

Artículo original

Percepción del estrés en pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados

Perception of Stress in Patients with Physical Symptoms Medically not Explained *Percepção de estresse em pacientes com sintomas físicos medicamente inexplicados*

José M. Ramírez-Aranda,* Sanjuana I. Loera-Manzanares,** Teófilo Garza-Elizondo,* Celina Gómez-Gómez*

Resumen

Objetivo: identificar la asociación entre el estrés y los pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados (SFME), con el propósito de definir una estrategia de abordaje. **Material y métodos:** estudio transversal, prospectivo, comparativo, observacional, con una muestra total de 230 pacientes. Participaron 115 pacientes en cada grupo. Se aplicaron escalas de autoevaluación para valorar la percepción del estrés. Se utilizó el SPSS 20 para Windows, con estadísticas descriptivas para datos demográficos; χ^2 para cruce de estrés percibido en grupo 1 y grupo 2; correlación de Pearson por grupo para el puntaje de estrés; significancia estadística $p < 0.05$. **Resultados:** en ambos grupos predominó el sexo femenino (grupo 1: 94% y grupo 2: 80%). La distensión abdominal fue el motivo de consulta más frecuente, con 52% en el grupo de SFME. El puntaje de estrés percibido en pacientes con SFME fue de 26.9% vs. 23.5% en el grupo sin SFME ($p = 0.01$).

Conclusiones: la percepción del estrés fue mayor en pacientes con SFME que en pacientes con una enfermedad orgánica.

Summary

Objective: identify the association between stress and patients with physical symptoms medically not explained (PSMNE), in order to define a strategy of approach. **Material and methods:** cross-sectional, prospective, comparative, observational study with a total sample

of 230 patients. 115 patients participated in each group. Self-assessment scales were used to evaluate the perception of stress. It was used the SPSS 20 for Windows, with descriptive statistics for demographic data; χ^2 for crossing stress perceived in group 1 and group 2; Pearson correlation per group to score stress; $p < 0.05$ statistical significance. **Results:** in both groups the female sex dominated (Group 1: 94% and group 2: 80%). Bloating stomach was the most frequent reason for consultation with 52% in the PSMNE group. Stress perceived score in patients with PSMNE was 26.9% vs. 23.5% in the group without PSMNE ($p = 0.01$). **Conclusions:** the perception of stress was greater in patients with PSMNE than in patients with an organic disease.

Resumo

Objetivo: identificar a associação entre estresse e os pacientes com sintomas físicos medicamente inexplicados (SFME), a fim de definir uma estratégia de abordagem. **Material e métodos:** estudo transversal, prospectivo, observacional, com uma amostra total de 230 pacientes. Participantes 115 pacientes em cada grupo. Escalas de auto-avaliação foram aplicados para avaliar a percepção de stress. Utilizou-se o SPSS 20 para Windows, com estatísticas descritivas para os dados demográficos, χ^2 para o grupo estresse percebido cruzado 1 eo grupo 2; Pearson grupo pontuação correlação de stress, significância

Palabras clave: estrés, síntomas físicos médicamente no explicados, somatización

Key Words: stress, physical symptoms medically not explained, somatization

Palavras chave: estresse, sintomas físicos sem explicação médica, somatização

Recibido: 6/3/13

Aceptado: 6/8/13

*Médico familiar, profesor del Departamento de Medicina Familiar Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", de la Universidad Autónoma de Nuevo León. "Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Facultad de Medicina y Hospital Universitario

Correspondencia:
José M. Ramírez-Aranda
sersabe2010@gmail.com

Este artículo debe citarse: Ramírez-Aranda JM, Loera-Manzanares SI, Garza-Elizondo T, Gómez-Gómez C. Percepción del estrés en pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados. Aten Fam. 2013;20(4):118-122.

estadística $p < 0.05$. **Resultados:** en ambos los grupos predominó el sexo femenino (grupo 1: 94% e Grupo 2: 80%). Distensión abdominal fue el motivo más frecuente de consulta, con 52% en el grupo de SFMNE. Los pacientes SFMNE a puntuación de estrés percibido fue de 26.9% versus 23.5% en el grupo sin SFMNE ($p=0.01$). **Conclusiones:** la percepción de estrés fue mayor en pacientes con SFMNE que en pacientes con enfermedad orgánica.

