

Somatizaciones en Atención Primaria. Oportunidades de intervención

Somatizations in Primary Care. Intervention opportunities

Fecha de recepción: 26-03-2018

Fecha de aceptación: 21-06-2018

María Modrego Muñoz

Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". España

Marina Baquero Tomás

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Jesús Santolaya Prego de Oliver

Universitat de València

Esperanza Dongil Collado

Antonio Capafons

Universitat de València

resumen/abstract:

Las somatizaciones constituyen uno de los problemas mentales con mayor prevalencia entre la población, generando elevados niveles de sufrimiento, reduciendo la calidad de vida y contribuyendo a la discapacidad funcional de las personas que lo padecen. Sin embargo, siguen existiendo ciertas dificultades, tanto de tipo conceptual como a la hora de realizar el diagnóstico, que implican limitaciones para llevar a cabo estudios que clarifiquen la naturaleza de este trastorno y permitan desarrollar intervenciones eficaces. El objetivo de este trabajo consiste en mostrar, de forma sintética, el estado de la cuestión sobre las somatizaciones, aludiendo a la problemática presente respecto a su propia denominación, criterios diagnósticos, la situación existente en Atención Primaria (AP) a la hora de atender este tipo de sintomatología, su detección en AP y los últimos avances en intervención.

Somatizations are one of the mental problems, with a higher prevalence among the population, generating high levels of suffering, reducing the quality of life and contributing to the functional disability of the people who suffer from it. However, there are still certain difficulties, both at conceptual and diagnostic level. This implies limitations in carrying out studies to clarify the nature of this disorder and in allowing the development of effective interventions. The objective of this work is to show, in a synthetic way, the knowledge collected to date on somatizations. It includes problems regarding its own denomination, diagnostic criteria, existing situation in Primary Care at the time of addressing this type of symptomatology, assessment tools and the latest advances in intervention.

palabras clave/keywords:

Somatización, Trastorno de Síntomas Somáticos, Trastorno Somatomorfo, Síntomas físicos sin explicación médica, Atención Primaria, Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Somatization, Somatic Symptom Disorder, Somatoform Disorder, Medical Unexplained Symptoms (MUS), Primary Care, Cognitive-Behavioral Treatment.

Introducción

El concepto de somatización ha recibido multitud de denominaciones acompañadas de diferentes teorías que han intentado ofrecer una explicación acerca de dicho fenómeno (Heinrich, 2004). Algunos de los términos utilizados para denominar a los trastornos psicósomáticos han sido: psicógenos, psicósomáticos, conversión, somatización, hipocondría. Como consecuencia de esa gran variedad de terminología utilizada, hasta mediados del siglo XX, los diagnósticos psiquiátricos relativos a somatizaciones eran bastante inconsistentes y, sólo con la llegada de los sistemas de clasificación (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, DSM; y *la Clasificación Internacional de Enfermedades*, CIE) se llevaron a cabo investigaciones que arrojaron luz sobre esta cuestión (Moldovan et al, 2015). Desde la primera edición del DSM, las somatizaciones han recibido diferentes denominaciones y sufrido modificaciones hasta llegar a su conceptualización actual.

Tabla 1.- Evolución del diagnóstico y conceptualización de somatizaciones a lo largo de las distintas ediciones del DSM.

Año de publicación	Edición	Denominación	Conceptualización
1952	DSM-I	Trastornos Psiconeuróticos	Reacciones de origen psicógeno o sin cambio estructural o causa tangible claramente definida
1968	DSM-II	Neurosis histérica Neurosis hipocondriaca	Angustia como característica principal, tanto si era sentida y expresada, como controlada inconscientemente mediante mecanismos de conversión, desplazamiento u otros
1980	DSM-III	Trastornos somatoformes	Síntomas físicos sin hallazgos orgánicos demostrables, relacionados con factores psicológicos

(continúa)

1987	DSM-III-R	Trastornos somatoformes	Igual DSM-III
1994	DSM-IV	Trastornos somatoformes	Síntomas físicos que sugieren condición médica general, y que no son explicados por enfermedad física, efectos de una sustancia u otro trastorno mental
2000	DSM-IV-TR	Trastornos somatoformes	Igual DSM-IV
2013	DSM-5	Trastornos de síntomas somáticos	Múltiples síntomas somáticos que provocan malestar e interferencia,aparezca o no justificación médica. Pensamientos y sentimientos desproporcionados como parte fundamental del diagnóstico

Nota: DSM = Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Estado de la cuestión

El término somatización está muy extendido dentro del campo de la salud mental y, sin embargo, su significado y delimitación diagnóstica distan de estar claramente establecidos (López-Santiago y Belloch, 2002). Esta falta de claridad hace que resulte complicado realizar un diagnóstico. Por otro lado, existe la tendencia en la práctica clínica de dar preferencia a los diagnósticos emocionales y de ansiedad cuando aparece sintomatología física asociada a estados emocionales (Sánchez-García, 2014). Aun así, nos encontramos ante uno de los problemas mentales más prevalentes y con alta comorbilidad psiquiátrica, lo que implica elevados niveles de sufrimiento, reducción de la calidad de vida y contribución a la discapacidad de las personas que lo padecen, sin olvidar la gran cantidad de costes económicos que genera. Además, los resultados de las intervenciones han sido cuestionados tanto por su eficacia como por no dejar claro cuál es su componente activo (Allen, Escobar, Lehrer, Gara y Woolfolk, 2002). Por todo ello, centrando nuestra atención en AP, trataremos de reflejar de

forma sintética y clarificadora, cuál es la situación actual de las somatizaciones con respecto a su diagnóstico, prevalencia y comorbilidad, evaluación y últimos avances en intervención.

