos médicos que presentaran síntomas físicos inexplicables, y cuyos análisis se hayan realizado con una metodología cualitativa.

Para acceder a los artículos, se utilizaron las palabras clave “somatización”, “síntomas físicos médicamente inexplicables”, “síndromes somático funcionales”, “síntomas inexplicables múltiples”, “síntomas físicos idiopáticos”, “síntomas funcional somáticos” y “síntomas somatoformes”; y en inglés “somatization” y “medically unexplained physical symptoms”, “functional somatic syndromes”, “multiple unexplained symptoms”, “idiopathic physical symptoms”, “functional somatic symptoms”, “somatoform symptoms”. Se realizaron combinaciones entre los términos con el propósito de obtener el mayor número de estudios posible, utilizando las palabras intermedias OR y AND.

Se definieron los siguientes como criterios de Inclusión y Exclusión para la información:

Tabla 4
Criterios de Inclusión y Exclusión para la selección de información

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Documento escrito en idioma inglés o español. - Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y meta análisis referidos a síntomas físicos médicamente inexplicables; y Trastorno Somatomorfo, según los criterios de diagnóstico del DSM – IV – TR, Trastorno de Síntomas Somáticos según el DSM – V, y/o Trastorno de Somatización según la CIE – 10. - Intervenciones diagnósticas y psicoterapéuticas llevadas a cabo con pacientes que presentaran síntomas físicos médicamente inexplicables, Trastorno Somatomorfo, según los criterios de diagnóstico del DSM – IV – TR, Trastorno de Síntomas Somáticos según el DSM – V, y/o Trastorno de Somatización según la CIE – 10. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones únicamente farmacológicas. - Intervenciones cuyos criterios de diagnóstico pudieran guiar hacia el establecimiento del diagnóstico de una enfermedad somática. - Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y meta análisis referidos a Hipocondría, Trastorno Facticio, Conversión, Disociación y Trastorno Dismórfico corporal, según los criterios de diagnóstico del DSM – IV – TR. - Material divulgado en libros de texto. - Publicaciones anteriores al año 2012. - Acceso únicamente a Abstract o Resumen. - Descripción de sintomatología que no se ajusta a la definición conceptual de síntomas físicos médicamente inexplicables descrita en la

-
- Publicación a partir de 2012. presente investigación.
 - Intervenciones llevadas a cabo desde la Psicología Clínica, Psicología de la Salud o Atención Primaria en Salud.
 - Acceso al texto completo.
-

Fuente: Elaboración propia (2017)

A partir de lo anterior, y tomando en cuenta que el término somatización arroja una amplia variedad de condiciones, se seleccionó la relevancia del artículo según la siguiente hoja de selección:

Referencia del estudio: _____
Nivel de selección:
Título _____ Resumen _____ Texto _____
Criterios de selección:
Pacientes:
¿Se estudia a pacientes con síntomas físicos funcionales? Sí _____ No _____
¿Se incluye a pacientes cuyos síntomas físicos no cumplen criterios para el diagnóstico de una enfermedad somática? Sí _____ No _____
Intervención:
¿Recibió al menos uno de los grupos de tratamiento una intervención desde la Psicología Clínica o la Psicología de la Salud? Sí _____ No _____
Diseño:
¿Se trata de un ensayo clínico, una revisión sistemática o un meta análisis? Sí _____ No _____
Incluir _____ Excluir _____ Dudoso _____

Fuente: Elaboración propia (2017)

La búsqueda de información se llevó a cabo entre los meses de noviembre y diciembre de 2016, en idioma español e inglés.

4. 3. Procedimientos para la sistematización y el análisis de la información

Una vez seleccionados los artículos según los criterios expuestos en párrafos anteriores, se revisó cada uno de ellos, y se realizó la extracción sistemática de los datos utilizando un formulario teniendo en cuenta los siguientes ítems:

- Título, autor, país, año de publicación.
- Metodología.
- Participantes.
- Intervención.
- Medidas de resultados.
- Resultados.
- Conclusiones.

Capítulo V

Análisis de Resultados

5. 1. Investigación en el tema de los síntomas físicos médicamente inexplicables

A continuación se ofrecen los resultados de la revisión de literatura referente al tópico de los síntomas físicos médicamente inexplicables. La presente investigación se centra en específico en los aspectos psicológicos que acompañan o subyacen dichos cuadros.

Inicialmente, tras la búsqueda de bibliografía se recopiló un total de 51 artículos. De estos, se descartaron siete que no cumplían con el criterio de inclusión respecto a la fecha de su publicación (eran anteriores al año 2012), sin embargo, este material fue de utilidad para la construcción del marco conceptual. Posteriormente, se descartaron 12 artículos más, debido a que su contenido no respondía a los objetivos planteados.

En total, se encontraron cuatro estudios de tipo cuasi experimental:

Tabla 5
Principales hallazgos de estudios de tipo cuasi experimental

#	Autores	Publicación	Título
1	Burton, C.; Weller, D.; Marsden, W.; Worth, A. & Sharpe, M.	2012	A primary care Symptoms Clinic for patients with medically unexplained symptoms: pilot randomised trial.
2	Sánchez – García, M.	2014	Análisis de la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo - conductual en sujetos con somatizaciones.
3	Kleinstäuber, M.; Gottschalk, J.; Berking, M.; Jörn, R. & Rief, W.	2015	Enriching cognitive behavior therapy with emotion regulation training for patients with multiple medically unexplained symptoms (ENCERT): Design and implementation of a multicenter, randomized, active-controlled trial.
4	Frølund, H.; Frostholm, L.; Søndergaard J.; Ørnboel, E. & Schröder, A.	2016	Neuroticism and maladaptive coping in patients with functional somatic syndromes.

Fuente: Elaboración propia (2017)

Igualmente, se identificaron cinco estudios de tipo cualitativo:

Tabla 6
Principales hallazgos de estudios de tipo cualitativo

#	Autores	Publicación	Título
1	Klaus, K.; Rief, W.; Brähler, E.; Martin, A.; Glaesmer, H. & Mewes, R.	2012	The Distinction Between "Medically Unexplained" and "Medically Explained" in the Context of Somatoform Disorders.
2	Janssens, K.; Houtveen, J.; Tak, L.; Bonvanie, I.; Scholtalbers, A.; van Gils, A.; Geenen, R. & Rosmalen, J.	2016	A concept mapping study on perpetuating factors of functional somatic symptoms from clinicians' perspective.
3	Salkovskis, P.; Gregory, J.; Sedgwick-Taylor, A.; White, J.; Opher, S. & Ólafsdóttir, S.	2016	Extending Cognitive - Behavioral Theory and Therapy to Medically Unexplained Symptoms and Long - Term Physical Conditions: A Hybrid Transdiagnostic/Problem Specific approach.
4	Weiss, F.; Rief, W.; Martin, A.; Rauh, E. & Kleinstäuber, M.	2016	The Heterogeneity of Illness Behaviors in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms.
5	Yzermans, J.; Baliatsas, C.; van Dulmen, S. & Van Kamp, I.	2016	Assessing non - specific symptoms in epidemiological studies: Development and validation of the Symptoms and Perceptions (SaP) questionnaire.

Fuente: Elaboración propia (2017)

Se contó con siete revisiones sistemáticas y meta análisis

Tabla 7
Principales hallazgos de revisiones sistemáticas y meta análisis

#	Autores	Publicación	Título
1	Sharma, M. & Manjula, M.	2012	Behavioral and psychological management of somatic symptom disorders: An overview.
2	Niloofer, A.; Ahumada, S.; Johnson, L.; Mostoufi, S.; Golnari, G.; Reis, V. & Gundy, J.	2013	Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis.

3	Sánchez – García, M.	2013	Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso.
4	Zijlema, W.; Stolk, R.; Löwe B.; Rief, W.; BioSHaRE, White, P. & Rosmalen, J.	2013	How to assess common somatic symptoms in large - scale studies: A systematic review of questionnaires.
5	Koelen, J.; Houtveen, J.; Abbass, A.; Luyten, P.; Eurelings - Bontekoe, E.; Van Broeckhuysen - Kloth, S.; Bühring, M. & Geenen, R.	2014	Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta - analysis.
6	Flores, G.	2015	La Valoración de Incapacidades y los Síntomas Físicos Médicamente Inexplicables.
7	Mallorquí - Bagué, N.; Bulbena, A.; Pailhez, G.; Garfinkel, S. & Critchley, H.	2015	Mind - Body Interactions in Anxiety and Somatic Symptoms.

Fuente: Elaboración propia (2017)

Finalmente, se incluyeron cuatro estudios del tipo descriptivo - cuantitativo:

Tabla 8
Principales hallazgos de estudios de tipo descriptivo - cuantitativo

#	Autores	Publicación	Título
1	Rubio, L.; Villareal, J.; Pérez, X. & Guzmán, M.	2013	Prevalencia de estilos de afrontamiento y trastornos de somatización en docentes universitarios de dos Facultades de Psicología en Ibagué (Colombia).
2	Aamland, A.; Malterud, K. & Werner, E.	2014	Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice.
3	Venegas	2015	Enfermedades psicológicas que desencadenan enfermedades médicas en los pacientes del centro de salud Coishco, 2015.
4	Picariello, F.; Ali, S.; Moss – Morris, R. & Chalder, T.	2015	The most popular terms for medically unexplained symptoms: The views of CFS patients.

