

CAPÍTULO 27

PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA

Cano García, Francisco Javier ;
Rodríguez Testal, Juan Francisco.

Índice

1. Introducción
 - 1.1 Terminología
 - 1.2 Impacto
2. Diagnóstico
 - 2.1 Patología psicósomática en DSM-5
 - 2.2 Patología psicósomática en CIE-10
 - 2.3 Valoración crítica
3. Patologías psicósomáticas
 - 3.1 Dolor como síntoma principal
 - 3.1.1 Cefalea tensional (G 44.2)
 - 3.1.2 Migraña (G 43)
 - 3.1.3 Dolor facial atípico (G 50.1)
 - 3.1.4 Lumbalgia (M 54.5)
 - 3.1.5 Disfunción temporomandibular (K 07.6)
 - 3.2 Otros síntomas principales
 - 3.2.1 Fibromialgia (M 79.7)
 - 3.2.2 Síndrome de fatiga crónica (G 93.3)
 - 3.2.3 Sensibilidad química múltiple (T 78.4)
 - 3.2.4 Síndrome de intestino irritable (K 58)
 - 3.2.5 Cardiomiopatía Takotsubo (I 42.8)
4. Etiopatogenia
 - 4.1 Factores predisponentes y precipitantes
 - 4.1.1 Experiencias tempranas
 - 4.1.2 Personalidad
 - 4.1.3 Distrés, patologías y psicopatologías
 - 4.2 Factores perpetuantes
 - 4.2.1 Cognitivos
 - 4.2.2 Fisiológicos

- 4.2.3 Conductuales
- 4.2.4 Socioculturales
- 5. Evaluación psicológica
 - 5.1 Detección o impacto
 - 5.2 Variables psicológicas
- 6. Tratamientos psicológicos
 - 6.1 Generalidades
 - 6.2 Terapia Cognitivo-Conductual (CBT)
 - 6.3 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)
- 7. Material complementario
- 8. Bibliografía
- 9. Preguntas de autoevaluación

1. Introducción

Según la Real Academia Española de la Lengua (RAE), el término *psicosomático* significa “*que afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario*”. El Diccionario Médico Webster, de la Enciclopedia Británica, especifica que *psicosomático* tiene los siguientes significados: 1) “*de, relativo a, relacionado con o que involucra tanto a la mente como al cuerpo*”; 2) “*de, relativo a, relacionado con o referido a síntomas corporales causados por trastorno mental o emocional*”; y, 3) “*que exhibe síntomas psicosomáticos*”.

De lo anterior se deducen claramente dos ideas. La primera, que lo *psicosomático* se refiere al temido, controvertido y eterno problema mente-cuerpo. Relacionada con esta, la segunda idea es que, en sentido estricto, todas las enfermedades podrían calificarse de *psicosomáticas*, tanto médicas como mentales.

En cuanto a la primera idea, como resulta obvio, el problema mente-cuerpo no puede reducirse a la discusión científico-técnica y no tiene cabida en un capítulo como este.

Sobre la segunda idea, llevar a la práctica la idea de que todas las enfermedades son *psicosomáticas* implicaría que la etiqueta *psicosomática* resultaría obsoleta (por dualista) y redundante (1). Pero, más relevante aún, sería difícil y costoso con el sistema formativo hiperespecializado que utilizamos en la actualidad.

Por el contrario, distinguimos los trastornos mentales de las enfermedades médicas en función de la importancia atribuida a los factores psicológicos u orgánicos, asignando el protagonismo a la intervención psicológica o al tratamiento médico.

Aun así, hay manifestaciones somáticas que acontecen en trastornos mentales, como el cansancio y la falta de energía en la depresión, la hiperactivación del sistema nervioso vegetativo en los ataques de pánico, la delgadez extrema en la anorexia restrictiva, las pseudocrisis epilépticas en los síndromes conversivos o el síndrome de abstinencia en las drogadicciones.

A la inversa, en las enfermedades también pueden ser relevantes los factores psicológicos, como la negación de los síntomas en el cáncer, la estigmatización o el aislamiento que sufren los enfermos de VIH, el miedo al esfuerzo en las personas que

han sufrido un infarto de miocardio, la falta de adherencia al tratamiento en los diabéticos o el efecto del estrés en las enfermedades autoinmunes.

De Rivera (2) enumera hasta cinco acepciones de patología psicosomática. La primera acentúa la *psicogenicidad*, es decir, que factores psicológicos, emocionales o personales causan una enfermedad. La segunda introduce la idea de *alteración funcional*, según la cual los síntomas psicosomáticos son perpetuaciones inapropiadas de reacciones físicas a situaciones estresantes pasadas. La tercera postula el concepto de *influencia psicológica*, siendo psicosomática toda enfermedad cuyo curso pueda ser influido de forma importante por factores psicológicos. La cuarta mantiene la idea de *especificidad*: una enfermedad es psicosomática cuando está ocasionada por variables psicológicas específicas. Finalmente, la quinta, propone la idea de *multicausalidad y fracaso de las defensas*: en este caso la enfermedad emerge por disfunción orgánica debida a debilitamiento del organismo, en parte por factores psicológicos.

Estas acepciones muestran todas las posibilidades, desde lo psicológico como causa de (o influencia en) lo somático hasta lo somático como causa de (o influencia en) lo psicológico, pasando por la multicausalidad (o influencia mutua). En nuestra opinión la aplicación de uno u otro esquema puede tener más que ver con el caso particular que con la enfermedad o el diagnóstico.

Hasta el Renacimiento, la patología psicosomática por excelencia era la histeria, asociada al útero como órgano nuclear. El Renacimiento propició un avance de la anatomía y se comenzó a apuntar al sistema nervioso como responsable.

Al final del XVII se empezó a considerar el potencial etiológico de los factores psicológicos: prominentes médicos como Thomas Sydenham comenzaron a combinar tratamientos como la purificación de la sangre con la promoción del ejercicio físico y el interés personalizado por el bienestar del paciente.

En el siglo XIX retornó el interés por las explicaciones somáticas, pero la ausencia de signos de anormalidad anatómica hizo que se comenzaran a concebir estos problemas como funcionales, sirva de ejemplo el caso de Charcot y la histeria. A final del siglo XIX, pupilos de Charcot como Freud postularon explicaciones estrictamente psicológicas, lo cual continuó durante el siglo XX con el Psicoanálisis como agente principal.

Es a mediados del siglo XX cuando surge la primera disciplina específicamente interesada en este tipo de problemas, la Medicina Psicosomática. A ella le siguen otras que reflejan la visión científica dominante del momento: Medicina Conductual, Psicología de la Salud, Psicología Médica, Psicofisiología, etc. Aunque no podemos detenernos en las disciplinas mencionadas por razones de espacio, todas ellas abordan los problemas a los que se refiere este capítulo.

Sharpe & Carson (3) se lamentan tanto de la fisicalización como de la psicologización de los síntomas/síndromes inexplicados médicamente (MUS). Aluden a una edad de oro en su abordaje, justo antes de la eclosión del Psicoanálisis, ejemplificada con el trabajo de Beard y su concepto de neurastenia (4), entendida como un trastorno funcional reversible del sistema nervioso.

1.1 Terminología

Recurrentemente en el ámbito de la salud la coexistencia de términos, etiquetas o diagnósticos que se refieren a problemas iguales o semejantes, habitualmente fruto de avances en el conocimiento distantes en orientación y/o época.

En el caso de la patología psicosomática debemos abordar al menos cinco de ellos. Son los síntomas/síndromes inexplicados médicamente, los síntomas/síndromes somáticos funcionales, los trastornos somatomorfos, los trastornos por síntomas somáticos, y la somatización.

Los síntomas/síndromes inexplicados médicamente (medically unexplained symptoms/syndromes, MUS, en inglés) son aquellos para los cuales no se ha encontrado una explicación médica satisfactoria.

Los síntomas/síndromes somáticos funcionales (functional somatic symptoms/syndromes, FSS, en inglés) son aquellos en los que, en ausencia de alteración orgánica permanente sí aparece o al menos se intuye una disfunción psicofisiológica subyacente.

Los trastornos somatomorfos (en CIE-10) o trastornos por síntomas somáticos (en el DSM-5) son trastornos mentales que tienen como denominador común la prominencia de síntomas somáticos asociados a estrés y discapacidad significativos.

En cuanto al concepto de somatización, la RAE indica que *somatizar* significa “transformar problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria”. Para el Diccionario Médico Webster *somatización* significa: 1) “conversión de un estado mental (como depresión o ansiedad) en síntomas físicos”; y, 2) “la existencia de quejas físicas corporales en ausencia de una enfermedad médica conocida”. Obsérvese la semejanza de las anteriores definiciones con la del término *psicosomático*.

Anteriormente conocida como Síndrome de Briquet (5), el término somatización fue acuñado en 1924 por Stekel (6) para definir el proceso por el cual un trastorno psicológico puede producir daños corporales (7). Lipowski (8) define la somatización como una tendencia a experimentar y comunicar estrés somático y síntomas no explicados por hallazgos patológicos, atribuirlos al padecimiento de enfermedades y buscar ayuda médica en consecuencia.

Esta tendencia ocurre en respuesta a estrés psicosocial, aunque la persona no tenga conciencia de ello y realice atribuciones somáticas de los síntomas. La somatización no descarta la concurrencia de enfermedad médica; por el contrario, pueden coexistir, enmascararse y/o facilitarse una a la otra. Los síntomas de somatización han sido denominados funcionales, psicosomáticos, psicogénicos, somatoformes o somatomorfos. En el apartado de etiopatogenia profundizaremos en la somatización como base de la patología psicosomática.

Si ponemos a prueba las definiciones anteriores con un problema considerado psicosomático y que se abordará en apartados posteriores como es la fibromialgia, podremos comprobar que es un síndrome no explicado médicamente (MUS) y que en la literatura se considera un síndrome somático funcional (FSS).

Aprovechando una revisión reciente de los criterios diagnósticos (9), puede diagnosticarse en el CIE-10 como síndrome de fibromialgia (M79.70) y como trastorno por dolor somatomorfo persistente (F45.40), y en el DSM-5 como trastorno de somatización (F45.0). Por ejemplo, Witthöft y Hiller (10) introducen en su revisión sintomática sobre trastornos somatomorfos los principales síndromes somáticos

funcionales: síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, síndrome de intestino irritable y sensibilidad química múltiple. Indican los autores que teóricamente todos los síndromes somáticos funcionales podrían ser diagnosticados como trastorno somatomorfo indiferenciado (solo se requiere un síntoma MUS).

Sirva lo anterior para ilustrar la complejidad conceptual del tipo de problemas que abordamos en este capítulo. Planteamos nuestro posicionamiento personal en tres principios.

El primero, adoptar una *actitud psicósomática* tanto para la Psicología como para la Medicina, en el sentido de considerar al paciente en su globalidad, promoviendo, si es necesario, una atención interdisciplinar.

El segundo, valorar lo psicósomático en cada caso particular con independencia del diagnóstico médico o psicopatológico.

El tercero, reconocer que algunos síntomas, síndromes y trastornos se ajustan mejor que otros a una explicación psicósomática.

1.2 Impacto

El 80% de la población general tiene algún síntoma somático en un mes, pero son autolimitados pues solo se consulta por un 25%. Las expectativas negativas y preocupaciones por ellos promueven la búsqueda de ayuda sanitaria, aunque el 75% se resuelven sin intervención en pocas semanas (11).

El último estudio meta-analítico disponible (12), sobre la base de 988 investigaciones epidemiológicas realizadas en todo el mundo y una muestra de 70.085 pacientes, revela que entre el 40% y el 49% de los pacientes atendidos en Atención Primaria presentan al menos un síntoma no explicado médicamente (ver **Tabla 1**). Incrementando la exigencia hasta cumplir criterios de algún trastorno somatomorfo encuentran una prevalencia del 26%, que aumenta hasta el 41% si el diagnóstico ha ocurrido alguna vez en la vida.

Existen diferencias sustanciales en prevalencia en función de los criterios diagnósticos utilizados (más diagnósticos inespecíficos e indiferenciados en DSM que en CIE) y de la metodología de recolección de datos (más en cuestionarios que en

entrevista clínica). No nos resistimos a realizar un comentario sobre la estrategia de búsqueda utilizada por los autores de esta revisión en tanto ilustrativa de la diversidad conceptual ya comentada. Hubieron de combinar con el término *trastorno* los siguientes: somatoforme, psicosomático, funcional, psicógeno, dolor, somatización y no explicado médicamente.

Tabla 1. Prevalencia de trastornos somatomorfos y síntomas no explicados médicamente en las consultas de Atención Primaria (12).

Problema	Prevalencia	Prevalencia lifetime
Dolor crónico	1,9%-8,1%	9,2%
Trastorno somatomorfo indiferenciado	9,3%-38,1%	13,4%
Trastorno somatomorfo inespecífico	12,5%-14,7%	20,5%
Disfunción vegetativa somatomorfa	9,4%-15,7%	-
Trastorno de somatización abreviado	17,9%-21,3%	5,9%
Trastorno multisomatomorfo	12,6%-16,1%	-

Un estudio comunitario realizado en Canadá sobre 2.400 personas informó de una prevalencia de 10,5% de al menos un síntoma médicamente inexplicado en el año anterior. El desglose de la información por síntomas y sexo se presenta en la

Tabla 2.

Tabla 2. Síntomas no explicados médicamente más frecuentes en un estudio comunitario (13)

Posición	Total (n= 231)		Hombres (n=94)		Mujeres (n=137)	
	Síntoma	%	Síntoma	%	Síntoma	%
1	Dolor musculoesquelético	30	Dolor musculoesquelético	28	Dolor musculoesquelético	31
2	Dolor abdominal y síntomas gastrointestinales	18	Dolor abdominal y síntomas gastrointestinales	21	Dolor abdominal y síntomas gastrointestinales	15
3	Otorrinolarin-	8	Otorrinolarin-	12	Otorrinolarin-	5

	gológicos		gológicos		gológicos	
4	Fatiga	4	Urogenitales	4	Mareos	4
5	Mareos	4	Fatiga	3	Fatiga	4

Uno de los últimos estudios metaanalíticos realizados sobre los costes económicos de los síntomas no explicados médicamente (14) revela que generan un gasto sanitario semejante a los trastornos de ansiedad y depresivos.

