

# Abordaje de los trastornos psicósomáticos desde atención primaria de salud. Opciones terapéuticas para el abordaje de trastornos somatomorfos

<sup>1</sup>De la Fuente Rodríguez A, <sup>2</sup>Pellico López A, <sup>1</sup>Fernández Leronés MJ, <sup>1</sup>Landaluce Fuentes M, <sup>1</sup>Rodríguez Juanes ML, <sup>3</sup>Mora Sáez E

<sup>1</sup>Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel (Cantabria)

<sup>2</sup>Gerencia de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Torrelavega (Cantabria)

<sup>3</sup>Gerencia de Emergencias. Servicio de Salud de Castilla y León

Uno de los síntomas más frecuentes y problemáticos fenómenos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios es la somatización. Se trata de situaciones clínicas que se ven frecuentemente en las consultas de Atención Primaria (AP). La AP es el eslabón de acceso de los pacientes al sistema sanitario y, por tanto, también lo es en la mayor parte de los casos de los trastornos somatomorfos.

Estos pacientes demandan al sistema sanitario público una atención integral y continua de su problema de salud; no sólo quieren tener una mayor accesibilidad al sistema, sino que además éste les oriente, apoye y resuelva sus dudas. Precisamente uno de los objetivos en AP es el control, seguimiento y fomento de la independencia del usuario en el cuidado de su enfermedad crónica y en las cada vez más prevalentes situaciones de dependencia, características que podemos atribuir a los pacientes con problemas de somatización.

Nuestra sociedad está marcada por la forma de pensamiento del modelo biomédico, que centra su interés, recursos e intervenciones en técnicas diagnósticas y reparadoras o paliativas de la lesión. Los avances científicos y tecnológicos, así como las fuentes de información al alcance de los pacientes, conceptualizan la salud como ausencia de enfermedad o lesión, lo que conlleva una menor aceptación de la existencia de síntomas somáticos sin una explicación clínica significativa. Con su preocupación predominante por el diagnóstico y tratamiento de problemas orgánicos, los médicos están principalmente orientados a un idioma somático. Pero la evaluación biomédica sistemática es parte integral del proceso de diagnóstico, aunque sola sea inadecuada; deben evaluarse cuatro áreas:

psicológica, familiar, sociocultural y la naturaleza de los factores estresantes<sup>1,2</sup>.

## SITUACION ACTUAL DEL PROBLEMA

El término trastornos somatomorfos fue introducido en la tercera edición del DSM en 1980 para describir una nueva clasificación de trastornos mentales cuya característica común es la presencia de "síntomas físicos que sugieren una alteración somática para la que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos, y en la que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos".

La clasificación que orienta hacia el diagnóstico de los trastornos somatomorfos se hace mediante dos sistemas utilizados en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales: el DSM (actualmente en su cuarta edición) y el CIE (actualmente en su décima edición).

En el estudio internacional de trastornos mentales en AP, en el que se evaluaron 5438 pacientes de 15 centros de 14 países, la prevalencia del trastorno somatomorfo fue de 0,9 % y de 2,8 % para los criterios del DSM en la revisión de su edición III (DSM-III-R) y los de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su edición 10 (CIE-10), respectivamente<sup>3</sup>.

Actualmente se estima que la problemática de los síntomas somáticos sin explicación clínica representa el 15-25 % de las consultas en AP en nuestro país y que 30-70 % de este tipo de consultas permanece sin explicación tras una primera evaluación<sup>4</sup>.

Según estudios realizados en España<sup>5</sup>, se ha encontrado que 14 síntomas físicos (dolor articular, dolor de cabeza, dolor abdominal, mareos, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, náuseas y vómitos, dificultad respiratoria, dificultad al tragar, diarrea, cansancio, menstruaciones dolorosas, molestias durante el coito –en mujeres- y disfunción eréctil –en hombres-) ocupan casi la mitad de todas las consultas realizadas en AP, pero solo 10-15 % se deben a causas orgánicas.

A pesar de su frecuencia, del problema asistencial y del consumo de recursos que suponen, sigue sin prestarse a los "somatizadores" toda la atención que precisan en la biomedicina moderna, porque se sobreentiende que si no tienen pruebas biológicas importantes alteradas no cabe esperar el descubrimiento de remedios biológicos eficaces para ellos<sup>6</sup>.

