



2006, 12(1), 45-61

SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS Y TEORÍA TRANSACCIONAL DEL ESTRÉS

M. T. González Ramírez y R. Landero Hernández

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Resumen: Con el objetivo de integrar el estudio de los síntomas psicósomáticos a la teoría transaccional del estrés. Se presenta un modelo explicativo de los síntomas psicósomáticos basados en la teoría transaccional del estrés de Lazarus, en el cual se incluyen análisis de estudios realizados con el propósito de valorar o explicar los síntomas psicósomáticos y, el planteamiento de Sandín respecto al estrés, además de considerar otras variables que han sido relacionadas a los síntomas psicósomáticos.

Palabras Clave: Síntomas psicósomáticos, Estrés, Teoría transaccional

Abstract: The aim of this paper is to integrate the psychosomatic symptoms' study in to the transactional mediational theory. An explanatory model of the psychosomatic symptoms, based on the Lazarus' transactional mediational theory of stress is presented; Additionally the analysis of studies carried out for the purpose of valuing or to explain the psychosomatic symptoms, in the Sandín's approaches of stress are included. Finally we considering other variables that have been related to the psychosomatic symptoms.

Key words: Psychosomatic symptoms, stress, transactional mediational theory

Title: *Psychosomatic symptoms and transactional mediational theory of stress*

Introducción

Actualmente, se utilizan en el ámbito de la psicología tanto el término psicósomático como somatización, siendo éste último en el que centra su atención el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales [DSM-IV] (*American Psychiatric Association*, 1994). Autores como De Gucht y Fischler (2002), Lipowski (1988), Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke y Sharpe (2005), López y Belloch (2002), Stone, Colyer, Feltbower, Carson y Sharpe (2004), han realizado revisiones acerca de los conceptos *somatización* y *psicósomático*, así como su clasificación, no se profundizará en dichas revisiones o clasificacio-

nes, solamente se especifica el concepto de *síntomas psicósomáticos*, y se justifica el uso del término *psicósomático*, frente a somatización. Posteriormente se aborda la relación de los síntomas psicósomáticos con otras variables, se revisan brevemente los planteamientos de Lazarus y Folkman (1984) y de Sandín (1999) respecto al estrés, y se propone una alternativa al modelo procesual de Sandín, que enfatiza la relación del estrés y los síntomas psicósomáticos y que considera que la percepción de síntomas depende de múltiples factores (Rodríguez, 2001) tales como cognitivos, emocionales y sociales (Skelton y Pennebaker, 1982, en Rodríguez, 2001). Lo anterior con el objetivo de integrar el estudio de los síntomas psicósomáticos a la teoría transaccional del estrés, considerando todas las fases del proceso de estrés presentadas por Sandín.

* Dirigir la correspondencia a Dra. Mónica Teresa González Ramírez Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México.
E-mail: monyzz77@yahoo.com

Somatización o Síntomas Psicósomáticos

De acuerdo a Holloway y Zerbe (2000), los trastornos de somatización son las manifestaciones físicas del dolor mental. Dichos trastornos han sido definidos de diversas maneras, un elemento en común al definirlos es que existen síntomas somáticos que no son explicados adecuadamente por causas orgánicas (De Gucht y Fischler, 2002). Los trastornos hacen referencia a una categoría diagnóstica dentro de las nosologías psiquiátricas (López y Belloch, 2002), incluyendo un conjunto de síntomas, es decir: síndromes.

Los síndromes caracterizados por múltiples síntomas somáticos fueron estudiados desde 1859 y 1916 por Briquet y Freud, respectivamente; quienes llamaron a estos síndromes histeria y neurastenia, dependiendo del origen psíquico o somático (De Gucht y Fischler, 2002); desde este punto de vista teórico –el psicoanálisis–, se planteó la hipótesis psicósomática, de acuerdo a la cual los síntomas corporales pueden tener como causa un bloqueo de la expresión emocional (Sarason y Sarason, 1996). Posteriormente, Lipowski (1988) propuso considerar la somatización como una tendencia para experimentar y comunicar el distrés somático. Actualmente, diferentes autores consideran la somatización como manifestaciones del estrés psicológico; esta definición representa una inferencia por parte del observador, ya que las personas usualmente no reconocen y podrían rechazar la explicación de una relación de su distrés y sus síntomas (De Gucht y Fischler, 2002). Esta información se confirma con los estudios citados recientemente por Epstein, Quill y McWhinney (1999), quienes afirman que entre 0.2 % y 2% de los pacientes que presentan un gran número de síntomas somáticos, no aceptan ninguna explicación psicológica o social de su distrés. Asimismo, Rodríguez et al. (2005) indican que los pacientes con somatización

se resisten a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico.