Introducción

La consulta de pacientes con síntomas somáticos sin una explicación clínica definida es frecuente en atención primaria.¹ Este tipo de pacientes representa alrededor de 50% de todas las consultas médicas en atención primaria.² Habitualmente son pacientes hiperfrecuentadores de los servicios médicos, con una larga historia de exploraciones, tratamientos farmacológicos, quirúrgicos, o de otro tipo, así como con continuos fracasos en los mismos.³

En un estudio reciente se demostró que en atención primaria 2.45% de los pacientes con síntomas físicos medicamente no explicados (SFMNE) persistente acudió con su médico al menos a cuatro consultas en un año.⁴ Los síntomas psicósomáticos en población mexicana son frecuentes, lo cual se demostró en un estudio realizado en estudiantes de psicología (21.8%),⁵ o en otros universitarios del norte de México (25.5%) (506/129), los cuales presentaron síntomas psicósomáticos de intensidad media o alta;⁶ sin embargo, en tales casos no se trata de datos derivados de pacientes.

Dentro de la atención primaria, Kirmayer y Robbins⁷ estudiaron el concepto de soma-

tización como dos fenómenos clínicos separados, denominados somatización presente y somatización funcional. Por otro lado, Smith y Dwamena⁸ proponen una clasificación de SFMNE que contiene cuatro categorías que van de “leve” o “sano preocupado” a “muy severo”. Aproximadamente 80% de los pacientes pertenece al espectro de “sano preocupado”, el cual realiza pocas visitas al médico y manifiesta poco sufrimiento físico

o psicológico; su diagnóstico se hace por medio de historia clínica, exploración física y observación a través del tiempo. A su vez, 15% de los pacientes pertenece al grupo de “moderados”, que aumenta su asistencia médica, con cronicidad de los síntomas y mayor aflicción física y psicológica; por lo general este grupo requiere una evaluación más extensa para excluir enfermedades orgánicas y hacer un diagnóstico de SFMNE. Por el

contrario, el 5% restante corresponde a pacientes clasificados de “severos” a “muy severos”, con padecimientos abiertamente psiquiátricos.

El estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocarlo.⁹ Desde que Seyle, eminente autoridad en el estudio sobre el estrés, introdujo en el ámbito de la salud en 1926 el término “estrés”, éste se ha convertido en uno de los más utilizados. Lo definió como un estado manifestado por un síndrome específico, el cual consiste en todo lo no especificado e induce cambios dentro del sistema biológico.¹⁰

Hay pacientes con SFMNE que presentan cierto grado de estrés y no manifiestan síntomas, mientras que existen casos en los que se asocia a otros factores: ansiedad, trastornos de personalidad, género, formas de afrontamiento, autoeficacia, apoyo social, autoestima y alexitimia.¹¹ Esta aparente discrepancia se ha tratado de explicar a través de modelos de interacción compleja entre estrés y síntomas, entre los cuales se pueden mencionar el modelo interaccional, propuesto por Lazarus y Folkman en 1984, y

Tabla 1. Datos demográficos comparativos

Variable	Con SFMNE		Sin SFMNE	
	No.	%	No.	%
Estado				
Nuevo León	114	99.1	114	99.1
Tamaulipas	1	0.9	1	0.9
Total	115	100.0	115	100.0
Género*				
Mujer	94	81.7	80	69.5
Hombre	21	18.3	35	30.5
Total	115	100.0	115	100.0
Estado civil				
Casado	53	46.1	67	58.3
Soltero	38	33.0	28	24.3
Otros	24	20.9	20	17.4
Total	115	100.0	115	100.0
Ocupación				
Hogar	51	44.3	50	43.5
Profesionista	15	13.0	7	6.1
Estudiante	14	12.2	9	7.8
Empleado	9	7.8	10	8.7
Obrero	7	6.1	6	5.2
Otras	19	16.6	33	28.7
Total	115	100.0	115	100.0
Escolaridad				
Primaria completa y menos	29	28.4	24	20.9
Secundaria (completa, incompleta)	27	20.3	19	16.5
Preparatoria y más	59	51.3	47	40.9
Total	115	100.0	115	100.0
Religión				
Católica	90	78.3	86	74.8
Otras	25	21.7	29	25.2
Total	115	100.0	115	100.0
Variables numéricas				
Edad	No.	Promedio	No.	Promedio
	115	35.6	115	38.0

