

Atención a los trastornos somatomorfos en población reclusa

JM Gallego, R Herrera[†]

Psiquiatras. E. S. M. D. "Bahía". Pto. de Sta. María. Cádiz
Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en prisión (Gsmpr)
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (Sesp)
Asociación Española de Neuropsiquiatría

RESUMEN:

El texto que hemos desarrollado pretende ser una contribución útil para facilitar, al personal sanitario que trabaja en el ámbito de prisiones, el necesario conocimiento teórico y técnico que les posibilite una mejor comprensión y atención a las personas, privadas de libertad, que sufren estos trastornos.

En la medida en que sabemos que la integración cognitiva de un modelo descriptivo y comprensivo, el tener en la mente una teoría sobre el fenómeno observado, actúa como factor emocional de contención de las propias ansiedades que experimentamos en la relación terapéutica con los pacientes, queremos también contribuir, con esta aportación, a mejorar los recursos emocionales de los asistentes que desempeñan sus tareas sanitarias en un contexto tan ansiogeno como es el medio carcelario, a la vez que señalamos los riesgos de que cualquier teoría pueda ser utilizada para enmascarar la realidad clínica.

Palabras clave: Trastornos Somatoformes; Enfermos Mentales; Prisiones; Hospitales Psiquiátricos; Síntomas Psíquicos; Atención en Salud Mental; Terapias Somáticas Psiquiátricas; Terapia Conductista.

CARE FOR CASES OF SOMATOMORPHIC DISORDERS IN THE PRISON POPULATION

ABSTRACT:

This study sets out to make a worthwhile contribution to healthcare personnel working in the prison sector by providing theoretical and technical knowledge to enable them to better understand and care for people in prison who suffer from these disorders.

As far as we know, the cognitive integration of a descriptive and comprehensive model, bearing in mind a theory of the observed phenomenon acts as an emotionally constraining factor for the anxieties we suffer in the therapeutic relationship with our patients. Consequently we also wish to contribute with this study to improving the emotional resources of personnel working in a context as anxiety-provoking as is a prison, while also pointing out the risks inherent to any theory that might be used to conceal clinical realities.

Key words: Somatoform Disorders; Mentally ill Persons; Prisons; Hospitals Psychiatric; Symptoms Psychic; Mental Health Assistance; Psychiatric Somatic Therapies; Behaviour Therapy.

Texto recibido: agosto 2009

Texto aceptado: mayo 2010

1. INTRODUCCIÓN

Entre los factores relacionales que generan sufrimiento mental, la pérdida de libertad, con los distintos estados emocionales que dicha privación conlleva, es considerada como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de un trastorno mental.

Una de las necesidades emocionales más características, básica para su desarrollo mental, de la especie humana es la búsqueda de relación, el apego; en tanta especie gregaria, social, las vicisitudes que sufre el humano en los procesos psico-sociales de integración o exclusión, conforman actitudes, formas relacionales, estados emocionales, que abarcan el arco que se podría trazar desde las relaciones con otros humanos en las que podemos sentir ternura, atención, cuidados como estados emocionales que promueven confianza, gratitud, esperanza, satisfacción, integración, todos relacionados con la expresión de una situación psíquica saludable, a su opuesto, configurado por experiencias emocionales en las que la relación pueda estar presidida por la exclusión, el rechazo, el repudio, el abandono, que suelen dar lugar a un espectro emocional que corresponderá a sentimientos de hostilidad, desconfianza, desesperanza, habitualmente presentes en las situaciones de sufrimiento mental.

Creemos que toda intervención asistencial que se realice con personas privadas de libertad debe tener presente esta situación emocional peculiar que estará presente en la relación asistencial, expresada como sometimiento, como autoagresión, como engaño y manipulación, como conducta violenta o como demanda de cuidados y atención.