Por razones obvias, los pacientes con trastornos somatomorfos y/o síntomas somáticos funcionales acuden principalmente al médico de AP o al especialista del órgano o sistema correspondiente; a pesar de que en estos pacientes suelen concurrir otros trastornos psiquiátricos o de la personalidad, sólo una parte de ellos acepta ser atendido en servicios psiquiátricos. Incluso en caso de aceptar atención psiquiátrica, los pacientes no dejan de solicitar atención a su médico de AP, por lo que resulta imprescindible que el equipo de AP sea capaz de realizar un diagnóstico positivo de trastorno somatomorfo y de síndrome funcional somático, y de aplicar las normas de buena práctica clínica conocidas, incluida la de propiciar la intervención del psiquiatra cuando es adecuado y posible<sup>6</sup>.

## ABORDAJE DEL PROBLEMA DESDE AP

Debe comenzar a hacerse patente una orientación humanística en la práctica de la medicina. Hay que establecer relación con la persona, que es el paciente; no mirarlo como un objeto, sino como un sujeto, y utilizar una intervención clínica en la que concurren ciencias biomédicas, psicológicas, sociales y culturales.

El modelo biopsicosocial postula que no tiene sentido dividir a los síntomas en funcionales y orgánicos. Todo síntoma está compuesto por dos elementos: una sensación periférica (componente perceptivo) y una elaboración cortical cerebral de esa sensación (componente reactivo). La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de

factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales, independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad.

No saber diagnosticar un posible trastorno somatomorfo como manifestación máxima dentro de otras situaciones de disconfort emocional puede dar lugar a la búsqueda compulsiva de complejos diagnósticos médicos, alto coste sanitario e incluso intervenciones iatrogénicas.

El problema inicial es que las clasificaciones diagnósticas usadas para trastornos psiquiátricos, como el CIE-10 y el DSM-IV TR, no son apropiadas en el ámbito de AP, que no cuenta con los instrumentos adecuados de diagnóstico, además de enfrentarse a una terminología confusa y poco práctica. No es un problema meramente académico, pues debido a que los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación psiquiátrica son muy restrictivos no son representativos de la prevalencia con la que se presentan en AP. Por esta razón los informes sobre diagnóstico en AP son de 3-33 % en algunas muestras y de 15-80 % en otras. Como consecuencia directa de ello, tampoco existen protocolos establecidos de diagnóstico y manejo para esta población<sup>7</sup>. Para la detección del trastorno de somatización nos podemos servir del test de Othmer y De Souza (tabla 1), que ha demostrado ser de utilidad en el cribado de trastornos somatomorfos en AP<sup>8</sup>.

Un profesional sanitario hábil, que se relacione de modo flexible y empático, que conozca las técnicas específicas de entrevista y sepa aplicar las normas de buena práctica clínica para somatizadores recientes y crónicos, es la herramienta terapéutica más eficaz de las conocidas.

El abordaje comienza con una correcta evaluación, ya que el diagnóstico es el paso determinante del tratamiento. Hay que hacer una valoración clínica minuciosa: historia clínica, exploración física, pruebas complementarias indicadas y añadir una exploración psicopatológica<sup>9-11</sup>.

En los trastornos psicósomáticos continúan utilizándose las normas de buena práctica clínica de Smith (tabla 2). Una vez llegados a diagnóstico adecuado, se recomienda minimizar el número de médicos que intervienen, así como las pruebas diagnósticas. No hay que discutir la realidad del síntoma; se debe intentar conseguir vincularlo con acontecimientos vitales. El objetivo debe basarse en el alivio de los síntomas y no en la cura de

los mismos<sup>12</sup>.

En la actualidad, el abordaje de los trastornos por somatización tiene varios aspectos diferenciales y complementarios:

## ATENCIÓN PRIMARIA

Las técnicas de abordaje "biopsicosocial" más utilizadas por el equipo de AP están relacionadas con las habilidades de entrevista clínica. La llamada "técnica de reatribución de síntomas" fue diseñada específicamente por Goldberg y cols (tabla 3) para el tratamiento de las somatizaciones en AP.