Los costes directos de visitas médicas externas, hospitalizaciones, urgencias, pruebas médicas, gasto farmacológico generan un gasto por paciente de entre 432 y 5.353 dólares, a los que hay que sumar una media de 18.000 dólares en costes indirectos como pérdida de productividad laboral.

Algunos estudios informan de una comorbilidad somatización-ansiedad-depresión de hasta el 85% (15). Un estudio metaanalítico basado en la revisión de 2.667 investigaciones investigó la comorbilidad entre 4 MUS (síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional), la ansiedad y la depresión. Los tamaños de efecto fueron moderados (16).

Por una parte puede haber infradiagnóstico de trastornos de ansiedad y depresivos (depresión enmascarada). Se constata que sobre todo en AP el paciente verbaliza antes y más los síntomas físicos. Solo el 21% de los pacientes ansioso-depresivos comunican síntomas psicológicos en AP (17).

Existe limitada información sobre la evolución de los trastornos psicosomáticos. Una revisión sistemática (18) encuentra que entre el 50% y el 75% de los pacientes con MUS mejora, el 10%-30% empeora. El número de síntomas somáticos (no el nivel de ansiedad ni depresión) influye en el curso y la gravedad en el pronóstico.

2. Diagnóstico

La idiosincrasia de la patología psicosomática genera problemas diagnósticos y clasificatorios. En los siguientes apartados abordaremos su encaje en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y de los

Problemas Relacionados con la salud (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. Por último, revisaremos críticamente este encaje a la luz de la literatura al respecto.

2.1 Patología psicósomática en DSM-5

La patología psicósomática puede clasificarse en una nueva categoría establecida en el DSM-5, denominada Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Esta categoría incluye los siguientes diagnósticos: Trastorno de síntomas somáticos (300.82); Trastorno de ansiedad por enfermedad (300.7); Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales); Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas (316); Trastorno facticio (300.19); Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados (300.89); y Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados (300.82).

Según los autores de la clasificación, todos estos trastornos comparten la característica común de la prominencia de síntomas somáticos asociados a distrés y discapacidad significativos. Asimismo, afirman que las personas con estos diagnósticos se encuentran habitualmente en atención primaria y otros contextos médicos, y no tanto en contextos psiquiátricos o de salud mental.

Justifican esta categoría diagnóstica, basada en una reorganización de los trastornos somatoformes del DSM-IV, en una mayor utilidad para ser utilizada en contextos ajenos a la salud mental, especialmente la atención primaria.

En nuestra opinión no todos los diagnósticos de Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados se ajustan a la patología psicósomática, entendiendo que los componentes somáticos y psicológicos deben estar equilibrados.

Es el caso del Trastorno de ansiedad por enfermedad, del Trastorno de conversión y del Trastorno facticio, los cuales parecen encajar mejor en el ámbito estricto de la salud mental.

El resto de categorías sí parecen pertinentes. Los criterios diagnósticos de las dos principales entidades compatibles con la patología psicósomática se presentan en la **Tabla 3** y en la **Tabla 4**.

Tabla 3. Trastorno de síntomas somáticos (300.82) en el DSM-5

- A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
- B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.
- C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Especificar si:

Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.

Especificar si:

Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.

Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.

Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).

El diagnóstico de Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados (300.89) se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los

criterios de ninguno de los trastorno de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.

El diagnóstico de Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados (300.82) se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.

La categoría del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados no se utilizará a menos que se den situaciones claramente inusuales en las que no exista información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Tabla 4. Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas (316) en el DSM-5

- A. Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental).
- B. Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las maneras siguientes:
 1. Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica.
 2. Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica (p. ej., poco cumplimiento).
 3. Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo.
 4. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerban los síntomas, o necesitan asistencia médica.
- C. Los factores psicológicos y conductuales del Criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Aumenta el riesgo médico (p. ej., incoherencia con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo).

Moderado: Empeora la afección médica subyacente (p. ej., ansiedad que agrava el asma).

Grave: Da lugar a hospitalización o visita al servicio de urgencias.

Extremo: Produce un riesgo importante, con amenaza a la vida (p. ej., ignorar síntomas de un ataque cardíaco).

2.2 Patología psicósomática en CIE-10

Considerando que esta clasificación es de enfermedades no exclusivamente mentales, muchas de las patologías psicósomáticas encontrarán un diagnóstico médico junto a uno de estos dos diagnósticos “mentales”: Trastornos somatomorfos (F45) y/o Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54).

La categoría de Trastornos somatomorfos (F45) implica la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática.

Aun en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, estos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aun estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes.

El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico.

En estos trastornos aparece con frecuencia un comportamiento de demanda de atención, en particular en enfermos resentidos por su fracaso a la hora de convencer a

los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales.

Los Trastornos somatomorfos (F45) incluyen el Trastorno de somatización (F45.0); el Trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1); el Trastorno hipocondríaco (F45.2); la Disfunción vegetativa somatomorfa (F45.3); el Trastorno de dolor persistente somatomorfo (F45.4); Otros trastornos somatomorfos (F45.8); y el Trastorno somatomorfo sin especificación (F45.9).

Por idénticas razones que en el caso del DSM-5 consideramos que el Trastorno hipocondríaco, a diferencia del resto, no encaja en el concepto de patología psicosomática.

En la

Tabla 5 se presentan los criterios diagnósticos del Trastorno de somatización (F54.0).

Tabla 5. Trastorno de somatización F45.0 (CIE-10)

- a) Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años.
- b) La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.
- c) Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

Incluye:

Trastorno psicosomático múltiple.

Trastorno de quejas múltiples.

El diagnóstico Trastorno somatomorfo indiferenciado F45.1 debe ser tenido en cuenta cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización.

En la Tabla 6 se presentan los criterios diagnósticos de Disfunción vegetativa somatomorfa (F45.3).

Tabla 6. Disfunción vegetativa somatomorfa F45.3 (CIE-10)

<p>a) Síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, etc.</p> <p>b) Síntomas subjetivos referidos a un sistema u órgano específico.</p> <p>c) Preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afectación grave (pero frecuentemente no específica) de un determinado órgano o sistema que no logran alejar las repetidas explicaciones y garantías dadas por los médicos.</p> <p>d) La ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.</p>
<p>Excluye:</p> <p>Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54).</p>
<p>Se usará un quinto carácter para clasificar los trastornos específicos en este grupo, indicando el órgano o sistema señalado por el enfermo como el origen de los síntomas:</p>
<p>F45.30 Del corazón y el sistema cardiovascular</p> <p>Incluye: neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria y síndrome de Da Costa, denominaciones todas alusivas a un síndrome semejante a una cardiopatía sin fundamento orgánico.</p>
<p>F45.31 Del tracto gastrointestinal alto</p> <p>Incluye: neurosis gástrica, aerofagia psicógena, hipo psicógeno, dispepsia (digestión difícil) psicógena y piloroespasmo psicógeno.</p>
<p>F45.32 Del tracto gastrointestinal bajo</p> <p>Incluye: flatulencia psicógena, meteorismo (hinchazón) psicógeno, colon irritable psicógeno, diarreas psicógenas.</p>
<p>F45.33 Del sistema respiratorio</p> <p>Incluye: hiperventilación psicógena y tos psicógena.</p>
<p>F45.34 Del sistema urogenital</p> <p>Incluye: disuria (micción dolorosa) psicógena, poliuria (micción excesiva) psicógena y</p>

vejiga nerviosa.

F45.38 Otra disfunción vegetativa somatomorfa

El diagnóstico de Trastorno de dolor somatomorfo persistente (F45.4) requiere la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático.

El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así.

El diagnóstico de Otros trastornos somatomorfos (F45.8) incluye trastornos donde los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización (F45.0) y del trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). No existe lesión tisular.

El diagnóstico de Trastorno somatomorfo sin especificación (F45.9) incluye los trastornos psicofisiológicos sin especificación y los trastornos psicósomáticos sin especificación.

La otra gran categoría diagnóstica que puede utilizarse con la patología psicósomática en el CIE-10 es la de Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54).

Esta categoría debe utilizarse para diagnosticar la presencia de influencias psicológicas o comportamentales consideradas como importantes para la etiología, manifestaciones y evolución de trastornos somáticos que pueden ser clasificados de acuerdo con otros capítulos.

Este tipo de alteraciones mentales suelen ser normalmente leves, no permiten hacer un diagnóstico clínico más específico, y a menudo son muy prolongadas (tales como preocupaciones, conflictos emocionales o aprensión). Debería utilizarse un código adicional para identificar el trastorno somático (en los pocos casos en que un trastorno psiquiátrico manifiesto se considere el causante de un trastorno somático,

deberá utilizarse un segundo código adicional para dejar constancia de este trastorno mental).

2.3 Valoración crítica

Existe una gran controversia en la comunidad científica acerca del estatus de los trastornos psicosomáticos. Muchos autores reconocen el solapamiento nosológico, etiológico y terapéutico con los trastornos somatomorfos y proponen clasificarlos conjuntamente, bien en una categoría de MUS (11), bien en factores psicológicos que afectan a una condición médica (19), bien en una categoría específica como síndromes por malestar psicosomático (20).

Otros autores proponen directamente eliminar el diagnóstico de trastornos somatomorfos (21) por estigmatizantes, dualistas, incoherentes, incompatibles con culturas no occidentales, ambiguos y poco fiables y reubicar algunas subcategorías (Ej. Hipocondría en trastornos de ansiedad; síntomas conversivos en trastornos disociativos; trastorno dismórfico corporal en trastornos obsesivo-compulsivos).

Un aspecto muy contestado de las clasificaciones ha sido el requisito de la falta de explicación médica para el diagnóstico de algunos problemas psicosomáticos como trastornos somatomorfos.

Por ejemplo, Klaus et al. (22) demostraron que MUS y MES (explicados) presentan semejante discapacidad en los pacientes, semejante tasa de frecuentación de consultas médicas (hasta del 80% en dolor severo y síntomas pseudoneurológicos).

Los autores destacan que el estatus de los síntomas fluctuó: el 20% de los casos pasa de MUS a MES y el 50% de MES a MUS. En la misma línea, a lo largo de la historia de la Medicina ha habido MUS que han dejado de serlo tras descubrimientos de mecanismos etiopatogénicos, como es el caso de la fatiga en la Enfermedad de Lyme, una infección bacteriana que se disemina a través de la picadura de uno de varios tipos de garrapatas.

Viceversa, otros problemas han dejado de considerarse médicamente explicados, por ejemplo la fatiga crónica, que se pensaba ocasionada por el virus Epstein-Barr, causante de la mononucleosis infecciosa (3). En consonancia con lo

anterior, el DSM-5 ha prescindido del criterio de MUS en el diagnóstico de trastorno por síntomas somáticos.

Diversos autores han reivindicado la necesidad de criterios diagnósticos psicológicos “positivos” en los trastornos somatoformes (23, 24). Por ejemplo Rief e Isaac (25) hablan de atención selectiva, catastrofización y expectativa de síntomas.

Asimismo, diferentes sociedades científicas alemanas reclaman la presencia de estos síntomas más otros como rumiación mental, atribución somática inflexible, descondicionamiento físico y conductas de evitación en el diagnóstico de trastorno por dolor en la ICE-10 (26). Rief y Martin (27) proponen operacionalizar el criterio B del DSM-5 incorporando síntomas intrínsecamente psicológicos:

1. Cognitivos: atribuciones somáticas; catastrofización; autoconcepto de debilidad corporal; percepción de intolerabilidad de los síntomas; creencias de miedo y evitación; y, rumiación.
2. Afectivos: ansiedad por la salud; miedo al movimiento; desmoralización; y afectividad negativa.
3. Conductuales: evitación de actividades sociales; evitación de estímulos; evitación de actividad física; hiperfrecuentación de servicios sanitarios; y, comportamientos compulsivos de comprobación de signos y síntomas.

Estamos de acuerdo con Rief y Martin (27) en que las clasificaciones podrían mejorar incorporando esta complejidad psicosomática. Estos autores proponen dividir en cinco los diagnósticos de síntomas somáticos y trastornos relacionados en el DSM-5, de forma que podrían incluirse los trastornos somatomorfos y los factores psicológicos que afectan a enfermedades médicas:

1. Trastorno de síntomas somáticos tipo A (monosintomático): el distrés somático se centra en un tipo de síntomas que no pueden explicarse mejor por otra enfermedad. Se especificaría su tipo: gastrointestinal (Ej. Síndrome de intestino irritable); cardíaco (Ej. Dolor torácico no cardíaco); conversivo (Ej. pseudocrisis epilépticas); fatiga (Ej. Síndrome de fatiga crónica); de atribución ambiental (Ej. Sensibilidad química múltiple).
2. Trastorno de síntomas somáticos tipo B (polisintomático): igual que el anterior pero los síntomas son múltiples y heterogéneos (Ej. Somatización).

3. Trastorno de síntomas somáticos tipo C (asociado a enfermedad médica diagnosticada). Ejemplos: diabetes, cáncer, enfermedad de Crohn, cardiopatías, etc.
4. Trastorno por dolor: los síntomas se centran en el dolor fundamentalmente, especificando si se asocia a enfermedad médica diagnosticada y si es monosintomática (Ej. Lumbalgia crónica) o polisintomática (Ej. Fibromialgia).
5. Trastorno de ansiedad de enfermedad, caracterizado por la preocupación por el padecimiento de la enfermedad que por los síntomas mismos.

3. Patologías psicosomáticas

Con intención de simplificar la exposición, desde una perspectiva clínica existen dos grandes tipos de patologías psicosomáticas: aquellas cuyo síntoma principal es el dolor frente a otras donde son otros síntomas como la fatiga y las disfunciones de distintos sistemas orgánicos.

3.1. Dolor como síntoma principal

El dolor como patología psicosomática tiene entidad propia. Se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular o descrita en términos de tal daño (28).

Esta concepción actual, impulsada por avances históricos como la Teoría de la Puerta de Melzack y Wall (29), introdujo el componente psicológico en el abordaje de este tipo de problemas. La Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor entiende que un dolor es crónico cuando dura más de tres meses y se resiste a la terapéutica convencional. Aunque todo el dolor es psicosomático en su naturaleza, el dolor crónico necesita un abordaje psicosomático mayor que el dolor agudo.

En el caso de los dolores de cabeza, las denominadas cefaleas primarias son consideradas por la Sociedad Internacional de Cefaleas como una enfermedad en sí

misma, a diferencia de las secundarias, que son síntomas de otras enfermedades. Las dos principales cefaleas primarias son la cefalea tensional y la migraña.