El concepto de somatización no tienen un significado sencillo, por el contrario ha sido definido en una variedad de formas: 1) como la expresión somática de un desorden psiquiátrico, implicando una relación causal entre somatización y distrés psicológico; 2) como una categoría diagnóstica, llamado desorden o trastorno de somatización, caracterizado por la presencia de múltiples síntomas somáticos, reflejados en diferentes sistemas del cuerpo, y 3) como referencia de síndromes somáticos funcionales, caracterizados por la presencia de grupos específicos de síntomas somáticos; la característica común de las diferentes definiciones es la presencia de síntomas somáticos que no se explican de manera adecuada por diagnósticos médicos (De Gucht y Maes, 2005).

Por otro lado se encuentra el término *psicósomático*, el cual ha sido usado en una variedad de significados (Stone et al. 2004). Jeammet (1982, en Cardenal y Oñoro, 1999) consideraba lo psicósomático, como todo trastorno somático que cuenta con un factor psicológico y que interviene en el origen de la enfermedad.

Históricamente el término psicósomático fue usado para describir problemas de salud física que eran consecuencia de excesiva excitación emocional, afrontamiento inadecuado y estrés crónico (Wimbush y Nelson, 2000); según Kellner (1991, en López y Belloch, 2002) lo psicósomático son enfermedades o dolencias físicas en las que los procesos emocionales y factores psicológicos pueden jugar algún papel (ej. Asma, úlcera), Wimbush y Nelson (2000) concuerdan con esa definición.

Actualmente, la investigación entorno a los trastornos psicósomáticos se basa en dos principios: multifactorial y multidisciplinar (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez,

1995), es decir, considerando diversos factores involucrados en su origen y que diversas disciplinas deben contribuir a su estudio; congruente con esto Cardenal y Oñoro (1999) señalan que psicósomático no debe entenderse como psicogénico, ya que este concepto implica una causalidad unidireccional en la aparición de la enfermedad, esto es, a partir de algún factor psicológico se produce alguna enfermedad física; así, apoyan el principio de multicausalidad para la consideración etiológica de la enfermedad: muchos de los factores (tales como genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos y emocionales) interactúan unos con otros contribuyendo a la aparición de un trastorno físico.

Por su parte, Rodado y Barcia (2003) mencionan que lo psicósomático es una actitud frente a la enfermedad somática, cualquiera que esta sea, una actitud que haga pensar en la relación particular que tiene una enfermedad con el lugar y el momento determinado (en la vida del sujeto) en que apareció; considerando lo anterior, plantean que incluso el cáncer sería una enfermedad psicósomática. Éste planteamiento no es nuevo, ya en 1995 Sandín et al. indicaban que el DSM-IV mantiene viva la idea de que cualquier enfermedad puede ser psicósomática, considerando que factores psicológicos pueden relacionarse a su inicio o curso, éstos autores concuerdan con esa perspectiva de que cualquier trastorno médico puede ser potencialmente clasificado como psicósomático.

En cuanto a la diferencia entre los dos conceptos (somatización y psicósomático), López y Belloch (2002) indican que ambos hacen referencia a una relación entre lo psíquico y lo físico, desde diferentes puntos de vista. Mientras que en los trastornos psicósomáticos existe una dolencia física, junto con la posibilidad de que factores psicológicos puedan vincularse a su aparición, mantenimiento o agravamiento; en la

somatización el diagnóstico médico no proporciona justificación de los síntomas.

Estas definiciones son las que se retoman en el presente trabajo; consideramos que es adecuado hablar de *síntomas psicósomáticos* cuando existe la dolencia física y no tenemos posibilidad de practicar un diagnóstico médico que explique los síntomas; es decir, se parte de la posibilidad de un origen físico de los síntomas, con asociación de algún factor psicológico a la dolencia física. Entre los factores psicológicos principalmente involucrados ésta el estrés, aceptando la propuesta de Lipowski para somatización, como una expresión del estrés. Asimismo, tomando en cuenta que, existen correlaciones (pequeñas) entre las medidas objetivas y subjetivas (autoinforme) del estado de salud (Costa y McCrae, 1985), se propone la utilización de escalas, encuestas o entrevistas cuando no se cuenta con una valoración médica y hablar de *síntomas psicósomáticos autoinformados (o auto-reportados)* en estos casos.

Sistema Nervioso Autónomo y Sistema Inmunológico

Wimbush y Nelson (2000) indican que las enfermedades psicósomáticas pueden resultar de una activación del sistema nervioso autónomo o bien de una supresión en el sistema inmune. Relacionándolo con el estrés, la activación del sistema nervioso autónomo ocurre cuando un estresor es percibido, los órganos que son estimulados por tejidos nerviosos reciben un exceso de hormonas de estrés; éstas hormonas estimulan la función del órgano e incrementan su tasa metabólica; cuando los órganos no tienen la oportunidad de relajarse, podrían iniciar las disfunciones (Wimbush y Nelson, 2000).