Criterios Diagnósticos

Las somatizaciones aparecen como el denominador común de los trastornos somatomorfos dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM. El trastorno de síntomas somáticos (TSS), tal y como se presenta en la quinta edición de este manual (DSM-5; APA, 2013), se caracteriza por la presencia de múltiples síntomas somáticos, específicos o inespecíficos, que causan malestar e interfieren en las actividades de la vida diaria, aparezca o no justificación médica. Los pacientes somatizadores tienden a experimentar pensamientos, sentimientos o conductas excesivas en relación con sus síntomas, realizando evaluaciones erróneas e interpretaciones catastrofistas sobre los mismos. En los casos más graves, los problemas de salud pueden convertirse en el centro de la vida de la persona dominando incluso sus relaciones interpersonales. Con frecuencia existe un elevado número de visitas a los servicios sanitarios, aunque este hecho rara vez disminuye la preocupación de estos pacientes. Además, parecen no responder a los tratamientos médicos y las nuevas intervenciones pueden incluso agravar la sintomatología. Por ello, no es de extrañar que estas personas consideren que tanto la evaluación por parte de los profesionales médicos como el tratamiento recibido no han sido suficientes (APA, 2013).

En la anterior edición de este manual, DSM-IV-TR (APA, 2000), las somatizaciones quedaban recogidas dentro del capítulo *Trastornos Somatomorfos* bajo la característica común de la existencia de sintomatología física que podría indicar la presencia de una enfermedad médica y para la que, sin embargo, no existe justificación médica que explique por completo dicha sintomatología. Una de las principales limitaciones de esta clasificación, es el elevado número de superposición entre las distintas entidades nosológicas que constituyen los trastornos somatomorfos y la ausencia de límites claros entre las mismas, especialmente entre el trastorno por somatización y el trastorno somomorfo indiferenciado (Vallejo Pareja, 2014). Estos criterios focalizaban su atención en la importancia de sintomatología física sin explicación médica, contribuyendo así a reforzar el dualismo mente-cuerpo (APA, 2013).

Para superar estas limitaciones, el DSM-5 (APA, 2013), elabora una reorganización de los antiguos trastornos somatomorfos pasando a denominarlos TSS y trastornos relacionados, con el objetivo de que esta nueva denominación resulte más útil en el ámbito de la AP. Esta reorganización incluye dentro del TSS tres de las entidades nosológicas incluidas dentro del capítulo de trastornos somatomorfos del DSM-IV-TR: trastorno de somatización, trastorno somomorfo indiferenciado y trastorno por dolor. Uno de los aspectos principales de esta nueva clasificación respecto al TSS, reside en la consideración de características psicopatológicas como pensamientos y sentimientos desproporcionados como parte fundamental del diagnóstico, mientras que ya no se requiere la presencia de síntomas somáticos en ausencia de explicación médica. De este modo, cualquier persona que padezca una determinada enfermedad conocida, siempre y cuando cumpla con el resto de criterios, puede incluirse dentro de esta categoría diagnóstica (Vallejo Pareja, 2014). A pesar de su corto tiempo de vida, el DSM-5 (APA, 2013) ya acumula críticas sobre esta nueva categoría. La principal reside

en la posibilidad de que se produzca una inflación en el diagnóstico, o del mismo modo, un infradiagnóstico de enfermedades físicas a favor de esta categoría (Katz, Rosembloom y Fashler, 2015).

Por su parte, la undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), propone un nuevo concepto, el Síndrome de Estrés Corporal. Este síndrome requiere múltiples síntomas somáticos no causados por patología física conocida y asociado con angustia o disfunción. Este concepto se propone como sustituto de la categoría “quejas somáticas no explicadas médicamente” presente en la CIE-10, puesto que se considera una oportunidad para establecer un mejor diálogo con el paciente (Goldberg et al., 2016).

De esta forma, se pone de manifiesto la variabilidad de términos empleados para denominar a este tipo de sintomatología. Frecuentemente, se opta por la utilización del término global “síntomas físicos sin explicación médica” o sus siglas en inglés “medically unexplained symptoms (MUS)” (Kleinstäuber, Witthöft y Hiller, 2011). Esta ausencia de límites claros respecto a la denominación y consideración de este tipo de trastornos supone dificultades a la hora de contar con un mejor conocimiento de su naturaleza, patogénesis y por tanto de establecer intervenciones eficaces.

Prevalencia y comorbilidad

La existencia de somatizaciones en los diferentes cuadros clínicos es un fenómeno muy habitual en la práctica clínica. Un estudio llevado a cabo por Kirmayer, Groleau, Loooper y Dao (2004), establece una prevalencia de somatizaciones en población general que varía entre un 0,38% y un 4,4%. Sin embargo, en los servicios de AP, estos datos varían entre el 5% y el 35% (Roca et al., 2009). Según Haro et al. (2006), en España, la prevalencia de somatizaciones es del 14,7%. Esta alta prevalencia presenta, a su vez, una elevada variabilidad que resulta todavía imprecisa, puesto que se considera la existencia de un infradiagnóstico de los mismos (Sánchez-García, 2014). Este autor argumenta que uno de los motivos que pueden estar contribuyendo a este infradiagnóstico son los elevados niveles de comorbilidad que los síntomas somáticos presentan con entidades como la ansiedad y la depresión, lo que de alguna manera puede enmascarar parte del impacto clínico de las somatizaciones.