A continuación describiremos brevemente algunos de los síndromes dolorosos más relevantes y frecuentes en la clínica. Entre paréntesis indicamos su codificación CIE-10.

3.1.1. Cefalea tensional (G44.2)

La cefalea tensional debe su nombre a un supuesto mecanismo de tensión muscular sostenida que no ha podido demostrarse que ocurra ni siempre ni en todos los casos. Es la cefalea más común; es difícil que alguien no haya experimentado alguna.

Sus características clínicas son la cualidad opresiva y bilateral del dolor, incluyendo cuello, ojos e incluso hombros. Aunque la intensidad del dolor no suele ser muy severa, su duración es muy variable, de minutos a todo el día. Se considera crónica cuando la frecuencia es igual o superior a 15 días al mes durante al menos tres meses (30). Puede encontrarse una breve descripción de un caso en la

Tabla 7.

Tabla 7. Caso clínico de cefalea tensional crónica

Varón de 18 años, soltero, sin hijos, estudiante de Bachillerato. Fue diagnosticado de cefalea tensional por su neurólogo hace ocho años. En el origen de la enfermedad, tanto él como su madre refieren un episodio de acoso escolar. Desde entonces padece episodios de cefalea que se han agravado desde hace un año convirtiéndose en diarios.

Como precipitantes fundamentales resalta las siguientes actividades: ir a clase y estudiar. Los tratamientos realizados hasta el momento son de naturaleza farmacológica, sin haber resultado satisfactorios ni para controlar el dolor ni el insomnio que refiere padecer.

Refiere dolor intenso, con una interferencia moderada (dificultando pero no prohibiendo las actividades diarias) y de duración continua. El impacto de la cefalea es intenso en la actividad diaria (estudios), así como en la percepción de dolor.

Igualmente la fatiga o cansancio están por encima de la normalidad. Como consecuencia de ello ha repetido curso en un par de ocasiones y en la actualidad no está acudiendo a clase. Se queda en casa todo el día sin hacer nada en especial.

El nivel de depresión no es clínicamente significativo. Sin embargo, sí puede apreciarse la presencia de estrés en el balance hacia el afecto negativo. Muestra un amplio abanico de estrategias de afrontamiento del dolor, destacando la distracción basada en actividades y la ignorancia consciente del dolor.

El afrontamiento en general es adaptativo. Sin embargo, las expectativas de control del dolor resultan problemáticas por el excesivo papel del azar y el escaso de los profesionales sanitarios.

El problema de este paciente está generando divisiones en la familia en cuanto a la forma de abordarlo: por una parte su padre y hermana opinan que está exagerando los síntomas para no asumir la responsabilidad de los estudios; por otra su madre opina que está enfermo y no se le puede obligar a acudir a clase o estudiar si tiene dolores de cabeza.

3.1.2. Migraña (G.43)

La migraña es un dolor de cabeza primario generalmente menos duradero (entre 4 y 72 horas) y más intenso que la cefalea tensional. La cualidad del dolor es pulsátil, como un martilleo. Aparecen síntomas asociados como náuseas, vómitos, sensibilidad a la luz, al ruido o a los olores. Uno de sus síntomas más específicos con respecto a la cefalea tensional es el empeoramiento con la actividad física.

Una tercera parte de los pacientes sufre aura, un fenómeno neurológico breve que anuncia la presencia de la crisis migrañosa, caracterizado por sensaciones visuales y/o sensoriales anormales. Según los criterios clasificatorios actuales una migraña se considera crónica a partir de 8 crisis mensuales durante al menos tres meses (30). En la **Tabla 8** presentamos una breve descripción de un caso.

Tabla 8. Caso clínico de migraña crónica

Mujer de 50 años. Fue diagnosticada de migraña sin aura a los 15 años. Su dolor es moderado-intenso, es decir, como mínimo interfiere en su vida diaria, cuando no la impide.

Presenta como síntomas asociados náuseas, fotofobia y fonofobia. La actividad física empeora el dolor. Su historia clínica revela episodios de ansiedad generalizada, depresión, úlcera péptica e hipercolesterolemia. En el pasado utilizó medicación preventiva de las crisis de migraña sin éxito.

Tiene una hermana también diagnosticada de migraña sin aura. Está casada, con tres niños, trabaja como contable en una multinacional. Hace seis meses experimentó un incremento en la frecuencia de sus crisis, hasta 3 a la semana, con una disminución de la intensidad de las mismas, y con síntomas de insomnio y sueño no reparador. Especula con la posibilidad de que su empeoramiento esté vinculado a un cambio organizativo que le hace imposible conciliar su vida familiar y profesional.

3.1.3. Dolor facial atípico (G50.1)

También denominado neuralgia facial atípica, dolor facial psicógeno, tanto la Sociedad Internacional de Cefaleas como la Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor han adoptado la denominación de dolor facial idiopático persistente.

Es un diagnóstico de exclusión de afección neurológica y dental, que requiere una frecuencia de 2 horas diarias durante al menos 3 meses (30). Se define como un dolor difícil de localizar, sin seguir la distribución de un nervio periférico, de cualidad sorda, quemante o agobiante. Es más común en personas de mediana edad y mayores. En la **Tabla 9** se presenta la descripción de un caso.

Tabla 9. Caso clínico de dolor facial atípico

Mujer de 35 años es referida desde una clínica dental por dolor facial desde hace tres meses. El dolor es continuo, sordo, con elevaciones ocasionales en la intensidad.

Todas las exploraciones odontológicas y médicas son normales. Ha sido tratada sin éxito con combinación de analgésicos y carbamazepina, un antiepiléptico con efectos beneficiosos en distintas neuralgias.

En la entrevista manifiesta falta de apetito, de energía, ansiedad, debilidad, dificultades de concentración y memoria, pesadez en la cabeza, ánimo decaído, insomnio y sueño no reparador. No tiene antecedentes personales ni familiares de enfermedades médicas destacables ni tampoco mentales.

Los síntomas comenzaron hace tres meses cuando su marido fue trasladado a otra ciudad, momento desde el que ella y su hija pequeña, con un trastorno generalizado del desarrollo, viven solas.

3.1.4. Lumbalgia (M54.5)

La lumbalgia es un problema tan o más común que la cefalea tensional. De hecho, es la primera causa de consulta médica en adultos. Aun cuando en ocasiones

puede ser secundaria a enfermedades de distinto tipo, lo más frecuente es una etiología disfuncional.

Los episodios agudos se asocian con malas posturas o contorsiones. La cualidad del dolor puede ser tensional, como un latigazo o difusa y puede irradiarse hacia las piernas. En más de la mitad de los casos los episodios de lumbalgia son recurrentes. Se considera lumbalgia crónica la que dura tres meses o más. Puede consultarse un caso clínico de lumbalgia crónica en la Tabla 10.

Tabla 10. Caso clínico de lumbalgia crónica

Mujer de 64 años, casada, con estudios primarios, en activo por cuenta propia, sin litigios o compensaciones pendientes asociadas a la enfermedad. Fue diagnosticada de lumbalgia crónica por su traumatólogo hace ocho años. Refiere haber realizado desde entonces los siguientes tratamientos: acupuntura, auriculoterapia, TENS, natación, así como cuatro sesiones de tratamiento psicológico en una unidad de dolor, con resultados dispares.

En la actualidad recibe medicación analgésica controlada por su médico de AP. Señala como circunstancia histórica relacionada con el inicio del dolor un accidente laboral en el campo que le produjo una lumbalgia, aunque, precisa que sus sobreesfuerzos físicos han sido continuados a lo largo de la vida. Hace tres años sufren un acontecimiento vital estresante, el fallecimiento de su yerno, que deja viuda y dos niños pequeños.

Refiere dolor moderado, frecuencia diaria y duración continua. La interferencia es moderada, es decir, dificulta pero no prohíbe sus actividades diarias. Identifica los esfuerzos físicos y el estrés emocional como los principales precipitantes y agravantes del dolor, especialmente, en este último caso, el asociado al acontecimiento vital familiar mencionado en el apartado anterior.

Señala diversos factores de alivio (medicación, descanso, distracción, natación, salidas con amigas, etc.). Todos los indicadores de calidad de vida se sitúan por debajo de los niveles normales, especialmente función física y dolor corporal, claramente relacionados estos aspectos con las limitaciones funcionales propias del trastorno.

Sin embargo la situación profesional activa se refleja en la puntuación de rol físico, que se mantiene en niveles aceptables. La paciente se muestra como una persona desconfiada, introvertida, algo inestable emocionalmente y algo cerrada a la experiencia. Atribuye el dolor a toda una vida de sobreesfuerzo físico.

Tiene algunos pensamientos automáticos y sentimientos de enfado, vinculados a las limitaciones que le impone la enfermedad. Su comportamiento está muy influido por la expresión del dolor, sobre todo en forma de quejas. Sus expectativas de control de la enfermedad son limitadas, sin aparecer claramente ningún factor determinante (ni su propia conducta, ni los profesionales, ni el azar). Intenta muchas formas de enfrentarse al dolor y sus limitaciones, pero no todas son adecuadas, especialmente, catastrofizar su situación.

Refiere muchas fuentes de apoyo social: marido, hijos, amigos, asociación, etc. La paciente presenta una percepción combinada del papel de los aspectos psicológicos en su estado de salud; considera necesario el automanejo de la enfermedad, pero también en igual medida el tratamiento médico.

3.1.5. Disfunción temporomandibular (K07.6)

La disfunción temporomandibular afecta a los músculos de la masticación y las articulaciones temporomandibulares. Su característica más importante es el dolor y la restricción del movimiento de la mandíbula, acompañada de ruidos. La sufren un 20-30% de las personas adultas, siendo más común en mujeres. Es la segunda causa de dolor orofacial después del dolor dental. Presentamos un caso en la **Tabla 11**.

Tabla 11. Caso clínico de disfunción temporomandibular

Mujer de 42 años, comercial, acude remitida por su dentista, al cual había acudido varias veces en el último mes por dolor en la mandíbula. Manifiesta no poder trabajar porque en cuanto lleva un rato hablando el dolor es insoportable. Los exámenes dentales y neurológicos son normales.

El dolor comienza cuando tiene que comer, sobre todo en la parte derecha de la mandíbula, encima de la oreja. En muchas ocasiones toma dieta blanda por este motivo. El examen psicológico no revela ninguna fuente de estrés especial en este momento. Sin embargo aparecen niveles subclínicos de depresión y problemas de sueño.

3.2. Otros síntomas principales

En las patologías descritas a continuación el dolor puede ser un síntoma, incluso relevante para el diagnóstico como es el caso de la fibromialgia, aunque no es el único. En otros casos la patología es una disfunción de un órgano o sistema corporal.

3.2.1. Fibromialgia (M79.7)

La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por dolor generalizado e hiperalgesia en respuesta a la presión en determinadas zonas del cuerpo. El Colegio Estadounidense de Reumatología requiere que el paciente supere una combinación de

número de puntos dolorosos en el cuerpo e índice de gravedad de síntomas asociados durante tres meses que no puedan ser explicados por otra patología (31). Los puntos dolorosos son 19 y están representados en la Figura 1.

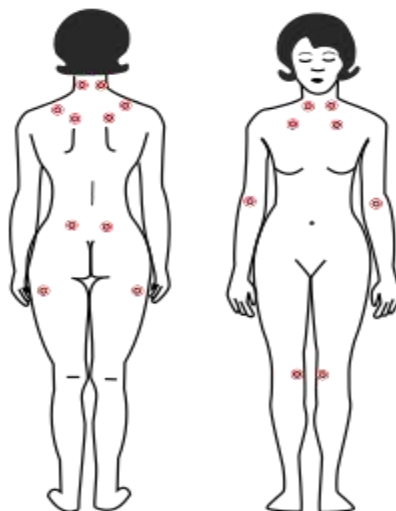


Figura 1. Puntos dolorosos para el diagnóstico de fibromialgia (31)

El índice de gravedad de síntomas valora fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos, conocidos estos últimos como *fibrofog* (dificultades de concentración, memoria y razonamiento).

A estos se suman una pléyade enorme de otros síntomas psicosomáticos como dolor muscular, síndrome de intestino irritable, debilidad muscular, cefaleas, calambres abdominales, entumecimiento/hormigueo, mareo, insomnio, depresión, estreñimiento, dolor epigástrico, náuseas, ansiedad, dolor torácico, visión borrosa, diarrea, boca seca, picores, sibilancias, síndrome de Raynaud (manos frías), urticaria, tinnitus, vómitos, acidez de estómago, aftas orales, pérdida o cambios en el gusto, convulsiones, ojo seco, respiración entrecortada, pérdida de apetito, erupciones, intolerancia al sol, trastornos auditivos, alopecia, poliuria (micción abundante), disuria (micción dolorosa), espasmos vesicales, etc. Presentamos un caso clínico de fibromialgia en la

Tabla 12.

Tabla 12. Caso clínico de fibromialgia

Mujer de 51 años, casada, con estudios secundarios, en activo, sin litigios o compensaciones pendientes asociadas a la enfermedad. Fue diagnosticada de fibromialgia hace 12 años por su traumatólogo y por su reumatólogo.

Refiere haber realizado desde entonces los siguientes tratamientos: rehabilitación, auriculoterapia y acupuntura, con resultados aceptables. En la actualidad recibe medicación analgésica, ansiolítica y antidepressiva controlada por su médico de AP.

No refiere ninguna circunstancia histórica vinculada al inicio de la fibromialgia. Refiere dolor intenso, frecuencia diaria y duración continua con períodos de alivio asociados a la utilización de analgésicos. La interferencia es moderada, es decir, que dificulta pero no prohíbe sus actividades diarias.

Identifica los esfuerzos físicos y el estrés emocional como los principales precipitantes y agravantes del dolor. Menciona dos factores de alivio: auriculoterapia y ejercicio físico ligero (andar).

Todos los indicadores de calidad de vida se sitúan por debajo de los niveles normales. La paciente se muestra como una persona introvertida, inestable emocionalmente y cerrada a la experiencia.

No realizó en la entrevista ninguna atribución acerca de la enfermedad, es decir, no ha construido ningún tipo de explicación a su problema. Tiene algunos pensamientos automáticos y sentimientos de vergüenza y tristeza vinculados a las limitaciones que le impone la enfermedad.