Los efectos del estrés en el sistema inmunológico se han confirmado en diversos estudios, prueba de esto es el meta-análisis

realizado por Segerstrom y Miller (2004), donde se analizan más de 300 artículos empíricos que llevan a la conclusión de que el estrés altera realmente el sistema inmu-

nológico. Un ejemplo de la forma que actúa el estrés en el sistema inmune, se explica en la figura 1.

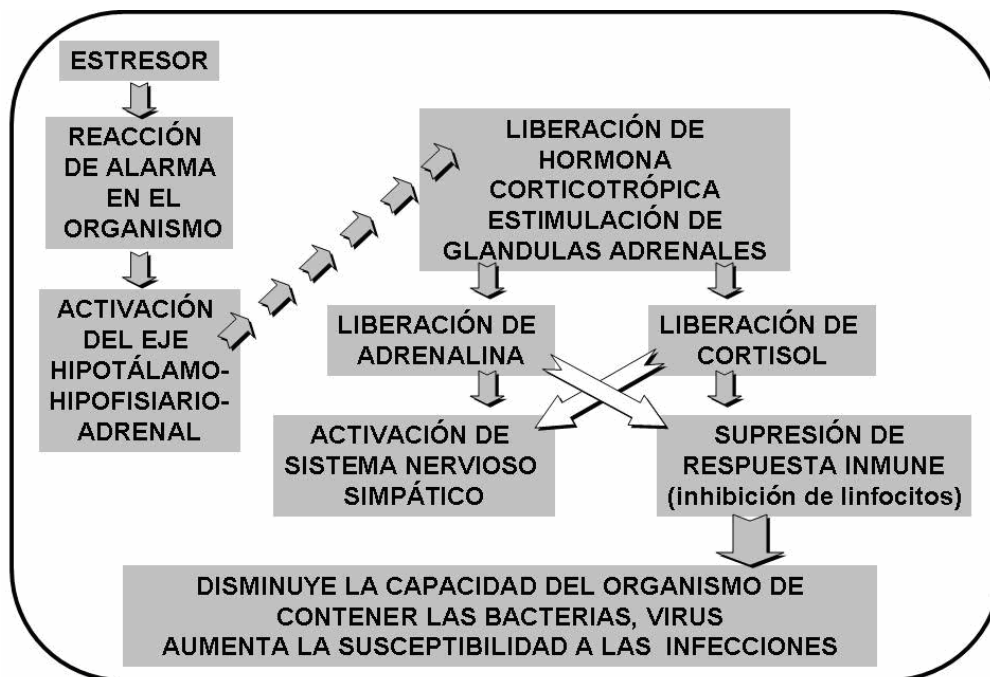


Figura 1: Efectos del estrés en el Sistema Inmune

[Modelo elaborado por González y Landero (2006), basado en Hassig et al. (1996)]

La figura 1 muestra, que cuando una persona experimenta estrés por un acontecimiento emocional intenso, en el organismo se produce una reacción de alarma. En éste periodo hay una activación del eje hipotálamo–hipofisiario–adrenal con liberación de la hormona corticotrópica (ACTH), estimulando las glándulas adrenales y liberando una enorme cantidad de hormonas sobre todo catecolaminas (adrenalina) y glucocorticoides como el cortisol, lo cual conduce a una activación del sistema nervioso simpático y a una supresión de la respuesta inmune (Hassig, Liang Wen-Xi y Stampfli, 1996). A través de la inhibición

de los linfocitos para la producción de interleucina 2 (IL-2) y de interferón γ (IFN- γ), disminuye la capacidad del organismo de contener las bacterias y virus, por mencionar algunos, lo que aumenta la susceptibilidad a las infecciones (Hassig et al., 1996).

Considerando que hace más de 150 años que la comunidad científica habla de la respuesta del organismo a actores externos (Leza, 2005), no se pretende profundizar en este tema tan documentado; solo agregaremos que el estrés aumenta la vulnerabilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y gastrointestinales, síndrome

de fatiga crónica, enfermedades crónicas como la diabetes, o diversas alteraciones cognitivas (Leza, 2005).

VARIABLES RELACIONADAS A LOS SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS

Se mencionó previamente que los síntomas psicossomáticos están asociados al estrés; sin embargo, al hablar del principio multifactorial, el estrés no es la única variable relacionada. Debido a la frecuente utilización como sinónimos de términos como *síntomas médicamente inexplicables*, *somatización* y *psicosomático*, en la revisión de artículos que estudian variables relacionadas, se consideraron los tres términos, aclarando que el foco de atención del presente trabajo son los síntomas psicossomáticos.

Teóricamente, Lipowski (1988) indica que la somatización se asocia a trastornos por ansiedad y depresivos, y que constituyen el centro de los desórdenes somatomorfos. Asimismo, Martin y Yutzy (1997 en Holloway y Zerbe, 2000) señalan que generalmente la somatización aparece junto con otras condiciones psiquiátricas incluyendo depresión mayor (55% de los pacientes), trastornos de ansiedad (34%), trastornos de personalidad (61%) y trastornos de pánico (26%).