Las somatizaciones presentan una elevada comorbilidad con los trastornos de ansiedad y depresión. Un estudio llevado a cabo por Barsky, Orav y Bates (2005), encontró que el 31% de los participantes que presentaban somatizaciones, cumplían criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor y el 19% presentaba un trastorno de pánico. Según Löwe et al. (2008), al menos un tercio de los pacientes que experimentan somatizaciones presenta ansiedad o trastornos depresivos de manera comórbida. A su vez, la sintomatología somática añade complejidad y gravedad a los trastornos de ansiedad y depresivos provocando un mayor nivel de deterioro a nivel funcional. (APA, 2013). El impacto conjunto de estos tres tipos de trastornos sobre el deterioro funcional resulta sustancialmente mayor que el de cada uno de ellos por separado (Löwe et al., 2008). En cualquier caso, queda reflejado que se trata de un problema de gran relevancia a nivel clínico y económico, del que, sin embargo, seguimos sin tener un adecuado conocimiento acerca de su etiología y patogénesis.

Correlatos psicológicos

Las teorías que pretenden dar respuestas sobre cuáles son los mecanismos implicados en la somatización, recurren a modelos multifactoriales donde intervienen aspectos ambientales, biológicos, culturales, psicosociales y genéticos (Mai, 2004). Brown (2004), elaboró un modelo conceptual integrador señalando como aspectos fundamentales en la aparición de esta sintomatología los mecanismos atencionales y esquemas preexistentes en nuestra memoria. Estos esquemas pueden tener su origen en la observación de enfermedad ajena o la propia experiencia con la enfermedad. Así, la existencia de este tipo de sesgos contribuye a llevar a cabo patrones disfuncionales mediante interpretaciones erróneas del mundo sensorial y las señales corporales que, acaban considerándose “síntomas reales”.

En los últimos años, diversos estudios han tratado de establecer la relación existente entre somatización y distintos procesos cognitivos. Estos procesos desempeñan un papel importante tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de las somatizaciones. Se mencionan algunos a continuación:

Problemas de regulación emocional. Los hallazgos encontrados señalan la estrecha relación que la somatización mantiene con las emociones, siendo las estrategias de regulación emocional fundamentales en su desarrollo. La alexitimia, entendida como la dificultad o incapacidad para percibir, nombrar y expresar las propias emociones, es un mecanismo deficitario provocando que estos pacientes interpreten los componentes físicos de las emociones como síntomas que constituyen evidencia de enfermedad (Subic-Wrana et al., 2010). Asimismo, las personas somatizadoras se implican menos con aquellos estímulos de valencia positiva (Nikolova, Fellbrich, Born, Dengler y Schröder, 2011; Sánchez-García, Martínez Sánchez y Van Der Hofstadt, 2011a, 2011b) mientras que aquellos estímulos con una valencia neutra o negativa son valorados como aún más negativos (Nikolova et al., 2011; Sánchez-García et al., 2011b).

Sesgos en el procesamiento de la información. Los pacientes somatizadores parecen contar con un sesgo atencional que les hace dirigir su atención hacia aquellos estímulos que les resultan amenazantes (Lautenbacher et al., 2010). Asimismo, se refleja en ellos la existencia de creencias sobreexcluyentes acerca de tener buena salud (por ejemplo, “estoy sano únicamente cuando no experimento ninguna sensación corporal”) (Riebel, Egloff y Witthöft, 2013).

Autoconcepto y autocompasión. Otro de los hallazgos realizados destaca la presencia en estos pacientes de un autoconcepto más estrechamente relacionado con la enfermedad llevándoles a comunicar una percepción propia de ser débil y no tolerar el estrés (Riebel et al., 2013). Por otro lado, los pacientes somatizadores presentan niveles de autocompasión más bajos que los encontrados en la población general, lo que se ha asociado con un mayor número de síntomas físicos y peor calidad de vida. Así, la autocompasión parece constituir un factor general de resiliencia que tendría un efecto amortiguador a la hora de manejar las situaciones estresantes (Pinto-Gouveia, Duarte, Matos y Fraguas, 2014). De este modo, van der Ven et al. (2017), refieren que potenciar la autocompasión respecto a las condiciones médicas podría tener como consecuencia un mejor manejo de la sintomatología y, por tanto, dar lugar a una mejor calidad de vida de los pacientes.

Somatizaciones en Atención Primaria

En España, como en el resto de Europa, los trastornos mentales están muy vinculados con la AP. Un estudio llevado a cabo en nuestro país mediante una prueba de cribado (PRIME-MD), mostró que un 53,6% de los pacientes españoles con trastornos mentales son atendidos en AP (Roca et al., 2009). Entre los más frecuentes se encontraron las somatizaciones (28,8%), los trastornos del estado de ánimo (35,8%) y los trastornos de ansiedad (25,6%), entre los que se ha establecido una alta comorbilidad.