Fuente: Elaboración propia (2017)

Como se puede apreciar en la distribución anterior, la investigación cuasi – experimental en el tema de la sintomatología física médicamente inexplicable durante los últimos cinco años es escasa.

Una investigación del tipo cuasi – experimental debe cumplir con los siguientes requisitos (Manterola & Otzen, 2015):

- Su metodología lleva implícito el carácter prospectivo (la recolección de datos y seguimiento se desplaza por el eje longitudinal del tiempo hacia el futuro) y la intervención en el curso normal de los acontecimientos.
- Evaluar de forma especial, el efecto de una o más intervenciones de forma comparativa con otra intervención, o un placebo; por ende, debe planificarse la manera en que se decidirá cuales participantes van a recibir la intervención en estudio, el placebo, o la intervención estándar.
- Los participantes se agruparán en dos o más grupos. El grupo experimental (al que se aplicará la intervención en estudio); y él o los grupos control (al o a los que se aplicará un placebo o intervención, cuyo efecto es ya conocido).

A partir de lo anterior, se puede hipotetizar que el escaso número de investigaciones cuasi – experimentales se podría explicar a partir de las siguientes razones:

- La confusión que genera el concepto de somatización, así como la determinación de su diagnóstico y fenomenología, dificulta en muchos casos captar una población homogénea para el estudio.
- La dificultad para cuantificar los procesos psicológicos implicados en este tipo de trastornos, y para determinar si las intervenciones deben dirigirse a los síntomas físicos, a la conducta de enfermedad o a los procesos psicológicos.
- La dificultad para captar a los sujetos en los servicios de salud, puesto que en muchos casos se trata de sujetos que peregrinan de un servicio de salud a otro, siendo escasamente adherentes a las intervenciones.
- La modificación que sufrió el término síntomas físicos médicamente inexplicables e incluso el concepto de somatización a partir de la publicación del DSM – V, que en muchos casos amplía la posibilidad de incluir sujetos que, en otras circunstancias, podrían considerarse no clínicos, sin señalar claramente en qué condiciones se abordaría a los sujetos que ya contaban con un diagnóstico de trastorno de somatización según los Manuales de Diagnóstico anteriores.

5. 2. Procesos psicológicos implicados en la sintomatología física médicamente inexplicable

La dificultad que entraña la atención de los pacientes que padecen de síntomas físicos médicamente inexplicables ha resultado muchas veces en que sean calificados en los servicios de salud como "pacientes problema". La perspectiva somatológica ha contribuido a esta idea al presentar al paciente como una persona que, además, no acepta los motivos psicológicos como causa de sus problemas.

Actualmente, se reconoce que muchos pacientes con síntomas físicos médicamente inexplicables no padecen de algún trastorno psiquiátrico. Los autores de los Manuales de Diagnóstico han pretendido agrupar a los pacientes con dentro de una misma categoría diagnóstica para maximizar su comprensión y mejorar su atención; sin embargo, esta categorización no ha bastado para que en la aplicación en la práctica clínica se valide la experiencia de los pacientes.

En la Tabla 9 se presentan los procesos psicológicos asociados a los síntomas físicos médicamente inexplicables estudiados en la literatura revisada.

Tabla 9

Procesos psicológicos implicados en la sintomatología física médicamente inexplicable

Autores	Procesos psicológicos
Sánchez – García (2013)	<ul style="list-style-type: none">- Menor activación ante los estímulos de valencia hedónica positiva.- Tendencia a valorar los estímulos negativos y neutros como más negativos, lo cual parece influir en una peor imagen corporal.- Sesgo negativo en los procesos atencionales, con mayor atención a los estímulos amenazantes, manifestando una hipersensibilidad a estos.
Sharma & Manjula (2013)	Atención, catastrofización y expectativas respecto a los síntomas.
Salkovski et. al (2016)	Combinaciones de creencias y experiencias previas, y formación de supuestos. La percepción de enfermedad y discapacidad se relaciona a su vez con: <ul style="list-style-type: none">- La probabilidad percibida de la consecuencia temida, como el progresivo empeoramiento de la enfermedad, por ejemplo.- La gravedad de esta consecuencia (que sea incapacitante y/o fatal).- Afrontamiento.

Kleinstäuber et. al. (2016)	Alexitimia, alta negatividad afectiva.
Mallorquí – Bagué et. al. (2016)	Activación fisiológica (como expresión corporal de las emociones), ansiedad y sensibilidad interoceptiva.
Weiss et. al. (2016)	La ansiedad y la depresión incrementan la severidad de la llamada conducta de enfermedad.

Fuente: Elaboración propia (2007)

La mayor parte de los trabajos se han interesado por procesos psicológicos relacionados con las emociones negativas. El constructo de la alexitimia, que se refiere a una alteración en el reconocimiento de las emociones, ocupa parte del objeto de estudio de algunas investigaciones que destacan su relación con el afecto negativo y la de éste como mediador en la aparición de los síntomas de somatización. En población no clínica, la mediación del afecto negativo en el efecto de la alexitimia hace sugerir a los investigadores que es la incapacidad cognitiva, pero no la afectiva, la que predice mejor la somatización que la incapacidad en ambas dimensiones, cognitiva y afectiva.

Otros estudios han investigado los procesos psicológicos implicados en la experiencia del dolor. Aunque la ansiedad o la depresión han sido un objeto de estudio central, se ha encontrado que, por encima de estos padecimientos, el umbral de percepción del dolor es muy importante. Un bajo umbral de dolor puede generar una mayor estimación del dolor y una peor imagen corporal, mientras que la ansiedad y la depresión podrían ser también una consecuencia.

5. 3 Síntomas físicos sin base orgánica comúnmente reportados por pacientes que acuden a los sistemas de salud

El término síntomas físicos médicamente inexplicables es debatido justamente por la variedad de síntomas que se pueden englobar bajo esta categoría. Las dudas persistentes tienen que ver con si es posible que exista un mecanismo común subyaciendo la disfuncionalidad de tantos órganos y la variedad en cuanto a la severidad y duración de cada cuadro; así como si el ubicar todos estos síntomas juntos llevaría al desarrollo de un tratamiento similar que sea realmente efectivo.

En la Tabla 10 se resumen los síntomas físicos sin base orgánica registrados por los diversos autores.

Tabla 10

Síntomas físicos sin base orgánica comúnmente reportados por pacientes que acuden a los sistemas de salud

Autores	Síntomas
Aarmland, Malterud & Werner (2014).	Gastrointestinales, musculoesqueléticos, dolor de cabeza/ mareos, astenia/ fatiga, entre otros.
Grover & Kate (2013).	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno gastroduodenal e intestinal funcional (dispepsia funcional, úlceras aerofagia, funcional, vómitos, síndrome de intestino irritable, hinchazón abdominal funcional, estreñimiento, diarrea funcional y no específica, desorden funcional del intestino). - Dolor: Fibromialgia, síndrome de fatiga crónica. - Cardiología: Dolor torácico atípico / no cardíaco, palpitaciones benignas. - Odontología: Dolor facial atípico; desorden común temporomandibular. - Ginecología: Dolor pélvico crónico, síndrome premenstrual. - Neurología: Cefalea benigna crónica, ataques no epilépticos, parálisis funcional, síntomas hemisensoriales. - Oftalmología: Pérdida de la vista sin explicación médica - Ortopedia: Dolor de espalda. - Otorinolaringología: tinnitus idiopático, síndrome de globus, disfonía funcional. - Pediatría: Dolor abdominal no específico / funcional. - Urología: Síndrome uretral.
Klaus et. al. (2012).	Dolor de espalda, dolor en las articulaciones, dolor de cabeza, dolor menstrual, sangrado menstrual excesivo, ardor en el pecho y/o estómago, quejas pseudoneurológicas.
Venegas (2015).	Hipertensión, gastritis, úlceras, diabetes, diferentes tipos de parálisis cerebral, dolor de cabeza, dolor de espalda, dolores musculares.
Slakovskis et. al. (2016)	Fatiga crónica, fibromialgia, síndrome de intestino irritable.
Weiss et. al. (2016)	Dolor de espalda, dolor en las articulaciones, dolor abdominal, síntomas cardiovasculares.

Fuente: Elaboración propia (2017).

En los artículos revisados, se puede observar la prevalencia de los síntomas gastrointestinales y los asociados al dolor. Sin embargo, hay que recordar que muchos de

estos síntomas son co-ocurrentes, por lo tanto son difíciles de cuantificar, especialmente porque muchas de las quejas de los pacientes no parecen traducirse en prescripciones adecuadas.

Más allá de una nosología específica, se debe recordar que estos pacientes enfrentan otra gran variedad de dificultades respecto a su salud, que son difíciles de ubicar en alguna parte del cuerpo.

Por ejemplo, Grover & Kate (2013) hacen referencia a situaciones como el hecho de que estos pacientes se consideran a sí mismos gravemente enfermos y se hallan dispuestos a someterse a múltiples hospitalizaciones y estudios diagnósticos; presentan un grave deterioro funcional y social, mayor tasa de discapacidad y menor nivel de satisfacción con la vida; experimentan un mayor número de días en cama por mes que muchos pacientes con trastornos médicos importantes, tienen tasas elevadas de baja por enfermedad y mayores tasas de desempleo. Adicionalmente, experimentan la sensación de no ser tomados en serio por los médicos que se ocupan de ellos.