La relación entre depresión y somatización ha sido confirmada por estudios como el realizado por Lipsane, Saarijervi y Lauerma (2004), quienes encontraron una correlación significativa entre ambas variables ($r_s = .56$); y el de Kooiman, Bolk, Brand, Trijsburg y Rooijmans (2000) donde los pacientes con síntomas médicamente inexplicables, reportaban más síntomas de depresión y ansiedad que los pacientes con síntomas médicamente explicables. La relación entre ansiedad y somatización, se corroboró por Kooiman et al. (2000) encontrando que únicamente la ansiedad y la edad eran variables independientes en el

modelo de regresión logística para síntomas médicamente inexplicables. Solamente considerando la ansiedad, la Razón de Ventajas se incrementaba 1.6 (60%) por cada 5 puntos que se incrementaba el puntaje de la ansiedad. Éste modelo fue realizado con 169 pacientes de los Países Bajos con síntomas médicamente inexplicables. Asimismo, Gureje, Simon, Ustun y Goldberg (1997) encontraron en 12 países que los pacientes con somatización tenían un alto riesgo de presentar trastorno de ansiedad generalizada, bajo el control de las variables de edad y sexo.

En Alemania, Lieb et al. (2002) encontraron que el género femenino, la clase social baja, la experiencia de uso de cualquier sustancia, trastorno de ansiedad y trastorno afectivo (depresión), así como la experiencia de acontecimientos traumáticos de amenaza sexual y física, predecían nuevos comienzos de afecciones somatomorfos. Otros autores apoyan la diferencia por sexos, Holloway y Zerbe (2000) mencionan que son 10 veces más frecuentes los desórdenes de somatización en mujeres que en hombres.

Por otro lado, el presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicossomática (SAMP) (Europapress, 2004), considera que lo psicossomático está producido por factores psicológicos como la hipocondría o la personalidad alexitímica (dificultad del paciente para exteriorizar los problemas psicológicos, lo que deriva en trastornos biológicos). Respecto a la alexitimia, se ha encontrado correlación entre ésta variable y somatización [$r_s = .37$ (Lipsane et al., 2004)]; sin embargo, Kooiman et al. (2000) encontraron que los pacientes con síntomas médicamente inexplicables son un grupo heterogéneo, donde la alexitimia no juega un rol central.

También se han encontrado, correlaciones significativas entre algunas formas de afrontamiento y síntomas somáticos

(Ruchkin, Eisemann y Hägglöf, 2000; Viñas y Caparrós, 2000). Así como entre autoeficacia y síntomas psicósomáticos (Natvig, Albrektsen, Aderssen y Qvarnstrom 1999). Por su parte Matad y Bethencourt (2000), encontraron correlaciones significativas entre síntomas somáticos y otras variables, siendo las correlaciones más fuertes con autoestima ($r = -.40$), estilo de afrontamiento emocional ($r = .39$), satisfacción con el rol de ama de casa ($r = -.30$), apoyo social ($r = -.29$) y estrés ($r = .19$). Otros estudios han corroborado la asociación entre síntomas psicósomáticos y el estrés [$r_s = .41$ (González y Landero, 2006); $OR = 1.2$; $p < .001$ (Kirmaier, Groleau, Looper y Dominicé, 2004); $r_s = .46$ (Lipsane et al., 2004)].

En síntesis, además de estar asociados a estrés, depresión, trastornos de ansiedad y de personalidad, en los estudios empíricos se ha encontrado que los síntomas psicósomáticos están relacionados con variables como sexo (femenino), formas de afrontamiento, autoeficacia, apoyo social, autoestima y alexitimia.

Estrés y síntomas psicósomáticos

Se considera que el estrés es la variable central en el proceso de manifestación de síntomas psicósomáticos, para definir el estrés, es importante mencionar que existen diferentes enfoques y definiciones del término estrés, pudiendo éste ser entendido como: 1) una respuesta del individuo (activación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, ira, etc., en este caso el estrés actúa como variable dependiente); 2) un fenómeno del entorno externo (estimulación dolorosa, ruido, discusiones, entre otros), en cuyo caso el estrés se considera variable independiente y 3) una interacción (transacción) entre el individuo y el medio (como proceso) (Sandín, 1999). Lazarus (2000) indica que es inapropiado definir el estrés psicológico como estímulo o suceso provocador (el estresor) o como

respuesta o reacción (reacción orgánica generada por el estresor); en estos casos, resulta más apropiado hablar de estrés psicosocial o fisiológico. El estrés psicosocial se refiere a los sucesos vitales (estresores) y el estrés fisiológico se refiere a una perturbación de la homeostasis (Sandín, 1999).

El estrés psicológico es definido por Lazarus y Folkman (1984), como una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por el propio sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y, que pone en peligro su bienestar. Desde esta perspectiva el estrés no es considerado exclusivamente como un evento externo, del cual el sujeto es víctima.