NS * $P < 0.05$

el transaccional.¹¹ De acuerdo con la teoría de estos mismos autores, un individuo puede o no percibir estrés en función de la valoración que hace de sí mismo, del apoyo social que percibe y de la valoración de la situación. Esto es, ante un mismo evento estresante de igual magnitud, de acuerdo con los recursos del paciente, éste podría o no percibirlo como amenaza o pérdida.¹²

Se puede considerar que el estrés no es exclusivamente un evento externo del cual el sujeto es víctima; por el contrario, el estrés psicológico se define como una relación particular entre el individuo y su entorno, que él mismo evalúa como amenazante o desbordante respecto de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Además, se considera que las variables sociodemográficas pueden estar asociadas a la percepción de estrés y a los síntomas psicósomáticos.¹¹

El objetivo de este estudio es demostrar la asociación de estrés en los pacientes con SFMNE en comparación con aquellos que presentan una enfermedad orgánica diagnosticada médicamente, además de determinar el perfil de los pacientes con SFMNE con puntuación elevada de percepción del estrés. Esto pavimentaría el camino hacia la definición de una estrategia de abordaje para ayudar a estos pacientes en medicina familiar.

Material y métodos

Estudio transversal, comparativo, observacional, realizado en la consulta externa de medicina familiar de un hospital de tercer nivel y de un hospital general del área rural de Nuevo León, que consultaron con uno o más síntomas inespecíficos más frecuentes de una lista (20 síntomas) previamente elaborada en la misma consulta de medicina familiar (enero a junio de 2008). Se incluyeron pacientes que fueran adultos de género indistinto y mayores de 18 años, que reunieron

los criterios propuestos en la clasificación para SFMNE de Smith y Dwamena⁸ en el espectro de sanos preocupados y pacientes con SFMNE moderados para formar el grupo 1 de SFMNE, mientras que el grupo 2, de enfermedad orgánica diagnosticada, lo integraron pacientes cuya sintomatología y resultados de laboratorio fueron compatibles con algún diagnóstico orgánico. Se excluyeron pacientes que recibieron o recibían tratamiento psiquiátrico en ese momento, así como aquellos con antecedente de abuso de sustancias. El tamaño de la muestra se calculó empleando una fórmula de diferencia de proporciones para una $n=115$ en cada grupo.

Para este estudio se elaboró un instrumento que consta de diversas secciones: a) Tamizaje; b) Identificación de síntomas no específicos; c) Criterios para clasificar los SFMNE; d) Pacientes con enfermedad orgánica establecida; e) Datos demográficos: género, estado civil, ocupación, escolaridad, entre otros; f) Características del síntoma, como presencia de síntoma acompañante, horario frecuencia de la presentación del síntoma, evento estresante asociado al síntoma, emoción asociada al síntoma; g) Percepción psicossocial del síntoma.

La percepción del estrés se evaluó mediante la escala de estrés percibido,¹³ que mide el grado en que las situaciones de la vida se perciben como estresantes, ubicando el grado en que el individuo encuentra la vida impredecible, incontrolable o sobrecargada. La escala fue validada en población mexicana por González y Landero,¹² y resultó ser un instrumento confiable, con buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.83) y validez convergente. Ésta a su vez se basó en la versión en español de Remor y Carrobes,¹⁴ que es la que mejor se adapta a la cultura mexicana. La escala de González y Landero consta de 14 reactivos que evalúan la percepción de estrés durante el último mes. Da puntuaciones entre 0 y 56; las puntuaciones superiores indican un grado mayor de estrés percibido. Cada pregunta tiene un patrón de respuesta politómica de cinco opciones: “Nunca”, “Casi nunca”, “De vez en cuando”, “A menudo” y “Muy a menudo”, que dan puntuaciones de 0 a 4. Los puntos 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 tienen un patrón de puntuación inverso, de 4 a 0. A mayor puntaje mayor percepción del estrés.¹²

Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 20, Windows. Estadísticas descriptivas: frecuencias de datos demográficos, estrés percibido. Estadísticas inferenciales: χ^2 para cruce de estrés percibido en grupo 1 y grupo 2. Correlación de Pearson por grupo para el puntaje de estrés. Valor de significancia estadística $p<0.05$. El estudio contó con el aval del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), con registro MF12-09.