Es sobradamente conocido el importante poder terapéutico que puede poseer toda relación terapéutica cuando se realiza presidida por actitudes de neutralidad, respeto, interés, cuidado y atención; estas actitudes, que forman parte de toda buena práctica, consideramos han de estar aun más presentes cuando, como en el caso de la atención penitenciaria, la persona necesitada presenta limitaciones para el ejercicio de su autonomía e independencia.

Si cualquier intento de comprensión de la conducta psico(pato)lógica, de la conducta trastornada, ha de incluir su carácter relacional, se hace necesario el análisis del contexto en el que se desarrolla dicha conducta para poder establecer hipótesis genéticas, pautar intervenciones y predecir pronósticos.

El contexto, desde las aportaciones de la psico(pato)logía dinámica, cognitiva y sistémica, es considerado como elemento absolutamente necesario para cualquier intento de comprensión del sentido de la conducta trastornada, como factor patoplás-

tico que influye en la forma de presentación de los síntomas clínicos, haciendo que un mismo paciente pueda mostrar distintos síntomas según sea atendido en un ámbito asistencial o en otro (ambulatorio, hospitalario,...); también sabemos que el contexto puede actuar como potencial factor de riesgo; es por ello que consideremos necesario describir, aunque sea someramente, el contexto emocional carcelario, dadas las marcadas peculiaridades de la institución penitenciaria, desde la óptica de nuestra disciplina, la psico(pato)logía, con el fin de integrar sus características, su "cultura".

2. ¿QUÉ ES LA SOMATIZACIÓN?

Entendemos por **somatización** la presentación de un síntoma físico para el cual no se encuentra explicación por una patología definida, y que es la expresión de un malestar psicológico¹.

La somatización es un fenómeno habitual, que por sí mismo no constituye necesariamente un problema clínico. En un estudio realizado sobre 14 síntomas frecuentes en 1.000 pacientes de un centro ambulatorio, el 74% no tenían explicación médica². La **somatización transitoria** puede ser parte de una respuesta aguda a una gran variedad de acontecimientos vitales significativos para la persona. Hablamos de **trastorno somatomorfo** cuando hay una cronicidad y se produce un deterioro significativo en el funcionamiento de la persona.

Si tenemos una visión global de la enfermedad (ver figura 1), debemos de considerar siempre unos componentes psicogenéticos y unos estresores desencadenantes.

La **medicina psicósomática** se encargaría de estudiar estos componentes como factores determinantes para el desarrollo de una enfermedad, sobre todo en ciertas enfermedades en las cuales tradicionalmente se han señalado estas causas como una parte muy determinante para su génesis (úlceras gastro-duodenales, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, colon irritable, migrañas, hipertensión arterial...).

Pero hay un grupo de pacientes que presentan frecuentes síntomas físicos, que no llegan a cristalizarse en una enfermedad concreta (hay ausencia de hallazgos tanto exploratorios como analíticos o de otras exploraciones complementarias) a los que se atribuye como causa fundamental los componentes psicogenéticos y estresores ambientales.

La particularidad de estos pacientes es que a pesar de explicarles que tras estudiarse sus síntomas no se encuentra evidencia de una enfermedad, no se tran-

DETERMINACIÓN PLURAL DE LA ENFERMEDAD



Figura 1. Tomada de López Sánchez en “Terapias de apoyo en pacientes psicósomáticos”. Mirando personas. Granada 2004.

quilizan y vuelven frecuentemente a consultar por el mismo problema. Además es característica la dificultad para que relacionen su sintomatología con la presencia de algún conflicto psíquico o un psicotrauma afectivo determinado.

En nuestra relación con los médicos que realizan su ejercicio profesional en los Centros Penitenciarios (en adelante CP), sabemos que es muy frecuente que los internados presenten quejas de síntomas físicos sin hallazgos complementarios, originándoles fuertes sentimientos de impotencia y frustración. Si a nivel de atención primaria ya es una entidad de alta frecuencia, se estima que tiene una prevalencia de un 9.4% (2), a nivel de los CP debería ser mayor debido fundamentalmente a la alta prevalencia de trastornos de personalidad (hay estudios que sitúan la frecuencia de comorbilidad con trastornos de la personalidad de un 62.9)⁴, y al alto nivel de estrés al que están expuestos en este medio. En un estudio del análisis de la demanda de los centros penitenciarios Puerto I y II se estableció una frecuencia del 18%⁵.