Esta definición de estrés de Lazarus y Folkman se conoce como teoría (o perspectiva) transaccional del estrés, de acuerdo a ella, para que se produzca una respuesta de estrés debe haber condiciones tanto internas como externas y es la relación entre ellas, lo que genera su aparición y características individuales. Esto explica porqué cada individuo puede responder de manera diferente ante un mismo estímulo y según su historia, experiencias y características personales, tender a diferentes interpretaciones y estilos de afrontamiento ante cada situación (Taboada, 1998).

Parte importante en la teoría transaccional de Lazarus y Folkman es el concepto de evaluación cognitiva (*appraisal*). La evaluación es definida como el mediador cognitivo de la reacción de estrés; es un proceso universal mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal (Sandín, 1995).

Las formas de evaluar una situación dan lugar a la clasificación de 3 tipos de estrés psicológico: *daño/pérdida*, *amenaza* y *desafío*; que serán explicados posteriormente.

El modelo de Lazarus define el estrés como un sistema de procesos interdependiente, incluida la evaluación y el afronta-

miento, que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de las respuestas psicológicas y somáticas; este modelo enfatiza el papel activo del individuo ante los procesos de estrés. En este sentido el sujeto no solo decide que es estresante, mediante ciertos procesos perceptivos; sino que además, una vez asumida la fuente de estrés personal, puede transformarla mediante estrategias de afrontamiento (Peñacoba y Moreno, 1999).

Lazarus (2000) afirma que una persona presenta estrés sólo si lo que sucede, impide o pone en peligro el compromiso de una

meta importante y las intenciones situacionales, o viola expectativas altamente valoradas. El grado de estrés esta vinculado con el grado de intensidad de este compromiso y parcialmente con las creencias y las expectativas que crean que pueden ser realizadas o violadas. La definición transaccional del estrés contempla las características ambientales y personales y su importancia relativa; el significado transaccional (o relacional) aporta la otra parte necesaria del proceso del estrés, basado en las valoraciones subjetivas de la importancia personal de lo que está sucediendo.

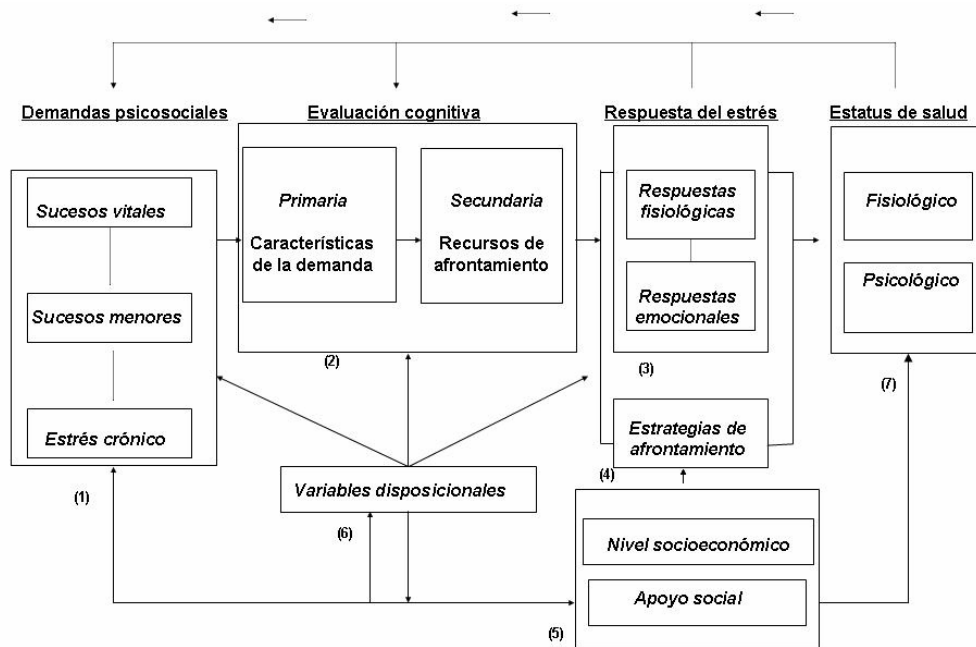


Figura 2: Modelo procesual del estrés Sandín (1999)

Sandín (1999) plantea que debido a que el concepto de estrés es empleado de forma diferente por los autores, la alternativa más adecuada en el momento actual se basa en la consideración del estrés como un proceso, el cual incluye diversos componentes relevantes tales como la evaluación cognitiva (de amenaza, pérdida o desafío), las respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento, los factores moduladores personales y sociales; al considerar el estrés como un proceso, una fuente común de ambigüedad ha sido centrarse en alguna fase del proceso.

Considerando lo anterior, Sandín (1995, 1999) propone un modelo procesual de 7 etapas que se resume en la figura 2.