Su comportamiento está muy influido por la expresión del dolor, sobre todo en forma de quejas. Aunque manifiesta ser capaz de manejar la enfermedad, sus expectativas de control de la enfermedad son limitadas, sin aparecer claramente ningún factor determinante (ni su propia conducta, ni los profesionales, ni el azar). Intenta muchas formas de enfrentarse al dolor y sus limitaciones, pero dominan las inadecuadas, especialmente, la catastrofización.

Refiere muchas fuentes de apoyo social: marido, hijos, amigos, etc. La paciente presenta una percepción combinada del papel de los aspectos psicológicos en su estado de salud; considera necesario el automanejo de la enfermedad, pero también en igual medida el tratamiento médico.

3.2.2. Síndrome de fatiga crónica (G93.3)

El síndrome de fatiga crónica, también conocido como síndrome de fatiga postviral o encefalomiелitis miálgica, se define por una experiencia de cansancio inexplicable que limita seriamente las actividades de la vida diaria. Su antecedente histórico es la neurastenia, que se define en los mismos términos (4). El Instituto de Medicina de Estados Unidos establece los siguientes tres criterios diagnósticos en el síndrome de fatiga crónica (32):

1. Una incapacidad o reducción sustancial en la capacidad de realizar actividades ocupacionales, educativas, sociales o personales que persiste más de seis meses y se acompaña de fatiga, frecuentemente profunda, nueva (no experimentada desde siempre), que no es el resultado de haber realizado un esfuerzo y que no se alivia sustancialmente con el descanso;
2. Malestar posterior al esfuerzo; y,
3. Sueño no reparador.

Además de estos se requiere uno de los dos siguientes: dificultades cognitivas (más o menos como *fibrofog* antes comentado) o intolerancia ortostática (dificultad para permanecer de pie que se alivia al tumbarse). Recomiendan evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas, requiriendo para el diagnóstico que estén presentes al menos la mitad del tiempo con niveles de intensidad sustanciales, moderados o severos. Se presenta un caso clínico en la **Tabla 13**.

Tabla 13. Caso clínico de síndrome de fatiga crónica

Mujer de 53 años cuando pide ayuda. Desde hacía al menos un año mostraba en apariencia un cuadro depresivo, con una fatiga extraordinaria. Llevaba ese tiempo sin poder trabajar.

Cuando se inicia el tratamiento se aprecia sintomatología depresiva centrada en la desesperación de no poder hacer lo que solía, con dificultades de concentración, de memoria y, sobre todo, con una falta de capacidad para recuperarse del cansancio. El centro depresivo se descarta, y las tareas esencialmente de casa, le permiten mantenerse activa.

Altamente impresionable, con un humor muy reactivo, trata de hacer todo tipo de actividades, en un nivel totalmente desaconsejable, pues a su vez

incrementaban la ansiedad, comenzaba a hablar de una manera muy deficiente hasta que, a veces, estallaba en una crisis similar a un ataque de pánico, o una crisis de gritos y desesperación de naturaleza conversiva.

A pesar de indicarle a menudo que debía mantenerse activa pero en un nivel más bajo, repartir el esfuerzo, etc., siempre hacía lo contrario, sometiéndose a numerosas actividades objetivamente extenuantes.

Con oscilaciones diarias, la fatiga la percibe desde la mañana temprano, sin mejoría a lo largo del día, y sin franca mejoría al dejar de hacer una actividad. Hay dolores ocasionales, sobre todo de cabeza, pero no parecen ser aspectos centrales. En determinados momentos, principalmente porque esta distraída, ajena, se aprecia que se relaja, que la actividad puede hacerla, aunque despacio en otros momentos, claramente cuando se siente presionada, ha de quedar bien ante vecinos, familiares, o ella misma, se dispara su nerviosismo, su elevado nivel de autoexigencia, y comienza a sentirse muy mal, con “despistes”, no entendiendo bien lo que se le dice, articulando el habla de manera muy deficiente, etc.

En las sesiones, pueden apreciarse escenas características de su estilo personal y la sintomatología que la acompaña. A menudo se ha trabajado el esfuerzo que ella hace por estar bien, por demostrar que progresa, que se puede contar con ella y que esa exigencia precisamente favorece su tensión, agarrotamiento, e incremento de la percepción de cansancio. Suele decir: “Yo hago todo lo posible, hago todos los ejercicios, me digo a mí misma que no quiero estar así”.

Esto que señala es cierto, sin embargo, siempre hace mucho más de lo necesario, a veces, se deja guiar porque se encuentra mejor pero, a menudo, sobrepasa todas las indicaciones que se le han dado. Recuerda que el cuadro coincide con el inicio de la menopausia, un cambio muy brusco que fue donde empezó a sentirse de esa manera.

Estuvo en un tratamiento psiquiátrico muy intensivo que la mantuvo totalmente bloqueada durante meses, resintiéndose gravemente su estado. Recibió definitivamente la invalidez para poder trabajar.

3.2.3. Sensibilidad química múltiple (T78.4)

También conocida como intolerancia ambiental idiopática, es un síndrome crónico caracterizado por síntomas que los pacientes atribuyen a exposiciones a sustancias químicas como humos, pesticidas, plásticos, tabaco, derivados del petróleo, etc. Los síntomas referidos más habitualmente son inespecíficos, como cansancio, cefaleas, náuseas, dolor muscular, embotamiento, dificultades respiratorias, aerofagia, mareos, etc.

El Documento de consenso sobre sensibilidad química múltiple, publicado en 2011 por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, establece nueve criterios diagnósticos:

1. La persona sufre síntomas recurrentes al exponerse a agentes químicos diversos a concentraciones menores de las que se consideran capaces de causar efectos adversos a la población general.
2. El síndrome SQM tiene un curso crónico.
3. Algunos síntomas pueden mejorar o desaparecen al cesar la exposición.
4. Los síntomas pueden aparecer con sustancias previamente bien toleradas.
5. Los síntomas son variables en cuanto a gravedad, frecuencia y duración.
6. Los síntomas no se limitan a un único órgano o sistema.
7. La disfunción orgánica puede ser objetivada en alguno/s de los siguientes sistemas: cardiovascular, endocrino, hepático, inmunológico, psicológico, neurocognitivo, neurológico, ginecológico, andrológico y en piel y mucosas.
8. La persona presenta dificultades para mantener los hábitos y actividades de la vida diaria y para acceder a los servicios sanitarios, así como una reducción de su calidad de vida.
9. Algunas personas afectadas de SQM pueden no tolerar bebidas alcohólicas y algunos medicamentos, que previamente eran tolerados.

Presentamos un caso clínico de sensibilidad química múltiple en la Tabla 14.

Tabla 14. Caso clínico de sensibilidad química múltiple

Mujer de 52 años que viene derivada de un tratamiento a partir de una intervención quirúrgica, y con el diagnóstico de SQM. De apariencia muy reservada y distante, puesto que no acepta la idea de que se asocie su enfermedad a un trastorno mental o psicológico, si bien acepta que lo emocional ha podido influir en su estado.

Describe que llevaba tiempo experimentando un cansancio extraordinario, particularmente en su trabajo. Le diagnostican diferentes enfermedades, relativamente comunes, pero que se ven acompañadas por una falta de apoyo marital según es percibido por parte de la paciente.

La realización de una intervención quirúrgica en la vesícula biliar y el posterior posoperatorio, desencadena no sólo una multiplicación de la fatiga previa, sino un cuadro complejo de sensibilidad a los olores, a la mayoría de los alimentos, e incluso se agudiza una sensibilidad electromagnética que ella señalaba que ya procedía de su trabajo como docente.

El cuadro evoluciona a gran velocidad, no puede tolerar desde la cercanía de muebles, colonias, y alimentos, a ordenadores, TV, móviles, etc. Se produce una gran transformación en el domicilio de la paciente y se deteriora gravemente la relación con el marido e hijo.

Aparecen una serie de crisis que ella identifica como descargas eléctricas, que sacuden todo su cuerpo. Se observa desde el principio que estas crisis de aspecto conversivo suelen darse cuando la paciente ha experimentado situaciones de elevada tensión, y suele estar acompañada.

Recibe la incapacidad. Su apartamiento de la familia, en un ambiente rural, contribuyó a manejar adecuadamente la exposición a prácticamente cualquier estímulo nocivo o peligroso, y a pautar con control médico la dieta alimentaria que hubo de seguir. La paciente manifiesta un cansancio muy marcado, sobre todo por la mañana, variable a lo largo del día, que mejora claramente con el descanso.

Manifiesta dolores, incluso señala haber recibido el diagnóstico de fibromialgia. Sin embargo, no parece ser una queja fundamental. Los síntomas que manifiesta con frecuencia son desagrado, rechazo y efectos corporales al percibir olores,

sobre todo de ropas, comidas, personas. Estos síntomas ocasionan dificultad respiratoria y tos, estado de confusión mental y mareos.

Los síntomas relativos a la sensibilidad a la electricidad fueron perdiendo importancia, con manifestaciones llamativas por parte de la paciente: “a veces notaba la carga eléctrica de una farola que estaba a 20 metros, cómo me entraba por los pies y me sacudía hasta caerme si no me sentaba o tumbaba”.

Sin embargo, se fue exponiendo a la TV desde muchísima distancia (otra habitación de donde estaba el receptor) cesaba de verla cuando notaba que empeoraba.

Soportaba hacer llamadas telefónicas, pero con temblores y repercusión sobre el empeoramiento de los síntomas. El trabajo en las sesiones permitió revisar sus sentimientos de incompreensión y soledad, validar su percepción de enfermedad pero incorporando la importancia y papel del estado emocional en muchos de los síntomas.

La importancia del tratamiento médico radicó, esencialmente, en el control alimentario. La integración del estado emocional con respecto a su relación marital, resultó clave. Las intolerancias alimentarias fueron modificándose, y con ello, también la percepción de la fatiga.

Su día a día es muy dependiente de su estado de ánimo, aparte de percibirse debilitada por la resistencia de su cuerpo (objetivamente en un IMC muy inferior al funcionamiento normal).

Tiene muy limitadas las actividades si bien procura mantenerse activa. Suele responder de forma marcada a cualquier señal de fatiga: “es mi cuerpo el que me dice qué puedo hacer, hasta dónde puedo llegar yo quiero mejorar, pero sé que mi cuerpo ha sufrido muchísimo, y debo cuidarme, hacer las cosas poco a poco, dándole tiempo para que se acostumbre. Así he conseguido ir superando cosas que antes parecían imposibles de superar”.

3.2.4. Síndrome de intestino irritable (K.58)

También conocido como colon irritable, se caracteriza por dolor abdominal, crónico, malestar, hinchazón y alteración de los hábitos intestinales, con frecuentes diarreas y/o estreñimiento.

Habitualmente se experimentan los síntomas como crisis circunscritas a un máximo de un día, pero frecuentemente recurrentes. Puede haber también tenesmo, es decir, sensación urgente y molesta de evacuar acompañada de sensación de evacuación incompleta. El colon irritable suele acompañar a otros trastornos somáticos funcionales como la migraña o el síndrome de fatiga crónica.

Los criterios diagnósticos actuales, denominados Roma III (33) requieren dolor o discomfort abdominal recidivante al menos 3 días al mes durante los últimos tres meses que se asocia a dos o más de los siguientes síntomas:

1. Mejoría con la defecación.
2. El comienzo se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones
3. El comienzo se asocia con un cambio en la forma (consistencia) de las deposiciones.

Existen tres subtipos en función de si predomina el estreñimiento, la diarrea o ambos. Otros síntomas que apoyan el diagnóstico pero que no forman parte de los criterios de Roma III son: frecuencia de las deposiciones ≤ 3 veces por semana o > 3 veces por día; esfuerzo defecatorio excesivo; urgencia defecatoria; sensación de evacuación incompleta; emisión de moco en la deposición; y sensación de hinchazón abdominal. Presentamos un caso clínico en la Tabla 15.

Tabla 15. Caso clínico de síndrome de intestino irritable

Mujer de 28 años, profesora, acude remitida desde el servicio de digestivo aquejada de fuertes dolores de vientre. Manifiesta que tiene que salir corriendo al baño cada vez que termina una comida con sus amigas. Dice que ellas piensan que ha desarrollado bulimia.

Empieza a tener miedo de viajar o salir a causa de sus problemas intestinales. Los síntomas comenzaron hace dos años sin estar asociados a ninguna enfermedad ni acontecimiento especial.

Más remotamente, en la escuela primaria, sufrió abusos por parte de un tío, circunstancia que no reveló a nadie. Dos veces a la semana experimenta episodios de dolor abdominal, hinchazón y diarrea. Incluso cuando tiene diarrea no le parece haber evacuado totalmente. Después de evacuar el dolor mejora.

Entre 5 y 10 días al mes tiene dolor y diarrea de 2 a 4 veces al día. No asocia los síntomas con ningún alimento ni hábito alimentario. Siguió una dieta libre de gluten sin mejoría. Los distintos exámenes médicos son normales. No tiene antecedentes familiares de enfermedad gastrointestinal.

3.2.5. Cardiomiopatía Takotsubo (I42.8)

También conocida como cardiomiopatía por estrés o síndrome del corazón roto, es un tipo de cardiomiopatía no isquémica en la cual ocurre un repentino y temporal debilitamiento de la porción muscular del corazón. Se evidencia su precipitación por estrés emocional intenso en el 85% de los casos. Es más frecuente en mujeres postmenopáusicas.

Los criterios diagnósticos son (34):

1. Hipocinesia, acinesia o discinesia transitoria de los segmentos medios del ventrículo izquierdo, con o sin compromiso apical: los trastornos de motilidad se extienden más allá de una distribución vascular epicárdica; un episodio de estrés disparador, pero no siempre presente.
2. Ausencia de enfermedad coronaria obstructiva o evidencia angiográfica de ruptura aguda de placa.

3. Anormalidades electrocardiográficas nuevas (desviación del segmento ST y/o inversión de la onda T) o elevación moderada de las troponinas.
4. Ausencia de feocromocitoma y/o miocarditis.

Se presenta un caso clínico en la Tabla 16.

Tabla 16. Caso clínico de cardiomiopatía Takotsubo

Mujer de 48 años acude a urgencias con dolor torácico de dos horas de evolución. Le acababan de comunicar la muerte de uno de sus hijos en un accidente circulatorio y había visitado a otro en estado crítico en cuidados intensivos.

El dolor comenzó estando en la UCI. Al consultar su historia clínica los facultativos de urgencias observaron antecedentes de mareos, trastorno por ansiedad, fibromialgia, síndrome de intestino irritable y reflujo esofágico.