Resultados

Se estudiaron 230 pacientes divididos en dos grupos: 115 con SFMNE y 115 con diagnóstico de una enfermedad orgánica. La mayoría de los

Tabla 2. Síntomas inespecíficos más frecuentes

Variable	Con SFMNE		Sin SFMNE	
	No.	%	No.	%
Distensión abdominal	52	45.2	9	7.8
Dolor de cabeza	31	27.0	20	17.4
Palpitaciones	24	20.9	5	4.4
Dificultad para conciliar el sueño	24	20.9	5	4.4
Dolor abdominal	22	19.1	38	33.0
Sensación de dolor, malestar, ardor o sensación de vacío en la boca del estómago	20	17.4	14	12.2
Sensación de hormigueo, adormecimiento o quemazón en alguna parte del cuerpo	19	16.5	11	9.6
Dolor en el cuello	18	15.7	12	10.4
Estreñimiento	18	15.7	7	6.1
Dolor muscular	18	15.7	10	8.7
Dolor en espalda	18	15.7	10	8.7
Otro	37	32.1	56	48.6

*Los porcentajes reflejan la situación de que un paciente puede presentar uno o más síntomas.

pacientes con SFMNE pertenece al sexo femenino, 81.7%, *vs.* 69.5% de aquellos con enfermedad orgánica demostrada, lo cual coincide con el trabajo de De la Rosa y cols.¹⁵ Más pacientes con SFMNE son casados, amas de casa, profesionistas o estudiantes, de religión católica, con una escolaridad superior y un promedio de edad menor que los pacientes con enfermedad orgánica, aunque sin significancia estadística (tabla 1). La distensión abdominal fue el motivo de consulta más frecuente, 45.2%, *vs.* 7.8% en el grupo de pacientes con SFMNE; lo mismo se encontró en un estudio local.¹⁶ En general, casi todos los síntomas inespecíficos predominaron en el grupo 1 *vs.* el grupo 2, excepto el dolor abdominal, el cual se explicó por una alta frecuencia de diagnósticos abdominales quirúrgicos (tabla 2).

El reporte de los síntomas múltiples fue más común en los pacientes con SFMNE (53% *vs.* 35.7% de los pacientes con enfermedad orgánica); también estos síntomas interrumpen el sueño con mayor frecuencia que en su contraparte sin SFMNE. Hay una ligera diferencia en cuanto al tiempo de inicio de los síntomas, sobre todo en días (tabla 3). Asimismo, 60% de los pacientes con SFMNE asocia la presentación del síntoma con algún problema actual, siendo los más frecuentes los problemas familiares con 42%. Los pacientes con una enfermedad orgánica establecida no asocian su síntoma con algún problema (tabla 4). Los pacientes con SFMNE relacionan el o los síntomas con un evento estresante dos veces más que los pacientes con enfermedad orgánica.