García-Campayo, Pascual, Alda y Oliván (2005), apuntan que, en los países que cuentan con un sistema sanitario público, las personas con este tipo de trastornos acuden fundamentalmente a los centros de AP. Y, a partir de ese momento, suele crearse un círculo vicioso en el que el paciente va intercalando consultas entre el médico generalista y las diferentes especialidades médicas que incluye hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos y pruebas complementarias. De este modo, el diagnóstico de este tipo de trastornos es realizado en un primer momento por el médico de AP (MAP). La elevada utilización de estos recursos conlleva unos costos muy elevados, llegando a suponer en el caso de las somatizaciones un 0,2% del PIB Español, equivalente a 1650 millones de euros anuales (Parés-Badell et al., 2014). Como consecuencia de ello, los pacientes somatizadores suelen generar en los profesionales sanitarios sentimientos de ira, frustración y antipatía derivados de esa insistencia por buscar el origen de los síntomas, la imposibilidad de encajar en una categoría diagnóstica unida a la negación del origen psicosocial del problema. Todo ello genera rechazo a la hora de ofrecer apoyo psicológico a estos pacientes por parte de los MAPs (García-Campayo, Sanz-Carrillo y Montón, 1999) quienes, además, en un periodo de tiempo inferior a siete minutos, deben decidir si ese paciente cumple o no con los criterios para diagnosticar dicho trastorno, si es necesario o no prescribir algún tipo de medicación y, en su caso, cuál, al tiempo de considerar si ese paciente precisa ayuda especializada. La principal consecuencia de estas limitaciones se pone de manifiesto al conocer que las intervenciones más frecuentes en estos casos son las farmacológicas mientras que el tratamiento psicológico está infraprescrito. De hecho, España se sitúa entre los primeros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en porcentaje de gasto en fármacos psicotrópicos alcanzando en 2014 un gasto de 700 millones de euros en ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos (Cano-Vindel, 2016). A pesar de la creación por parte del grupo de Smith en 1991 de una serie de normas de buena práctica clínica respecto a los pacientes con trastorno de síntomas somáticos en AP, los aspectos anteriormente descritos dificultan llevar a cabo este tipo de estrategias. (Smith, Rost y Kashner, 1995).

Puesto que la mayor parte de pacientes somatizadores son tratados a nivel ambulatorio, ya que sólo una parte muy reducida de ellos acepta atención psicológica o psiquiátrica, los centros de AP son el contexto en el cual aparecen más probabilidades de éxito en el tratamiento de este tipo de pacientes (García-Campayo, Sanz-Carrillo, Claraco, Arana y Montón, 1997). De este modo, resulta esencial que los MAPs sean capaces de establecer diagnósticos adecuados para este tipo de trastornos poniendo en marcha las normas de buena práctica clínica. Y que, a pesar de la infrautilización de los tratamientos psicológicos para el tratamiento

de las somatizaciones en AP, se incorporen en estos centros psicólogos que contribuyan a mejorar la salud de estos pacientes, algo que en los últimos años ha comenzado a implementarse en varios países, especialmente Reino Unido (Cano-Vindel et al., 2016). Se podrían obtener mayores beneficios en el tratamiento de este tipo de pacientes si los MAPs estuviesen motivados y participasen en programas de entrenamiento específicos para su manejo (Fink y Rosendal, 2008). Se trata de llevar a cabo un trabajo conjunto y colaborativo (Leone et al., 2006).

Detección de somatizaciones en AP: PHQ-15

Uno de los cuestionarios más utilizados para la detección de somatizaciones, mostrando los mejores resultados (Zijlema et al., 2013), es el Cuestionario de Salud del Paciente-15 (*Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15*) (Kroenke, Spitzer y Williams, 2002). Se trata de una versión autoadministrada derivada del *Primary Care Evaluation for Mental Disorders (PRIME-MD, REF)* (Spitzer et al., 1994) y constituye uno de los módulos que conforman el Cuestionario de Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire, PHQ*) (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999). Consiste en preguntar el nivel de molestia que han supuesto a los sujetos 15 tipos diferentes de síntomas durante las cuatro últimas semanas. Las opciones de respuesta varían entre “nada” (0), “un poco” (1), o “mucho” (2). Y la puntuación total se encuentra entre 0 y 30, haciendo referencia a la severidad de los síntomas somáticos desde el mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14) y severo (15-30). Esos 15 síntomas somáticos o grupos de síntomas representan más del 90% de las quejas encontradas en la configuración de AP (Kroenke et al., 2002). A pesar de haberse desarrollado bajo el influjo del DSM-IV, las cuestiones requeridas en él no hacen referencia a “síntomas sin explicación médica”, por lo que la utilización del PHQ-15 resulta adecuada para evaluar los TSS y otros trastornos relacionados tal y como se conceptualizan en el DSM-5 (APA, 2013). De entre más de 40 instrumentos de autoinforme para la evaluación de este tipo de síntomas, el PHQ-15 ha sido considerado como el más adecuado ya que presenta buenas propiedades psicométricas, relevancia de los síntomas evaluados, es breve y está disponible y validado en numerosas lenguas (Zijlema et al., 2013). Por otro lado, los análisis de los resultados obtenidos por medio del PHQ-15, han contribuido también a la obtención de una estructura que nos permitiría entender mejor este tipo de trastornos. Se trata de un modelo bifactorial en el que cada uno de los síntomas estaría explicado por un factor general que podría representar un componente más afectivo a la hora de percibir los síntomas, y factores específicos (síntomas de dolor, síntomas gastrointestinales, síntomas cardiopulmonares y síntomas de fatiga) que harían referencia a aspectos de tipo más fisiológico (Witthöft, Hiller, Loch, y Jasper, 2013). A pesar de que hace falta más investigación al respecto, este descubrimiento supone una gran oportunidad para llegar a poseer un conocimiento más comprehensivo de este tipo de trastornos.