Había tenido otro episodio de dolor torácico tres meses antes que había remitido espontáneamente.

Los exámenes médicos fueron normales. Sin embargo, la ecocardiografía reveló en el ventrículo izquierdo hipercontractilidad de la base y abultamiento de la punta, típicos signos de la cardiomiopatía Takotsubo.

4. Etiopatogenia

Existe una posición académica que diferencia la somatización de los síndromes psicósomáticos en que en estos últimos se constata una enfermedad, con independencia de que factores psicológicos puedan vincularse con su aparición, mantenimiento o agravamiento (35, 36).

Desde nuestro punto de vista ese argumento no es suficientemente sólido porque el estatus de las enfermedades puede ser relativo y variable, y además no depende de si su explicación médica es satisfactoria. Por ejemplo, la migraña posee un estatus de enfermedad indudable con respecto a la fibromialgia para muchos profesionales, siendo ambas idiopáticas. Además, los límites entre los estados

disfuncionales generados por la somatización y las patologías psicosomáticas son difusos; en cualquier caso, los primeros pueden ser precursores de los segundos.

Para nosotros el rol de la somatización en la patología psicosomática es relevante. Siguiendo a Hernández y Testal (37), al igual que ocurre con otros muchos conceptos psicopatológicos, la somatización puede ser solo un síntoma, un síndrome (uno o varios indicadores sintomatológicos) o un trastorno (un diagnóstico psicopatológico).

Estos autores están de acuerdo con Tyrer (38) en que la somatización es una reacción anómala, el primer nivel de un continuo de gravedad *somatización-conversión-disociación*, síndromes que componían la *histeria*, trastorno descrito científicamente por el neurólogo francés Charcot en el siglo XIX (39).

Empezando por el final, el síndrome disociación se basa en un mecanismo psicopatológico pseudopsicótico que afecta a diferentes aspectos de la identidad, dando lugar a unidades sindrómicas específicas como la despersonalización y las reacciones disociativas (Ej. identidad múltiple).

El síndrome conversión comparte características del síndrome disociación y del síndrome somatización, se manifiesta corporalmente a nivel motriz (Ej. Parálisis), sensorial (Ej. Visión doble) o en forma de crisis y convulsiones (Ej. Pseudocrisis epilépticas) y se basa en un mecanismo psicopatológico pseudoneurológico.

El síndrome somatización se basa en un mecanismo pseudosomático que genera molestias, síntomas y quejas en tres unidades sindrómicas: 1) los síntomas somáticos mismos (Ej. Dolor, fatiga, etc.); 2) el temor a que los síntomas somáticos comporten una enfermedad grave o peligrosa (Ej. Hipocondría); y, 3) el aspecto físico desagradable (Ej. Dismorfofobia).

En línea con lo anterior, Kirmayer y Robbins (40) manifiestan que la somatización no es un fenómeno homogéneo. Distinguen entre *somatización presente*, refiriéndose a las sensaciones somáticas propias de los trastornos de ansiedad y afectivos; *somatización hipocondríaca*, que describe la mala interpretación de sensaciones corporales normales; y, *somatización funcional*, caracterizada por la presencia de sensaciones físicas incapacitantes derivadas de la mala interpretación de sensaciones físicas normales o inofensivas y no explicadas ni por enfermedad médica

conocida ni por los otros dos tipos de somatización. La tercera de las acepciones nos parece la relevante en la patología psicósomática.

Para exponer la evidencia científica sobre la etiopatogenia psicósomática utilizaremos el Modelo de Deary, Chalder y Shape (41), desarrollado tras una excelente revisión sistemática (ver Figura 2).

Está actualizado y es suficientemente inclusivo para integrar conocimientos de diversas perspectivas y disciplinas, a la par que profundiza en los procesos psicológicos relevantes. Su perspectiva es cognitivo-conductual, inspirada en el Modelo de Beck con su estructura de las tres *pes*: factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Se define como *autopoyético*, en tanto que los propios síntomas generan un círculo vicioso para perpetuarse y con ellos el distrés y la discapacidad.

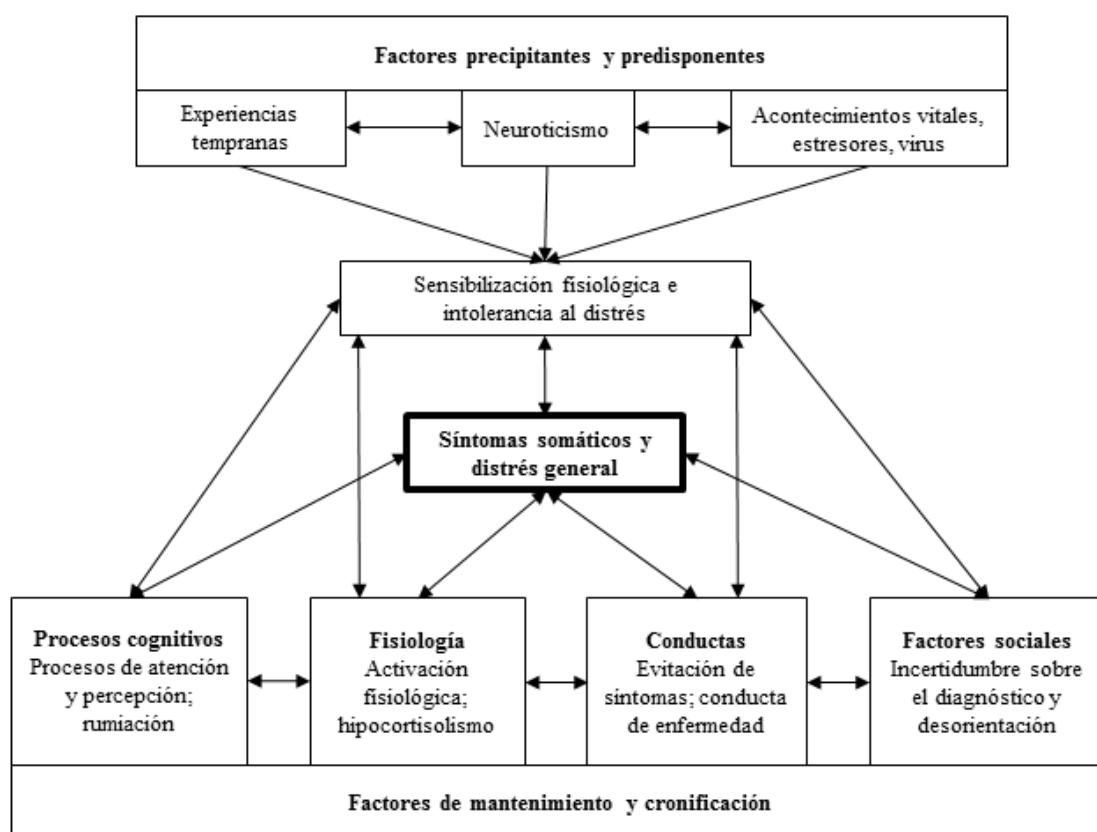


Figura 2. Modelo hipotético de síntomas psicósomáticos. Adaptado de Deary, Chalder y Shape (41)

El proceso podría resumirse de la siguiente forma. Una tendencia innata al estrés somatopsíquico y a la sensibilización, combinada con adversidades tempranas

incrementan la probabilidad de experimentar síntomas y reducen el umbral para detectarlos.

El estrés (particularmente los acontecimientos vitales) origina cambios fisiológicos que producen más síntomas y generan procesos de sensibilización y atención selectiva, lo cual reduce el umbral de detección de los síntomas.

La ausencia de explicación u orientación incrementa la ansiedad, los síntomas y la atención a los síntomas. Las señales de estrés se asocian a los síntomas por condicionamiento clásico.

Los comportamientos de evitación de síntomas y de actividades se refuerzan por condicionamiento operante. El estrés prolongado ocasionado por la experiencia de enfermedad activa mecanismos fisiológicos que producen más síntomas, sensibilización, atención selectiva y evitación. El paciente queda entonces atrapado por un círculo vicioso que perpetúa los síntomas.

A continuación profundizaremos en los componentes del modelo complementándolos con información procedentes de otros modelos y de investigaciones empíricas.

4.1. Factores predisponentes y precipitantes

4.1.1. Experiencias tempranas

Se tiene evidencia del rol predisponente de experiencias traumáticas tempranas, como maltrato o abuso sexual (42-45). El último gran metaanálisis publicado al respecto (46), a partir de 70 estudios científicos, reveló que la presencia de algún trauma multiplicaba por 2,7 la probabilidad de padecer una patología psicosomática.

Por trastornos, la probabilidad mayor ocurrió en el síndrome de fatiga crónica (4,1), el dolor crónico (3,3), la disfunción temporomandibular (3,3), la fibromialgia (2,5) y el síndrome de intestino irritable (2,2).

Igualmente ocurre con el apego: un apego inseguro hace más probable el desarrollo de patología psicosomática a través de tres mecanismos: vulnerabilidad al

estrés, búsqueda de regulación afectiva externa y alteraciones en las conductas de petición de ayuda (47).

Lo mismo ocurre con las experiencias tempranas de enfermedad paterna o materna, que puede constituirse en un modelo de aprendizaje vicario (48, 49).

4.1.2. Personalidad

Existe mucha evidencia del papel del neuroticismo como rasgo general de la personalidad, sustrato de la emocionalidad negativa, como predisposición general al estrés somatopsíquico (45, 50-54).

Por lo tanto, altos niveles de neuroticismo generan una mayor vulnerabilidad al sufrimiento psicológico y somático. Además de factor predisponente, también tiene un rol perpetuante al asociarse a otros factores de mantenimiento como la evitación del daño, la hipersensibilidad estimular, la facilidad de generalización de respuestas condicionadas, la hiperreactividad emocional, la vulnerabilidad a la inmunodepresión, etc. (41, 51, 55).

El constructo alexitimia, a caballo entre la personalidad y la psicopatología y con arraigo evidente en experiencias tempranas, tanto traumáticas como de apego no seguro, se refiere a la dificultad para detectar, nombrar y expresar sentimientos (56). Es deudor de la obra de Pierre Marty (57), particularmente de sus conceptos de pensamiento operatorio y mentalización. Existe evidencia suficiente del rol de la alexitimia como factor de predisposición a la patología psicosomática (51, 58).

Algunas evidencias, menos fuertes, también señalan a la absorción o sugestionabilidad como un factor de predisposición al malestar psicosomático (50, 59).

4.1.3. Distrés, patologías y psicopatologías

Como en el ámbito psicopatológico, es una evidencia que el distrés, tanto en forma de acontecimientos vitales como de fastidios cotidianos, especialmente los permanentes o crónicos, son un factor precipitante de la patología psicosomática (60-62). Ocurre lo mismo en el caso del distrés generado por enfermedades o traumas

físicos (Ej. Accidentes, cirugía) y el ocasionado por el padecimiento de psicopatologías (Ej. Ansiedad, depresión) (60, 61).

4.2. Factores perpetuantes

4.2.1. Cognitivos

Los procesos cognitivos, especialmente la atención, la memoria, las creencias y las atribuciones, son los más relevantes en la evidencia científica.

Brown (55) propone un modelo influido por la Teoría del Control Atencional de Norman y Shallice (63) compuesto por dos sistemas atencionales. Uno primario, automático, intuitivo; otro secundario, voluntario, consciente y deliberado.

En su modelo los síntomas psicósomáticos se generan a partir del sistema atencional primario que activa de forma automática representaciones de los síntomas existentes en la memoria, pero se cronifican mediante el sistema secundario, a través de procesos atribucionales disfuncionales (Ej. Catastrofización) y de rumiación de síntomas.

Como señala Gallagher (64), la mayor parte de la actividad de nuestro cuerpo es inconsciente, compuesta de mecanismos más o menos automáticos; es una forma de inconsciente cognitivo.

En ocasiones la hiperreflexión sobre las señales corporales puede potenciar excesivamente las sensaciones propioceptivas y cinestésicas e interferir en el funcionamiento del esquema corporal automático.

Existen evidencias de la elevada ansiedad o preocupación por los síntomas, molestias y la enfermedad en los pacientes psicósomáticos (61, 65). En este sentido (66) sostiene que el sesgo cognitivo es una forma acentuada de sensibilización.

Propone la noción de sistema de activación cognitiva que se activa en procesos de estrés, noción que conecta precisamente con el sistema de inhibición conductual propuesto por Gray (67): a más activación cognitiva más inhibición conductual. La activación prolongada de estos sistemas puede generar síntomas que se constituyen en estímulos aversivos nuevos que refuerzan el círculo vicioso de la rumiación.

Este mecanismo es conocido también como amplificación **somatosensorial** (68). Se define como la tendencia a experimentar sensaciones somáticas como intensas, nocivas y molestas, lo cual promueve la atención a las mismas incrementando la percepción de cambios corporales y síntomas. Existe evidencia empírica de la asociación positiva entre los niveles de amplificación somatosensorial y el informe de síntomas somáticos (65, 69).

Para Jolk et al. (70), la experiencia de síntomas físicos se fundamenta en la afectividad negativa, la atención selectiva y las atribuciones somáticas. Hacer atribuciones orgánicas de enfermedad, no normalizar las atribuciones y la vulnerabilidad personal incrementa los síntomas y las conductas de enfermedad (71).

Para Kirmayer et al. (13) cualquier explicación de enfermedad es mejor que ninguna, puesto que el paciente psicósomático tiende a interpretar en términos patológicos cualquier mínima señal corporal y tener un autoconcepto de persona débil (65).

Para Henningsen et al. (72), en cuanto a atribuciones sobre síntomas somáticos, los pacientes pueden dividirse en somatizadores y psicologizadores. Los somatizadores se sienten menos activados ante estímulos positivos, tienden a valorar los estímulos neutros como negativos, y los negativos como más negativos.

Asimismo presentan un sesgo atencional hacia estímulos amenazantes, a los cuales son hipersensibles. La base es la afectividad negativa, igual que en los trastornos emocionales en general.

Lo específico en la somatización no son los procesos psicológicos, sino el papel que estímulos o molestias físicas o corporales tienen en el desencadenamiento y/o mantenimiento de estos (Ej. Accidente, interpretación de un signo corporal, amenaza de un diagnóstico médico).

