

Análisis de la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en sujetos con somatizaciones

Manuel Sánchez-García*

Agencia Valenciana de Salud

Resumen: La eficacia de las terapias cognitivo-conductuales ha sido cuestionada, pese a ofrecer resultados positivos. En este artículo se presentan los resultados obtenidos mediante una intervención terapéutica grupal cognitivo-conductual, realizada en un servicio de salud mental del sistema sanitario público, con el objetivo de valorar la eficacia de la aplicación de esta estrategia de intervención. Se ha seguido un diseño cuasi-experimental con 136 usuarios que presentan malestar físico y emocional asociado, componiendo dos grupos de sujetos: 90 participantes y 46 controles. Los resultados han mostrado que a los participantes les han sido prescritas dosis más bajas de benzodiacepinas en el post-tratamiento y su mejoría clínica ha inducido más altas. Los autoinformes indican mejorías emocionales y físicas en más del 60% de los participantes. Se ha valorado la relación de los resultados con algunas variables y se discuten las críticas realizadas a la eficacia de estos tratamientos, contrastándolas con los datos obtenidos.

Palabras clave: Psicología clínica; terapia de grupo; trastornos somatomorfo; emoción; terapia cognitivo-conductual; efectividad.

Title: Analysis of the effectiveness of a cognitive-behavioral group treatment in subjects with somatization.

Abstract: The effectiveness of cognitive-behavioral therapy has been questioned, despite offering positive results. This article presents the results obtained by an intervention with cognitive-behavioral group therapy, conducted at a mental health service in a public health system, with the aim of assessing the effectiveness of the implementation of this intervention strategy. It has followed a quasi-experimental design with 136 users having associated physical and emotional discomfort, composing two groups of subjects: 90 participants and 46 controls. The results showed that lower doses of benzodiazepines in psychiatric prescriptions at post-treatment and clinical improvement has induced higher discharged rates in participants. The self-reports indicate physical and emotional improvements in over 60% of the participants. The relationship between results and some variables was valued and criticisms of the effectiveness of these treatments are discussed, as compared with data obtained.

Key Words: Clinical psychology; therapy groups; somatoform disorders; emotion; cognitive behavior therapy; treatment effectiveness.

Introducción

La somatización forma parte de diversos cuadros diagnósticos psiquiátricos que requieren atención en salud mental. Tradicionalmente, la presunción de un conflicto psicológico o de un trastorno mental en la asociación del malestar somático con las emociones ha fomentado una concepción dualista de este término, hasta llegar a los años noventa del último siglo cuando se adoptan definiciones más a-teóricas y descriptivas; empleándose denominaciones como la de *síntomas sin explicación médica* (Sánchez-García, 2013).

Además, en contra de la concepción dualista cuerpo-mente del concepto de somatización, un largo número de pacientes acuden a la atención primaria de salud con síntomas somáticos, sin hallazgo de patología orgánica, que no se acompañan de evidentes síntomas psicológicos (Mayou, 1993). Se ha evidenciado que muchos pacientes somatizados no sólo no presentan ansiedad o depresión concurrentes, sino que, además, carecen de antecedentes en trastornos ansiosos o depresivos (Kirmayer y Robbins, 1991). Los estudios en atención primaria dejan claro que los pacientes con una historia de múltiples quejas somáticas, los que solicitan atención habitual por ansiedad y depresión, o bien aquellos con preocupaciones hipocondríacas, constituyen tres grupos sustancialmente no superpuestos que pueden ser agrupados bajo la amplia categoría de síntomas somáticos sin explicación médica (García-Campayo, Lobo, Pérez-Echeverría y Campos, 1998a; Kirmayer y Robbins, 1991). En adelante,

términos tales como somatización, trastorno funcional y síndrome somático sin explicación médica van a ser empleados indistintamente en este trabajo.

Aunque la presencia de somatizaciones en los cuadros clínicos es bastante común en la práctica clínica, es posible que el trastorno de somatización o el somatomorfo no especificado esté infradiagnosticado, por la tendencia a clasificar prioritariamente otros trastornos del eje I, como establece con su autoridad el propio Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la *American Psychiatric Association* (A. P. A.). En su versión DSM-IV, se especifica que los trastornos somatomorfos se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que “no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental” (A. P. A., 1995, p. 457). En un trastorno que presenta una alta comorbilidad psiquiátrica (García-Campayo y Sanz, 2000), este criterio diagnóstico puede ocultar parte de su impacto clínico.

De este modo, cualquier estimación del alcance de este problema en la población termina siendo impreciso. García-Campayo y Sanz (2000) informan de una prevalencia del trastorno de somatización en la población general que oscila entre el 0,38 y el 4,4% (en función del número de síntomas requeridos); mientras otros estudios han indicado que el 10,5% de la población presenta síntomas somáticos sin explicación médica (Kirmayer, Groleau, Looper y Dao, 2004). El impacto asistencial de este problema de salud es evidente si consideramos que la consulta por estos síntomas supone entre el 10 y el 52% de las consultas médicas totales (Kellner, 1990; Speckens et al., 1995).

La importancia clínica de este problema es todavía mayor si consideramos su repercusión en el gasto sanitario y la dificultad que estos pacientes suponen para el manejo asisten-

*** Dirección para correspondencia [Correspondence address]:**

Manuel Sánchez-García, Facultativo Especialista en Psicología Clínica. Centro de Salud de Campoamor. U. S. M. A. Campoamor. Plaza de América, 4. 03010 Alicante (España).
E-mail: msanchez048g@cv.gva.es

cial (García-Campayo y Sanz, 2000; García-Campayo, Sanz, Yoldi y López, 1998b).

A pesar de la relevancia de este problema de salud, la investigación científica de su tratamiento psicológico presenta menor difusión que la de otros trastornos que presentan una prevalencia igual o menor entre la población; como la esquizofrenia o el trastorno de angustia. También es destacable la ausencia de espacio dedicado al tratamiento de los síntomas sin explicación médica en los manuales de psicología clínica.

La terapia cognitivo-conductual ha dedicado atención a este trastorno priorizando algunos procesos propuestos por las teorías etiológicas. Este es el caso de la amplificación somato-sensorial de las sensaciones normales ante una activación emocional (Barsky, Goodson, Lane y Cleary, 1988), o la reestructuración cognitiva de creencias distorsionadas respecto a los síntomas (Gelder, Mayou y Geddes, 1999; Sharpe, Peveler y Mayou, 1992). En una revisión de García-Campayo, Pascual, Alda y Oliván (2005) se refiere el uso habitual de técnicas tales como la solución de problemas, asertividad, afrontamiento y manejo de la expresión emocional, relajación y educación de la enfermedad en las terapias cognitivo-conductuales, cuyos resultados indican mejorías físicas y psicológicas; además de mostrar una reducción del gasto médico.