Lo anterior hace imperativo recordar que más allá de una intervención que alivie sintomáticamente, la intervención debe dirigirse a todas las dimensiones de la vida de las personas. Actualmente, no puede concebirse la enfermedad únicamente como un evento físico y biológico.

5. 4 Intervenciones terapéuticas sobre sintomatología física médicamente inexplicable

Con base en los hallazgos de los estudios cuasi - experimentales y de los estudios de naturaleza descriptivo – cuantitativa, se encontraron 4 estudios que dan cuenta de la aplicación de una terapia psicológica en pacientes que muestran sintomatología física médicamente inexplicable.

A continuación, se detallan las características de las intervenciones terapéuticas expuestas en la literatura, según autor.

5. 4. 1. Burton et. al. (2012)

Clínica de Síntomas en atención primaria

Los pacientes asignados a la Clínica de Síntomas recibieron cuatro citas: la primera fue de una hora de duración y las tres siguientes duraron alrededor de 20 minutos. Todas las consultas se llevaron a cabo en el centro médico, y los pacientes fueron atendidos por

el mismo médico: un médico de cabecera con experiencia en síntomas físicos médicamente inexplicables.

La estructura de las consultas fue la siguiente:

- Escuchar la experiencia de enfermedad del paciente para proponer y negociar explicaciones constructivas respecto a los síntomas.
- Estas explicaciones se utilizaron como base para la construcción de acciones cognitivas y conductuales simples para modificar los síntomas y su impacto en las actividades cotidianas del paciente.
- Los pacientes fueron motivados a describir sus respuestas a los síntomas y a otros eventos.
- Las etiquetas diagnósticas (como depresión, por ejemplo), se discutieron con el paciente, más ser impuestas por el médico.

La efectividad de la intervención fue medida con el *Client Satisfaction Questionnaire*. Al final del tratamiento, ocho de once participantes informó que la intervención les ayudó a lidiar con sus problemas más efectivamente. La mayoría de los participantes apreciaron el tiempo y las explicaciones brindadas por los profesionales de la Clínica de Síntomas. Unos pocos continuaron siendo escépticos, indicando que consideraban que la meta de la intervención era afirmar que sus problemas eran psicológicos (lo cual no compartían). Sin embargo, la mayoría parecían cómodos con el equilibrio entre componentes psicológicos y físicos de la clínica

5. 4. 2. Sánchez – García (2014)

Tratamiento grupal cognitivo – conductual

Esta terapia grupal consta de 8 sesiones de aproximadamente 90 minutos de duración, con una frecuencia semanal de aplicación.

El desarrollo de las sesiones tiene un formato eminentemente psicoeducativo, buscando aportar información, pero adicionalmente que los usuarios supieran identificar su problema y conocieran diversos modos de manejar sus síntomas.

El autor describe el contenido de cada sesión de la siguiente forma:

- Sesión 1 “Conocer el trastorno”: presentación de los componentes, de la finalidad del grupo y de las normas a seguir. Presentación de una explicación de la interacción

entre la emoción y las sensaciones físicas. Cada miembro expone el malestar físico experimentado y las limitaciones que suponen en su vida.

- Sesión 2 "Desánimo": comentar la relación entre el estado de ánimo y el estado físico. Pautas para vencer el desánimo: Dividir tareas paso a paso, conocer aspectos cognitivos de la depresión (la triple columna), discutir algunos supuestos cognitivos y valorar la introducción de actividades gratificantes.
- Sesión 3 "Manejo de la ansiedad": uso de la relajación y la respiración. Importancia del afrontamiento de problemas. Manejo del estrés.
- Sesión 4 "Conducta de enfermedad": destacar la importancia de utilizar la distracción cognitiva, la adopción de un rol activo y la promoción de estilos de vida sanos. Sesión 5 "Aspectos cognitivos": explicación de qué es una distorsión cognitiva y su efecto en las emociones. Detección de cogniciones más frecuentes y sugerencias de reformulación. Se discuten las aportadas por los propios miembros en anteriores sesiones.
- Sesión 6 "Emoción y regulación": emoción como motivador básico e importancia de su aceptación y su expresión. Modos de regulación adaptativos. Discusión en grupo.
- Sesión 7 "Afrontar la presión social": la presión social como causa y mantenedor específico. Habilidades asertivas básicas de afrontamiento de crítica y de expresión de malestar. Repercusión del trastorno en el entorno socio-familiar
- Sesión 8 "Conclusiones": repaso de conceptos básicos y su utilidad. Exponer cada sujeto qué considera más necesario practicar y dudas. Cada usuario se propone una meta de práctica para los siguientes 6 meses. Se ofrece la posibilidad de poder acudir a esta sesión acompañado de algún familiar con quien conviva.

Adicionalmente, de la sesión 1 a la 7 se practican técnicas de relajación durante los últimos 20 minutos, combinando elementos de entrenamiento autógeno y relajación progresiva. En las últimas sesiones se practican la relajación por evocación y la relajación diferencial.

Los autores reportaron resultados favorables en cuanto a la disminución de su prescripción de benzodiazepinas en un 27.7% para los sujetos grupales en el post-tratamiento, y en un 40% a los seis meses; frente a un 8.69% y un 23.91% respectivamente, de los controles.

Adicionalmente, observaron un mayor número de altas en la consulta psicológica, disminución subjetiva del malestar global, mejorías significativas en la depresión, el malestar global y la ansiedad. Sin embargo, la autoevaluación del estado físico no mostró

mejorías significativas. Para los autores, estos datos indican mayores beneficios en cuanto a las mejorías anímicas que a las mejorías del estado físico; resultado que parece coherente con los diagnósticos somáticos o médicos que presentan estos pacientes, los cuales son de carácter crónico y están asociados a serias limitaciones en su vida diaria (por ejemplo, fibromialgia, colon irritable, artritis, etc.).

5. 4. 3. Kleinstäuber et. al. (2015)

Terapia cognitivo conductual enriquecida con entrenamiento en regulación emocional (ENCERT):

Esta intervención se inicia con un aproximado de 2 a 5 sesiones introductorias en las que se examina minuciosamente la historia de los síntomas físicos y de algún trastorno mental comórbido, los factores de mantenimiento así como los causantes, y la biografía de cada participante. El tratamiento en sí tiene una extensión de 20 sesiones manualizadas y altamente estructuradas que por lo general comienzan con hablar de las tareas previas, seguido de los temas terapéuticos propios de la sesión, y cierran con la planificación de la tarea para la próxima sesión.

El contenido de las sesiones se resume en la Tabla 11.

Tabla 11
Contenido de las sesiones de ENCERT

Sesión	Contenido	Descripción
1	Creencias sobre la enfermedad y objetivos terapéuticos.	Exploración de las creencias de los pacientes respecto a su enfermedad, desarrollo de metas terapéuticas.
2 – 6	Emociones negativas y síntomas físicos.	Psicoeducación: emociones negativas y síntomas físicos; Introducción al concepto de aceptación (vs. cambio) y atención plena (mindfulness).
7 – 9	Percepción consciente de los síntomas.	Psicoeducación: atención plena; ejercicios para facilitar la atención. Percepción de los síntomas físicos.
10 – 14	Cogniciones disfuncionales y síntomas físicos.	Psicoeducación: pensamientos negativos y síntomas físicos; Identificar los pensamientos relacionados con los síntomas disfuncionales de los individuos; Estrategias de reevaluación y reestructuración cognitiva; Estrategias de percepción consciente de pensamientos disfuncionales; apoyar

		al paciente en la búsqueda de estrategias individuales útiles (aceptación vs. cambio).
15 – 18	Comportamientos de la enfermedad y síntomas físicos.	Psicoeducación: comportamientos de la enfermedad y síntomas físicos; Estrategias basadas en la aceptación y la reevaluación cognitiva para conductas de evitación y <i>doctor - shopping</i> ; Reenfocando la vida. Valores y metas.
19 y 20	Modelo explicativo y prevención de la recaída.	Una sesión con contenidos abiertos: problemas específicos del paciente o para repetir contenidos de módulos anteriores; Resumen de los contenidos de la terapia en un modelo explicativo individual de los síntomas físicos médicamente inexplicables, considerando el papel de las emociones negativas; prevención de recaídas.

Fuente: Adaptado de Kleinstäuber et. al. (2015)

No se encontraron datos respecto a los resultados de esta aproximación terapéutica.

5. 4. 5. Sharma & Manjula (2013)

Estos autores realizaron una revisión sistemática para el número de pacientes que buscan ayuda en la atención primaria y secundaria para dar una visión general de las intervenciones comportamentales y de otras corrientes psicológicas disponibles para abordar los síntomas físicos médicamente inexplicables y para presentar su eficacia.

En la Tabla 12 se resumen las características principales de los abordajes analizados por estos autores.