Al igual que en otros estudios,¹⁵ no hubo diferencia significativa en cuanto a

Tabla 3. Características del síntoma no específico en pacientes con y sin SFMNE

Característica	Con SFMNE		Sin SFMNE	
	No.	%	No.	%
Síntoma*				
Único	54	47.0	74	64.3
Múltiple	61	53.0	41	35.7
Total	115	100.0	115	100.0
Horario				
Mañana	13	11.3	7	6.1
Tarde	17	14.8	11	9.6
Noche	21	18.2	23	20.0
Todo el día / sin predominio	64	55.7	74	64.3
Total	115	100.0	115	100.0
Le interrumpe el sueño**				
Sí	70	60.9	55	47.8
No	45	39.1	60	52.2
Total	115	100.0	115	100.0
El síntoma se quita con el tratamiento				
Sí	48	41.7	50	43.5
No	27	23.5	35	30.4
No aplica (no tiene tratamiento)	40	34.8	30	26.1
Total	115	100.0	115	100.0
Variables numéricas	Promedio	IC 95%	Promedio	IC 95%
Desde cuándo se inició el síntoma*				
Días n=115	8.3	1.1-17.7	7.2	4.1-10.4
Semanas n=115	2.1	1.3-2.8	2.0	1.4-2.6
Meses n=115	3.9	3.4-4.3	3.9	3.4-4.4
Cuánto dura el síntoma				
Minutos n=115	20.6	14.4-26.8	18.2	12.8-23.5
Horas n=115	5.5	3.6-7.3	5.0	2.8-7.2
Días n=115	3.7	2.2-5.2	5.7	3.5-7.9
Meses n=115	2.8	1.4-4.2	3.6	2.8-4.5

*P<0.01

**P<0.05

Tabla 4. Asociación de la presentación del SFMNE con el problema actual

Descripción del problema	No.	%
Familiares	42	36.7
Laborales	8	6.9
Académicos	7	6.0
Económicos	3	2.6
No asociación con algún problema	55	47.8
Total	115	100.0

P<0.0001

pensar que el síntoma se debe a una enfermedad física en el cuerpo (tabla 5). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el promedio de puntaje de estrés en el grupo con SFMNE, el cual fue mayor (26.9%) *vs.* el grupo sin SFMNE (23.5%) (figura 1).

Discusión

Estudios recientes ponen de manifiesto que la mayoría de los pacientes que busca atención médica por causa de SFMNE pertenece al sexo femenino,^{3,15} asimismo, este género refiere más síntomas de dolor y presenta mayores síntomas físicos ante situaciones de estrés.¹⁶ En este estudio se observó que, en su mayoría, los pacientes con SFMNE son casados, lo cual coincide con otro estudio,⁴ y además se dedican al hogar, como se evidenció en el estudio realizado por de la Rosa y cols.¹⁵

En esta investigación, la primera causa de consulta de SFMNE fue el dolor abdominal (19.1%), al igual que se expone en otras publicaciones,¹⁵ lo cual quizás tiene relación con la susceptibilidad del aparato digestivo como órgano blanco, así como casos de síndrome de intestino irritable que pueden manifestarse por dolor. Sin embargo, otro autor reporta una

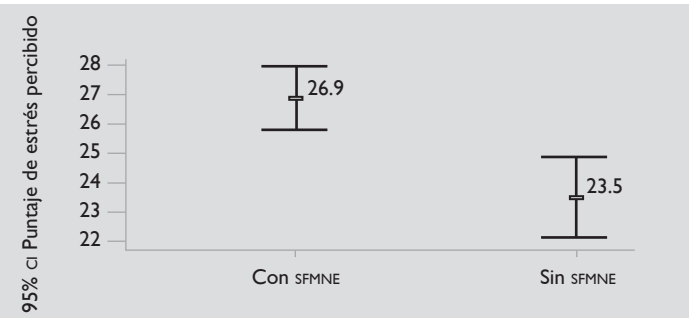
frecuencia menor (2.2%).¹⁷ La segunda causa de consulta con SFMNE en esta serie fue la cefalea, con un porcentaje casi de 27%, mientras que en otra publicación fue de 14.2%, en mujeres.¹⁷ Ascensión y cols.³ mencionan que los pacientes somatizadores suelen manifestar numerosos síntomas referidos a distintas partes del cuerpo, función u órgano, lo cual coincide con el presente estudio, ya que se observó que, a diferencia de los pacientes con una enfermedad orgánica establecida,

Tabla 5. Percepción psicosocial del síntoma

	Con SFMNE		Sin SFMNE	
	No.	%	No.	%
Relaciona el síntoma con un evento estresante la última semana*				
Sí	70	60.9	37	32.2
No	45	39.1	78	67.8
Total	115	100.0	115	100.0
Usted piensa que su síntoma se debe a una enfermedad física del cuerpo				
Sí	63	54.8	77	67.0
No	52	45.2	38	33.0
Total	115	100.0	115	100.0

*P<0.001

Figura 1. Puntaje de estrés percibido en pacientes con y sin SFMNE



los pacientes con SFMNE presentaban más de un síntoma (53% *vs.* 35.7%).