Por otro lado, la eficacia de estas intervenciones ha sido cuestionada, a pesar de los resultados favorables publicados. Allen, Escobar, Lehrer, Gara y Woolfolk. (2002) en una interesante revisión de los tratamientos en los trastornos con múltiples síntomas físicos sin explicación médica, subrayan la cantidad de pacientes que no muestran mejoría (33%), la ausencia de información del impacto clínico individual de estas intervenciones, que ninguna intervención parece más potente que otra y la posibilidad de un efecto placebo, antes que terapéutico, como explicación de los resultados positivos. Plantean estos autores que el componente activo del tratamiento podría ser la expectativa de mejora, la provisión de atención por un agente de salud o el estímulo para volver a un funcionamiento saludable. Por otro lado, añaden que es

posible que el tratamiento alivie los sentimientos de desesperanza, indefensión, depresión y ansiedad, promoviendo una reducción del malestar físico.

En este artículo se presentan los resultados obtenidos mediante una intervención terapéutica grupal cognitivo-conductual, realizada en un servicio de salud mental del sistema sanitario público, con el objetivo de valorar la eficacia de la aplicación de esta modalidad de intervención.

Método

Participantes

La muestra de este estudio está compuesta por 136 usuarios que fueron remitidos por los médicos de familia a la Unidad de Salud Mental (USM) de Altavix en Elche (Alicante), perteneciente al servicio de salud público de la Comunidad Valenciana, debido a la presencia de somatizaciones en la demanda de atención clínica. También se incluyeron sujetos derivados por otros motivos y que, tras la evaluación de psiquiatras o psicólogos, se decidió que la atención terapéutica debía estar centrada en las limitaciones que producen en la vida cotidiana del paciente la presencia de somatizaciones o de malestar físico. Entre los años 1999 y 2010 se ofreció la posibilidad de participar en la terapia de grupo que ha sido evaluada en este estudio a aquellos usuarios, con los criterios clínicos de inclusión referidos, que acudían a la consulta de psicología clínica de la USM en esos momentos.

La muestra se divide en dos grupos, el de participantes en la terapia grupal y los controles. El primer grupo se compone de 90 pacientes que participaron en la terapia de grupo (en adelante, grupales). El segundo grupo, está compuesto por 46 pacientes a los que se ofreció la participación en la terapia grupal, pero que voluntariamente decidieron no acudir a las sesiones; pasando a ser considerados como controles en este estudio. En la Tabla 1 se ofrece la distribución de la muestra en sus características sociodemográficas, indicando recuento y porcentajes de cada grupo (grupal y control).

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas de los sujetos grupales y controles.

		Controles n (%)	Grupales n (%)	Total	$\chi^2 p$
Sexo	Hombre	8 (17.4%)	20 (22.2%)	28	$\chi^2 = .435$ $p = .510$
	Mujer	38 (82.6%)	70 (77.8)	108	
Nivel Edad	<45 años	32 (69.6%)	52 (57.8%)	84	$\chi^2 = .468$ $p = .791$
	≥45	14 (30.4%)	38 (42.2%)	52	
Nivel Estudios	Precarios	13 (28.3%) ^a	41 (45.6%) ^b	54	$\chi^2 = 6.815$ $p = .033$
	Primarios	19 (41.3%) ^b	19 (21.1%) ^a	38	
	Superiores a primaria	14 (30.4%)	30 (33.3%)	44	
Pareja	No	16 (34.8%)	26 (28.9%)	42	$\chi^2 = .495$ $p = .482$
	Si	30 (65.2%)	64 (71.1%)	94	
Socio-laboral	Sin ingresos	15 (32.6%)	35 (38.9%)	50	$\chi^2 = 4.237$ $p = .237$
	Pensión	6 (13%)	11 (12.2%)	17	
	T. No Cualificado	15 (32.6%)	16 (17.8%)	31	
	Cualificado/técnico/empresario	10 (21.7%)	28 (31.1%)	38	

Edad muestral total: 42.54 años ($DT = 10.89$). Sujetos grupales: 41.65 (11.87), controles: 43 (10.39). $t = -.681$; $gI = 134$; $p = .497$

a: frecuencia observada menor a la esperada; *b*: frecuencia mayor a la esperada.

En las Tablas 2 y 3 se muestran los distintos diagnósticos médicos y psiquiátricos, clasificados por categorías, empleando los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002).

Tabla 2. Distribución de los sujetos grupales y controles por categorías diagnósticas psiquiátricas (DMS-IV-TR).

		n (%)	Total
T. Somatom. n/e	Grupales	40 (44.4%) ^a	69
	Controles	29 (63%) ^b	
T. Adaptativo	Grupales	20 (22.2%) ^b	22
	Controles	2 (4.3%) ^a	
T. Ansiedad	Grupales	11 (12.2%)	18
	Controles	7 (15.2%)	
T. Afectivos	Grupales	19 (21.1%)	27
	Controles	8 (17.4%)	

Chi cuadrado = 8.506; *p* = .037

a: frecuencia observada menor a la esperada; **b:** frecuencia mayor a la esperada

Tabla 3. Distribución de los sujetos grupales y controles por categorías diagnósticas médicas.

		n (%)	Total
Fibromialgia	Grupales	23 (25.6%)	32
	Controles	9 (19.6%)	
MUS	Grupales	31 (34.4%)	55
	Controles	24 (52.1%)	
T. músculo-esqueléticos	Grupales	12 (13.3%)	16
	Controles	4 (8.7%)	
Diversos	Grupales	24 (26.7%)	33
	Controles	9 (19.6%)	

Chi cuadrado = 4.020; *p* = .259

Instrumentos

Técnicas de autoinforme

El cuestionario de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961): es un autoinforme que evalúa la presencia e intensidad de síntomas depresivos. Consta de 21 ítems que hacen referencia a aspectos particulares de la experiencia y sintomatología de la depresión. Existen unos rangos de puntuación que permiten clasificar la sintomatología como ausencia de depresión, depresión leve, moderada o grave (Salamero, 1991). Muestra una buena consistencia interna (α de Cronbach = .76 - .95) y la fiabilidad test-retest oscila alrededor de $r = .80$ (Beck, Steer y Garbin, 1988). La adaptación española de este cuestionario ha sido realizada por Sanz y Vázquez (1998).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI-E): El inventario de ansiedad estado-rasgo es un autoinforme que valora ansiedad en las dimensiones de estado y rasgo, como su nombre indica. En este estudio sólo se administra la escala de ansiedad estado, que se utiliza para determinar la intensidad de la ansiedad en el momento de la administración de la prueba, como estado emocional transitorio del organismo. La escala de ansiedad-estado consta de 20 frases que hacen referencia a cómo se puede sentir la persona "en ese momento". Cada ítem se evalúa en una escala

de 0 a 3 puntos (0 = *nada*; 1 = *algo*; 2 = *bastante*; 3 = *mucho*). La consistencia interna de la escala de estado varía entre el .90 y .93, y la fiabilidad dos mitades es de .94. La validez concurrente con el factor de segundo orden ansiedad del cuestionario de personalidad 16PF de Cattell, se encuentra entre .55 y .58 (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2002). El cuestionario cumplimentado por los sujetos clínicos de este estudio es la versión española de TEA (Spielberger et al., 2002).