El estímulo amenazante es el propio cuerpo. La base neurofisiológica de lo anterior es la actividad de las áreas prefrontales, la amígdala y la corteza del cíngulo que indican déficit en los procesos de regulación emocional en somatizadores (73).

La literatura reporta en general que los pacientes con un diagnóstico somatomorfo realizan atribuciones somáticas de sus síntomas. Sin embargo una interesante revisión sistemática al respecto reciente ha encontrado que el estilo de

atribución somática no tenía validez predictiva suficiente para todos los pacientes, en los que se solapaban las atribuciones somáticas y psicológicas.

Sin embargo sí permitía discriminar entre pacientes sin y con comorbilidad (74). En cualquier caso es muy importante conocer el estilo atribucional del paciente con respecto a su enfermedad.

Continuando con la interpretación de las señales somáticas, la catastrofización se refiere a la tendencia a interpretarlas como señal de una enfermedad grave, promoviendo la magnificación, la rumiación y la desesperanza. Su rol como factor cronificador está bien establecido (75, 76).

Parafraseando a Butler y Moseley (77), *“Know pain is no pain”*. Tal es el poder de una atribución correcta en el ámbito de los síntomas somáticos.

4.2.2. Fisiológicos

El estrés ocasiona una cascada hormonal desde el hipotálamo, pasando a la pituitaria y terminando con el incremento de producción de cortisol en la corteza adrenal, el conocido como eje HPA, que afecta al metabolismo energético, al funcionamiento del sistema inmune, a la energía y al estado de ánimo.

Se han encontrado bajos niveles de cortisol en diversos trastornos psicosomáticos como la fatiga crónica, la lumbalgia crónica y la fibromialgia. Se postula que la activación prolongada del eje HPA, esto es el estrés mantenido, obliga a disminuir de forma compensatoria la actividad del mismo, generando hipocortisolismo, lo cual reduce el umbral de sensibilidad al estrés, del cansancio y el dolor y activa la producción de citoquinas inflamatorias, las cuales generan la denominada respuesta de enfermedad, caracterizada por la inactividad y evitación conductual (78).

Se hipotetiza pues que el hipocortisolismo es una respuesta adaptativa de evitación del estrés, conservación de energía y recuperación física. En este sentido, Dantzer (79) apunta a dos clases de respuesta de estrés, una vinculada a la ansiedad y otra a la depresión. Esta última podría ser el sistema de recuperación al que acabamos

de referirnos y que podría ser activado por otras señales de peligro genérico y estresores y sensibilizado por señales no patológicas.

En relación con el concepto de sensibilización, Yunus (80, 81) defiende un modelo explicativo de sensibilización central en la patología psicosomática, incluyendo todos los trastornos que abordamos en este capítulo y otros muchos.

Consiste en un estado de hiperexcitabilidad de las neuronas del sistema nervioso central, produciendo una fenómenos como hiperestesia (hipersensibilidad sensorial general), disestesia (sensaciones anormales desagradables), parestesia (sensaciones anormales no desagradables), hiperalgesia (hipersensibilidad al dolor) y alodinia (producción de dolor por estímulos habitualmente no dolorosos).

4.2.3. Conductuales

La conducta en sí misma es un potencial factor de cronificación de la patología psicosomática. Por una parte están las denominadas conductas de enfermedad (82) como reposo excesivo, quejas y exigencias de ayuda, hiperfrecuentación médica, autochequeo de síntomas, que refuerzan la sintomatología y son perjudiciales en el entorno social del paciente (Ej. Relaciones familiares, con profesionales sanitarios, etc.).

Por otra parte están las conductas de evitación de estímulos y actividades que reducen las fuentes naturales de refuerzo social y potencian el peligro de ganancia secundaria al eludir responsabilidades (37, 55, 61, 69, 71, 83, 84).

4.2.4. Socioculturales

Desde una perspectiva etnográfica y narrativa (85) analizan los resultados de un estudio epidemiológico sobre la búsqueda de ayuda y utilización de servicios médicos en una comunidad canadiense multicultural.

Encuentran siete categorías de significados en los síntomas somáticos: 1) indican enfermedad/trastorno; 2) indican expresión simbólica de conflicto intrapsíquico; 3) indican una psicopatología específica; 4) son una forma de expresar el

estrés; 5) son una metáfora de la experiencia; 6) indican un posicionamiento social; 7) son una forma de protestar. Aunque no existen muchos estudios de este tipo, parece evidente la importancia de explorar los significados de la enfermedad más allá de lo individual.

Kirmayer et al. (13) abordan cómo los distintos sistemas sanitarios de distintas culturas proporcionan explicaciones sociosomáticas que enlazan problemas familiares y comunitarios con el estrés corporal.

Aunque no se dispone de un cuerpo de evidencia al respecto, no nos resistimos a mencionar algunos hechos característicos de la época actual en la sociedad desarrollada como potenciales factores relevantes en la patología psicosomática.

Son, por ejemplo, la tendencia a la medicalización de la vida cotidiana, la negación o evitación del sufrimiento, o el doctor shopping (peregrinaje asistencial).

En otro orden de cosas, Fernández et al. (60) repasan las posibles influencias yatrogénicas en la patología psicosomática: visión estrictamente biomédica, falta de claridad o contradicciones en la comunicación, errores diagnósticos, efectos secundarios de los tratamientos médicos, posibilidades de compensación económica y/o incapacidad laboral, etc.

En este sentido, por ejemplo, está demostrado con médicos de Atención Primaria que el perfil del profesional sanitario sesga el enfoque y el tratamiento que propone en los síntomas psicosomáticos (69, 86).

4.3. Resumen de factores etiopatogénicos

Con intención didáctica, en el presente apartado realizaremos un resumen de las evidencias explicativas de la patología psicosomática utilizando un modelo equivalente al mostrado en la figura anterior, en este caso de Kirmayer, Looper y Taillefer (87), que puede observarse en la Figura 3.

Mecanismos fisiológicos disfuncionales y activación emocional, promovidos por factores diversos como enfermedad médica, personalidad, traumas, accidentes, psicopatologías o estrés, dirigen la atención a las señales corporales, lo cual promueve una atribución que las explique. Esa atribución puede generar preocupación o

ansiedad por la salud, catastrofización y desmoralización que refuerzan la activación emocional previa.

Esos procesos cognitivos originan la necesidad de comunicar el distrés y buscar ayuda a la par que originan conductas de enfermedad, evitación y discapacidad funcional, que contribuyen a empeorar la disfunción fisiológica.

Finalmente la respuesta social obtenida por el paciente (familia, trabajo, profesionales sanitarios, litigios, etc.) puede reforzar las conductas de evitación y discapacidad, la activación emocional y la atribución de los síntomas a la enfermedad padecida, fijando y perpetuando el rol de enfermo.

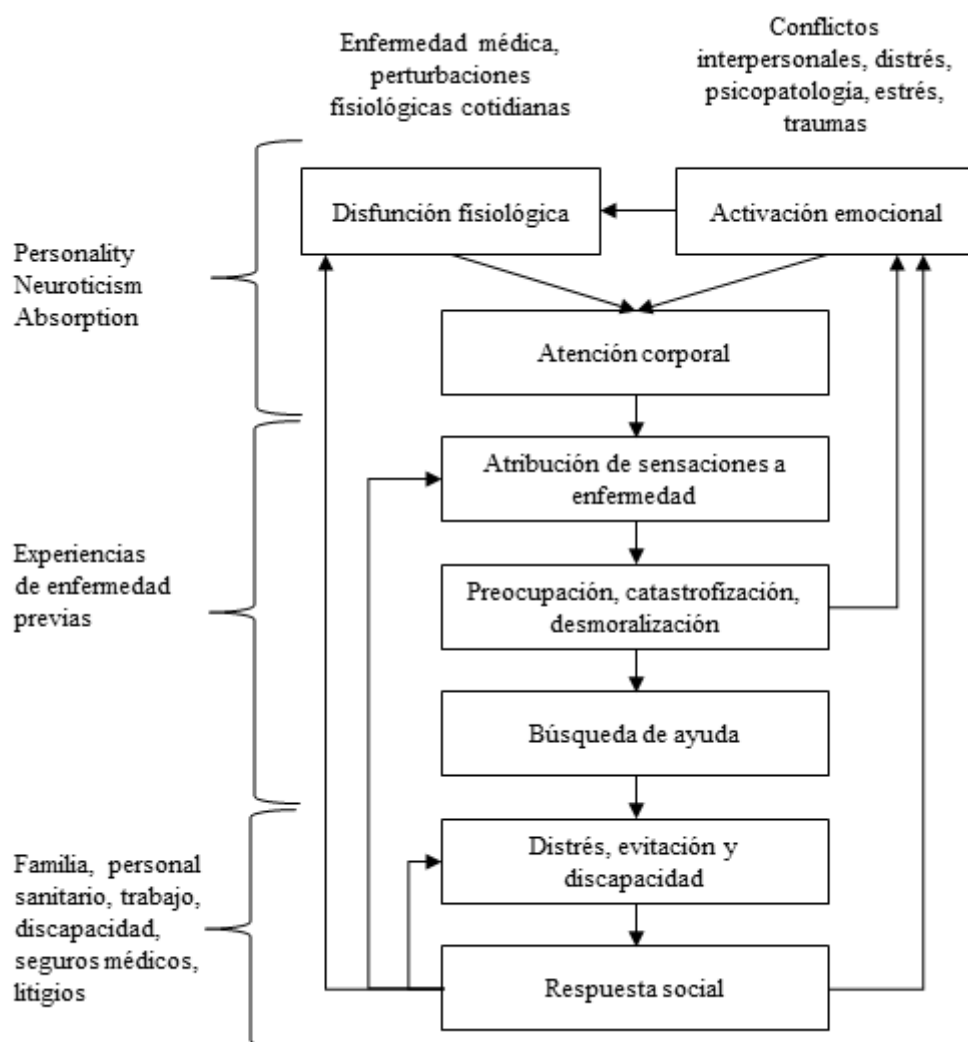


Figura 3. Modelo hipotético de síntomas psicósomáticos. Adaptado de Kirmayer, Looper y Taillefer (87)

5. Evaluación psicológica

Extendernos en este apartado excedería del ámbito del presente capítulo. No obstante, describiremos brevemente algunos autoinformes desarrollados o validados en español, que permiten una primera aproximación a la detección o al impacto de algunas patologías psicosomáticas y a la evaluación de variables psicológicas relevantes en las mismas.

5.1. Detección o impacto

El [Cuestionario de Salud General de Goldberg](#) (GHQ-28) es la adaptación de un instrumento de detección de problemas de salud (88, 89) que proporciona puntuaciones sobre síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

El [Cuestionario de Salud del Paciente](#) (PHQ-15) es un autoinforme de síntomas físicos (90) que proporciona una puntuación global pero que se compone de 4 factores: síntomas de dolor, síntomas gastroenterológicos, síntomas cardiopulmonares y síntomas de fatiga (14, 91).

El [Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia](#) (FIQ) es una adaptación de un instrumento de autoinforme de impacto en la calidad de vida en pacientes con fibromialgia (92, 93) que ofrece una puntuación global (0-100), a mayor puntuación, mayor impacto.

La [Escala de Fibrofatiga](#) (FFS) es una adaptación de una entrevista estructurada para profesionales (94, 95) que evalúa el impacto de los síntomas nucleares comunes a fibromialgia y fatiga crónica.

El [Inventario Multidimensional de Fatiga](#) (MFI) es la adaptación de un instrumento psicométrico (96, 97) que proporciona información de cinco áreas de la fatiga: fatiga general, fatiga física, reducción de la actividad, reducción de la motivación y fatiga mental.

El [Cuestionario de Evaluación de la Sensibilidad Química Múltiple](#) (QEESI) es una adaptación de un instrumento de detección e impacto de la exposición y

sensibilidad ambiental (98, 99) que proporciona tres puntuaciones: intolerancias químicas, severidad de los síntomas e impacto en la calidad de vida.

5.2. Variables psicológicas

La [Escala de Amplificación Somatosensorial](#) (SSAS) es una escala que evalúa la sensibilidad a las sensaciones corporales benignas que son molestas pero que no constituyen síntomas típicos de enfermedad, es decir la amplificación somatosensorial (100, 101).

El [Cuestionario de Conducta de Enfermedad](#) (IBQ) (102) evalúa siete aspectos (hipocondría general, convicción de enfermedad, percepción psicológica versus somática de la enfermedad, inhibición afectiva, perturbación afectiva, negación e irritabilidad), que se agrupan en otros dos de segundo orden: estado afectivo y afirmación de enfermedad.

La [Escala de Alexitimia de Toronto](#) (TAS-20) evalúa los siguientes aspectos: dificultad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales, dificultad para describir sentimientos, capacidad reducida para soñar despierto y pensamiento orientado al exterior (103-105).

El [Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico](#) (CPAQ) evalúa el grado de aceptación de la experiencia crónica de dolor, tanto globalmente como en sus facetas de implicación en las actividades y de apertura al dolor (106, 107).

El [Inventario de Pensamientos Automáticos en Respuesta al Dolor](#) (INTRP) evalúa diversos tipos de pensamientos automáticos en el dolor crónico: pensamientos sociales negativos, pensamientos de discapacidad, pensamientos de falta de control y pensamientos de autoinculpción (108, 109).

El [Cuestionario de Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento del Dolor Crónico](#) (CSQ) evalúa las estrategias de afrontamiento del dolor crónico: catastrofización, conductas distractoras, autoinstrucciones, ignorar el dolor, reinterpretar el dolor, esperanza, fe y plegarias y distracción cognitiva (110, 111).

6. Tratamientos psicológicos

Es evidente que la patología psicosomática, por su naturaleza, requiere un tratamiento interdisciplinar. Excede del objetivo de este capítulo abordar las distintas variedades terapéuticas. Por lo tanto nos centraremos exclusivamente en los tratamientos psicológicos.

6.1. Generalidades

Muchos casos de patología psicosomática de gravedad leve o moderada pueden resolverse en el contexto de Atención Primaria. En cualquier caso esta es la puerta de entrada habitual de este tipo de pacientes.

Médicos como Dubois (112) desarrollaron aproximaciones psicoterapéuticas dentro del contexto médico. Así, la *persuasión racional* se basaba en: 1) empatizar con el paciente; 2) escucharle pacientemente; 3) convencerle a base de autoridad científica y buena relación terapéutica de que puede recuperarse; y, 4) establecer una relación de tipo colaborativo que incluye a la familia.