Tabla 12

Análisis de diversas intervenciones psicológicas para el abordaje de los síntomas físicos médicamente inexplicables, según Sharma & Manjula (2013)

Nombre	Autor	Fundamentos	Resultados
Psychiatric consultation intervention (PCI).	Smith (1991).	<p>Es un modelo de intervención llevado a cabo por médicos generales, y se basa en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente que la somatización no es letal. - Evitar las atenciones en urgencias y otorgar citas breves. - Verificar cuidadosamente signos de enfermedad. - Evitar la hospitalización, cirugía u otros procedimientos. - Ver los síntomas como parte de un proceso inconsciente, no comunicar al paciente que "todo está en su cabeza". 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de la carga en los servicios de salud. - Incrementar el funcionamiento físico en los pacientes. - Mejoría en la calidad de vida.
Terapia de Reatribución.	Goldberg et. al. (1989).	<p>Este enfoque consiste en una entrevista con una evaluación y una parte de manejo. Se divide en tres fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentirse comprendido: síntomas físicos, problemas psicosociales, estado de ánimo y creencias sostenidas por el paciente sobre su problema, examen físico pertinente. 2. Resumir los hallazgos físicos y psicosociales y negociarlos con el paciente. 3. Hacer el enlace: relacionar el síntoma físico con los problemas psicosociales. <p>Posteriormente se negocia un tratamiento, que se efectuará durante 3 semanas sobre una base semanal.</p>	<p>Ha mostrado ser viable y aceptable por los pacientes; reduciendo la demanda de tratamiento y el costo de la atención médica; mejorando la motivación de los pacientes; reduciendo los síntomas somáticos y la ansiedad.</p> <p>Sin embargo, en cuanto al mantenimiento los hallazgos no han sido consistentes.</p>

Resolución de problemas.	Wilkinson & Mynors Wallis (1994).	7 a 10 sesiones de entrenamiento en solución de problemas, combinado con reatribución.	Demostraron mejoras en los síntomas, funcionamiento y número de visitas médicas.
Terapia cognitivo conductual.	<p>Generalmente incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relajación para reducir la excitación fisiológica. - Inclusión de actividades agradables y significativas para aumentar niveles de actividad. - Aumento de conciencia sobre las emociones y mejora de la comunicación de pensamientos y emociones; estableciendo la relación entre las emociones y la intensidad de los síntomas. - Reestructuración cognitiva. - Experimentos conductuales para desconfiar de los síntomas asociados a creencias catastróficas. - Reducción del reforzamiento sobre el comportamiento de la enfermedad. <p>Otros componentes son Resolución de problemas, Entrenamiento en asertividad, Visualización, Aumento gradual en el nivel de actividad, Entrenamiento en habilidades de afrontamiento, Biorretroalimentación, Ejercicio y Entrenamiento en respiración.</p> <p>El número de sesiones va de 1 a 16 semanales, por 3 meses. También se realizan intervenciones grupales, programas de entre seis y ocho sesiones, con una duración de tres horas.</p>		Se han observado mejoras en la intensidad de los síntomas físicos, la ansiedad, depresión y la angustia; en las visitas al hospital; los costos de atención médica; y en la productividad; las cuales se mantuvieron hasta 15 meses.

Psicoterapia		
Psicodinámica	Tiene como objetivo fundamental identificar y trabajar en los procesos inconscientes que subyacen a los síntomas somáticos. La Terapia dinámica breve generalmente se centra en facilitar la el insight sobre diversos fenómenos inconscientes, identificando y experimentando las emociones.	Se ha observado reducción del dolor, así como efectos significativos sobre los síntomas físicos y psiquiátricos. El ajuste social se mantuvo en el seguimiento a largo plazo (de 1,5 a 36 meses).
Terapia Familiar	Real et. al. No se describe en el artículo.	61. 1% de éxito terapéutico.

Fuente: Elaboración propia a partir de Sharma & Manjula (2013)

Aunque, según los criterios de la presente revisión no se encontró una enorme variedad de literatura referente al tratamiento de los síntomas físicos médicamente inexplicables, la literatura revisada presenta evidencia de la efectividad de las intervenciones psicológicas.

Si bien es cierto la mayoría de las intervenciones sigue una línea cognitiva, los aportes de diversos autores ha hecho que la variedad de técnicas para el trabajo con los pacientes sea muy amplia, con énfasis altamente especializado, así como detallados (y diferentes) protocolos de tratamiento y entrenamiento, y se extienden a patologías con un nombre, como dolor crónico, síndrome de fatiga crónico, problemas premenstruales, disnea, mareos, insomnio, etc.

La variedad de intervenciones en habla hispana es aún menor, sin embargo, las técnicas empleadas (solución de problemas, asertividad, afrontamiento y manejo de la expresión emocional, relajación y educación de la enfermedad) pueden ser aplicadas incluso en el marco de la atención primaria; por lo tanto es plausible ampliar la investigación.

Finalmente, todas las intervenciones apuntan a que existe un grupo de sujetos que no muestran mejoría. Los procesos psicológicos implicados en esta falta de mejoría se mantienen aún en duda. Algunos autores señalan que los pacientes pueden presentar un déficit en la comprensión y la habilidad verbal. Frente a esto, el empleo de técnicas con baja implicación del componente verbal puede ser una alternativa terapéutica válida, haciendo uso de técnicas tales como exposición, EMDR, hipnosis, meditación, inoculación, desensibilización, musicoterapia y arteterapia, aunque no se han cuantificado los resultados en este sentido.

5. 5 Herramientas psicométricas utilizadas en la investigación cuasi experimental de sintomatología física médicamente inexplicable

En el área de la salud mental, las investigaciones han buscado primordialmente identificar cómo características y procesos psicológicos individuales participan en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas físicos médicamente inexplicables; y cómo los mismos se modifican tras una intervención terapéutica.

En la Tabla 13 se describen las herramientas psicométricas utilizadas por los autores de investigaciones cuasi experimentales incluidas en la presente revisión.

Tabla 13

Herramientas psicométricas utilizadas por los autores de investigaciones cuasi experimentales incluidas en la presente revisión

Autores	Instrumentos	Descripción
Burton et. al. (2012)	Patient Health Questionnaire (PHQ)-14.	Es una versión modificada de la escala PHQ-15 para identificar a los pacientes con múltiples síntomas físicos médicamente inexplicables. Esta modificación elimina el ítem acerca de los síntomas menstruales para incluir hombres y mujeres mayores en la población estudiada.
	Medical Outcomes Survey Short Form 12 (SF-12) de Ware, Kosinski & Keller.	Es una medida del estado de salud para pacientes con condiciones crónicas.
	Patient Health Questionnaire PHQ-9, de Spitzer et. al.	Es el módulo de la PHQ que mide depresión según los criterios del DSM – IV.
	Generalised Anxiety Disorder 7 Questionnaire (GAD-7), de Spitzer et. al.	Es un cuestionario autoadministrado usado como <i>screening</i> para medir la severidad del trastorno de ansiedad generalizada.
Rubio et. al. (2013)	Cuestionario de estrategias de afrontamiento frente al estrés (CAE) de Lazarus y Folkman.	Es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos de afrontamiento, divididos en dos grupos: uno orientado hacia el problema y el otro enfocado en la emoción.
	Test de Othmer y DeSouza.	Es una escala para el <i>screening</i> del trastorno de somatización, con el fin de identificar síntomas fisiológicos que pueden estar relacionados con alteraciones en el estado del ánimo, especialmente la ansiedad.
	Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo de Spielberger (STAI-E).	Es un autoinforme que valora la ansiedad en las dimensiones de estado y rasgo. El autor utilizó únicamente la escala de ansiedad estado, que se utiliza para determinar la intensidad de la ansiedad en el momento de la administración de la prueba, como estado emocional transitorio del organismo.

	Symptom Check List de 90 ítems (SCL-90-R) de Derogatis.	Es un autoinforme que permite valorar alteraciones psicopatológicas o psicosomáticas en diferentes dimensiones: somatizaciones (SOM), obsesión - compulsión (OBS), sensibilidad interpersonal (INT), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSI). Además brinda una medida generalizada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global (GSI), un índice que suma el número total de síntomas presentes para conocer la amplitud y diversidad de la psicopatología (PST), y un índice que relaciona el sufrimiento o malestar global con el número de síntomas y que sirve de indicador de la intensidad sintomática media (PSDI).
Kleinstäuber et. al. (2015)	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), de Bernstein & Fink.	Es un autoinforme que mide la severidad de seis experiencias traumáticas tempranas (muerte, divorcio, violencia, abuso sexual, enfermedad u otro), así como la comprensión del sujeto de su trauma infantil.
	Structured Clinical Interview for DSM - IV Axis I/II Disorders (SCID-I / II).	Es una entrevista semiestructurada (aplicada por un profesional de salud mental) para alcanzar los diagnósticos de los Ejes I y II del DSM – IV.
	Global Assessment of Functioning Scale (GAF), de Edincott et. al.	Es una Escala numérica para calificar el funcionamiento según un continuum hipotético de salud mental – enfermedad.
	Operationalisierten Fertigkeiten (OFD) de Stenzell, Kumm & Rief.	Es una entrevista diagnóstica que permite el registro común de cinco habilidades y dos facetas autónomas relacionadas: resolución de problemas, habilidades sociales, manejo del estrés, regulación emocional, capacidad de relajación, auto-eficacia y autoestima.
Frolund et. al. (2016)	Trait and Character Inventory Revised, TCI-R (Cloninger, Svrakic, & Pryzbeck).	Evalúa el neuroticismo a través de cuatro rasgos del temperamento y tres rasgos del carácter. La prevención de daños, que es uno de los Escalas de temperamento, se mide por cuatro subescalas: preocupación anticipada versus optimismo, temor a la incertidumbre versus confianza, timidez versus gregariedad, y fatigabilidad y astenia versus vigor.