Symptom Check List de 90 ítems (SCL-90-R) de Derogatis (1977): es un autoinforme que permite valorar alteraciones psicopatológicas o psicósomáticas en diferentes dimensiones: somatizaciones (SOM), obsesión-compulsión (OBS), sensibilidad interpersonal (INT), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSI). Consta de 90 ítems con respuesta en una escala graduada de 0 (ausencia de molestias relacionadas con los síntomas) a 4 (molestia máxima), según la intensidad del sufrimiento. Además de las nueve dimensiones sintomáticas, se obtiene una medida generalizada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global (GSI), un índice que suma el número total de síntomas presentes para conocer la amplitud y diversidad de la psicopatología (PST), y un índice que relaciona el sufrimiento o malestar global con el número de síntomas y que sirve de indicador de la intensidad sintomática media (PSDI). Las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones típicas normalizadas, con media 50 y desviación típica 10, de manera que se consideran dentro de la normalidad las puntuaciones entre 40 y 60. La fiabilidad, evaluada mediante la consistencia interna, oscila entre 0.81 y 0.88 (correlación dos mitades), y entre 0.81 y 0.9 (alfa de Cronbach). La correlación test-retest, con un intervalo de una semana, en una muestra psiquiátrica de 219 pacientes, ofrece coeficientes de correlación que varían entre .78 y .90 (Derogatis, 1983). Resultados similares se han obtenido con datos españoles (Robles, Andreu y Peña, 2002), con una consistencia interna de .96 (alpha de Cronbach) en el total de la escala y .85 en la escala de somatización. En esta investigación se ha empleado la versión española de González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez-Abuin y Rodríguez-Pulido (2002).

Listado de síntomas somáticos: Se ha confeccionado un listado de síntomas a modo de inventario, donde el sujeto indica la frecuencia experimentada en la semana anterior al registro solicitado; empleando para esta evaluación una puntuación de 0 (*ninguna vez*) a 4 (*muy frecuentemente*). Este listado comprende los síntomas somáticos presentes en los criterios diagnósticos de los trastornos por somatización y los de ansiedad, incluidos en el DSM-IV-TR. Este listado sirve para ofrecer unos indicadores específicos del estado somático de cada sujeto que será recogido con dos valores distintos por individuo:

1. Número de síntomas en los que el sujeto ha experimentado algún malestar (*Nº Sint*).

2. Frecuencia media de síntomas, que es un valor relativo de somatización, resultado del cociente entre el total de frecuencia en todos los síntomas del listado y el número de síntomas en los que se ha indicado un valor superior a “0” (*Frecu. Sint.*).

Datos de evolución clínica

Para valorar la eficacia del tratamiento se determinaron diferentes variables dependientes registrando datos clínicos y psicométricos en las distintas fases de pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento. La información era obtenida del propio usuario, cuando seguía en contacto con la USM o era extraída de la historia clínica. En este trabajo, los datos clínicos utilizados han sido la dosis de benzodiazepinas prescritas por los psiquiatras de la USM al finalizar las sesiones y a los 6 meses; y la decisión clínica de mantener el tratamiento o dar el alta por mejoría suficiente, decidida en la consulta de psicología clínica, al finalizar la terapia, a los 6 meses y al año; datos que son indicadores del resultado de una valoración clínica del estado del paciente.

La elección de la prescripción de un psicofármaco como variable dependiente fue realizada porque es un dato que indica una decisión clínica relacionada con el estado del paciente y ha sido realizada por un profesional que no participa en la aplicación de la terapia grupal. También ofrece el interés de representar un dato económico parcial de la modificación del gasto farmacéutico que supone a la administración pública sanitaria. La inclusión de la dosis de benzodiazepina fue tomada porque la prescripción de otros psicofármacos es menos sensible al estado inmediato del paciente; por ejemplo, las dosis de antidepresivos suelen mantenerse de seis meses a un año tras la mejoría inicial. La información de la prescripción farmacológica fue obtenida en comparación con las dosis prescritas en el pre-tratamiento, registrándose el porcentaje de dosis respecto a esta referencia inicial en el post-tratamiento (primera consulta psiquiátrica tras acabar las sesiones) y después de 6 meses. Algunos pacientes no seguían prescripción de benzodiazepinas o en su prescripción no se empleaba este tipo de fármacos; siendo registrados para este estudio con la etiqueta *sin tratamiento* en el apartado de benzodiazepinas. Se ha unificado el resultado de aumento de dosis con el de mantenimiento de la prescripción inicial, como indicadores de falta de respuesta terapéutica, con la etiqueta *no reduce BZD*.

Terapia cognitivo-conductual aplicada en grupo

Esta terapia grupal consta de 8 sesiones de 90 minutos aproximadamente de duración, con una frecuencia semanal de aplicación, desarrollada con un mismo formato en los distintos años (1999 a 2010) y puesta en práctica por el mismo terapeuta, si bien cada año asistió como observador y, en alguna sesión, como coterapeuta un residente de formación P.I.R. (Psicólogo Interno Residente), M.I.R. (Médico Interno Residente de Psiquiatría) o alumno/a del practicum de psi-

cología de la Universidad Miguel Hernández. El desarrollo de las sesiones ha sido diseñado realizando adaptaciones de otros programas de terapia aplicados en este tipo de pacientes (Bach y Bach, 1995; Sharpe et al., 1992); junto con aportaciones propias, partiendo de la experiencia con terapia grupal en trastornos de ansiedad (Sánchez-García, 2004). Las sesiones eran predominantemente psicoeducativas, buscando que, además de aportar información, los usuarios supieran identificar su problema y conocieran diversos modos de manejar sus síntomas. Siempre se reservaba algún tiempo para que expresaran sus inquietudes, manifestaran sus dudas y pudieran recibir apoyo del resto de los participantes. Se les sugería la aplicación entre sesiones de los procedimientos tratados en cada una de ellas, experiencia que podía ser comentada al inicio de la siguiente. El contenido esencial de cada sesión era el siguiente:

- Sesión 1 “Conocer el trastorno”: presentación de los componentes, de la finalidad del grupo y de las normas a seguir. Presentación de una explicación de la interacción entre la emoción y las sensaciones físicas. Cada miembro expone el malestar físico experimentado y las limitaciones que suponen en su vida.
- Sesión 2 “Desánimo”: comentar la relación entre el estado de ánimo y el estado físico. Pautas para vencer el desánimo: Dividir tareas paso a paso, conocer aspectos cognitivos de la depresión (la triple columna), discutir algunos supuestos cognitivos y valorar la introducción de actividades gratificantes.
- Sesión 3 “Manejo de la ansiedad”: uso de la relajación y la respiración. Importancia del afrontamiento de problemas. Manejo del estrés.
- Sesión 4 “Conducta de enfermedad”: destacar la importancia de utilizar la distracción cognitiva, la adopción de un rol activo y la promoción de estilos de vida sanos.
- Sesión 5 “Aspectos cognitivos”: explicación de qué es una distorsión cognitiva y su efecto en las emociones. Detección de cogniciones más frecuentes y sugerencias de reformulación. Se discuten las aportadas por los propios miembros en anteriores sesiones.
- Sesión 6 “Emoción y regulación”: emoción como motivador básico e importancia de su aceptación y su expresión. Modos de regulación adaptativos. Discusión en grupo.
- Sesión 7 “Afrontar la presión social”: la presión social como causa y mantenedor específico. Habilidades asertivas básicas de afrontamiento de crítica y de expresión de malestar. Repercusión del trastorno en el entorno socio-familiar
- Sesión 8 “Conclusiones”: repaso de conceptos básicos y su utilidad. Exponer cada sujeto qué considera más necesario practicar y dudas. Cada usuario se propone una meta de práctica para los siguientes 6 meses. Se ofrece la posibilidad de poder acudir a esta sesión acompañado de algún familiar con quien conviva.

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

Se aportan autoinformes antes y después de la terapia, solicitando a los participantes su consentimiento para la utilización de sus datos con fines de investigación y publicación.

Análisis de datos

Esta investigación se ha realizado siguiendo un diseño “cuasi-experimental” de cohortes o de dos grupos de participantes; grupales y controles. Para comparar las variables indicadoras del estado físico los sujetos han sido categorizados en 2 niveles de edad (nivel 1: *hasta 44 años*, nivel 2: *45 y más años*) partiendo de la relación de la edad con el estado físico percibido. Esta decisión está basada en los datos de morbilidad y percepción del estado de salud de la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana (Agencia Valenciana de Salud, 2010), donde los encuestados autoinforman de un peor estado de salud en edades superiores a 44 años que en edades inferiores.

El análisis estadístico ha sido realizado empleando el programa estadístico SPSS 12 en español. Para el análisis de las variables dependientes de tipo categórico se ha empleado la prueba de Chi cuadrado. En las comparaciones de medias de los sujetos grupales en las fases de pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento se ha aplicado el estadístico *t* de student, cuando las variables cumplían los criterios de normalidad (BDI, SCL, SOM, Frecu. Sint., N° Sint). Para la comparación de medias de la variable STAI, que no cumple el criterio de normalidad, y para las variables “estado psicológico” y “estado físico”, que se componen de datos ordinales, se ha empleado la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon; una prueba no paramétrica.

Para conocer la influencia en el resultado de algunas variables, se ha analizado su relación con los resultados globales de malestar y somatización (diferencias pre-post de la puntuación total y de la subescala de somatización en el inventario SCL-90-R) empleando la correlación bivariada de Pearson.

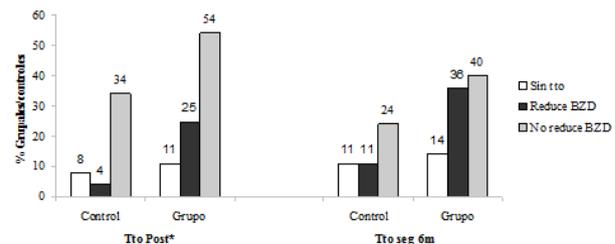
Resultados

Inicialmente se han comparado los grupos de sujetos de la muestra para conocer si los participantes en la terapia de grupo y los controles presentan características sociodemográficas homogéneas. Los datos mostraron que las distribuciones eran equivalentes en distintas variables sociodemográficas: Sexo, edad, niveles de edad, vida en pareja y nivel socio-laboral. Se han encontrado diferencias significativas entre sujetos grupales y controles en el nivel de estudios (Tabla 1). Las diferencias entre la frecuencia observada y la esperada en la prueba de Chi cuadrado indica que los sujetos grupales

presentan una mayor proporción de participantes con estudios precarios que los controles. Las frecuencias observadas y esperadas son similares en controles y grupales en los estudios superiores a primaria.

La distribución de sujetos por categorías diagnósticas muestran diferencias significativas entre grupales y controles en la prueba de Chi cuadrado en los diagnósticos psiquiátricos, siendo la distribución homogénea en los diagnósticos médicos (Tablas 2 y 3). Mientras que cerca de la mitad del total de la muestra fue diagnosticada de trastorno somatomorfo no especificado, la hipótesis nula de igualdad en la prueba de Chi-cuadrado no se cumple porque los sujetos controles presentan una frecuencia observada mayor a la esperada en este diagnóstico y menor en trastornos adaptativos; a diferencia de los sujetos grupales que, si bien presentan una mayoría de sujetos diagnosticados de trastorno somatomorfo, la frecuencia observada es inferior a la esperada en esta categoría y superior en trastornos adaptativos.

El primer resultado analizado ha sido la asociación de la participación en el grupo con las modificaciones en la prescripción de fármacos. La Figura 1 muestra el porcentaje y número de sujetos a los que se redujo la dosis de benzodiazepinas y a los que no. Para ofrecer una representación completa de la prescripción, también han sido incluidos aquellos pacientes que no tienen pautado este tipo de fármaco.