Los SFMNE se encuentran comúnmente asociados con situaciones de tensión y estrés o con crisis vitales normativas.¹ En el presente estudio los pacientes asociaban en mayor medida su sintomatología con problemas familiares. Se comprobó la hipótesis de que en pacientes con SFMNE hay mayor percepción del estrés que en pacientes con un padecimiento explicado por una enfermedad orgánica, lo cual también ha sido reportado por otros autores en diferentes poblaciones, entre ellas la latinoamericana, aunque dichos estudios se efectuaron en población estudiantil.¹¹

Limitaciones del estudio. La selección de los grupos de pacientes tanto con SFMNE como con enfermedad orgánica no fue realizada aleatoriamente, lo cual pudo haber

sesgado el estudio en el sentido de que no se tratase de los grupos más representativos; tampoco se distinguió entre los reclutados en el área urbana *vs.* el área rural, lo que podría dar resultados diferentes.

Conclusiones

La percepción del estrés es mayor en pacientes con SFMNE que en pacientes con una enfermedad orgánica. Se observó muy buena confiabilidad en la EEP, mostrando un alpha de Cronbach de 0.88. A pesar de contar con todos los criterios para SFMNE (incluyendo el reconocimiento de un evento estresante), los pacientes los asocian más con problemas orgánicos o físicos.

Referencias

1. Granel A. Pacientes con síntomas somáticos no explicables. *Evid Actual Pract Ambul.* 2006;9(6):176-80.

2. Baeza C. Síntoma psicosomático *vs.* síntoma orgánico: La mala fama de la psicosomática. *Cuad. Neuropsicol.* 2010;4(1):8-10.

3. Ascensión C, Martín R, Moro A, Hernández M. Pacientes somatizadores en atención primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin yatrogenia. *Semerger.* 2003;29(6):311-7.

4. Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice.* 2006;23(4):414-20.

5. González M, Landero R. Síntomas psicosomáticos y estrés en estudiantes de Psicología. *Rev Psicol Social.* 2006;21(2):141-52.

6. González MT, Landero R, García J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Pública.* 2009;25(2):141-5.

7. De Gucht V, Fischler B. Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics.* 2002;43(1):1-9. En: Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1991;179(11):647-55.

8. Smith RC, Dwamena FC. Classification and Diagnosis of Patients with Medically Unexplained Symptoms. *J Gen Intern Med.* 2007;22(5):685-91.

9. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade Fortaleza.* 2003;3(1):10-59.

10. Hill-Rice V. Stres, Coping and Health: Implications for nursing research, theory, and practice. 2nd ed. Chapter 2. Theories of stress and its relationship to health; 2012:22-42.

11. González RMT, Landero HR. Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Pública.* 2008;23(1):7-18.

12. González RMT, Landero HR. Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology.* 2007;10(1):199-206.

13. Cohen S, Kamarch T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior.* 1983;24:385-96.

14. Remor E, Carrobbles JA. Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés.* 2001;7(2-3):195-201.

15. De la Rosa-Melchor D, Ramírez-Aranda JM, Garza-Elizondo T, Riquelme-Heras HM, Rodríguez-Rodríguez I, Durán-Gutiérrez RA. Eficacia de la terapia de resolución de problemas en pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados. *Aten Fam.* 2013;20(1):12-15.

16. Moral de la Rubia J, Valdez-Medina JL, González-Arratia NI, González Escobar S, Alvarado-Bravo BG, Gaona-Valle LS. Emociones y síntomas físicos médicamente no explicados en mujeres y hombres adultos. *Medicina Universitaria.* 2010;12(47):96-105.

17. Barrera MI, Cortés JF, Guerrero H, Aguirre A. La fibromialgia: ¿Un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental.* 2005;28(6):41-50.