El modelo presenta en primer lugar las *demandas psicosociales*, que corresponden a los estresores tanto ambientales como psicosociales, en un segundo momento se considera la *evaluación cognitiva*, que se refiere a la valoración que hace el individuo con respecto a la situación, este componente del modelo de Sandín, corresponde a la definición de estrés propuesta por Lazarus y Folkman. Posterior a la evaluación cognitiva se presenta en el modelo la *respuesta de estrés*, que incluye las respuestas tanto fisiológicas como emocionales y conductuales (afrontamiento), producto de la valoración de la situación como estresante o no. Los esfuerzos cognitivos o conductuales que el sujeto hace para hacer frente a las demandas estresantes se refieren a las *estrategias de afrontamiento*, Sandín (1999) indica que es ésta en realidad la última etapa del proceso de estrés; posterior a esta etapa incluye en el modelo procesual del estrés tanto las *variables sociales* como las *disposicionales*, debido a la evidencia reciente de la relación de estas variables con los procesos relacionados al estrés. Y por último, el *estatus de salud*, que es el resultado del proceso de estrés y

dependerá de lo que suceda en las etapas anteriores.

Modelo integrador de estrés y síntomas psicosomáticos

Se considera que el modelo de Sandín es adecuado para explicar el estrés y que retoma los aspectos esenciales a considerar en la investigación relacionada al tema. Basado en dicho modelo y buscando centrarse en el estrés percibido y en los síntomas psicosomáticos, se plantea una alternativa a este modelo (figura 3).

Así como Sandín (1995) utiliza su modelo procesual del estrés, como punto de partida para los análisis de los componentes del estrés, sus interrelaciones y sus mecanismos psicopatológicos, sin pretender aportar un nuevo modelo del estrés que se sume a los muchos ya existentes; el modelo alternativo de la figura 3 es una base para las investigaciones donde la variable central sean los síntomas psicosomáticos y su relación con otras variables como el estrés.

Para el modelo modificado presentado en la figura 3, se consideró la definición de *síntomas psicosomáticos* ya mencionada, los estudios empíricos sobre la relación de estos síntomas con otras variables, y los planteamientos de Lazarus respecto al modelo transaccional del estrés; además del modelo procesual de Sandín.

En la figura 3 se representa que ante los *estresores* (diarios, recientes, crónicos o la combinación de estos), la persona puede o no percibir estrés dependiendo de la valoración que hace de sus recursos (ejemplo: autoestima y autoeficacia), del apoyo con que cuenta (ejemplo: apoyo social) y de la situación (como amenazante, de desafío o de daño/pérdida), además se considera que las variables sociodemográficas (ejemplo: sexo femenino) pudieran estar asociadas a la percepción de estrés y los síntomas psicosomáticos. Una vez que el sujeto percibe

algún nivel de estrés se pueden presentar respuestas a nivel emocional (ejemplo: depresión y ansiedad), conductual (enfrentamiento) y fisiológico (síntomas psicósomáticos). Por último, se plantean relaciones directas entre algunas variables, que han sido comprobadas por estudios empíricos (autoestima y estrés; apoyo social y estrés; depresión y síntomas; ansiedad y síntomas; además de estrés y síntomas).

Es importante mencionar que Lazarus (2000) enfatizaba la dificultad de presentar modelos que fueran generalizables entre

individuos, debido a que se considera al estrés como un proceso idiosincrásico; asimismo, consideremos que la experiencia del síntoma puede variar de una persona a otra, e incluso en la misma persona de un momento a otro (Rodríguez, 2001). No obstante, Peñacoba y Moreno (1999) enfatizan la necesidad de elaborar posibles modelos e instrumentos que dentro de esa variabilidad individual, permitan describir, explicar y predecir los procesos de salud-enfermedad y el papel de las variables psicosociales en los mismos.