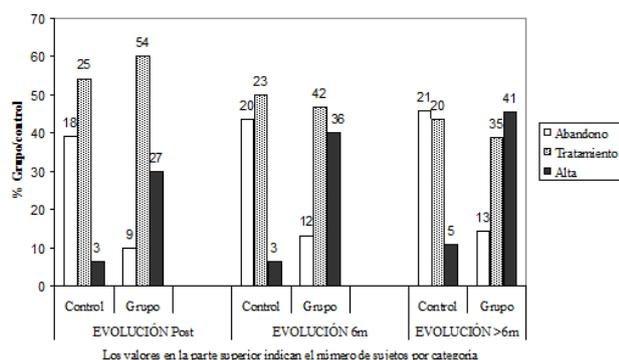
*Chi cuadrado = 6.691; *gl* = 2; *p* = .035

Figura 1. Prescripción de benzodiazepinas.

Los datos muestran que la diferencia entre los sujetos controles y grupales en el post-tratamiento es estadísticamente significativa en la prueba de Chi cuadrado, siendo mayor el número de sujetos grupales que ven reducida su dosis en este momento clínico que los controles. En el seguimiento a los 6 meses las diferencias entre controles y grupales no son estadísticamente significativas, pero la proporción de sujetos que ven disminuida su dosis entre los controles aún es inferior que la de los grupales en el post-tratamiento. La cifra media de reducción de la dosis en el post-tratamiento, respecto de la inicial en el pre-tratamiento ha sido de un 43.54% en los participantes grupales, frente a un 34.72% en los controles; siendo esta reducción del 48.23% en el seguimiento en los grupales y del 41.22% en los controles. Aunque el porcentaje es superior en los participantes en la terapia de grupo en ambos casos, las diferencias con los controles no han sido estadísticamente significativa.

tivas (prueba de Mann-Whitney: $Z = -1.318$; $p = .188$ post y $Z = -1.127$; $p = .260$ seguimiento).

La diferencia entre sujetos grupales y controles en la evolución de la actividad clínica mantenida en la consulta de psicología de la USM, ha ofrecido resultados determinantes en los tres momentos de recogida de datos. Los resultados han mostrado por un lado, la mayor tendencia al abandono de la atención clínica en los controles (aspecto que parece más relacionado con aspectos motivacionales y no va a ser analizada en este trabajo) y, por otro lado, un predominio del alta del servicio a los sujetos grupales frente a los controles de forma estadísticamente significativa (en el post-tratamiento, a los 6 meses y aproximadamente al año), como indica la Figura 2.



χ^2 post = 20.786; χ^2 seguimiento 6m. = 23.725; χ^2 posterior a 6m = 23.357; $p < .001$ en todas las evoluciones.

Figura 2. Evolución clínica post-grupo, seguimiento a 6 meses y posterior.

Ante la posibilidad de un sesgo en los resultados, debido a la mayor proporción comparada de sujetos grupales con diagnóstico de trastorno adaptativo respecto a los controles,

se exponen los resultados de la Tabla 4. Los recuentos de disminución de dosis y de altas expresadas en número de sujetos y porcentaje, correspondiente a cada grupo de sujetos, por diagnóstico, muestran en todos los casos valores superiores en los sujetos grupales. Estos datos sugieren que el sesgo de diagnóstico no parece haber influido en los resultados globales.

Los sujetos grupales cumplieron algunos cuestionarios psicométricos para la valoración de su estado emocional y físico. Como suele suceder en la actividad clínica cotidiana, muchos sujetos no completaron las pruebas en todos los momentos, con especial carencia de resultados en el seguimiento. Por tanto, las comparaciones entre el pre-tratamiento y el seguimiento son indicadas con los datos conseguidos, que deben ser considerados con reservas. La tabla 5 muestra los resultados de las medidas del estado emocional, indicando mejoría del estado depresivo (BDI), menor malestar emocional general en el SCL-90-R (SCL) y una menor ansiedad (STAI), significativas en todos los casos en el post-tratamiento. Los valores medios en descenso no indican mejorías clínicas totales.

Tabla 4. Distribución de disminución de dosis y altas por diagnóstico psiquiátrico.

		<i>n</i>	Reducción dosis 6m <i>n</i> (%)	Altas 1 año <i>n</i> (%)
T. Somatomorfo n/e	Grupales	40	16 (40)	21 (52.5)
	Controles	29	9 (31)	3 (10.34)
T. Adaptativo	Grupales	20	7 (35)	10 (50)
	Controles	2	0 (0)	0 (0)
T. Ansiedad	Grupales	11	7 (63.6)	6 (54.54)
	Controles	7	0 (0)	2 (28.57)
T. Afectivos	Grupales	19	6 (31.6)	4 (21.05)
	Controles	8	2 (25)	0 (0)

Tabla 5. Comparación de medias de variables psicológicas.

		<i>n</i>	Media	DT	Diferencia	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>	IC dif	δ	<i>r</i>
BDI	Pre	86	23.58	12.78	Pre-Post	2.818	58	.007	[1.04, 6.14]	.52	.25
	Post	59	20.97	12.77							
	Seg 6m	41	17.88	14.47	Pre-Seg 6m	2.521	38	.016	[.92, 8.16]	.64	.30
SCL	Pre	52	149.52	70.39	Pre-Post	3.323	51	.002	[8.38, 33.99]	.84	.38
	Post	52	134.45	70.30							
	Seg 6m	33	122.95	84.36	Pre-Seg 6m	1.199	32	.239	[-7.15, 27.63]	.35	.17
STAI	Pre	87	81.85	20.26	Pre-Post	$Z = -2.309$; $Sig. = .021$					
	Post	61	76.67	25.33							
	Seg 6m	41	71.03	30.52	Pre-Seg 6m	$Z = -1.531$; $Sig. = .126$					

Cohen (1992) clasifica el tamaño del efecto como pequeño ($d \approx 20$; $r \approx 10$), medio ($d \approx 50$; $r \approx 30$) y grande ($d \approx 80$; $r \approx 50$).

Para la evaluación del estado físico se han recogido datos del SCL-90-R en la sub-escala de somatización (SOM). También se han obtenido datos del número de síntomas percibidos en la última semana (N° Sint) y frecuencia media semanal (Frecu. Sint.) del autoinforme y, además, fue solicitada una autoevaluación de su estado físico y psicológico.

La Tabla 6 muestra los valores medios (y desviación típica) en cada momento evaluado y los resultados de la com-

paración de medias del pre-tratamiento respecto al post-tratamiento y el seguimiento. El primer dato que destaca es que las mejorías significativas sólo han ocurrido en los menores de 45 años; tanto en reducción del número de síntomas, como en la frecuencia media percibida en la última semana.

Los valores de la escala de somatización del SCL-90-R (SOM) y la frecuencia de síntomas del autoinforme (Frecu.