Pretende poner en contacto al paciente desde la primera entrevista con factores determinantes o desencadenantes de su trastorno. Requiere que el paciente tenga una cierta disposición psicológica, no sea abiertamente hostil y sus síntomas sean leves o de corta duración. Se ha probado su aplicabilidad y su eficacia como técnica de entrevista, pero no su eficacia terapéutica.

Dentro del tratamiento en AP se puede establecer un calendario de visitas breves y regulares, de manera que el paciente recibe la atención que demanda sin tener que desarrollar nuevos síntomas; y por su parte, el profesional ayuda al paciente a tolerar sus síntomas y se asegura de que no presenta ningún otro padecimiento grave (la exploración y las pruebas diagnósticas deben basarse en signos, no en síntomas). Las consultas inicialmente se pactan, con una frecuencia (cada 4-6 semanas) y duración (breve); luego se intenta disminuirlas en tiempo y frecuencia.

El objetivo del tratamiento farmacológico es modular el estado o la respuesta emocional. Para ello se utilizan fármacos controladores de las vías neuronales aferentes de los órganos diana (taquicardias, sudoración, temblor...) como betabloqueantes; reductores de la vigilancia como ansiolíticos; normalizadores del estado de ánimo como antidepresivos.

## ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El tratamiento psiquiátrico especializado requiere la colaboración con el médico que solicita la consulta. El abordaje puede ser:

- Atenuación de la respuesta emocional con técnicas de relajación: técnica de "parada del pensamiento", técnicas de distracción...

- Prevención de la respuesta emocional o reestructuración cognitiva: consiste en analizar los pensamientos automáticos, relevantes para el síntoma, con el objetivo de ayudar al paciente a considerar interpretaciones más realistas y adaptativas.

- Minimización de incapacidades conductuales: autorregistros que permitan detectar patrones sintomatológicos y detectar las relaciones que se establecen entre síntomas, pensamientos y emociones; el objetivo es incrementar la conciencia sobre los cambios físicos y el contexto psicosocial en el que se producen.

## OPCIONES TERAPÉUTICAS CON APLICABILIDAD EN AP

Como ya se ha mencionado, los pacientes somatizadores se caracterizan por frecuentes consultas médicas y por una difícil relación médico-paciente. Probablemente este fracaso en la negociación de un diagnóstico y un tratamiento aceptables para estos enfermos sea el desencadenante de la búsqueda de terapias alternativas, en las que encuentran consultas más frecuentes y duraderas.

Aunque el tema de la utilización de las medicinas alternativas por pacientes con trastornos somatomorfos ha sido poco analizado en la literatura científica, parece que el incremento continuo de su uso en Occidente está fuertemente asociado a la existencia de trastornos crónicos y a la calidad de la relación médico-paciente.

Los tipos de medicinas alternativas más frecuentemente utilizados por los pacientes con trastornos de somatización son la acupuntura, la homeopatía, la reflexología, el masaje, la naturopatía, la osteopatía y los curanderos<sup>13</sup>.

Esto refuerza la importancia del papel de AP en este tipo de pacientes, en la búsqueda de terapias útiles que permitan mantener una buena relación favorable para el abordaje y búsqueda de soluciones a esta patología. Y es este el objetivo principal de este artículo: revisar y comentar algunas terapias que pueden ser aplicadas con este fin desde los equipos de AP.

## TERAPIA INTERPERSONAL (TIP)<sup>14-16</sup>

El formato original de la terapia dispone 3 fases

a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda. Los síntomas y el malestar se relacionan con la situación del paciente y afectan a una o más de las siguientes áreas de la vida: duelo, disputas interpersonales, transición de papel y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia son estructuradas y pretenden facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de abordar dichas situaciones.

La intervención se lleva a cabo en tres niveles diferentes: estrategias, técnicas y actitud terapéutica. Esto supone trabajo estructurado en tres fases: inicial, intermedia y de terminación.

Se trata de un tratamiento breve (en torno a seis sesiones de 30 minutos) focalizado en el funcionamiento psicosocial actual del paciente y que pueden aplicar profesionales de AP previamente entrenados (médicos, enfermeros, trabajadores sociales...).

## DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES<sup>17-19</sup>

Es una técnica psicológica terapéutica utilizada para desensibilizar y reprocesar traumas psicológicos. El método fue creado en 1987 por Francine Shapiro.

Describe el trauma como una información almacenada en el cerebro de manera disfuncional, a partir de una experiencia considerada traumática; al ser archivada de ese modo, no puede ser utilizada ni integrada a la experiencia cotidiana del sujeto. Por consiguiente se convierte en responsable de los síntomas del paciente.

En la actualidad es, junto con la exposición prolongada, el tratamiento de primera elección por su eficacia en el trastorno de estrés postraumático<sup>20</sup>. La relación entre somatización y trauma psíquico se considera relevante; si bien el trauma psíquico es un tema de interés en salud mental desde hace mucho tiempo, ha recibido de nuevo atención en la última década, después de que diversos estudios han demostrado una prevalencia mayor de lo esperado, sea como trauma bélico, civil o familiar. Algunos estudios han ligado tipos específicos de trauma a patrones específicos de sintomatología somática.

En esta técnica el terapeuta ayuda al paciente

a identificar la imagen del suceso traumático y las cogniciones negativas asociadas, así como a desarrollar un pensamiento alternativo más adaptativo sobre dicho suceso. Este proceso se divide en ocho fases:

- Historia clínica y plan de tratamiento. Se comienza por hacer una historia del paciente, para saber si es un caso apropiado para esta terapia, e indagar sobre su predisposición y capacidad de afrontar material potencialmente doloroso o perturbador. Se evalúan comorbilidades, presencia de síntomas disociativos, consumo de sustancias de abuso o trastornos orgánicos. Seguidamente, se selecciona el objetivo a tratar.

- Preparación. Se crea la alianza terapéutica; se evalúan las habilidades de afrontamiento con que cuenta el paciente y, de ser necesario, se le instruye en el uso de técnicas de abordaje de la ansiedad o del estrés que pudiera sobrevenir.

- Evaluación. Se comienza el trabajo sobre la experiencia traumática. El paciente identifica la imagen de la situación elegida, las cogniciones negativas, las creencias, emociones y sensaciones corporales asociadas; se pide al paciente que elija una cognición positiva que desee asociar en lugar de la negativa.

- Desensibilización. Se pide al paciente que focalice su atención en la situación elegida y en los aspectos asociados identificados en la fase anterior; se comienza la estimulación alternativa bilateral (puede consistir en movimientos de ojos, o mediante golpes alternados en la palma de ambas manos, o también mediante sonidos alternantes). Esta estimulación bilateral alternada va provocando el reprocesamiento de la información asociada al hecho traumático, de manera que pueden cambiar las emociones, las sensaciones, las cogniciones... Al cabo de cada tanda de estimulación el clínico pide que vuelva a concentrarse y pregunta "¿qué es lo que obtiene ahora?". No hay nada predeterminado en cuanto a lo que se debería obtener; sea lo que sea, está bien. La fase se concluye cuando al concentrarse el paciente en el blanco original, su reacción es al menos neutra.

- Instalación. A continuación se insiste en la cognición positiva para fortalecerla. El paciente focaliza el evento traumático, se le pide que tenga en mente la cognición positiva y evalúe el grado de veracidad que asigna, hasta que la validez de la cognición llegue a 6 o 7 en una escala de 1-7.

- Comprobación de sensaciones corporales. Se pide al paciente que tenga en mente la situación traumática junto con la cognición positiva, y que recorra mentalmente su cuerpo para determinar si queda algún resto de tensión. Si la hubiera, las sensaciones remanentes son procesadas nuevamente como en la fase de desensibilización.

- Cierre. Si el procesamiento fue completo, no es necesaria ninguna técnica; por el contrario, si quedó incompleto, será necesario aplicar técnicas de reducción de ansiedad (como técnicas de relajación, imaginación guiada...). Se informa al paciente de que es probable que el procesamiento continúe en forma de sueños, sensaciones, recuerdos, emociones... Llevará un registro de tales situaciones para tratarlas en la siguiente sesión.

- Reevaluación. Al comienzo de cada nueva sesión debe evaluarse la situación trabajada en la previa, para comprobar si los efectos se mantienen.