	Coping Strategies Questionnaire (CSQ), de Rosenstiel & Keefe.	El CSQ original se refiere a dolor, pero el autor lo usó para referirse a las estrategias de afrontamiento utilizadas para enfrentarse a los "síntomas".
	Short Form Health Survey - 36 (SF - 36).	Escala que mide funcionamiento físico, dolor corporal y vitalidad.
Yzermans et al. (2016)	Symptoms and Perceptions (SaP) questionnaire.	Es un cuestionario diseñado para uso en subgrupos vulnerables de la población después de desastres e incidentes ambientales. Incluye 28 ítems que corresponden a síntomas no específicos, tanto físicos como psicosociales, similares a los frecuentemente descritos en la práctica general.

Fuente: Elaboración propia a partir de Burton et. al. (2012); Rubio et. al. (2013); Kleinstäuber et. al. (2015) & Frolund et. al. (2016).

Por otro lado, Salkovskis et. al. (2016) describen otras herramientas como las de su elección para el *screening*, las mediciones generales y las mediciones específicas en investigación. Dichas herramientas se presentan en la Tabla 14.

Tabla 14
Otras herramientas para *screening*, mediciones generales y mediciones específicas en investigación según Salkovskis et. al. (2016)

Constructo	Instrumento	Descripción
Síntomas físicos	Medically unexplained symptoms checklist (MUSC), de Salkovskis et. al.	Es una medida de auto-reporte que mide siete diferentes tipos de síntomas físicos que Interfieren seriamente con la vida cotidiana.
Ansiedad respecto a la salud	Short Health Anxiety Inventory (SHA) de Salkovskis, Rimes, Warwick & Clark.	Es una versión breve del Inventario de Ansiedad que mide en particular la ansiedad relacionada con la salud.
Discapacidad	The work and social adjustment scale (WSAS), de Mundt, Marks, Shear & Greist.	Es una escala de autoreporte que mide el deterioro en el funcionamiento en las actividades cotidianas.
Problemas de sueño	Insomnia Severity Index (ISI), de Bastien, Vallières & Morin.	Es un autoreporte de siete ítems que mide el inicio del sueño y las dificultades de mantenimiento, insatisfacción con los patrones de sueño, interferencia con el funcionamiento diario y grado de estrés causado por el problema.
Dolor	Brief Pain Inventory (BPI), de Tan, Jensen, Thornby & Shanti).	Es una escala de auto-reporte con elementos que miden la gravedad del dolor y su interferencia con las actividades diarias.
Fatiga y problemas asociados	Chalder Fatigue Scale (CFS), de Chalder et al.	Es una escala de auto-reporte de 14 ítems que miden las dimensiones físicas y mentales de la fatiga.
Problemas gastrointestinales	Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System (IBS - SSS) de Francis, Morris & Whorwell.	Mide en particular la gravedad del Síndrome de Intestino Irritable, a partir de ítems sobre dolor abdominal, distensión, hábitos intestinales e interferencia de los síntomas con la vida cotidiana.

Síntomas de pecho y corazón.	Non - Cardiac Chest Pain Scale de Marks, Chambers, Russell & Hunter.	Utiliza una clasificación de la gravedad, la interferencia y las creencias sobre el dolor de pecho.
-------------------------------------	--	---

Fuente: Elaboración propia a partir de Stakolvskis et. al. (2016)

Zijlema et. al. (2013) realizaron una revisión de otros 40 cuestionarios, sin embargo, encontraron que son inadecuados para su uso en estudios a gran escala, por las siguientes razones:

- No contienen los síntomas más relevantes.
- Son demasiado extensos.
- Involucran un período de recuerdo demasiado largo.
- No son aplicables a una variedad de poblaciones y regiones.

Desde la perspectiva de Zijlema et. al. (2013), los cuestionarios más adecuados para la investigación en síntomas físicos médicamente inexplicables son el PHQ-15 y el SCL-90 SOM; puesto que no están restringidos a este constructo en particular (por lo tanto son fáciles de usar incluso para personal sanitario sin experiencia en este dominio en específico), incluyendo la preocupación del paciente y la gravedad de los síntomas.

5. 6. Factores que predisponen a la aparición de sintomatología física médicamente inexplicable

Uno de los puntos a los que se dirigen algunas de las investigaciones consultadas es que la ausencia de una enfermedad orgánica no indica necesariamente la presencia de una enfermedad psiquiátrica. Por esta razón, una persona con sintomatología física médicamente inexplicable no siempre va a encontrar respuesta a su padecer en un diagnóstico psiquiátrico.

Puesto que los síntomas físicos médicamente inexplicables representan un porcentaje elevado de las consultas en atención primaria (Salkovskis et. al., 2016; Afari et. al., 2014), tratar de caracterizar a los usuarios que los padecen para reconocer dónde se halla su vulnerabilidad constituye un desafío, puesto que adicional a la variedad de características demográficas que presentan, existe una enorme cantidad de comorbilidades que dificultan su identificación.

A continuación, se presentan algunas características comunes presentes en las poblaciones estudiadas en algunos estudios revisados.

Tabla 15
Factores que predisponen la aparición de sintomatología física médicamente inexplicable según la literatura consultada

Autores	Factores predisponentes
Rubio et. al. (2013).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estrés. 2. Estrategias de afrontamiento orientadas hacia la búsqueda de apoyo familiar y social; solución del problema y reevaluación positiva. 3. Posición racional basada en lo científico, buscando controlar las situaciones. 4. Evasión: dejar en manos de un ser divino la solución de ciertos problemas que son percibidos como desbordantes.
Afari et. al. (2014).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad. 2. Depresión. 3. Eventos vitales estresantes. 4. Historia de trauma, tanto en la infancia como en la adultez.
Venegas (2015).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estrés mantenido durante semanas o meses: puede afectar el sistema digestivo, provocando gastritis, úlceras o colon irritable; igualmente afectará a la piel con la aparición de dermatitis, urticaria o caída de pelo; a nivel pulmonar puede aparecer tos o ataques de asma; a nivel muscular se puede experimentar lumbalgia o dolores musculares. Si el estrés se mantiene durante más tiempo, esclerosis múltiple. 2. Ansiedad. 3. Depresión.
Kleinstuber et. al. (2016).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emociones negativas. 2. Disfuncionalidad en la regulación emocional.
Slakovskis et. al (2016).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perfeccionismo negativo clínico, especialmente altos estándares personales y preocupación por los errores. 2. Creencias generalizadas tanto en términos de "supuestos condicionales" (a menudo también vinculados al perfeccionismo) y supuestos incondicionales, a veces denominados creencias. 3. Inflexibilidad psicológica.

Fuente: Elaboración propia (2017)

Puesto que, durante los últimos años, la corriente psicológica que ha llevado la delantera tanto en cuanto a la investigación como al desarrollo de psicoterapias en el tema de la sintomatología física médicamente inexplicable es la corriente cognitivo –

conductual, parece bastante claro que la caracterización de los pacientes se oriente hacia temas como la percepción y las creencias.

Un tema interesante es el papel del trauma en la predisposición a mostrar síntomas físicos médicamente inexplicables. Para Afari et. al. (2014), los estudios que han intentado establecer una relación entre trauma y síntomas físicos no han dejado claro si éstos últimos serían resultado de la exposición al trauma; o más bien de la forma en que la persona responde físicamente (por ejemplo, con miedo, entumecimiento, reexperimentación y/o evitación), cognitivamente y conductualmente a éste. Aparentemente, la vivencia de una situación traumática modifica la forma en la que el paciente percibe y reacciona a sus síntomas (por ejemplo, con un umbral más bajo para el dolor), lleva a una pobre adaptación a la enfermedad y a un empleo más frecuente de los servicios de salud; situaciones que se han descrito en párrafos anteriores, son típicas de los pacientes con síntomas físicos médicamente inexplicables.

Poder avanzar en la comprensión de esta asociación puede ayudar a los médicos tratantes en atención primaria a indagar historia de trauma en la historia clínica, comprender mejor los efectos potenciales en la salud del trastorno de estrés postraumático, y referir más rápidamente al paciente a un especialista en salud mental. De igual forma, puede llevar a beneficiar a los pacientes que padecen síntomas físicos médicamente inexplicables con tratamientos de última generación para trauma, como lo serían el EMDR y el Brainspotting.

5. 7. Factores que contribuyen con el mantenimiento de la sintomatología física médicamente inexplicable

Muchas de las investigaciones revisadas apuntan hacia el papel de las estrategias de afrontamiento a la enfermedad. Para los autores, estrategias negativas de afrontamiento promueven ajustes maladaptativos y comportamientos anormales hacia la enfermedad.