Sint.) son en parte redundantes, porque solicitan datos de frecuencia media; pero puede observarse que mientras en SOM las comparaciones muestran que la disminución de frecuencia es menor tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento, de forma estadísticamente significativa, cuando la comparación es la realizada con el listado específico de síntomas, elaborado siguiendo los síntomas físicos enumerados en el DSM-IV-TR para el trastorno somatomorfo, las comparaciones significativas se producen únicamente entre el pre-tratamiento y el seguimiento de los menores de 45 años.

La Figura 3 representa las puntuaciones de la autoevaluación del estado físico y psicológico. Destaca que desde el

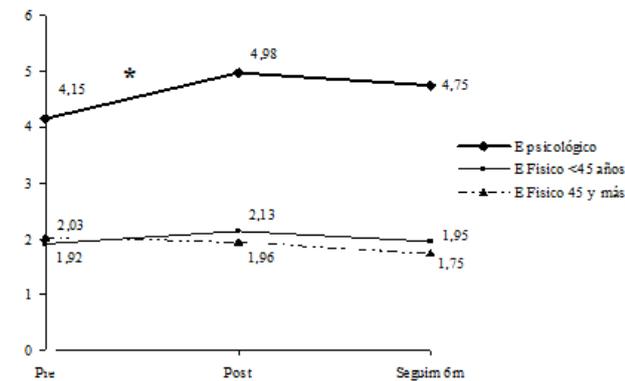
pre-tratamiento se valora mejor el estado psicológico que el físico; siendo, además, la diferencia entre el pre y el post-tratamiento significativa en esta valoración del estado. En el estado físico se aprecia diferencias entre los menores de 45 años y los mayores. Mientras los más jóvenes mejoran levemente la apreciación de su estado físico, los mayores autoevalúan su estado de forma más negativa con el paso del tiempo. De cualquier forma, los estadísticos de contraste no indican que las diferencias pre, post-tratamiento y seguimiento sean significativas para el estado físico en ninguno de los dos niveles de edad.

Tabla 6. Comparación de medias de variables somáticas por grupo de edad.

		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	Comparaciones	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig</i>	<i>IC dif</i>	δ	<i>r</i>
SOM	Pre <45	38	2.03	1.00	SOM pre-post	2.363	24	.027	[.33, .49]	.81	.37
	Post <45	26	1.84	1.13							
	Seg 6m <45	25	1.51	1.12	SOM pre-Seg	2.818	18	.011	[.11, .76]	.94	.42
	Pre ≥45	35	2.16	.91	SOM pre-post	1.078	26	.291	[-.10, .34]	.39	.19
	Post ≥45	27	2.14	.92							
	Seg 6m ≥45	15	1.99	1.05	SOM pre-Seg	-.388	13	.704	[-.66, .46]	-1.41	-.57
Frecu. Sint.	Pre <45	49	2.21	.67	FrSin pre-post	1.010	32	.320	[-.07, .21]	.35	.17
	Post <45	34	2.13	.67							
	Seg 6m <45	23	2.01	.54	FrSin pre-Seg	2.820	20	.011	[.05, .37]	.89	.40
	Pre ≥45	35	2.21	.54	FrSin pre-post	-.356	24	.725	[-.24, .17]	0	0
	Post ≥45	26	2.33	.61							
	Seg 6m ≥45	14	2.18	.86	FrSin pre-Seg	-.425	12	.678	[-.61, .41]	0	0
Nº Sint	Pre <45	49	25.33	9.27	NSin pre-post	2.414	32	.022	[.43, 5.08]	.70	.33
	Post <45	34	22.88	10.27							
	Seg 6m <45	23	21	11.77	NSin pre-Seg	2.771	20	.012	[1.49, 10.60]	.89	.40
	Pre ≥45	35	26.83	10.07	NSin pre-post	1.889	25	.071	[-.31, 7.39]	.40	.19
	Post ≥45	27	25.67	8.71							
	Seg 6m ≥45	15	23.67	11.86	NSin pre-Seg	.145	13	.887	[-5.96, 6.81]	0	0

Por último, se han elaborado dos nuevas variables indicadoras del resultado. Considerando la puntuación total de la SCL-90-R como un indicador de malestar general, se crea la primera variable (SCL DIF) resultado de la diferencia de esta puntuación entre la obtenida en el pre-tratamiento y la del post-tratamiento; indicadora de la mejoría o empeoramiento

global de los sujetos que han participado en la terapia grupal. De los 52 participantes que han completado la escala en ambos momentos, 34 han disminuido su puntuación (el 65.38%) mientras que 18 (34.61%) la han aumentado o mantenido. La media de SCL DIF es 21.5 ($DT = 45.93$), siendo su valor mínimo -88 y el máximo 150.



* Estadísticos de contraste en la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon: $Z = -2.919^a$ Sig. = .004
a: Basado en los rangos negativos.

Figura 3. Autoevaluación de estado psicológico y físico.

Otra nueva variable ha sido SOM DIF, resultado de la diferencia entre la puntuación de pre-tratamiento y de post-tratamiento en la sub-escala de somatización del SCL-90-R. Han cumplimentado esta subescala en ambos momentos 51 de los 90 participantes, produciéndose una disminución de la frecuencia media de síntomas somáticos en 32 sujetos (62.74%). La variable SOM DIF tiene el valor medio de .17 ($DT = .56$) y los valores extremos son -1.41 y 1.25 .

Considerando estas variables como representativas del resultado global y de la experimentación de síntomas somáticos, se han correlacionado sus valores con los de las variables clínicas que indican ansiedad (STAI), depresión (BDI), frecuencia y número de síntomas del autoinforme (Frecu. Sint.; N° Sint), malestar general (puntuación total del SCL-90-R: SCL), somatización (SOM); además del número de sesiones asistidas (N° Sesiones) y la edad. Este último análisis de relaciones muestra cómo intervienen estas variables en los resultados.

Los resultados de la Tabla 7 indican que ha habido más variables que se han relacionado de forma directa con una mejoría global (SCL DIF), mientras que la mejoría de la sintomatología somática SOM DIF no muestra relación directa o positiva con ninguna variable, excepto con la propia escala SOM pre-tratamiento, de forma no estadísticamente significativa. Estos resultados sugieren que los sujetos con peor estado emocional y físico han conseguido mayor mejoría global, pero la mejoría en la frecuencia de síntomas físicos percibidos parece relacionarse más con los sujetos que presentan menos malestar. Además, la frecuencia de síntomas somáticos del autoinforme (Frecu. Sint.) se ha relacionado con peores resultados que el número de síntomas presentados, indicando que el malestar global está más afectado por la persistencia de los síntomas que por la diversidad de éstos.