En línea con lo anterior surge la Técnica de Reatribución de Síntomas de Goldberg (113). Está pensada para ser aplicada en una sola sesión, en el contexto de Atención Primaria, con el objetivo de ajustar las atribuciones de enfermedad que realiza el paciente psicosomático hacia una mayor psicologización. Consta de tres fases: empatizar, informar y establecer vínculos con los procesos psicológicos.

En la fase de empatía se recoge la máxima información de los síntomas, incluyendo si es necesario un día típico en la vida de la persona, estando atentos a pistas verbales y no verbales sobre contenidos emocionales, sobre factores familiares y sociales, y creencias de salud. Si procede se procede a un examen médico específico.

En la fase de información se explican al paciente los hallazgos médicos encontrados, se reconoce la existencia de los síntomas y se reencuadran incorporando una explicación más compleja que incluya el rol de factores psicológicos.

En la fase de establecer vínculos se explica la relación de los síntomas con el estrés, la tensión muscular y emociones concretas, tanto con demostraciones

prácticas de la propia experiencia del paciente como utilizando de referente a alguna persona significativa.

La Técnica de Reatribución de Síntomas es un buen punto de partida para el abordaje del paciente psicosomático estableciendo como pilares una alianza terapéutica muy firme, reconociendo su sufrimiento y enriqueciendo su capacidad para generar significados más ajustados de su problema.

Como recuerdan Hernández y Rodríguez Testal (37), pueden ser pacientes incomprendidos y estigmatizados, por lo que los profesionales sanitarios deben no perder de vista que también pueden enfermar médica y psicopatológicamente.

En cuanto a normas de buena práctica en Atención Primaria de los trastornos por somatización García Campayo et al. (114) recomiendan:

1. Que el paciente sea atendido por un solo médico de familia.
2. Planificar citas regulares cada mes o mes y medio.
3. Realizar consultas breves según las posibilidades de agenda del médico.
4. Explorar siempre la zona corporal motivo de la queja.
5. Guiarse por los signos, teniendo en cuenta los síntomas comunicados por el paciente.
6. Evitar la iatrogenia y gasto sanitario no imprescindible.
7. Evitar diagnósticos espúreos y tratamientos innecesarios.
8. Tranquilizar y reasegurar.
9. Derivar adecuadamente a la atención especializada psicológica/psiquiátrica.

En nuestro entorno, García Campayo et al. (114) realizan las siguientes recomendaciones para abordar los trastornos por somatización:

1. Comenzar la intervención en Atención Primaria.
2. Realizarla mediante un sistema en escalado en cuanto a tiempo y especialización de los profesionales.
3. La intervención estándar debería ser multicomponente, grupal y de duración limitada (8 sesiones de dos horas).
4. El seguimiento debería realizarse al menos durante dos años.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de los pacientes son atendidos por médicos en Atención Primaria, algunos autores alertan sobre la necesidad de estudios que evalúen las prácticas clínicas médicas a un nivel similar del control de fármacos (3).

Por ejemplo, un ensayo clínico aleatorizado controlado en Atención Primaria demostró que los pacientes de MUS que habían recibido una explicación positiva que comprendían tenían mejores resultados en los tratamientos que recibían (115).

La Sociedad de Psicología Clínica (División 12 de la Asociación Americana de Psicología) reconoce el máximo nivel de evidencia empírica de eficacia a dos tratamientos psicológicos multicomponente, la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso, en el ámbito del dolor crónico (fibromialgia, cefaleas, lumbalgia crónica, artritis reumatoide, artrosis, etc.). En ambos casos los formatos más eficientes son grupales, de entre 6 y 10 sesiones de dos horas de duración. Por su relevancia, serán tratados específicamente en los siguientes apartados.

Diversos estudios metaanalíticos han mostrado que hasta el momento no existe superioridad de un tipo de tratamiento sobre el otro en cuanto a eficacia terapéutica, aunque existe mayor cantidad de evidencia, lógicamente, de la terapia cognitivo-conductual (116-118).

6.2. Terapia cognitivo-conductual (CBT)

El planteamiento de la terapia cognitivo-conductual es que la adaptación a la patología somática depende del control de la experiencia en todos sus niveles: sensorial, afectiva, cognitiva y conductual.

Suele incorporar tres tipos de componentes: la educación sobre el estrés, el dolor y los síntomas, la importancia del papel activo del paciente; el aprendizaje de habilidades de automanejo de síntomas mediante técnicas específicas (Ej. Relajación, incremento de la actividad y de las actividades reforzantes, etc.); y, modificación del estilo de vida hacia uno más saludable con prevención de recaídas (Ej. Reestructuración cognitiva, resolución de problemas, mejora de habilidades sociales, etc.).

Un ejemplo de programa cognitivo-conductual para el tratamiento del dolor crónico se presenta en la Tabla 17, compuesto por diez sesiones grupales semanales (8-10 personas) y dos sesiones individuales de 1,5 a 2 horas de duración. En cada sesión se distinguen tres partes: análisis de tareas realizadas en casa; contenido propio de cada sesión; y, propuesta de tareas para realizar durante la semana (119).

Tabla 17. Sesiones grupales en protocolo cognitivo-conductual de tratamiento del dolor crónico (119)

1. Introducción a la terapia cognitivo-conductual.
2. Respiración y relajación.
3. Manejo de la atención.
4. Reestructuración cognitiva I.
5. Reestructuración cognitiva II.
6. Solución de problemas.
7. Manejo de emociones y asertividad.
8. Valores y establecimientos de objetivos.
9. Organización del tiempo y actividades reforzantes.
10. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño, y prevención de recaídas.

Un ensayo clínico demostró que una sola sesión de terapia cognitivo-conductual en Atención Primaria produjo una mejoría en los síntomas somáticos en el 71% de los pacientes con MUS, en la funcionalidad en un 47% y en el estrés en un 38% (120).

Una revisión de 34 ensayos clínicos sobre 3.922 pacientes con trastornos somatomorfos demostró que la terapia cognitivo-conductual fue efectiva para reducir los síntomas en la mayoría de los estudios (121).

Un metaanálisis reciente demuestra que la terapia cognitivo-conductual es la mejor alternativa terapéutica en los MUS con tamaños de efecto intragrupos entre $d=0,36$ y $d=0,80$ (122).

Otros estudios metaanalíticos demuestran que la CBT tiene un efecto grande en la reducción de la sensibilidad a la ansiedad, la ansiedad por la salud y la hipocondriasis

(123, 124). Diversos metaanálisis demuestran una eficacia moderada de la CBT en fatiga crónica (125, 126), síndrome de intestino irritable (127) y fibromialgia (128).

6.3. Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

La premisa básica de la terapia de aceptación y compromiso es que aprender a vivir con los síntomas, aceptándolos, ayuda a minimizar el impacto que tienen en la vida. Promueve un cambio de expectativa de eliminación de los síntomas a convivencia con estos.

A través de metáforas y ejercicios experienciales se aprende la ventaja de las estrategias basadas en la aceptación de los síntomas frente a las estrategias de control de los mismos. Se anima a los pacientes a explorar sus valores personales y establecer objetivos congruentes con estos para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Concretamente son seis las áreas que aborda el modelo ACT: atención al presente; identificación de valores personales; identificación de las acciones congruentes con dichos valores; yo como observador de la propia experiencia; defusión cognitiva (frente a fusión con los propios pensamientos); y, aceptación de la experiencia. En torno a estos ejes se construye la intervención a medida de los destinatarios. Un ejemplo de protocolo basado en ACT se presenta en la Tabla 18.

Tabla 18. Sesiones grupales en protocolo ACT de tratamiento del dolor crónico (129)

1. Introducción al grupo (presentación de participantes, materiales y reglas de funcionamiento)
2. Introducción a la ACT (qué es la ACT y cómo pueda ayudar en el dolor crónico)
3. Controlar el dolor (dolor vs. sufrimiento, el papel de la serenidad, el concepto de conciencia plena)
4. Los valores (qué es importante para cada uno, el compromiso con la acción)
5. La defusión cognitiva (no soy lo que pienso ni lo que siento)
6. Practicar mindfulness (ejercicios de atención plena)
7. Aceptar el dolor
8. Comprometerse con la acción (plantear una funcionalidad razonable)

9. Enfrentarse a los obstáculos (identificarlos y planear soluciones)
10. La vida más allá del dolor (mantenimiento, prevención de recaídas)

El último metaanálisis conocido (117) informa de tamaños de efecto significativos en todos los parámetros evaluados, especialmente en ansiedad e interferencia del dolor. Otros dos muy recientes, obtienen los mismos resultados en diversas patologías y problemas somáticos y clínicos (118, 130).

7. Material complementario

● *Asociaciones de pacientes*

- [Asociación de pacientes SINEDOLORE](#)
- [Asociación de pacientes española de dolor de cabeza](#)
- [Fundación para la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica](#)
- [Servicio de información sobre sensibilidad química múltiple](#)
- [Síndromes de sensibilización central](#)

● *Sociedades científicas*

- [Sociedad Española de Medicina Psicosomática](#)
- [Sociedad Española de Reumatología](#)
- [Sociedad Española de Dolor](#)
- [Sociedad Española de Neurología](#)

● *Recursos técnicos*

- [BiblioPRO \(biblioteca de cuestionarios de resultados de salud\)](#)
- [Instrumentos de evaluación de fatiga crónica y síntomas asociados](#)
- [Cuestionario de salud del paciente \(PHQ\) en diversos formatos](#)
- [Dolortest \(test de evaluación psicológica del dolor\)](#)

● *Recursos audiovisuales*

- [Evaluación de un paciente con síntomas somáticos](#)
- [El dolor del silencio \(fibromialgia\) \(TVE | 52:12\)](#)
- [Vídeo explicativo dolor crónico \(Sociedad Española de Dolor | 5:02\)](#)
- [50 razones para no salir de mi casa \(síndrome de fatiga crónica\)](#)
- [Carga tóxica \(sensibilidad química múltiple\) \(TVE | 52:25\)](#)

Bibliografía

1. Hoyos ML, Ochoa DAR, Londoño CR. Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento psicológico*. 2010;4(10).
2. de Rivera JG. *Patología Psicosomática*. Psiquis. 1980;6:164-6.
3. Sharpe M, Carson A. "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Annals of internal medicine*. 2001;134(9_Part_2):926-30.
4. Beard G. Neurasthenia, or nervous exhaustion. *The Boston Medical and Surgical Journal*. 1869;80(13):217-21.
5. Briquet P, Briquet P. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*: J.-B. Baillière et fils; 1859.
6. Stekel W. *Peculiarities of behavior*. 1924.
7. García-Campayo J. *Usted no tiene nada: La somatización*: Océano; 2001.
8. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145(11):1358-68.
9. Häuser W, Henningsen P. Fibromyalgia syndrome: A somatoform disorder? *European Journal of Pain*. 2014;18(8):1052-9.
10. Witthöft M, Hiller W. Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010;6:257-83.
11. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *International journal of methods in psychiatric research*. 2003;12(1):34-43.
12. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform Disorders and Medically Unexplained Symptoms in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2015;112(16):279.
13. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(10):663.

14. Konnopka A, Schaefer R, Heinrich S, Kaufmann C, Lupp M, Herzog W, et al. Economics of medically unexplained symptoms: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2012;81(5):265-75.
15. Garcia-Campayo J, Campos R, Marcos G, Perez-Echeverria M, Lobo A. Somatisation in primary care in Spain: II. Differences between somatisers and psychologisers. Working Group for the Study of the Psychiatric and Psychosomatic Morbidity in Zaragoza. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168(3):348-53.
16. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression: A Meta-Analytic Review. *Psychosomatic medicine*. 2003;65(4):528-33.
17. Kirmayer LJ, Robbins JM. Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychological medicine*. 1996;26(05):937-51.
18. olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2009;66(5):363-77.
19. Fava GA, Wise TN. Issues for DSM-V: Psychological Factors Affecting Either Identified or Feared Medical Conditions: A Solution for Somatoform Disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2007;164(7):1002-3.
20. Starcevic V. Somatoform Disorders and DSM-V: Conceptual and Political Issues in the Debate. *Psychosomatics*. 2006;47(4):277-81.
21. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(5):847-55.
22. Klaus K, Rief W, Brähler E, Martin A, Glaesmer H, Mewes R. The distinction between “medically unexplained” and “medically explained” in the context of somatoform disorders. *International journal of behavioral medicine*. 2013;20(2):161-71.
23. López-Santiago J, Belloch A. El laberinto de la somatización: Se buscan salidas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2012;17(2):151-72.

24. Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Löwe B. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(5):403-14.
25. Rief W, Isaac M. Are somatoform disorders 'mental disorders'? A contribution to the current debate. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007;20(2):143-6.
26. Rief W, Zenz M, Schweiger U, Rüddel H, Henningsen P, Nilges P. Redefining (somatoform) pain disorder in ICD-10: a compromise of different interest groups in Germany. *Current opinion in psychiatry*. 2008;21(2):178-81.
27. Rief W, Martin A. How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications. *Clinical Psychology*. 2014;10(1):339.
28. Merskey HE. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*. 1986.
29. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Survey of Anesthesiology*. 1967;11(2):89-90.
30. Society HCCotIH. The international classification of headache disorders, (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
31. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*. 2010;62(5):600-10.
32. Clayton EW. Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: an IOM report on redefining an illness. *JAMA*. 2015;313(11):1101-2.
33. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1480-91.
34. Prasad A, Lerman A, Rihal CS. Apical ballooning syndrome (Tako-Tsubo or stress cardiomyopathy): a mimic of acute myocardial infarction. *American heart journal*. 2008;155(3):408-17.
35. Kellner R. Psychosomatic syndromes and somatic symptoms: American Psychiatric Pub; 1991.

36. Kellner R. Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1994;61(1-2):4-24.
37. Hernández MdMB, Testal JFR, editors. Trastornos somatoformes. Manual de psicopatología clínica; 2011: Ediciones Pirámide.
38. Tyrer P. Clasificación de las neurosis: Díaz de Santos; 1991.
39. Charcot JM. Lectures on the diseases of the nervous system: New Sydenham Society; 1889.
40. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*. 1991;179(11):647-55.
41. Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical psychology review*. 2007;27(7):781-97.
42. Al-Chaer ED, Weaver SA. Early life trauma and chronic pain. *Functional pain syndromes: Presentation and pathophysiology*: IASP Press, Seattle, WA; 2009. p. 423-52.
43. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain*. 2005;21(5):398-405.
44. Fiddler M, Jackson J, Kapur N, Wells A, Creed F. Childhood adversity and frequent medical consultations. *General hospital psychiatry*. 2004;26(5):367-77.
45. Hazlett-Stevens H, Craske MG, Mayer EA, Chang L, Naliboff BD. Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *Journal of psychosomatic research*. 2003;55(6):501-5.
46. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*. 2014;76(1):2.
47. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*. 2001;63(4):556-67.