3. CLASIFICACIONES Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los trastornos somatomorfos fueron considerados provisionales en el DSM-III, hecho que persiste en el DSM-IV y en la CIE-10, aunque desafortunadamente en ambas clasificaciones han sido interpretados con mayor validez de lo que se pretendía.

La característica que los define es “síntomas físicos que sugieren un trastorno físico para el cual no hay ninguna causa orgánica demostrable a través de los mecanismos fisiológicos conocidos, y para el cual existe una fuerte evidencia o presunción de que dichos síntomas están ligados a factores o conflictos psicológicos”.

Existen varios problemas en el concepto general de trastornos somatomorfos:

- No existen definiciones operativas claras de la categoría general.
- Algunos tipos (especialmente la hipocondría y el trastorno por somatización) son tan perdurables, que podrían ser clasificados como trastornos de personalidad.
- Los criterios no tienen sentido para culturas que no comparten la presunción occidental de la separación cuerpo-mente.
- Mantienen una alta comorbilidad con la ansiedad y la depresión.

Vamos primero a describir la clasificación propuesta por la CIE-10. La creemos necesaria para tener un esquema categorial de trabajo pero limitada cuando tratamos de aplicarla a los pacientes del día a día.

Engloba los siguientes diagnósticos en el grupo llamado Trastornos somatomorfos (F45):

TRASTORNOS SOMATOMORFOS
Trastorno por somatización
Trastorno somatomorfo indiferenciado
Trastorno hipocondríaco
Disfunción vegetativa somatomorfa
Trastorno de dolor persistente somatomorfo
Otros trastornos somatomorfos
Trastorno somatomorfo sin especificación

Criterios diagnósticos para el trastorno de somatización:

TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

- A. Debe haber antecedentes de al menos dos años de quejas de síntomas múltiples y variables, que no pueden ser explicados por ningún trastorno físico detectable. (Cualquier trastorno físico que se conozca coincidente no explicaría la gravedad, extensión, variedad y persistencia de las quejas físicas o la invalidez social.) Si están presentes algunos síntomas claramente debidos a una hiperactividad vegetativa, no son la principal característica del trastorno, en el sentido de que no son particularmente persistentes y molestos.
- B. La preocupación por los síntomas ocasiona un malestar persistente y conduce al paciente a la búsqueda de reiteradas consultas (tres o más) y chequeos, tanto en los servicios de atención primaria como en los especializados. En ausencia de servicios médicos, por motivos de accesibilidad o económicos, el paciente se automedica constantemente o realiza múltiples consultas a curanderos locales o personal paramédico.
- C. Hay un rechazo continuado a aceptar el reaseguramiento por los médicos de que no existe una causa orgánica que explique los síntomas somáticos (la aceptación de tales aclaraciones durante un breve periodo, es decir, pocas semanas durante o inmediatamente después de los chequeos, no excluye este diagnóstico.)
- D. Debe haber un total de 6 o más síntomas de la siguiente lista, que se producen en al menos dos grupos diferentes:

Gastrointestinales:

1. Dolor abdominal
2. Náuseas
3. Sensaciones de plenitud abdominal o meteorismo
4. Mal sabor de boca o lengua saburral
5. Quejas de vómitos o regurgitación de alimentos
6. Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas o líquidas

Cardiovasculares:

7. Falta de aliento sin haber hecho esfuerzos
8. Dolores torácicos

Urogenitales:

9. Disuria o quejas de micción frecuentes
10. Sensaciones desagradables en genitales o alrededor de ellos
11. Quejas de flujo vaginal excesivo o inusual

Cutáneos y de dolor:

12. Quejas de manchas o decoloración de la piel
13. Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones
14. Sensaciones desagradables de hormigueo o de quedarse dormido algún miembro

Esta definición de trastorno por somatización intenta delimitar un cuadro diferente al de presentación por un dolor persistente (y por eso define los síntomas como sensación de malestar) así como de aquellos cuadros en los que predomina una disfunción vegetativa. Además se establece la hipocondría como otra entidad diferente.