Intervenciones

Las guías clínicas para el tratamiento de las somatizaciones recomiendan que éste se lleve a cabo mediante modelos de atención escalonada, colaborativa y coordinada, en los que el MAP sea quien coordine la puesta en marcha de procedimientos adecuados tanto de diag-

nóstico, como de tratamiento siempre en colaboración con los especialistas de la salud mental (Schaefer et al., 2012). En las últimas décadas se han desarrollado una gran cantidad de intervenciones tanto farmacológicas como psicológicas para el tratamiento de las somatizaciones.

Intervenciones Farmacológicas

Los fármacos constituyen una opción en el tratamiento de las somatizaciones a pesar de que no esté del todo claro cuál es su mecanismo de acción en este tipo de trastornos (Kleinstäuber et al., 2014). Concretamente, los fármacos más utilizados en este caso son los anti-depresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (Van Dessel et al., 2014). Además, el análisis de los efectos de los antidepresivos sobre los síntomas comórbidos que frecuentemente aparecen junto con las somatizaciones coincide con señalar este tipo de fármacos como adecuados en el tratamiento de este tipo de trastornos (Verdu, Decosterd, Buclin, Stiefel y Berney, 2008). Por otro lado, los fármacos antiepilépticos también son utilizados en el tratamiento de somatizaciones (Moore, Wiffen, Derry y McQuay, 2011).

Intervenciones Psicológicas

Terapia Cognitivo-Conductual. La terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una de las intervenciones más estudiadas en el tratamiento de las somatizaciones y la que ha conseguido mayores niveles de eficacia (Kroenke, 2007). La TCC suele incluir los siguientes componentes: técnicas de relajación para disminuir la activación fisiológica, actividades agradables, incremento de la conciencia sobre las propias emociones y estrategias para mejorar la comunicación de las mismas y establecer una conexión entre éstas y la severidad de los síntomas somáticos, reestructuración cognitiva, experimentos conductuales que ayuden a cuestionar creencias disfuncionales, solución de problemas, entrenamiento en asertividad, visualizaciones, incremento gradual del nivel de actividad, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, biofeedback o entrenamiento en respiración (Sharma y Manjula, 2013). Esta intervención se presenta efectiva a la hora de reducir una gran variedad de síntomas y trastornos del estado de ánimo asociados, al tiempo que mejora el funcionamiento físico y social (Sumathipala, 2007). Según Hausteiner-Wiehle, et al. (2012), la TCC parece ser el tratamiento de elección para estos síntomas, pero su efectividad es significativamente menor que para otro tipo de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión (Gottschalk, Bleichhardt, Kleinstäuber, Berking y Rief, 2015). Todavía queda mucho por hacer puesto que no existen muchos progresos a la hora de determinar qué componentes de la TCC resultan realmente útiles y qué porcentaje del cambio terapéutico se puede atribuir a cada uno de ellos (Sharma y Manjula, 2013).

TCC enriquecida con entrenamiento en Regulación Emocional (ENCERT). Las elevadas correlaciones entre afectividad negativa y experiencia de dolor apoyan la idea del déficit en los mecanismos de regulación emocional como elemento importante en el desarrollo de trastornos de síntomas somáticos (Bogaerts et al., 2010).

ENCERT es una extensión de la TCC. Tal y como señalan Gottschalk et al. (2015), éste consiste en un programa cuyo objetivo es mejorar la intervención proporcionada por la TCC incorporando estrategias de entrenamiento en regulación emocional distribuidas en

siete módulos: motivación para el cambio, psicoeducación sobre respuestas de estrés y entrenamiento en relajación, mindfulness, relación existente entre emociones, pensamientos, conducta y síntomas, reducción de conducta de enfermedad, estrategias de manejo de estrés y, por último, se elabora un modelo comprensivo del problema incluyendo prevención de recaídas. Tanto ENCERT como la TCC son eficaces en el tratamiento de las somatizaciones. Sin embargo, ENCERT muestra mejores resultados que TCC para el tratamiento de estos síntomas a pesar de que no existen diferencias significativas entre ambos tipos de intervenciones (Gottschalk et al., 2015).

Mindfulness. Mindfulness, o conciencia plena, suele conceptualizarse como un proceso de regulación adaptativa haciendo hincapié en la atención centrada en el momento presente y la actitud de no juzgar (Brown y Ryan, 2003). La terapia basada en Mindfulness consiste en una intervención de bajo coste con la capacidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con somatizaciones y reducir la carga que éstos generan en los servicios de salud (Lakhan y Schofield, 2013). Esta intervención parece ser útil en el manejo de las somatizaciones, pero los resultados siguen siendo ambiguos. En el caso del Síndrome del Intestino Irritable, Lakhan y Schofield (2013), señalan que el mindfulness ha demostrado mejorar el dolor, la gravedad de los síntomas y la calidad de vida, aunque no ha conseguido los mismos resultados para depresión o ansiedad. Son necesarios más estudios que clarifiquen la eficacia de esta intervención para el tratamiento de las somatizaciones.