Por otro lado, la frecuente comorbilidad entre ansiedad y depresión con los síntomas físicos médicamente inexplicables establece una asociación entre síntomas corporales y estrés psicológico. Igualmente, la poca atención del personal sanitario ante las quejas somáticas de estos pacientes, tanto como el reforzamiento de los comportamientos de enfermedad por parte de los mismos (mostrando exagerada empatía u ofreciendo un tratamiento sintomático ante cada queja) pueden actuar como mediadores ambientales.

Cualquiera que sea el hallazgo particular, parece existir un círculo vicioso en el que un estilo de vida no saludable (con estrés elevado, alta reactividad psicofísica y comportamientos de riesgo, por ejemplo) va seguido de la aparición de uno o varios síntomas físicos, los cuales, al ocasionar limitaciones funcionales en las actividades cotidianas, pueden producir consecuencias cognitivas y conductuales que perpetúan la sensación de estar enfermo.

Algunos hallazgos respecto a los factores que contribuyen con el mantenimiento de la sintomatología física médicamente inexplicable expuestos en la literatura consultada se exponen en la Tabla 16.

Tabla 16

Factores que contribuyen con el mantenimiento de la sintomatología física médicamente inexplicable, según la literatura consultada

Autores	Factores de mantenimiento
Grover & Kate (2013).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresión mayor. 2. Trastornos de ansiedad.
Sharma & Manjula (2013).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consecuencias cognitivas de los síntomas (preocupación y atención selectiva que llevan a un aumento en la preocupación y la conciencia de los síntomas físicos; y pensamiento catastrófico sobre el origen potencialmente dañino de las sensaciones corporales). 2. Miedo a una enfermedad grave. 3. Consecuencias físicas: tensión muscular, pérdida de fuerza física por inactividad, dolor, temblores, sudoración, mareos, palpitaciones, disnea. 4. Consecuencias comportamentales: evitación. 5. Consecuencias médicas: doctor shopping, ausencia de un diagnóstico o tratamiento. 6. Consecuencias sociales: incapacidad para cumplir las obligaciones de rol, evitación de contactos sociales, aislamiento.
Mallorquí Bagué et. al. (2015).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad. 2. Interocepción. 3. Malinterpretación y/o catastrofización de las sensaciones corporales.
Slakovski et. al (2016).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios en el estado de ánimo, particularmente ansiedad y depresión. 2. Procesos de atención (tanto automáticos como estratégicos) que pueden aumentar la percepción de síntomas. 3. Evitación emocional y / o supresión, particularmente vinculada a respuestas

emocionales anticipadas. Al extremo, esto puede equivaler a "negación" en el sentido de que la persona temporalmente "borra" enfermedades, pero con intrusiones regulares y malestar como consecuencia.

4. Comportamientos de búsqueda de seguridad; información, evitar la actividad o situaciones físicas, y excesiva búsqueda de reaseguro.

5. Alternancia entre los intentos de realizar más de lo que es física o psicológicamente capaz, y la sobreexperiencia de síntomas después de la parada, llevando a una evaluación más negativa.

6. Retirada generalizada de actividades gratificantes.

7. Rumiación.

8. Activación autonómica; tipo pánico (amenaza inminente) y ansiedad respecto a la salud.

9. Alteraciones en otros factores fisiológicos, por ejemplo el sueño.

10. Patrones de miedo o evitación con respecto al ejercicio, tales como enfermedades del corazón y EPOC.

11. Condiciones fisiológicas, como niveles de cortisol.

12. Imágenes y recuerdos intrusivos, aumentando las evaluaciones negativas y afectando el estado de ánimo.

13. Cambios interpersonales vinculados a un sentimiento de injusticia, amargura, derrota mental, y/o respuestas negativas o inútiles de los que rodean a la persona afectada, por ejemplo, el comportamiento excesivamente solícito.

**Weiss et. al
(2016).**

1. Evitación de la actividad física.
2. Interacción positiva con médicos o miembros de la familia es reforzante.

**Janssen et. al.
(2017).**

1. No aceptación de los síntomas.
2. Preocupaciones excesivas sobre los síntomas.
3. Fijación somática.
4. Uso excesivo de los centros de salud.
5. Interacciones disfuncionales con amigos y parientes.
6. Malas relaciones con profesionales de la salud.
7. Problemas en el cumplimiento de los roles.
8. Sentir poco reconocimiento del sufrimiento y limitaciones.
9. Demandas poco realistas.
10. Dificultad para pedir ayuda.
11. Sentido de vergüenza y fracaso debido a los síntomas.
12. Frustración y desesperación por los síntomas.
13. Dificultad para percibir e interpretar emociones y procesos físicos.
14. Factores físicos adversos o efectos contraproducentes del estilo de vida.
15. Comportamiento de evitación.

Capítulo VI

Discusión

6. 1. Discusión

La revisión sistemática llevada a cabo en el presente trabajo se propuso indagar la literatura científica alrededor de los síntomas físicos médicamente inexplicables y las variables respecto a su presentación, diagnóstico y abordaje terapéutico. Como se planteó en el objetivo general del trabajo, se buscaba realizar una lectura comprensiva de artículos que han abordado el tema de los síntomas físicos médicamente inexplicables desde diferentes puntos de vista, para disponer de información unificada y actual respecto a dicho fenómeno.

A partir de la revisión fue posible apreciar que la investigación cuasi – experimental en el tema de la sintomatología física médicamente inexplicable durante los últimos cinco años es escasa. A partir de los datos recopilados, se podría hipotetizar que esto se debe a factores como los siguientes:

- Aun actualmente, el concepto de somatización genera confusión en los diversos profesionales del área de la salud. Igualmente, su diagnóstico y fenomenología se hallan poco conceptualizados, dificultando en muchos casos el captar una población homogénea para realizar estudios científicos.
- La dificultad para cuantificar los procesos psicológicos implicados en este tipo de trastornos, cuando en la mayoría de los casos la única evidencia disponible es el reporte subjetivo del paciente, y asimismo, para determinar si las intervenciones deben dirigirse a los síntomas físicos, a la conducta de enfermedad o a los procesos psicológicos.
- La dificultad para captar a los sujetos como usuarios en los servicios de salud, puesto que en muchos casos se trata de sujetos que peregrinan de un servicio de salud a otro, siendo escasamente adherentes a las intervenciones.
- La modificación que sufrió el término síntomas físicos médicamente inexplicables e incluso el concepto de somatización a partir de la publicación del DSM – V, que en muchos casos amplía la posibilidad de incluir sujetos que, en otras circunstancias, podrían considerarse no clínicos, sin señalar claramente en qué condiciones se abordaría a los sujetos que ya contaban con un diagnóstico de trastorno de somatización según los Manuales de Diagnóstico anteriores.

Las condiciones que se consideran como inexplicables pueden presentarse en cualquier especialidad médica. Los artículos revisados mencionan primordialmente síntomas gastrointestinales y musculoesqueléticos, más específicamente dolor, trastorno gastroduodenal e intestinal funcional, ataques no epilépticos, parálisis funcional, sangrado

menstrual excesivo, quejas pseudoneurológicas, hipertensión, gastritis, úlceras, diabetes y fatiga. Además, se hace mención a cuadros como la fibromialgia, la fatiga crónica y el síndrome de intestino irritable. Aunque como se puede observar, las formas de presentación son muy variadas, se ha sugerido que los factores predisponentes, precipitantes y de perpetuación pueden ser comunes entre los síntomas, y entre los pacientes; sin embargo, llegar a una conclusión definitiva a este respecto requiere mayor investigación, y surge la duda de cómo podría ésta estandarizarse y llevarse a cabo, respetando la diversidad cultural y salvando las diferencias internacionales en el acceso a los servicios de salud en general (y de salud mental en particular) desde edades tempranas. En otras palabras, surge aquí la pregunta de, ¿es posible homogenizar un constructor tan subjetivo, una vivencia tan personal, como el sufrimiento humano?, o más allá de eso, ¿es útil hacerlo?

Aunque la literatura consultada pone en evidencia que las personas que presentan síntomas físicos médicamente inexplicables presentan además una variedad de síntomas psicológicos, el papel de la Psicología en el abordaje de estos cuadros no se encuentra claramente delimitado en nuestro sistema de salud. Es muy importante poner de relieve que médicamente inexplicable no implica inmediatamente que pueda ser psicológicamente explicable; y el énfasis en el enfoque médico, tanto como el énfasis en el enfoque psicológico, no aportan nada a la comprensión y el manejo de los síntomas. Por lo tanto, una historia clínica y un examen físico detallados, con reconocimiento de los signos clínicos incongruentes siguen siendo un punto de partida clave en la elaboración de un diagnóstico positivo adecuado.

Adicionalmente, los diversos estudios señalan claramente que los síntomas somáticos y los síntomas psicológicos comórbidos contribuyen a reducir la calidad de vida e incrementan la utilización de los servicios de salud, lo que se traduce en altos costos a nivel personal (por distrés psicológico, sufrimiento, ausentismo laboral y discapacidad) y a nivel institucional (puesto que estos pacientes consultan con frecuencia, y sus síntomas suelen ser crónicos o recurrentes y refractarios al tratamiento). Por lo tanto, una intervención biopsicosocial puede mejorar el pronóstico.