Tabla 1. Síntomas más comunes en el trastorno de somatización

Sistemas	Síntomas
Gastrointestinal	Vómitos, náuseas, flatulencia, sensación de hinchazón, diarreas, intolerancias alimentarias
Neurológico	Amnesia, dificultad para tragar, pérdida de voz, sordera, ceguera, visión borrosa, desfallecimiento, debilidad muscular, pseudo convulsiones, dificultad miccional
Reproductor	Dispareunia, dismenorrea, irregularidad ciclos menstruales, hipermenorrea, vómitos a lo largo del embarazo, sensaciones quemantes en los órganos sexuales
Cardiopulmonar	Dificultad respiratoria en reposo, palpitaciones, dolor torácico, mareo
Sd. dolorosos	Dolor difuso, dolor en extremidades, dolor de espalda, dolor articular, dolor al orinar, cefaleas

Creemos que es más aproximado a la clínica establecer unas variables que nos aporten cierta dimensionalidad a la hora de diagnosticar a los trastornos somatomorfos. Estas serían las siguientes:

- 1) Calidad del síntoma: desde el síntoma donde predomine más el dolor hasta lo más neurovegetativo.
- 2) Sistemas afectados: afectación de uno o más sistemas (respiratorio, digestivo, cardiovascular, neurológico, reproductor).
- 3) Evolución temporal:
 - Desde la presentación aguda (muy frecuentemente dentro de una reacción vivencial) hasta las formas más cronicadas.
- 4) Presencia de hipocondría:
 - Desde la preocupación por el síntoma presentado hasta la creencia irracional de padecer una enfermedad grave.
- 5) Primario-secundario:
 - Como expresión de otro trastorno psiquiátrico o no.

En esta línea Kirmayer y Robbins⁶ hacen referencia a tres patrones de presentación, superpuestos pero conceptualmente diferentes:

- 1) **Somatización funcional:** elevados niveles de síntomas somáticos no explicables por causas médicas en múltiples sistemas fisiológicos.
- 2) **Somatización hipocondríaca:** caracterizada por niveles de preocupación corporal o por miedo a la enfermedad más allá de lo esperable por una enfermedad física demostrable.
- 3) **Somatización de presentación:** presentación predominante o exclusivamente somática de un trastorno psiquiátrico.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Enfermedades no psiquiátricas:

Nos vamos a mover muchas veces en la incertidumbre diagnóstica, principalmente en lo que se refiere a la posibilidad de presentar una patología médica definida con presentación atípica o de tipo poco frecuente y que en nuestro manejo habitual tenemos aparcadas. Pueden ser muchas las enfermedades que frecuentemente pueden llevarnos a errores diagnósticos confundiendo con clínica somatomorfa. Entre ellas destacamos como más reseñadas a:

- Esclerosis múltiple
- Porfirias
- Infección por virus Epstein-Barr
- Enfermedades autoinmunes sistémicas
- Trastornos endocrinos

Trastornos psicósomáticos:

Los trastornos orgánicos relacionados clásicamente con factores psicológicos no deben ser confundidos con los trastornos somatomorfos; implican una estructura de personalidad o de rasgos “alexitímicos”, personalidad operatoria etc. Y en estos hay una base lesional demostrada, además de la experiencia emocional y el trastorno funcional asociado. Se han sugerido una serie de enfermedades en las cuales el componente psíquico es muy importante en su desarrollo (tabla 2).