## CONCLUSIÓN

Los problemas de salud que presenta un paciente en la consulta de un profesional sanitario no se basan únicamente en la existencia de una enfermedad concreta, con los síntomas que le son propios; comprende también la forma en cómo estos son experimentados por el paciente, teniendo en cuenta características personales de orden

psíquico, cultural, autobiográfico, social... Por ello, los profesionales sanitarios debemos ejercer una práctica médica humanista, complemento de nuestras acciones basadas en las ciencias biomédicas, y cuyo interés central sea el paciente como ser somatopsíquico y sociocultural y en su calidad como persona.

Es numerosa la bibliografía que testimonia que más allá de la multitud de problemas que la medicina de nuestros días resuelve con un espléndido desarrollo tecnológico, existe una necesidad insatisfecha en el encuentro entre sanitarios y pacientes, del contacto humano que nos sirva para atisbar dolencias no puramente físicas.

Por este motivo, además de por la continua actualización en investigaciones, la aparición de tecnología, de novedosos procedimientos y las modificaciones sociológicas que sufre la conducta humana para adaptarse a las circunstancias que le tocan vivir, hay que destacar la necesidad de formación específica de los profesionales sanitarios en materia de salud mental; y de forma más relevante entre los profesionales de AP, quienes, por las características de proximidad, accesibilidad, conocimiento del paciente y de su entorno, deben estar preparados, sensibilizados, y formados en terapias específicas que permitan ayudar a este grupo de enfermos que a través de sus síntomas somáticos quieren transmitir "lo que no se dice".

## Anexos

**Tabla 1. Test de Othmer y De Souza para la detección del trastorno de somatización**

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Ha tenido alguna dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?	SI	NO
¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos genitales o en el recto?	SI	NO
¿Ha tenido alguna vez dificultad para recordar lo que ha hecho horas o días antes? (descartando el consumo de drogas o alcohol en ese periodo)	SI	NO
¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar?	SI	NO
¿Ha padecido alguna vez vómitos frecuentes?	SI	NO
¿Ha sufrido de forma repetida dolores menstruales intensos?	SI	NO
¿Ha padecido alguna vez dolores frecuentes en los dedos de las manos o los pies?	SI	NO

Cada respuesta positiva vale un punto (0-2 sin trastorno; 3-7 posible trastorno de somatización). Fuente: Othmer E, De Souza C. A screening test for somatization disorder (hysteria). *American Journal of Psychiatry* 1985;142:1146-9.

**Tabla 2. Normas de buena práctica clínica para los trastornos por somatización (Smith)**

El paciente ha de ser atendido por un solo médico
Planificar citas regulares cada 4-6 semanas durante el primer año o ante la aparición de un nuevo síntoma (en periodos de reagudización pueden ser más frecuentes)
Consultas breves para que sean posibles en la agenda del médico general
Buscar signos y tratar de interpretar los síntomas en el contexto de la comunicación personal
Evitar pruebas diagnósticas que no sean imprescindibles (para reducir la exposición iatrogénica, los falsos positivos y el gasto inútil)
Evitar diagnósticos espurios y tratamientos innecesarios
Tranquilizar y reasegurar
Derivar adecuadamente a los servicios psiquiátricos

Fuente: Smith GR. Somatization disorder in the medical setting. Washington: American Psychiatric Press 1991.

**Tabla 3. Fases de la técnica de retribución de síntomas (Goldberg)**

FASE I	<p>Evaluación comprensiva          Historia completa de los síntomas          Exploración física          Pruebas complementarias          Esfera psicosocial (preguntas evaluativas abiertas)          Factores emocionales, verbales, no verbales, síntomas de ansiedad y depresión          Factores sociales y familiares, problemas y acontecimientos vitales estresantes          Creencias acerca de la salud          Expectativas del paciente</p>
FASE II	<p>Fase informativa, ampliación de los temas          Exposición de resultados de la exploración (pruebas que descartan organicidad)          Reconocimiento de la realidad de los síntomas (evitar "lo suyo es de nervios")          Recalcar la ausencia de indicaciones para más pruebas o tratamiento          Permitir el papel de enfermo que el paciente demanda          Reformular las quejas y relacionar</p>
FASE III	<p>Fase de negociación          Explicaciones simples          No es una enfermedad grave, los resultados son buenos          Padecimiento crónico, con causa fundamental desconocida, coincidencia de enfermedad orgánica y malestar psicológico          Explicación en tres fases de la ansiedad: emocional, fisiológica y somática          Disminución del umbral del dolor en la depresión          Demostraciones prácticas: relación con acontecimientos vitales, demostraciones "aquí y ahora", síntomas por proyección o identificación con allegados          No tratamiento definitivo, pero sí intervenciones terapéuticas favorables</p>