48. Hotopf M, Wilson-Jones C, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalisations. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(3):273-80.
49. Lackner JM. No brain, no gain: the role of cognitive processes in irritable bowel syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005;19(2):125-36.
50. Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of abnormal psychology*. 1994;103(1):125.
51. Deary IJ, Scott S, Wilson JA. Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*. 1997;22(4):551-64.
52. De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*. 2004;36(7):1655-67.
53. Costa PT, McCrae RR. Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of personality*. 1987;55(2):299-316.
54. Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review*. 1989;96(2):234.
55. Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological bulletin*. 2004;130(5):793.
56. Sifneos PE. A reconsideration of psychodynamic mechanisms in psychosomatic symptom formation in view of recent clinical observations. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1974;24(2-3):151-5.
57. Marty P. *La Psicósomática del adulto*. Amorrortu Ediciones Buenos Aires Argentina. 2003.
58. Kojima M. Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: A brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial Medicine*. 2012;6.
59. Watten RG, Vassend O, Myhrer T, Syversen J-L. Personality factors and somatic symptoms. *European Journal of Personality*. 1997;11(1):57-68.
60. Fernández R, Fernández C, Amigo I, Pérez M. Síntomas somáticos médicamente inexplicados. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2006;32(142).

61. Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *International Journal of Epidemiology*. 2006;35(2):468-76.
62. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):996-1002.
63. Norman DA, Shallice T. Attention to action: Willed and automatic control of behavior. *Cognitive neuroscience: A reader*. 2000:376-90.
64. Gallagher S. *How the body shapes the mind*: Cambridge Univ Press; 2005.
65. Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*. 1998;107(4):587.
66. Ursin H. Press stop to start: the role of inhibition for choice and health. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):1059-65.
67. Gray JA. Neural systems, emotion and personality. *Neurobiology of learning, emotion, and affect*. 1991;4:273-396.
68. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Annals of internal medicine*. 1999;130(11):910-21.
69. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical psychology review*. 2007;27(7):821-41.
70. Kolk AM, Hanewald GJ, Schagen S, van Wijk CMG. A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social science & medicine*. 2003;57(12):2343-54.
71. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *International Review of Psychiatry*. 2006;18(1):25-33.
72. Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenwolf M, Weiss MG. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005;193(2):85-92.
73. Sánchez-García M. Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2013;13(2):255-70.

74. Douzenis A, Seretis D. Descriptive and predictive validity of somatic attributions in patients with somatoform disorders: A systematic review of quantitative research. *Journal of psychosomatic research*. 2013;75(3):199-210.
75. Borkum JM. Maladaptive cognitions and chronic pain: Epidemiology, neurobiology, and treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2010;28(1):4-24.
76. Lukkanatai N, Saligan LN. Association of catastrophizing and fatigue: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013;74(2):100-9.
77. Butler DS, Moseley GL. *Explain Pain 2nd Edn*: Noigroup Publications; 2013.
78. Fries E, Hesse J, Hellhammer J, Hellhammer DH. A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):1010-6.
79. Dantzer R. Somatization: a psychoneuroimmune perspective. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):947-52.
80. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: An overview. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 2009;17(4):400-8.
81. Yunus MB. Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology. *Current Rheumatology Reviews*. 2015;11(2):70-85.
82. Pilowsky I. The concept of abnormal illness behavior. *Psychosomatics*. 1990;31(2):207-13.
83. Kolk A, Schagen S, Hanewald G. Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *Journal of psychosomatic research*. 2004;57(4):379-89.
84. Rief W, Martin A, Klaiberg A, Brähler E. Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behavior. *Psychosomatic medicine*. 2005;67(4):596-601.
85. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine*. 1998;60(4):420-30.
86. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients

present medically unexplained physical symptoms. *Social science & medicine*. 2005;61(7):1505-15.

87. Kirmayer LJ, Looper KJ, Taillefer S. Somatoform disorders. In: Hersen M, Turner SM, Hersen M, Turner SM, editors. *Adult psychopathology and diagnosis* (4th ed). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2003. p. 420-75.

88. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological medicine*. 1986;16(01):135-40.

89. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9(01):139-45.

90. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*. 2002;64(2):258-66.

91. Witthöft M, Hiller W, Loch N, Jasper F. The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. *International journal of behavioral medicine*. 2013;20(2):172-83.

92. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31(9):507-13.

93. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J rheumatol*. 1991;18(5):728-33.

94. Zachrisson O, Regland B, Jahreskog M, Kron M, Gottfries CG. A rating scale for fibromyalgia and chronic fatigue syndrome (the FibroFatigue scale). *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;52(6):501-9.

95. García-Campayo J, Pascual A, Alda M, Marzo J, Magallon R, Fortes S. The Spanish version of the FibroFatigue Scale: validation of a questionnaire for the observer's assessment of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *General hospital psychiatry*. 2006;28(2):154-60.

96. Smets E, Garssen B, Bonke Bd, De Haes J. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of psychosomatic research*. 1995;39(3):315-25.

97. Boada-Grau J, Merino-Tejedor E, Gil-Ripoll C, Segarra-Pérez G, Vigil-Colet A. Adaptación al español del Inventario Multidimensional de Fatiga al entorno laboral. *Universitas Psychologica*. 2014;13(4):1279-87.
98. Miller CS, Prihoda TJ. The Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (EESI): a standardized approach for measuring chemical intolerances for research and clinical applications. *Toxicology and Industrial Health*. 1999;15(3-4):370-85.
99. Cusco-Segarra A. Validación y utilidad del Quick Environment Exposure Sensitivity Inventory (QEESI©) en la población española.
100. Martínez M, Botella C. Evaluación y tratamiento psicológico de la hipocondría: revisión y análisis crítico. *Psicología Conductual*. 1996;4(1):29-62.
101. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of psychiatric research*. 1990;24(4):323-34.
102. Pilowsky I, Spence N. Manual for the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ): University of Adelaide; 1983.
103. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38(1):23-32.
104. Martínez Sánchez F. Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*. 1996.
105. Moral de la Rubia J, Retamales R. Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española [Validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in Spanish sample]. *Revista Electrónica de Psicología, Psicología com*. 2000;4(2).
106. Menéndez AG, García PF, Viejo IT. Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: Adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema*. 2010;22(4):997-1003.
107. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*. 2004;107(1):159-66.
108. Gil KM, Williams DA, Keefe FJ, Beckham JC. The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*. 1990;21(3):349-62.

109. García FC, Franco LR. Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico. *Psiquis*. 2002;24(3):137-45.
110. Rodríguez Franco L, Cano García FJ, Blanco Picabia A. Evaluación de las estrategias de afrontamiento en dolor crónico. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32(2):82-91.
111. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*. 1983;17(1):33-44.
112. Dubois P. The psychic treatment of nervous disorders. *Journal of Abnormal Psychology (1906)*. 1906;1(5):241-4.
113. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *Journal of psychosomatic research*. 1989;33(6):689-95.
114. García Campayo J, Pascual A, Alda M, Oliván B. Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2005;10(1):15-23.
115. Thomas K. General practice consultations: is there any point in being positive? *BMJ*. 1987;294(6581):1200-2.
116. Ruiz FJ. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 2012;12(3):333-57.
117. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KMG. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2016;45(1):5-31.
118. Öst L-G. The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2014;61:105-21.
119. Moix J, Casado M. Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*. 2011;22(1):41-50.
120. Martin A, Rauh E, Fichter M, Rief W. A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: A randomized clinical

trial. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. 2007;48(4):294-303.

121. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69(9):881-8.

122. Kleinstäuber M. Psychotherapy for medically unexplained physical symptoms (MUPS): The state of the art. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013;74(6):549-50.

123. Smits JAJ, Berry AC, Tart CD, Powers MB. The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behaviour Research and Therapy*. 2008;46(9):1047-54.

124. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JAJ, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*. 2014;58:65-74.

125. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Rooke SE, Bhullar N, Schutte NS. Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2008;28(5):736-45.

126. Castell BD, Kazantzis N, Moss-Morris RE. Cognitive behavioral therapy and graded exercise for chronic fatigue syndrome: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2011;18(4):311-24.

127. Li L, Xiong L, Zhang S, Yu Q, Chen M. Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014;77(1):1-12.

128. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*. 2010;151(2):280-95.

129. Cosio D, Schafer T. Implementing an acceptance and commitment therapy group protocol with veterans using VA's stepped care model of pain management. *Journal of Behavioral Medicine*. 2015;38(6):984-97.

130. A-Tjak JGL, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JAJ, Emmelkamp PMG. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2015;84(1):30-6.

9. Preguntas de autoevaluación

1. Existen manifestaciones somáticas que pueden desembocar en trastornos mentales:

1. El cansancio y la falta de energía en la depresión
2. La hiperactivación del sistema nervioso vegetativo en la ansiedad
3. Pseudocrisis epilépticas en la epilepsia
4. Falta de adherencia al tratamiento en los enfermos oncológicos
5. Las manifestaciones somáticas no dan lugar a trastornos mentales

2. Señala la respuesta correcta según De Rivera:

1. Factores psicológicos, emocionales o personales no llegan a causar una enfermedad, ya que no actúan en el organismo como los factores orgánicos.
2. La alteración funcional hace referencia a que las enfermedades alteran el funcionamiento normal del organismo
3. La enfermedad psicósomática está relacionada con factores psicológicos.
4. La multicausalidad hace referencia a las múltiples variables psicológicas específicas que ocasionan una enfermedad psicósomática.
5. La especificidad está relacionada con la disfunción orgánica debida a debilitamiento del organismo, en parte por factores psicológicos

3. Relacionado con la somatización, señala la respuesta correcta:

1. Antiguamente el término somatización no se relacionaba con daños corporales
2. Según Stekel la somatización hace referencia a una tendencia a experimentar y comunicar estrés somático y síntomas no explicados por hallazgos patológicos, atribuirlos al padecimiento de enfermedades y buscar ayuda médica en consecuencia

3. Cuando la persona sufre síntomas psicosomáticos, tiene conciencia de ellos y sabe a qué se deben
4. Cuando existe somatización, no hay enfermedad médica
5. Los síntomas de somatización han sido denominados funcionales, psicosomáticos, psicogénicos, somatoformes o somatomorfos

4. Relacionado con el diagnóstico de la patología psicosomática:

1. En el DSM-5 no se contemplan los trastornos psicosomáticos
2. Estos trastornos comparten síntomas somáticos asociados a Distrés y discapacidad
3. En el DSM-5, los trastornos psicosomáticos tienen una estructuración similar a la del DSM-IV
4. El enfermo generalmente comprende los síntomas sabiendo qué le sucede
5. Los trastornos psicosomáticos aparecen con frecuencia en el enfermo por un déficit de afrontamiento ante sus circunstancias personales

5. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos NO se contempla en los trastornos somatomorfos?

1. Síndrome de intestino irritable
2. Somatización
3. Diabetes
4. Lumbalgia crónica
5. Anorexia

6. En las patologías psicosomáticas cuyo síntoma principal es el dolor:

1. El paciente experimenta un dolor temporal que no se identifica como crónico
2. Las cefaleas primarias y secundarias se consideran enfermedades en sí mismas

3. Destacan la cefalea tensional, la migraña, el dolor facial atípico, la lumbalgia la disfunción temporomandibular entre otros
4. La cefalea tensional causa náuseas o vómitos.
5. La cefalea tensional suele tener una duración constante, durante todo el día

7. Señale la respuesta correcta:

1. Existe acuerdo entre profesionales a la hora de identificar enfermedades concretas como somáticas o idiopáticas, como la fibromialgia
2. La persona experimenta la somatización únicamente como un síntoma de alguna enfermedad
3. La conversión y disociación son niveles de gravedad que van precedidos por la somatización
4. Dentro de la conversión destacan la despersonalización y las reacciones disociativas
5. El síndrome de conversión posee características propias que no están relacionadas con el de disociación y con el de somatización

8. Señale la respuesta correcta:

1. La somatización es un mecanismo psicosomático en el que lo más importante son los síntomas propios que experimenta la persona
2. Según Kirmayer y Robbins, la somatización funcional está caracterizada por sensaciones somáticas propias de los trastornos de ansiedad y afectivos
3. Según el Modelo de Deary, Chalder y Shape está formado por factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, y se inspira en el modelo de Beck
4. Las personas que han sufrido experiencias traumáticas tempranas tienen baja probabilidad de experimentar una patología psicosomática

5. Un apego inseguro hace más probable el desarrollo de patología psicosomática a través de la vulnerabilidad al estrés y la búsqueda de regulación afectiva externa

9. Señale la respuesta correcta:

1. El neuroticismo disminuye la probabilidad de desarrollar algún trastorno psicosomático ya que la persona neurótica presenta una clara evitación al daño
2. La alexitimia se asocia a vivencias y comportamientos del adulto y es un factor predisponente a trastornos psicosomáticos
3. El distrés, asociado a acontecimientos estresantes cotidianos y a enfermedades o traumas físicos, está relacionado con los trastornos de ansiedad y no con los trastornos psicosomáticos
4. Según Gallagher, la hiperreflexión sobre señales corporales puede interferir en el funcionamiento del esquema corporal automático
5. Para Gray, la experiencia de síntomas físicos se fundamenta en la afectividad negativa, la atención selectiva y las atribuciones somáticas.

10. Señale la respuesta correcta:

1. El tratamiento de los trastornos psicosomáticos es únicamente psicológico
2. En muchas ocasiones, los trastornos psicosomáticos se pueden tratar en el contexto de atención primaria
3. Es crucial que el profesional no empatee con el enfermo; de esta manera, el enfermo restará importancia a sus síntomas psicosomáticos
4. La técnica de retribución de síntomas tiene lugar en las últimas fases del tratamiento psicológico
5. García Campayo et al. recomiendan que el paciente sea atendido por varios profesionales para poder tener en cuenta distintos puntos de vista a la hora de tratar con el paciente

Respuestas correctas:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	5	2	5	3	3	3	4	2