Tabla 2. Trastornos psicósomáticos clásicos

Enfermedad ulcerosa gastroduodenal
Enfermedad de Crohn
Colitis ulcerosa
Pancreatitis crónicas
Enfermedad coronaria
Hipertensión arterial
Taquicardias paroxísticas supraventriculares
Colagenosis
Eccemas
Alopecias
Psoriasis
Urticarias
Asma bronquial
Hipertiroidismos
Diabetes tipo 2
Síndrome de Sudeck
Migrañas
Neuralgias

Trastornos conversivos:

Los síntomas conversivos se expresan principalmente a través del sistema sensorio motor voluntario y hay una simbolización de una idea, un impulso o afecto inconsciente.

Trastornos facticios:

Se manifiestan síntomas o se producen deliberadamente lesiones corporales para obtener un rol de enfermo y los beneficios derivados de ellos. Desean continuamente exploraciones invasivas e incluso se someten a intervenciones quirúrgicas, siendo continuas las hospitalizaciones. Suelen dominar muy bien los términos médicos y pueden rozar la pseudología fantástica.

Simulación:

Aquí no es el beneficio la obtención del rol de enfermo, sino algo externo más concreto, como evadir juicios o situaciones comprometidas, u obtener cambios determinados... Una de las situaciones más frecuentes en el ámbito penitenciario es la simulación de síntomas psíquicos para obtener benzodiazepinas. La simulación de síntomas somáticos suele ser realizada para el traslado a enfermería o a un centro hospitalario.

5. MANEJO CLÍNICO DE LA SOMATIZACIÓN

La mayoría de los pacientes que se presentan con síntomas no explicados no requieren más que una evaluación médica apropiada y tranquilización. Pero los casos con síntomas persistentes o recurrentes son generalmente de difícil tratamiento. De modo que, el control de la demanda exagerada de atención médica y la prevención de la yatrogenia son objetivos más realistas que la curación.

1. **Escucha activa de la dolencia expresada por el paciente**, mostrando interés y siendo empático (**actitud empática**), es decir ponerse en lugar de la otra persona. Si el paciente no se siente escuchado, o ve indicios de que no se le presta suficiente atención, aumentará su frustración y tenderá a incrementar la sintomatología. Debemos comunicar al paciente que aceptamos los síntomas como verdaderos. Es bueno hacer preguntas o repetir lo que nos trasmite, pero con otras palabras (**paráfrasis**), así como una recapitulación de lo expresado. Algunas veces se expresan de forma vaga y difusa, por lo que es aconsejable que concreten lo máximo posible.
2. Hacer una **exploración rápida, pero adecuada** sobre el sistema implicado (p.ej. una palpación abdominal en el caso de una molestia digestiva). Aunque sospechemos de antemano que es una somatización por sus características clínicas y

creamos innecesaria la exploración, para el paciente es sumamente importante este acto y es parte de la labor terapéutica ("la curación empieza por una correcta exploración"). Preservar un tiempo para comentar detalladamente los resultados negativos de cualquier exploración.

3. Si hay una ganancia secundaria clara, debemos **plantearnos la posible existencia de una simulación**. Se le señalará al paciente tal relación, sin entrar en una escalada de confrontación. Lo más habitual es la negación reiterada de este beneficio y el incremento del síntoma como forma de intentar manipularnos. Tendremos que mantenernos firmes en nuestra apreciación y explicar que lo que observamos no indica la existencia de una enfermedad que necesite limitaciones o cambios determinados y terminar la entrevista.
4. Cuando ya tengamos establecido la existencia de un trastorno por somatización, en el cual los beneficios son los del rol de enfermo, generalmente en una personalidad de rasgos dependientes y pensamiento operatorio completaremos la consulta con una adecuada información del trastorno. Proponemos establecer un símil o metáfora para que entienda el siguiente mensaje: **no todo síntoma corporal tiene por qué corresponder a una enfermedad**. El cuerpo se expresa a través de síntomas en situaciones de sufrimiento mental y fundamentalmente por la vía somática más débil constitucionalmente. Es característico que el paciente adopte una situación de indiferencia cuando se le señala al estrés como fuente del origen de sus síntomas. De la capacidad intelectual y de introspección del paciente dependerá el que pueda correlacionar las circunstancias externas con su situación interna corporal. Esta capacidad es la que marca la indicación de una *terapia de apoyo orientada a la somatización*. En el caso de que nos ocupa, la fuente de estrés más directa es la generada por la reclusión y lo que se deriva de ella. En el siguiente apartado comentaremos las formas de intervención que proponemos para estos pacientes.
5. En pacientes que hiperfrecuentan la consulta, es aconsejable negociar un **calendario de consultas periódicas breves** (por ejemplo una cada 4-6 semanas) donde se atenderán sus quejas y se seguirán las indicaciones siguientes:
 - Evitar pruebas y procedimientos diagnósticos salvo que estén indicados por las señales de enfermedad.