Hipnosis. Un metaanálisis llevado a cabo para evaluar la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos (Flammer y Alladin, 2007) indicó que la hipnosis es altamente eficaz. Sin embargo, estos resultados no resultan concluyentes, y deberían tomarse con precaución, ya que en dicho metaanálisis no se incluyeron estudios que cumplieran los criterios mínimos (Molina-del-Peral, Mendoza, Capafons y Llanes-Basulto, 2016). No obstante, si se consideran como somatizaciones ciertos tipos de dolor (como cefaleas, dolores musculares, durante la micción); reacciones, como insomnio, taquicardias, presión arterial, trastornos cutáneos; o reacciones que exacerben problemas, como el síndrome de colon irritable, fibromialgia, asma, y un largo etc.; la hipnosis se muestra altamente eficaz como coadyuvante. Particularmente, dichos niveles de eficacia aparecen en el tratamiento del colon irritable, asma y dolor en general. Aunque debe mejorarse la metodología y abundar más en la investigación, la hipnosis constituye un procedimiento que no debe dejarse de lado a la hora de intervenir sobre este tipo de trastornos (Molina-del-Peral et al., 2016; Molina-del-Peral, Mendoza, Díez-González, Llanes-Basulto y Capafons, 2016).

Terapia Psicodinámica Breve. También se ha encontrado evidencia acerca de la eficacia de las terapias psicodinámicas breves (Abbass, Kisely y Kroenke, 2009). Recientemente, la Terapia Psicodinámica Intensiva Breve ha demostrado mejorías en la reducción del dolor, angustia, depresión y cogniciones catastrofistas con un nivel de eficacia similar a la TCC. Sin embargo, la escasez de estudios de calidad hace que sea necesaria más investigación al respecto (Chavooshi, Saberi, Abbas Tavallaie y Sahraei, 2017).

Otras intervenciones

Carta Terapéutica. Una de las intervenciones que se ha mostrado eficaz ha sido la carta terapéutica (Allen et al., 2002). Esta intervención desarrollada por el grupo de Smith (García-

Campayo et al., 2005) consiste en una carta remitida a los médicos de AP en la cual se ponen de manifiesto una serie de recomendaciones a la hora de tratar con estos pacientes:

- El paciente somatizador ha de ser atendido únicamente por su médico de familia.
- Se han de planificar citas regulares con una frecuencia que no exceda las 4-6 semanas.
- Las consultas deben tener una duración breve, no superando los 10-15 minutos.
- Se ha de explorar aquella zona del cuerpo en la que el paciente experimente dolor.
- Se habrán de tener en consideración los signos y no los síntomas, ya que éstos últimos deben ser interpretados dentro de un marco de referencia más amplio.
- Se evitará realizar pruebas y evaluaciones innecesarias.
- Se prescindirá de elaborar diagnósticos confusos y prescribir tratamientos innecesarios.
- Se intentará siempre, en la medida de lo posible, tranquilizar al paciente.
- Se derivará, cuando corresponda y de manera adecuada, a los servicios especializados en salud mental.

Un estudio realizado por Allen, Woolfolk, Escobar, Gara, y Hamer (2006), señala la eficacia de un tratamiento en el que se combinan TCC y carta terapéutica a la hora de reducir los síntomas somáticos, mejorar el funcionamiento físico y reducir el uso excesivo de los servicios sanitarios por parte de estos pacientes.

Atención Mejorada. Otro tipo de intervención para somatizaciones es la atención mejorada (Van Dessel et al., 2014). Ésta consiste en recibir, además de la atención habitual por parte de los médicos de AP, atención adicional como momentos de asesoramiento estructurado, entrevistas psiquiátricas o entrenamiento en reatribución llevado a cabo por el propio médico de AP (Rosendal et al., 2013). En un metaanálisis realizado por Van Dessel et al. (2014), las intervenciones psicológicas, generalmente, no reflejaron mejores resultados que los obtenidos por aquellas basadas en la atención mejorada.

Conclusión

Las somatizaciones constituyen una de las enfermedades mentales más prevalentes entre la población, aun considerando la existencia de un infradiagnóstico de las mismas. Esto, unido a los elevados niveles de comorbilidad psiquiátrica que presenta (especialmente con los trastornos de ansiedad y depresión), los grandes costes económicos que genera y la dificultad que supone el manejo de este tipo de pacientes para los profesionales sanitarios, incrementan, más si cabe, la importancia clínica de este trastorno (Sánchez-García, 2014).

A pesar de ello, las somatizaciones han sido dejadas de lado en comparación con otros trastornos como la ansiedad y la depresión, y el número de investigaciones llevadas a cabo es menor (Bass, Peyeler y House, 2001). Hoy en día continúan siendo varias las dificultades que suponen una barrera a la hora de tener un conocimiento comprensivo y preciso sobre este trastorno, empezando por su propia denominación y criterios utilizados a la hora de elaborar un diagnóstico.

Los intentos por explicar este tipo de sintomatología recurren a modelos multifactoriales que incluyen aspectos ambientales, biológicos, culturales, psicosociales y genéticos (Mai, 2004). De este modo, diversos estudios han demostrado la existencia de dificultades en estos pacientes, relacionadas con regulación emocional, sesgos en el procesamiento de la información, autoconcepto y cuidado hacia uno mismo.

Respecto a la intervención, la TCC se ha establecido como tratamiento de elección puesto que ha demostrado ser eficaz en la reducción de la sintomatología y los trastornos comórbidos de estado de ánimo, produciendo también mejoras a nivel de funcionamiento físico y social. Sin embargo, todavía no queda claro cuáles son los componentes de la TCC que resultan realmente útiles.