Como se ha mencionado en diversos puntos del presente trabajo, históricamente la Psicología ha buscado las raíces etiológicas de los síntomas físicos médicamente inexplicables en diversos factores. Desde el aumento en la actividad del sistema nervioso simpático en la construcción de los componentes cognitivos y afectivos en la depresión y la ansiedad, hasta la "personalidad somatizante" y las ganancias familiares y sociales del papel de enfermo; ninguna hipótesis ha logrado prevalecer sobre las otras y el abordaje

psicoterapéutico podría ser más efectivo si las tomara en cuenta todas. Para la presente revisión, se encontró que las intervenciones psicológicas sí resultan efectivas.

La mayoría de las intervenciones reseñadas en los artículos revisados sigue una línea cognitiva, empero, los aportes de diversos autores ha hecho que la variedad de técnicas para el trabajo con los pacientes sea muy amplia, con énfasis altamente especializado, así como detallados (y diferentes) protocolos de tratamiento y entrenamiento, y se extienden a patologías con un nombre, como dolor crónico, síndrome de fatiga crónico, problemas premenstruales, disnea, mareos, insomnio, etc.

En las intervenciones llevadas a cabo sobre población hispanoparlantes, las técnicas empleadas (solución de problemas, asertividad, afrontamiento y manejo de la expresión emocional, relajación y educación de la enfermedad) han resultado de utilidad y se ha comprobado que pueden ser aplicadas incluso en el marco de la atención primaria.

Si bien es cierto se ha encontrado que existe un grupo de sujetos que no muestran mejoría, y los procesos psicológicos implicados en esta falta de mejoría se mantienen aún en duda, se debe emprender el abordaje con metas realistas. Dichas metas realistas podrían ser una disminución en la utilización de servicios médicos, una disminución en los comportamientos disruptivos (incluyendo aquellos asociados a la ansiedad y la depresión) si los hubiere, una mejoría en la asistencia y el desempeño en el ámbito laboral, y una mejoría en las relaciones interpersonales del paciente.

Todos los autores parecen ser enfáticos es que es fundamental establecer y mantener una buena relación equipo tratante – paciente; que el paciente tenga claro que se acepta la naturaleza somática de su padecimiento (comunicarle que se entiende que los síntomas son reales), y, una vez llevada a cabo una investigación médica cuidadosa, explicarle que no hay condiciones serias, brindarle una explicación somática significativa pero benigna y paulatinamente desarrollar junto al paciente el rol del estrés y las emociones en la experiencia de las sensaciones físicas.

Por otro lado, algunos autores señalan que los pacientes pueden presentar un déficit en la comprensión y la habilidad verbal, por lo tanto un abordaje como el descrito anteriormente podría ser complicado y frustrante para ellos. Frente a esto, sugieren el empleo de técnicas con baja implicación del componente verbal, tales como exposición, EMDR, hipnosis, meditación, inoculación, desensibilización, musicoterapia y arteterapia. Falta aún investigación en dichos campos.

A juzgar por la cantidad y calidad científica de las publicaciones, se puede afirmar que la corriente psicológica que ha llevado la delantera tanto respecto a la investigación

como al desarrollo estrategias de abordaje psicoterapéutico en el tema de la sintomatología física médicamente inexplicable es la cognitivo – conductual, con un énfasis en la caracterización de los pacientes y en temas como la percepción del síntoma y las creencias que se construyen alrededor de éste y de sus consecuencias.

Un tema que surgió poco en la literatura revisada pero que parece ser prometedor para la investigación es el papel del trauma en la predisposición a mostrar síntomas físicos médicamente inexplicables. Lo que se ha establecido hasta el momento es que la vivencia de una situación traumática modifica la forma en la que la persona percibe y reacciona a sus síntomas (por ejemplo, con un umbral más bajo para el dolor), lleva a una pobre adaptación a la enfermedad y a un empleo más frecuente de los servicios de salud; situaciones que se describen en la literatura como típicas de los pacientes con síntomas físicos médicamente inexplicables.

Poder avanzar en la comprensión de esta asociación puede motivar a los médicos tratantes en atención primaria a profundizar en la historia de trauma durante la elaboración de la historia clínica, comprender mejor los efectos potenciales en la salud del trastorno de estrés postraumático, y referir más rápidamente al paciente a un especialista en salud mental. De igual forma, puede llevar a beneficiar a los pacientes que padecen síntomas físicos médicamente inexplicables con tratamientos de última generación para trauma, como el EMDR y el Brainspotting.

6. 2. Conclusiones

A partir de la literatura revisada, queda bastante claro que algunas de las características diagnósticas que históricamente se han asociado a los síntomas físicos médicamente inexplicables son de hecho objeto de debate. No existe consenso al respecto ni siquiera entre los dos sistemas diagnósticos utilizados en la CCSS en la actualidad.

Es evidente también que no todos los síntomas físicos médicamente inexplicables pueden interpretarse de la misma forma. La enorme variedad de contextos en los que pueden aparecer, la diversidad de respuestas que pueden presentar ante las aproximaciones terapéuticas (farmacológicas y psicológicas), y la diversidad de teorías al respecto que ofrecen las distintas escuelas de la Psicología motivan a moverse con cautela. Es importante recordar que los síntomas físicos médicamente inexplicables no corresponden un terreno para el abordaje exclusivamente médico ni exclusivamente psicológico. Para una comunicación más efectiva entre profesionales, parece que lo más conveniente es optar por una conceptualización descriptiva que, como afirman algunos autores, en ocasiones puede empobrecer el conocimiento de los síntomas, puede igualmente evitar que se caiga en el error de generalizar y simplificar la interpretación de los mismos.

Desde una perspectiva biopsicosocial, siguiendo a López & Belloch (2002) deben tenerse en cuenta aspectos relacionados con genética, neurología, neurofisiología, psicofisiología, endocrinología, psicología de la personalidad, psicología de la percepción y cognición, aprendizaje social, conocimiento de la enfermedad, concepción de la enfermedad, eventos vitales, estresores psicosociales crónicos, ausencia de habilidades de afrontamiento, pérdida de apoyo social, el sistema de refuerzo social, comorbilidad de trastornos psiquiátricos, traumas psicológicos y aspectos psicodinámicos. Solamente a partir de ahí se puede pretender diseñar estrategias de intervención adecuadas, lo cual corresponde a un fin más importante y beneficioso para el paciente que la mera etiquetación diagnóstica.

Quizá la perspectiva más aceptada actualmente desde la Psicología de la Salud (y la Psicología Clínica a partir del DSM – V) es que todos los síntomas somáticos son, a un tiempo, médicamente explicables y médicamente inexplicables hasta cierto punto. Es decir, ningún síntoma podría considerarse mero reflejos de una patología corporal, ni únicamente manifestaciones de procesos mentales. Como se mencionó en el párrafo anterior, evidencian la integración de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las

señales producidas por el cuerpo son procesadas e interpretadas posteriormente por el cerebro de acuerdo con su constitución psicológica, que a su vez está influenciada por el significado socialmente comunicado del síntoma.

Por esta razón, la comprensión de los síntomas debe orientarse hacia la comprensión de la carga que imponen sobre los pacientes: cuánto les molestan y les limitan, y cuál es su reacción psicológica ante ellos. Independientemente del número o la gravedad de los síntomas, el reconocimiento de que son incómodos y limitantes para la persona, y que su persistencia va acompañada de sufrimiento psicológico. En los sistemas sanitarios centrados en la enfermedad esto puede aparecer como poco práctico. Después de todo, la clasificación de los pacientes en categorías diagnósticas tiene su funcionalidad en los sistemas de salud. Pero al mismo tiempo, brinda un nuevo espacio de participación para la Psicología Clínica, puesto que se evidencia la necesidad del acompañamiento psicológico en los procesos de enfermedad somática, independientemente de que el paciente refiera depresión o ansiedad.

Adicionalmente, la literatura revisada apunta a que debido a la alta prevalencia de los síntomas físicos médicamente inexplicables y a sus altos costos para el sistema de salud, es necesario que haya tratamientos efectivos disponibles desde el primer nivel de atención

Las investigaciones revisadas proporcionan evidencia favorable respecto a la utilidad de la Terapia, particularmente de la orientación cognitivo-conductual en cuadros como síndrome de fatiga crónica y enfermedades como la esclerosis múltiple. En general, la investigación cognitivo – conductual ha sugerido que la gestión del comportamiento se halla gobernada por sistemas que operan sin control volitivo directo. Además, ha identificado la conciencia como una construcción subjetiva del mundo en lugar de una explicación de la realidad objetiva. Es decir, a veces no puede haber un mapeo directo entre la estimulación y el contenido de la experiencia subjetiva. Esto explicaría la experiencia de datos sensoriales como alucinaciones, ilusiones, percepciones erróneas, efectos placebo, fenómenos hipnóticos, e incluso mecanismos de defensa. Y por supuesto, los síntomas físicos médicamente inexplicables. Así, representaciones almacenadas en la memoria llevan a seleccionar (atencional y perceptualmente) información inapropiada, la cual a su vez llevaría a una mala interpretación sensorial del ambiente interior o del mundo, la cual el individuo experimenta como subjetivamente válida (es decir, síntomas "reales") debido a que no tiene introspección de este proceso. Sin embargo, una limitación que se ha encontrado tiene que ver justamente con la introspección. La mayoría de autores concuerdan en que los pacientes van a tender a

resistirse a la reatribución de sus síntomas, incluso en los casos en los que pueden reconocer ansiedad o depresión asociadas; puesto que una "explicación" médica parece operar mejor para reducir la incertidumbre.