- Reducir medicamentos innecesarios.
 - Ser paciente, no esperar cambios rápidos.
 - Centrar la atención del paciente en un solo profesional.
 - Entender un empeoramiento o la aparición de nuevos síntomas como una comunicación emocional.
6. Si vemos síntomas depresivos asociados, la somatización puede ser un equivalente depresivo. Está indicado hacer un ensayo con **antidepresivos**, de primera elección un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS). Se aconseja comenzar con una dosis más baja que normalmente recomendada, para evitar los efectos secundarios iniciales e incrementar las dosis gradualmente. Si la respuesta es adecuada habrá que mantenerlo al menos durante 6 meses debido al riesgo de recaída, y podría justificarse su prolongación indefinida mientras dure la situación de reclusión. Si no obtenemos un resultado adecuado al mes de tratamiento, se cambiará por otro ISRS o por un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN). En nuestra experiencia, el fallo en la primera tentativa de tratamiento suele marcar una refractariedad al resto de estrategias farmacológicas que se establecen en las guías para depresiones resistentes. Los antidepresivos han demostrado también cierta eficacia en la hipochondría primaria en el dolor facial atípico, aún en ausencia de síntomas depresivos. Los antidepresivos tricíclicos han demostrado más evidencia de efectividad en el tratamiento de los síndromes con predominio del dolor, que los ISRS.
7. Si el componente de ansiedad es importante está indicado la utilización de **ansiolíticos** y, si existe un componente de contracturas musculares, de relajantes musculares. El problema en el entorno donde nos encontramos es la frecuente coexistencia de adicciones, lo que podría favorecer la demanda de escalada de la dosis por parte del paciente. En estos casos estaría indicado utilizar otro tipo de alternativas terapéuticas: gabapentina o pregabalina. No obstante en los trastornos de ansiedad está indicado también el uso de antidepresivos, siendo de primera línea los ISRS, y utilizando el mismo esquema que en la depresión. El uso de benzodiazepinas es altamente satisfactorio cuando las somatizaciones son digestivas (como el caso del intestino irritable) y el uso crónico es lo habitual por parte de los pacientes.

6. FORMAS DE INTERVENCIÓN

Consideramos que toda intervención técnica, desde la indicación de un psicofármaco a la exploración cardio-respiratoria, debe, en primer lugar, generar y ser generadora de una atmósfera emocional que contenga las ansiedades paranoides, antes descritas, del contexto, mediante el “buen trato” que debe presidir toda relación humana, más aun si esta es asistencial.

Se debe procurar crear un “ambiente terapéutico”, confortable emocionalmente, promoviendo, y haciendo patente, el respeto, la atención y el cuidado empático.

Las técnicas de relajación, individuales y grupales, que se vienen practicando con buenos resultados, ya incluso en la Asistencia Primaria, como parte del tratamiento habitual a este tipo de trastorno, debe contribuir, más en el entorno penitenciario, a mejorar su atención; la estrategia que podría enunciarse como “relajación a cambio de psicofármacos”, ya está siendo practicada, con logros, por los equipos de Salud Mental.