Fuente: Goldberg DP, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of retribution. J Psychosom Res 1989;33:689-95.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ascensión Godoy C, Martín Ortiz R, Moro López A, Hernández Monsalve N. Pacientes somatizadores en Atención Primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin iatrogenia (I). *SEMERGEN* 2003;29:311-7.
2. Martín Ortiz R, Ascensión Godoy C, Moro López A, Hernández Monsalve N. Pacientes somatizadores en Atención Primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin iatrogenia (II). *SEMERGEN* 2003;29:420-34.
3. Gureje O, Simon, G, Ustun TV, Golberg, DP. Somatization in cross-cultural perspective: A WHO study in primary care. *Am J Psychiat* 1997;154:989-95.
4. Zegarra Mita H, Guzmán Guzmán RE. Trastorno por somatización. *Rev Papeña Medicina Familiar* 2007;4:144-8.
5. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona, España: Ars Médica 2004.
6. Caballero Martínez L, Caballero Martínez F. Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en AP. En: Roca M. Trastornos neuróticos. Barcelona: ARS Médica 2002; pág 385-421.
7. Alvarado Bravo BG, Moral de la Rubia J, Valdez Medina JL. Validación de la escala de síntomas somáticos revisada en estudiantes mejicanos. *Medicina Universitaria* 2011;13:193-9.
8. Bauzá Siddons, N. Validación de la versión española de la SOMS-2 (screening for somatoform symptoms-2) para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria (tesis doctoral). Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares 2012.
9. Guzmán Guzmán RE. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Rev Clín Med Fam* 2011;4:234-43.
10. Claraco Vega LM, Arana Madariaga A, García-Campayo J. La complejidad de los fenómenos de somatización. *Atención Primaria* 1997;20:154.
11. Kawas Valle O. Trastornos de somatización en Atención Primaria. *Medicina Universitaria* 2011;13:171-2.
12. Smith GR. Somatization disorder in the medical setting. Washington: American Psychiatric Press 1991.
13. Claraco Vega LM, Arévalo de Miguel E. Utilización de medicinas alternativas por pacientes con trastorno de somatización en España. I Congreso Virtual de Psiquiatría; 2000 1 Feb-15 Mar. (acceso 4 septiembre de 2013). Conferencia 5-Ci-A (6 pantallas). Disponible en:  
  
[http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa49/conferencias/49\\_ci\\_b.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa49/conferencias/49_ci_b.htm)
14. Guerra Cabrera F, Diéguez Porres M. Psicoterapia en Atención Primaria: a propósito de un caso de trastorno somatomorfo tratado con terapia interpersonal. *Aten Primaria* 2011;43:440-6.
15. De Mello MF, De Jesús Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:75-82.
16. Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Manual original de terapia Interpersonal publicado en 1984 para el tratamiento de la depresión. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books 1984.
17. Asociación EMDR España (sede web). Madrid. Asociación EMDR España (acceso 1 junio de 2013). Disponible en: <http://www.emdr-es.org/>
18. Siegel DJ. *Mindsight: la nueva ciencia de la transformación personal*. Barcelona: Paidós Ibérica 2011.
19. Servam Schreiber D. *Curación emocional: acabar con el estrés, la ansiedad y la depresión sin fármacos ni psicoanálisis*. Madrid: Debolsillo 2010.
20. Royal Collage os Psychiatrists, UK. Post-traumatic Stress Disorder: key facts. Royal College of Psychiatrists, UK. (artículo en internet) Londres 2012 (acceso 3 octubre de 2013). Disponible en:  
  
<http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problems-disorders/ptsdkeyfacts.aspx>