Las mejorías se han relacionado con altos niveles de depresión, más síntomas somáticos, menor edad y mayor asistencia a las sesiones. La mayor edad, la alta ansiedad y una alta frecuencia de síntomas se relacionan en todos los casos con peores resultados en la terapia.

Pese a la similitud de los aspectos evaluados mediante la variable frecuencia de síntomas (Frecu. Sint.) y la variable SOM, la diferente respuesta en la relación con los resultados en una y otra variable advierte de la importancia de valorar la totalidad de la sintomatología somática que afecta a cada individuo.

Tabla 7. Correlaciones entre algunas variables y la diferencia de puntuación pre-post en SCL-90-R (SCL DIF) y SOM (SOM DIF).

	SCL DIF	SOM DIF
STAI pre	-.121	-.162
STAI post	-.313*	-.155
BDI pre	.063	-.277
BDI post	-.392**	-.520**
Frecu Sint pre	-.124	-.113
Frecu Sint post	-.352*	-.391**
N° Sin pre	.062	-.107
N° Sin post	-.245	-.414**
SOM Pre	.295*	.097
SOM Post	.190	-.459**
SCL pre	.318*	-.049
SCL post	-.344*	-.503**
Edad	-.191	-.032
N° Sesiones	.011	-.068

* $p < .05$; ** $p < .01$. Correlación SCL DIF con SOM DIF = .683**

Discusión

El objetivo de este trabajo es valorar la eficacia de la aplicación de una terapia de grupo cognitivo-conductual en pacientes con malestar físico y emocional asociados. El beneficio de la terapia se ha evaluado desde dos perspectivas diferentes, pero complementarias. La primera está relacionada con las decisiones profesionales tomadas en función de la evolución clínica observada en la consulta, tras la participación en el grupo del paciente. La segunda valoración de eficacia se refiere a las diferencias de malestar emocional y somático autoevaluadas por el participante mediante el uso de técnicas de autoinforme.

La valoración de los profesionales confirma el beneficio de la asistencia a grupo porque es mayor la proporción de participantes en las sesiones grupales que ven reducida su prescripción de benzodiazepinas. Reducción que es significativa estadísticamente en el post-tratamiento, aunque no en el seguimiento a seis meses. Los resultados indican que la reducción de la dosis prescrita de fármacos se produce en un 27.7% de los sujetos grupales en el post-tratamiento y en un 40% a los seis meses, frente a un 8.69% y un 23.91% respectivamente, de los controles. Este aspecto no sólo indica un grado de mejoría individual, sino también repercute en una reducción del gasto farmacéutico para la institución sanitaria.

La evolución clínica en la consulta de psicología presenta diferencias importantes indicadas por un mayor número de altas, estadísticamente significativo, en los sujetos participantes en la terapia grupal que en los controles en todo momento (al finalizar la terapia, a los seis meses y al año). La figura 2 muestra los porcentajes, donde podemos apreciar que al

año un 45.5% de los participantes son dados de alta frente al 10.86% de los controles. En un tipo de trastornos habitualmente crónicos, esta cifra es un buen indicador de mejoría clínica o de consecución de objetivos terapéuticos (por ejemplo, aprender un mejor manejo de su estado) y permite una atención más eficiente y equilibrada de la demanda asistencial.

El 65.38% de los participantes han mostrado alguna disminución subjetiva del malestar global, registrándose una menor frecuencia media somática percibida en el 62.74%. Los resultados de autoinforme muestran mejorías significativas en el post-tratamiento en depresión, malestar global y ansiedad, impresión confirmada también por la valoración del estado psicológico subjetivo de la figura 3. La valoración del estado somático muestra disminuciones significativas del número de síntomas y de la frecuencia del malestar, medido por la escala de somatización del SCL-90-R (pero no del listado de síntomas más completo); pero únicamente en el post-tratamiento si los sujetos son menores de 45 años.

Por la importante ausencia de datos de autoinforme en el seguimiento, deben considerarse estos resultados con reservas. En este sentido, únicamente la mejoría de la sintomatología depresiva y la somática (en menores de 45 años) se ha mantenido hasta el seguimiento. Pero las mejorías somáticas del autoinforme no son valoradas por los sujetos, puesto que la autoevaluación del estado físico no muestra mejorías significativas en ninguno de los grupos de edad (Figura 3).

Estos datos, en conclusión, indican mayores mejorías anímicas que del estado físico; resultado coherente con los diagnósticos somáticos o médicos que presentan estos pacientes de carácter crónico y asociado a limitaciones en su vida diaria (fibromialgia, colon irritable, artritis, etc.). La mejoría emocional y física es también referida en otros resultados publicados de las terapias cognitivo-conductuales; aunque, a diferencia del presente trabajo, difieren en mostrar una mejoría física superior a la emocional (García-Campayo et al., 2005).

Los resultados expuestos en las diferentes tablas y figuras muestran, por otro lado, que el número de sujetos que no experimentan mejoría es alto, incluso entre los participantes grupales. Estos resultados siguen la línea de las críticas formuladas por Allen et al. (2002), quienes indican que pese a lo favorable de los resultados de las terapias cognitivo-conductuales, un porcentaje importante de sujetos no experimentan mejoría.

Estos resultados negativos plantean un reto en el tratamiento de estos pacientes y una propuesta para la investigación futura, como sería conocer qué características presentan los pacientes que no mejoran y qué estrategias serían más útiles para ellos. En este sentido, este trabajo ofrece un último análisis de resultados, reflejado en la Tabla 7, indicando que una mayor edad, la alta ansiedad y una alta frecuencia de

síntomas se relacionan en todos los casos con peores resultados en la terapia.

Este trabajo presenta limitaciones que convendría controlar en futuros estudios de eficacia. Además de la referida pérdida de datos de los participantes, conseguir una recopilación de datos de autoinforme en los controles permitiría comparar de forma más efectiva los beneficios de la terapia grupal con la individual o con los sujetos que abandonan todo contacto clínico. Debido a la cronicidad de los diagnósticos, la evaluación mediante autoinforme debería extenderse por un plazo mayor de tiempo, igual que se ha realizado con los datos de evolución clínica (alta o tratamiento) que se han realizado hasta un año después. También aportaría una información más integral a estos resultados la recolección de datos de la calidad de vida de estos pacientes.