La terapia cognitivo conductual es un tratamiento viable y eficaz. Las más señaladas en la bibliografía son las técnicas derivadas de la propuesta por Goldberg y colaboradores⁷, llamadas de reatribución y basadas en la transformación por parte del paciente de la atribución física de las sensaciones corporales a una atribución psicológica, enunciando una serie de pasos para este cambio. De estas técnicas nos hemos valido en cierta manera para el apartado del manejo clínico de la somatización.

Igualmente las “Terapias Expresivas”, mediante la utilización de la pintura, el dibujo, el modelado... que faciliten, de forma espontánea, catártica, la expresión de contenidos mentales que posibilite el poder establecer un diálogo terapéutico sobre la temática expresada, se han demostrado como técnicas útiles en el tratamiento de los trastornos somatomorfos; la aplicación de estas técnicas también puede hacerse de forma individual o mediante una obra colectiva para su posterior análisis grupal.

El desarrollo de juegos expresivos corporales y de actividades deportivas, grupales o individuales, ejercitadas de forma habitual, desde el fútbol-sala al ajedrez, promueven una relación satisfactoria con el cuerpo y propician un mejor desarrollo de la capacidad de concentración y espera.

La participación en grupos de lectura y debate, las salidas vigiladas a conciertos, exposiciones, actos cívicos... contribuye a mejorar la “mentalización”, objetivo terapéutico básico en el abordaje a estos trastornos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adroer S, Martínez M. Una aproximació a la l'alteració psicossomàtica. *Rev. Catalana Psicoanal* 2004; Vol. XXI: 1-2
2. Bernardo M, Cubi R. Detección de trastornos psicopatológicos en atención primaria. Madrid: Sociedad Catalana de Medicina Psicossomàtica; 1989.
3. Cie 10: trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid: Meditor; 1992.
4. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R., editors. *Mental illness in the United States*. New York: Praeger Publishers; 1980.
5. Dohrenwend BS, Dohrenwend BP, Ed. *Stressful life events. Their nature and effects*. New York: John Wiley; 1974.
6. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica; 1981.
7. Foucault M. *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI; 1977.
8. Freud S. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1968.
9. García Campayo J, Alda M, Sobradie N, Oliván B, Pascual A. Personalities disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain. *J Psychosom Res* 2007; 62: 675-80.
10. García Campayo JG, Salvanés R, Álamo C. *Actualización en Trastornos Somatomorfos*. Madrid: Panamericana; 2001.
11. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res* 1989; 33: 689-95.
12. Hernández Monsalve M, Herrera Valencia R. *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid: AEN Estudios; 2003.
13. Jiménez Morón y J. Saiz. Tres formas de somatización en pacientes psiquiátricos ambulatorios: un estudio comparativo. *Psiquiatría biológica* 2002; 9(1): 3-12.
14. Katon W, Ries RK, Kleinman A. The prevalence of somatization in primary care. *Compr Psychiatry* 1984; 25: 208-215.
15. Kroenke K, Mangelsdorff D. Common symptoms in ambulatory care: incident, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 1989; 86: 262-266.
16. Lobo A, García-Campayo J, Campos R, Pérez-Echeverría MJ, Marcos G. Somatization in primary care in Spain: I. Estimates of prevalence. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 344-48.
17. López Sánchez JM. *Mirando personas*. Granada: Círculo de estudios psicopatológicos; 2004.
18. López Sánchez JM. *Resúmenes de patología psicossomàtica (vol. 1 y 2)*. Granada: Círculo de Estudios Psicopatológicos; 1989.
19. Espinosa M, Herrera R. Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el ESM Bahía en el período 1989-2000: En: *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid: AEN Estudios /30; 2003.
20. Marty P. *La psicossomàtica del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu; 1992.
21. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 1995.
22. Rof Carballo J. *Cerebro interno y mundo emocional*. Barcelona: Labor; 1952.
23. Schilder P. *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Barcelona: Paidós; 1977.
24. Tizón García JL. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental I*. Valladolid: Herder; 1997.