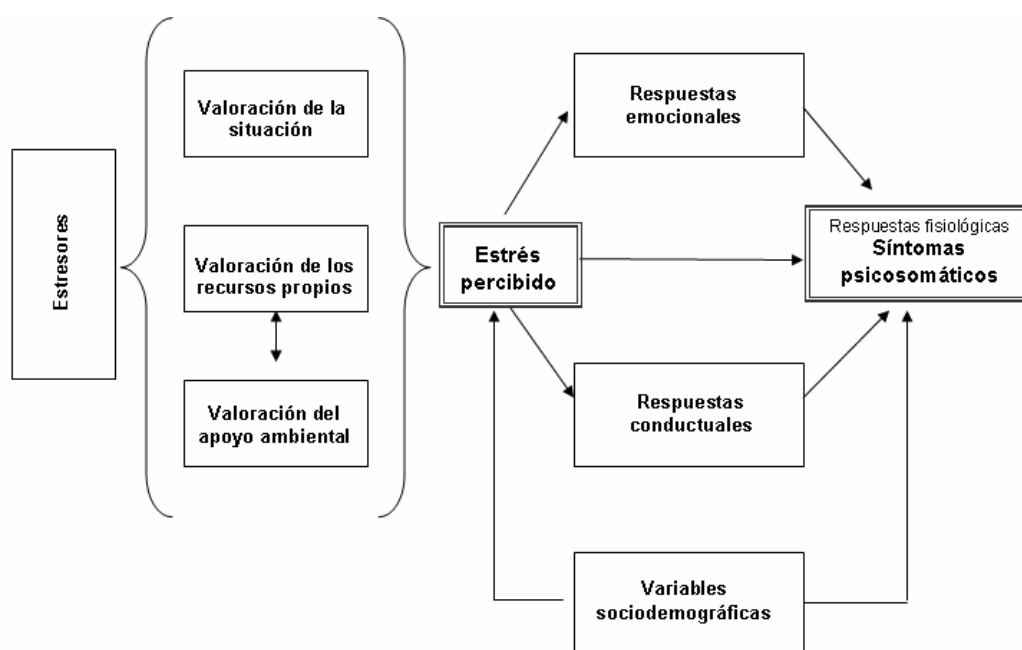


Figura 3: Modelo explicativo del estrés y los síntomas psicósomáticos

A continuación se definen cada uno de los elementos del modelo presentado en la figura 3, cabe aclarar que existen otras variables relacionadas tanto al estrés como a los síntomas psicósomáticos, que pudieran incluirse en recursos personales, variables sociodemográficas o en otras partes del modelo, tales como neuroticismo, afecto negativo (Costa y McCrae, 1987) o alexi-

timia, por mencionar algunas; sin embargo, sólo se presentan ejemplos de las variables que pudieran analizarse en cada parte del modelo.

Estresores

El inicio del proceso de estrés se plantea cuando el individuo se enfrenta a un estre-

sor. Pudiendo ser éste un suceso vital, un suceso menor, estrés crónico o la combinación de ellos. Los sucesos o eventos vitales se definen como circunstancias que requieren un ajuste por parte de los individuos debido fundamentalmente a cambios en su entorno (Peñacoba y Moreno, 1999). Los sucesos vitales son considerados habitualmente como acontecimientos no planificados o imprevistos, perjudiciales física o psicológicamente. Generalmente se trata de sucesos inevitables y las personas que los sufren no suelen disponer de tiempo adecuado para su prevención o para prepararse a enfrentarlos (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002).

La investigación basada en los sucesos vitales no se centra en un suceso concreto, sino en la acumulación de varios sucesos ocurridos habitualmente durante los dos o tres últimos años, éste fenómeno se conoce habitualmente como estrés reciente (Sandín, 2003). Los sucesos vitales son estresores cuando son percibidos como un aspecto saliente y molesto en la calidad de vida de la persona. Esta concepción del estresor enfatiza la experiencia individual subjetiva (Peñacoba y Moreno, 1999).

Al considerar la relación de los sucesos vitales con la salud, éstos pueden ser entendidos como factores predisponentes o precipitantes. Los factores predisponentes están generalmente constituidos por sucesos ocurridos durante la infancia (maltrato infantil, pérdida de algún padre, entre otros); mientras que los factores precipitantes son más bien cambios vitales recientes, normalmente ocurridos durante los dos últimos años (por ejemplo, separación matrimonial, pérdida del empleo, despido laboral, por mencionar algunos) (Sandín, 2003).

Un tipo de estrés social que ha sido investigado más recientemente es el denominado estrés diario o sucesos menores, que se encuentra en un camino intermedio entre

el estrés reciente (es decir, el estrés por sucesos vitales) y el estrés crónico (que se define posteriormente) (Sandín, 1999). El estrés diario se caracteriza por su mayor frecuencia y ha sido sugerido como más estrechamente relacionados a la salud mental y física, que los sucesos mayores (Sandín et al., 2002).

Los sucesos vitales suelen diferenciarse de otros estresores sociales más recurrentes y duraderos, que actualmente se definen como estrés crónico (Sandín, 2003). Los estresores sociales crónicos consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que la mayor parte de la gente encuentra en sus vidas diarias; muchos de estos estresores crónicos se relacionan con los principales roles sociales, por ejemplo dificultades en el trabajo, problemas de pareja o complicaciones en las relaciones entre padres e hijos.

Cabe aclarar que cada población pudiera tener estresores específicos, por lo que en las mediciones utilizadas, deben tomarse en cuenta los cuestionarios de auto-informe diseñados para cada grupo, por ejemplo el Cuestionario de Estrés de Árbitros de Fútbol de Alonso-Arbiol, Falcó, López, Ordaz y Ramírez (2005), o bien, el cuestionario desarrollado por Peñacoba y Moreno (1999), para estresores de los universitarios.

Tanto los sucesos vitales como los sucesos menores y el estrés crónico, se consideran estresores dentro del modelo planteado en la figura 3. Los estresores han sido relacionados con la sintomatología psicósomática, por ejemplo Sandín et al. (2002) encontraron una correlación positiva entre el estrés diario y los síntomas, así como entre los sucesos vitales y los síntomas; además, ambos predicen la sintomatología somática.