Algunos autores exponen que, ante la confusión que genera el propio concepto de somatización, así como la determinación de su diagnóstico y fenomenología, debe prestarse más atención a los procesos psicológicos implicados en este tipo de trastornos (Kirmayer y Robbins, 1991; Sensky, 1994). En este sentido, en futuras investigaciones de la eficacia de los tratamientos en estos trastornos, sería de interés conocer qué variaciones se han producido en los procesos psicológicos implicados en los objetivos de intervención y cuáles inciden en mayor medida en los sujetos que no muestran mejoría. En intervenciones como la expuesta en este trabajo se han ofrecido estrategias generales de afrontamiento del estado de ánimo deprimido, de manejo del estrés, la promoción de una actitud activa y saludable distinta a la conducta de enfermedad y técnicas básicas de afrontamiento asertivo; junto a la práctica y promoción de la reformulación cognitiva de pensamientos distorsionados, modificación de procesos atencionales y reconocimiento del papel de las emociones y su regulación en el bienestar físico.

Algunos intentos terapéuticos más recientes han incidido en el manejo emocional, como la terapia cognitivo conductiva afectiva de Allen y Woolfolk (2005) o la aplicación de las terapias de tercera generación como el mindfulness (Rosenzweig et al., 2007). La apuesta teórica del papel mediador de los procesos implicados en la regulación y la modulación de la respuesta emocional por el sistema nervioso central que proponen Kirmayer et al. (2004), apoyaría estos intentos terapéuticos. También puede ser de interés la colaboración más estrecha entre las diversas especialidades médicas y los equipos de salud mental en el tratamiento de estos pacientes y su psicoeducación, al menos considerando aspectos como el de la fuerte asociación de las creencias y expectativas con las emociones y su influencia en los resultados de los tratamientos (Harris et al., 2008, 2009; Rubin, Cleare y Hotopf, 2004). De forma complementaria, más allá de los efectos de las terapias "verbales" podría ser de interés valorar el beneficio como técnicas complementarias de las terapias no verbales (musicoterapia, arteterapia, etc).

Referencias

- Agencia Valenciana de Salud. (2010). Servicio de Planificación y Programación Sanitaria: Valencia. *Encuesta de salud de la Comunitat Valenciana*. Recuperado el 30 de octubre de 2012 de <http://www.san.gva.es/docs/encuesta/5atablasderesultadosdepoplacionadulto.pdf>
- Allen, L. A., Escobar, J. I., Lehrer, P. M., Gara, M. A. y Woolfolk, R. L. (2002). Psychosocial Treatments for Multiple Unexplained Physical Symptoms: A Review of the Literature. *Psychosomatic Medicine*, 64, 939-950. doi: 10.1097/01.PSY.0000024231.11538.8F
- Allen, L. A. y Woolfolk, R. L. (2005). Affective Cognitive Behavioral Therapy: a new treatment for somatization. *Psicología Conductual*, 14(3), 549-566.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Bach, M. y Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia: A prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64(1), 43-48.
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S. y Cleary, P. D. (1988). The Amplification of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Derogatis, L. R. (1977). *Administration, Scoring, and Procedures Manual. Clinical Psychometric Research*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R Administration and procedures. Manual II for the revised version of the SCL-90-R*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- García-Campayo, J., Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Campos, R. (1998a). Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 554-560.
- García-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M. y Oliván, B. (2005). Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 15-23. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2005-B9624E61-AC1C-9EF0-C3DF-ABC693F46103/PDF>
- García-Campayo, J. y Sanz Carrillo, C. Unidad de trastornos somatomorfos: el modelo Zaragoza. *I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000* [citado: 20/6/06]; Conferencia 49-CI-C: [21 pantallas]. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa49/conferencias/49_ci_c.htm
- García-Campayo, J., Sanz Carrillo, C., Yoldi A. y López Aylon R. (1998). Management of somatizers in primary care: are family doctors motivated? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 528-533.
- Gelder, M., Mayou, R. y Geddes, J. (1999). *Psychiatry* (2ª ed.). Oxford: Oxford University Press, 217-219.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española del SCL-90-R*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones.
- Harris, S., Kaplan, J. T., Curiel, A., Bookheimer, S. Y., Iacoboni, M. y Cohen, M. S. (2009). The neural correlates of religious and nonreligious belief. *PLoS One*, 4(10), e0007272. doi: 10.1371/journal.pone.0007272
- Harris, S., Sheth, S. A. y Cohen, M. S. (2008). Functional neuroimaging of belief, disbelief, and uncertainty. *Annals of Neurology*, 63(2), 141-147. doi: 10.1002/ana.21301
- Kellner, R. (1990). Somatization: Theories and research. *Journal of nervous and mental disease*, 178, 150-60.
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J. y Dao, M. D. (2004). Explaining Medically Unexplained Symptoms. *The Canadian journal of psychiatry*, 49(10), 663-672. Recuperado de <https://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2004/october/kirmayer.pdf>
- Kirmayer, L. J. y Robbins, J. M. (1991). Introduction: concepts of somatization. En L. J. Kirmayer & J. M. Robbins (Eds.), *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives* (pp. 1-19). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mayou, R.A. (1993). Somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 69-83.
- Robles Sánchez, J. I., Andreu Rodríguez, J. M. y Peña Fernández, M. E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología clínica legal y forense*, 2(1), 5-19. Recuperado de <http://www.masterforense.com/pdf/2002/2002art1.pdf>.
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Edman, J. S., Jasser, S. A., McMearty, K. D. y Goldstein, B. J. (2007). Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 13(5), 36-38. Recuperado de http://sites.duke.edu/greesonlab/files/2011/07/Rosenzweig_etal_2007_ATHMMBSR-outcomes-diabetes.pdf
- Rubin, G. J., Cleare, A. y Hotopf, M. (2004). Psychological factors in post-operative fatigue. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 959-964.
- Salamero, M. (1991). Evaluación psicométrica. En J. Vallejo Ruiloba y C. Gastó Ferrer (Comps.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (p. 369-376). Barcelona: SALVAT.
- Sánchez-García, M. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy in patients with anxiety disorder. *Psychology in Spain*, 8(1), 89-97. Recuperado de <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2004/full.asp?id=8008>
- Sánchez-García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 255-270. Recuperado de <http://www.iipsy.com/volumen13/num2/360.html>
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sharpe, M., Peveler, R. y Mayou, R. (1992). The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(6), 515-29.
- Sensky, T. (1994). Somatization: syndromes or processes? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 1-3.
- Speckens, A. E. M., van Hemert, A. M., Spinhoven, P., Hawton, K. E., Bolk, J. H. y Rooijmans, H. G. M. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 311, 1328-1332.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2002). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Adaptación española*. Madrid: TEA.

(Artículo recibido: 6-3-2013; revisado: 15-6-2013; aceptado: 16-7-2013)