Por otro lado, el tratamiento grupal parece arrojar mejores resultados que el tratamiento individual, tanto en la reducción de las dosis de fármacos prescritas, como en el malestar global referido y el número de altas en la consulta psicológica a largo plazo.

Para la investigación, siguen existiendo una serie de retos. El primero de ellos tiene que ver con la dificultad para identificar a los pacientes con síntomas físicos médicamente inexplicables (¿quién debería decidir cuáles síntomas encajan en esta categoría, los médicos tratantes o los pacientes que los refieren?) Algunos autores sugieren que la investigación no debe limitarse a los casos clínicamente inexplicables, si no investigar los síntomas físicos en general, puesto que explicables o no, todos tienen en común la disminución del estado de salud y la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud.

Actualmente, los síntomas más investigados parecen ser los son dolores de cabeza, náuseas, molestias estomacales, dificultades para respirar/problemas respiratorios, mareos, y dolor. Para la investigación de dichos síntomas, los instrumentos más utilizados a nivel internaciones son el PHQ - 15 y el SCL - 90 SOM.

Referencias Bibliográficas

Bibliografía

Aamland, A.; Malterud, K. & Werner, E. (2014) Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BioMed Central Family Practice*. 15. DOI:10.1186/1471-2296-15-107.

American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª ed.). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª ed. revisada). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, DC: Author.

Barski, A. (2015) Assessing the New DSM - 5 Diagnosis of Somatic Symptom Disorder. *Psychosomatic Medicine*. 78. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000287.

Beltrán, O. (2005) Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 20 (1). ISSN 0120-9957.

Brown, R. (2004) Psychological Mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An Integrative Conceptual Model. *Psychological Bulletin*. 130 (5). DOI: 10.1037/0033-2909.130.5.793.

Burton, C.; Weller, D.; Marsden, W.; Worth, A. & Sharpe, M. (2012) A primary care Symptoms Clinic for patients with medically unexplained symptoms: pilot randomised trial. *British Medical Journal Open*. 2. DOI:10.1136/bmjopen-2011-000513 .

- Ezama, E.; Alonso, Y. & Fontanil, Y. (2010) Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10 (2). ISSN: 1577-7057.
- Ferreira, I.; Urrutia, G. & Alonso, P. (2011) Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista Española de Cardiología*. 64 (8). DOI: 10.1016/j.recesp.2011.03.029
- Fishbain, D.; Gao, J.; Lewis, J.; Burns, D.; Meyer, L. & Disorbio, J. (2014) Prevalence comparisons of Somatic and Psychiatric Symptoms between community nonpatients without pain, Acute Pain Patients, and Chronic Pain Patients. *Pain Medicine*. DOI: 10.1111/pme.12527.
- Flores, G. (2016) La Valoración de incapacidades y los Síntomas Físicos Médicamente Inexplicables. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*. 1 (1). ISSN 2215-2741.
- Frølund, H.; Frostholm, L.; Søndergaard J.; Ørnbøl, E. & Schröder, A. (2016) Neuroticism and maladaptive coping in patients with functional somatic syndromes. *British Journal of Health Psychology*. DOI:10.1111/bjhp.12206.
- Gorosabel, J. (2013) *Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14125/66216_gorosabel%20rebolleda%20jesus.pdf?sequence=1
- Grover, S. & Kate, N. (2013) Somatic symptoms in consultation – liaison psychiatric. *International Review of Psychiatry*. 25 (1). DOI:10.3109/09540261.2012.727786.
- Hahn, S.; Thompson, K.; Wills, T.; Stern, V. & Budner, N. (1994) The difficult doctor – patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *Journal of Clinical Epidemiology*. 47 (6). DOI: 10.1016/0895-4356(94)90212-7

- Higgins, J. & Green, S. (2011) Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones, versión 5.1.0 Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano. Disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>.
- Janssens, K.; Houtveen, J.; Tak, L.; Bonvanie, I.; Scholtalbers, A.; van Gils, A.; Geenen, R. & Rosmalen, J. (2016) A concept mapping study on perpetuating factors of functional somatic symptoms from clinicians' perspective. *General Hospital Psychiatry*. 44. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2016.10.008.
- Klaus, K.; Rief, W.; Brähler, E.; Martin, A.; Glaesmer, H. & Mewes, R. (2012) The Distinction Between "Medically Unexplained" and "Medically Explained" in the Context of Somatoform Disorders. *International Journal of Behavioral Medicine*. 20. DOI: 10.1007/s12529-012-9245-2.
- Kleinstäuber, M.; Gottschalk, J.; Berking, M.; Rau, J. & Rief, W. (2015) Enriching cognitive behavior therapy with emotion regulation training for patients with multiple medically unexplained symptoms (ENCERT): Design and implementation of a multicenter, randomized, active-controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*. DOI: 10.1016/j.cct.2015.12.003.
- Koelen, J.; Houtveen, J.; Abass, A.; Luyten, P.; Eurelings - Bontekoe, E.; Van Broeckhuysen - Kloth, S.; Bühring, M. & Geenen, R. (2014) Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 204. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.121830.
- Kroenke, K. & Rosmalen, J. (2006) Symptoms, Syndromes, and the value of Psychiatric Diagnostics in Patients who have Functional Somatic Disorders. *The Medical Clinics of North America*. 90. DOI:10.1016/j.mcna.2006.04.003.
- López, J. & Belloch, A. (2002) La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 7 (2). DOI: 10.5944/rppc.vol.7.num.2.2002.3923

- Mallorquí - Bagué, N.; Bulbena, A.; Pailhez, G.; Garfinkel, S. & Critchley, H. (2015) Mind - Body Interactions in Anxiety and Somatic Symptoms. *Harvard Review of Psychiatry*. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000085.
- Muñoz, H. (2009) Somatización: consideraciones diagnósticas. *Revista de la Facultad de Medicina*. 17 (1).
- Niloofer, A.; Ahumada, S.; Johnson, L.; Mostoufi, S.; Golnari, G.; Reis, V. & Gundy, J. (2013) Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta - Analysis. *Psychosomatic Medicine*. 76. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000010.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento, 10ª edición. (CIE - 10)*. Madrid: Meditor.
- Picariello, F.; Ali, S.; Moss - Morris, R. & Chalder, T. (2015) The most popular terms for medically unexplained symptoms: The views of CFS patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 78. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.02.013.
- Rubio, L.; Villareal, J.; Pérez, X. & Guzmán, M. (2013) Prevalencia de estilos de afrontamiento y trastornos de somatización en docentes universitarios de dos Facultades de Psicología en Ibagué (Colombia). *Desbordes, Revista de Investigaciones de la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades- Unad*. 4. ISSN: 2027-5579
- Salkovskis, P.; Gregory, J.; Sedgwick-Taylor, A.; White, J.; Opher, S. & Ólafsdóttir, S. (2016) Extending Cognitive - Behavioural Theory and Therapy to Medically Unexplained Symptoms and Long-Term Physical Conditions: A Hybrid Transdiagnostic/Problem Specific Approach. *Behaviour Change*. DOI: 10.1017/bec.2016.8.
- Sánchez - García, M. (2013) Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 13 (2). ISSN 1577-7057.

- Sánchez – García, M. (2014) Análisis de la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en sujetos con somatizaciones. *Anales de Psicología*. 30 (2) DOI: 10.6018/analesps.30.2.170271.
- Sayar, K.; Kirmayer, L. & Taillefer, S. (2003) Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*. 25 (2). DOI: 10.1016/S0163-8343(02)00277-3
- Sharma, M. & Manjula, M. (2012) Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: An overview. *International Review of Psychiatry*. 25 (1) DOI: 10.3109/09540261.2012.746649.
- Vallejo, M. (2014) De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista iberoamericana de Psicología*. 110.
- Venegas, M. (2015) Enfermedades psicológicas que desencadenan enfermedades médicas en los pacientes del centro de salud Coishco, 2015. In *Crescendo. Ciencias de la Salud*. 2 (1). Disponible en revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/858.
- Weiss, F.; Rief, W.; Martin, A.; Rauh, E. & Kleinstäuber, M. (2016) The Heterogeneity of Illness Behaviors in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*. 23. DOI 10.1007/s12529-015-9533-8.
- Yzermans, J.; Baliatsas, C.; van Dulmen, S. & Van Kamp, I. (2016) Assessing non – specific symptoms in epidemiological studies: Development and validation of the Symptoms and Perceptions (SaP) questionnaire. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 219. DOI: 10.1016/j.ijheh.2015.08.006
- Zijlema, W.; Stolk, R.; Löwe B.; Rief, W.; BioSHaRE, White, P. & Rosmalen, J. (2013) How to assess common somatic symptoms in large-scale studies: A systematic review of questionnaires. *Journal of Psychosomatic Research*. 74. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.03.093.