Las características de los pacientes somatizadores (continuas visitas a centros médicos, multitud de pruebas, intervenciones, insatisfacción con el diagnóstico...) hacen que su manejo resulte complicado y que en ocasiones aparezcan sentimientos de rechazo en los MAPs, quienes, en lugar de proporcionarles apoyo psicológico, optan por la prescripción de fármacos (García-Campayo et al, 1999). La AP constituye el contexto ideal para llevar a cabo intervenciones que resulten eficaces. Es necesario que los MAPs trabajen de manera coordinada con los especialistas en la salud mental para mejorar el bienestar de los pacientes somatizadores. Sin embargo, a pesar de que existen resultados prometedores acerca de llevar a cabo intervenciones colaborativas, los esfuerzos por implementar modelos de atención escalonada, colaborativa y coordinada siguen siendo escasos (Lowe et al., 2017).

De este modo, queda clara la necesidad de llevar a cabo más investigaciones que permitan clarificar la naturaleza de las somatizaciones para poder así desarrollar tratamientos eficaces basados en la evidencia científica, y en los que quede claro cuál es la utilidad de cada uno de sus componentes. Otra de las cuestiones que cabría investigar es la integración dentro del Sistema Nacional de Salud de intervenciones psicológicas eficaces en el tratamiento de los pacientes somatizadores (Van Dessel et al., 2014).

Referencias

- Abbass, A., Kisely, S. y Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274.
- Allen, L.A., Escobar, J.I., Lehrner, P.M., Gara, M.A. y Woolfolk, R.L. (2002). Psychosocial Treatments for Multiple Unexplained Physical Symptoms: A Review of the Literature. *Psychosomatic Medicine*, 64, 939-950. doi: 10.1097/01.PSY.0000024231.11538.8F.
- Allen, L.A., Woolfolk, R.L., Escobar, J.I., Gara, M.A. y Hamer, R.M. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization Disorder. A Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(14), 1512–1518.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington (DC): American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM – 5®), 5ª. Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría (or. ingl.), 2013).

- Barsky, A.J., Orav, E.J. y Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-910.
- Bass, C., Peveler, R. y House, A. (2001). Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 11-14.
- Bogaerts, K., Janssens, T., De Peuter, S. et al. (2010). Negative affective pictures can elicit physical symptoms in high habitual symptom reporters. *Psychology & Health*, 25, 685-698.
- Brown, K.W. y Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, R.J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130(5), 793-812.
- Cano-Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Revista Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 157-184.
- Cano-Vindel, A. (2016). Psicología Clínica en Atención Primaria. Recuperado de: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/12558>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Mae Wood, C., T. Limonero, J., Medrano, L.A., Ruiz-Rodríguez, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, I., Chacón, F. y Santolaya, F. (2016). Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual in Adult Patients with Emotional Disorders in the Primary Care Setting (PsicAP Study): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 5(4). Recuperado de: <http://www.researchprotocols.org/2016/4/e246>
- Chavooshi, B., Saberi, M., Abbas Tavallaie, S. y Sahraei, H. (2017). Psychotherapy for Medically Unexplained Pain: A Randomized Clinical Trial Comparing Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Behavior Therapy. *Psychosomatics*, 58(5), 506-518. doi: 10.1016/j.psym.2017.01.003
- Dewsaran-van der Ven, C., van Broeckhuysen- Kloth, S., Thorsell, S., Scholten, R., De Gucht, V. y Geenen, R. (2017). Self-compassion in somatoform disorder. *Psychiatry Research*, 262, 34-39. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.013
- Fink, P. y Rosendal, M. (2008). Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 182-188.
- Flammer, E., & Alladin, A. (2007). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: Meta-analytic evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 251-274. doi:10.1080/00207140701338696
- García-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M. y Oliván, B. (2005). Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 15-23.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C y Montón, C. (1999). Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (I): expectativas del paciente. *Medicina Clínica*, 112, 102-105.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C, Claraco, L.M., Arana, A. y Montón, C. (1997). The challenge of somatization - the need for liaison units: mental health in primary care. *Primary Care Psychiatry*, 3, 163-169.
- Goldberg, D.P., Reed, G.M., Robles, R., et al. (2016). Multiple somatic symptoms in primary care: A field study for ICD-11 PHC, WHO's revised classification of mental disorders in primary care settings. *Journal of Psychosomatic Research*, 91, 48-54.
- Gottschalk, J.M., Bleichhardt, G., Kleinstäuber, M., Berking, M. y Rief, W. (2015). Extension of Cognitive Behavioral Therapy by Emotion Regulation Training in Patients with Multiple Somatoform Symptoms: Results of a Controlled Pilot Study. *Verhaltenstherapie*, 25, 13-21.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- Hausteiner-Wiehle, C., Schäfer, R., Häuser, W., et al. (2012). Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. *Deutsches Ärzteblatt*, 47.

- Heinrich, T.W. (2004). Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. *Wisconsin Medical Journal*, 103(6), 83-87.
- Katz, J., Rosenbloom, B.N. y Fashler, S. (2015). Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(4), 160-167.
- Kirmayer, L.J., Groleau, D., Looper, K.J. y Dao, M.D. (2004). Explaining Medically Unexplained Symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 663-672.
- Kleinstäuber, M., Witthöft, M. y Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 146-160.
- Kleinstäuber, M., Witthöft, M., Steffanowski, A., van Marwijk, H., Hiller, W. y Lambert, M.J. (2014). Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults (Review). *The Cochrane Library*, 11.
- Kroenke K., Spitzer, R.L. y Williams, J.B.W. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258-66.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69, 881-888.
- Lakhan, S.E., Schofield, K.L. (2013). Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Public Library of Science*, 8(8). doi: 10.1371/journal.pone.0071834.
- Lautenbacher, S., Huber, C., Schöfer, D., Kunz, M., Parthum, A., Weber, P.G., Roman, C., Griessinger, N. y Sittl, R. (2010). Attentional and emotional mechanisms related to pain as predictors of chronic postoperative pain: A comparison with other psychological and physiological predictors. *Pain*, 151, 722-731.
- Leone, S.S., Huibers, M.J., Kant, I. et al. (2006). Long-term efficacy of cognitive-behavioral therapy by general practitioners for fatigue: a 4-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 601-607.
- López Santiago, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 73-93.
- Löwe, B., Lau, K., Daubmann, A., Härter, M., Wegscheider, K., König, H.H. y Shedden-Mora, M. (2017). Effectiveness of a stepped, collaborative, and coordinated health care network for somatoform disorders (Sofu-Net): A controlled cluster cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 79(9), 1016-1024.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Mussell, M., Schellberg, D., Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30, 191-199.
- Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 652-662.
- Moldovan, R., Radu, M., Baban, A. y Dumitrascu, D.L. (2015). Evolution of Psychosomatic Diagnosis in DSM. Historical Perspectives and New Development for Internist. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 53(1), 27-32.
- Molina-del-Peral, J. A., Mendoza, M. E., Capafons, A. y Llanes-Basulto, Y. (2016). Hipnosis clínica: Evaluación de su eficacia y calidad de la investigación en psicología. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 13(2). <http://www.revistahph.sld.cu/2016/Nro%202/hipnosis%20clinica.html>
- Molina del Peral, J. A., Mendoza, M. E., Díez-González, L., Llanes-Basulto, Y., y Capafons, A. (2016). Hipnosis clínica: Evaluación de su eficacia y calidad de la investigación en medicina. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 13(3). <http://www.revistahph.sld.cu/2016/Nro%203/revisiones.html>
- Moore, R.A., Wiffen, P.J., Derry, S. y McQuay, H.J. (2011). Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi: 10.1002/14651858.CD007938
- Nikolova, Z.T., Fellbrich, A., Born, J., Dengler, R. y Schröder, C. (2011). Deficient recognition of emotional prosody in primary focal dystonia. *European Journal of Neurology*, 18, 329-336.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *Public Library of Science*, 9(8). doi:10.1371/journal.pone.0105471
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M. y Fráguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 311-323.

- Riebel, K., Egloff, B. y Withhöft, M. (2013). The implicit health-related selfconcept in somatoform disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*, 335-42.
- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García Campayo, J., et al. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *119*, 52-58.
- Rosendal, M., Burton, C., Blankenstein, A.H., Fink, P., Kroenke, K., Sharpe, M., et al. (2013). Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*. doi:10.1002/14651858.CD008142
- Sánchez García, M., Martínez Sánchez, F. y van der Hofstadt, C.J. (2011a). Alexitimia y reconocimiento de emociones inducidas experimentalmente en personas con somatizaciones. *Psicothema*, *23*, 707-712.
- Sánchez García, M., Martínez Sánchez, F. y van der Hofstadt, C.J. (2011b). Influencia de la condición clínica en la relación entre la alexitimia y el reconocimiento emocional: un estudio dimensional. *Psicothema*, *23*, 713-718.
- Sánchez-García, M. (2014). Análisis de la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en sujetos con somatizaciones. *Anales de psicología*, *30*(2), 412-421.
- Schaefer, R., Hausteiner-Wiehle, C., Hauser, W., Ronel, J., Herrmann, M. y Henningsen, P. (2012). Clinical practice guideline: Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Deutsches Ärzteblatt International*, *109*, 803-813.
- Sharma, M.P. y Manjula, M. (2013). Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: An overview. *International Review of Psychiatry*, *25*(1), 116-124.
- Smith, G.R.Jr., Rost, K., y Kashner, M. (1995). A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 238-243.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., Verloin deGruy, F., Hahn, S. R., . . . Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *Jama*, *272*(22), 1749-1756. Doi:10.1001/jama.1994.03520220043029
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., y Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Jama*, *282*(18), 1737-1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M.E., Knebel, A. et al. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic Medicine*, *72*, 404-411.
- Sumathipala, A. (2007). What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosomatic Medicine*, *69*, 889-900.
- Vallejo Pareja, M.A. (2014). De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, *10*, 75-78.
- Van der Ven, C., van Broeckhuysen-Kloth, S., Thorsell, S., Scholten, R., De Gucht, V. y Geenen, R. (2017). Self-compassion in somatoform disorder. *Psychiatry Research*, *262*, 34-39. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.013
- Van Dessel, N., Den Boeft, M., van der Wouden, J.C., Kleinstäuber, M., Leone, S.S., Terluin, B., Numans, M.E., van der Horst, H.E. y van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically-unexplained physical symptoms (MUPS) in adults (Protocol). *The Cochrane Library*, *6*.
- Verdu, B., Decosterd, I., Buclin, T., Stiefel, F. y Berney, A. (2008). Antidepressants for the treatment of chronic pain. *Drugs*, *68*(18), 2611-32.
- Withhöft, M., Hiller, W., Loch, N. y Jasper, F. (2013). The Latent Structure of Medically Unexplained Symptoms and Its Relation to Functional Somatic Syndromes. *International Journal of Behavioral Medicine*, *20*, 172-183.
- Zijlema, W.L., Stolk, R.P., Löwe, B., Rief, W., White, P.D. y Rosmalen, J.G.M. (2013). How to assess common somatic symptoms in large-scale studies: a systematic review of questionnaires. *Journal of Psychosomatic Research*, *74*, 459-68.