Valoración de la situación: daño-pérdida / amenaza / desafío

El estrés psicológico se relaciona a la importancia o significado que la persona da a lo que está sucediendo y lucha activamente para manejar el estrés (Lazarus, 2000). Así, Lazarus considera que la valoración de la situación puede ser *de beneficio*, lo que no desencadenaría el proceso de estrés; o de *daño/pérdida*, *amenaza* y *desafío*, que darían lugar a estrés psicológico. *Daño/pérdida* se refiere a una pérdida que ya se ha producido, *amenaza* se relaciona con un posible daño o pérdida y *desafío* se refiere a una dificultad que puede ser superada con entusiasmo y confianza en uno mismo (Lazarus, 2000).

Valoración de los recursos propios

Respecto a los recursos propios, Sandín (1999) considera que las variables personales y sociales son moduladoras del estrés; menciona entre estas variables la alexitimia, la afectividad, el apoyo social y el estatus socioeconómico. Lazarus (2000) afirma que cuando la carga ambiental excede substancialmente a los recursos de la persona, se produce una relación estresante; asimismo indica que en el estrés psicológico, la comparación se produce entre el poder de las demandas ambientales para dañar o amenazar y los recursos de la persona para manejarlas; si los recursos de la persona son equivalentes o exceden a las demandas, la persona se enfrenta a una situación carente de estrés, pudiendo presentarse aburrimiento o tedio. En el modelo de la figura 3 se toman como variables personales la autoestima y la autoeficacia, que han sido asociadas al estrés. Las variables sociales se abordan en el siguiente apartado.

Se define autoestima como la evaluación que hace la persona de sí misma (Branden, 2001; Paz, 1987, en Buena, Fernández y Carrasco, 1997). Se ha identificado que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en

vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia (Lundgren, 1978 en Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993). En muestras mexicanas Landero y González (2002, 2004) encontraron una relación negativa entre autoestima y estrés.

Por otro lado, Lazarus (2000) considera que la autoeficacia es una de las características que ayudan a resistirse a los efectos perjudiciales del estrés. Dentro de la teoría cognitivo social, Bandura (1977) concibe la autoeficacia como la creencia en la propia capacidad para realizar un comportamiento determinado. Bandura (1986) menciona que los juicios que un individuo realiza sobre su propia capacidad son muy similares a los resultados específicos que se pueden observar y que esos juicios son una buena herramienta para predecir y explicar los resultados conductuales, ya que son normalmente el tipo de juicios que el individuo utiliza cuando se enfrenta a las tareas a realizar.

La valoración de los recursos propios también repercute en la respuesta emocional del individuo. Lazarus (2000) indica que el estrés es particularmente poderoso cuando el individuo debe enfrentarse a demandas que no pueden ser satisfechas fácilmente. Por otro lado, Greenberg et al. (1992, en Lazarus 2000) han demostrado que la autoestima reduce la ansiedad ante un estresor.

Para el modelo de la figura 3, solo se retoman la autoestima y la autoeficacia, como recursos personales; sin embargo, se acepta que existen otras variables a considerar dentro de los recursos personales que pudieran estar involucrados en el proceso.

Valoración del apoyo ambiental

Como apoyo ambiental se considera el apoyo social, en el modelo se habla de valoración del apoyo social, por lo que se trata de apoyo social percibido y no apoyo social material. Existe una diversidad de definiciones y perspectivas en el estudio del apoyo social; en algunas de ellas se resaltan los aspectos estructurales de las redes sociales, ofreciendo definiciones del mismo basadas en la existencia, cantidad y propiedades de las relaciones sociales que mantienen las personas. Frente a éstas, se subrayan los aspectos funcionales del apoyo social, centrándose en este caso en el tipo de recursos aportados por los lazos sociales y las funciones que cumplen, destacando diversas dimensiones o aspectos del mismo, como el apoyo emocional, de estima y material (Barrón, 1990a, en Barrón, 1996).

Desde la perspectiva funcional, en la definición de apoyo social se acentúan las funciones que cumplen las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales del mismo. Es importante distinguir, entre los recursos que se intercambian en esas transacciones y las funciones que cumple el apoyo. Respecto a las funciones que cumplen dichos intercambios, se destacan tres funciones: la provisión de apoyo emocional, material e informacional (Barrón, 1996).

El apoyo social, es un factor sociocultural relacionado con el estrés y que además se ha identificado como una variable amortiguadora del mismo (Cohen, 1988). El punto de partida de los teóricos que defienden este efecto amortiguador, se basa en la capacidad que podría tener el apoyo social para disminuir la evaluación de una situación como estresante mediante la provisión de soluciones al problema, reduciendo la importancia con que se percibe la situación, disminuyendo la respuesta del siste-

ma neuroendocrino y facilitando de esta manera que la gente sea menos reactiva ante el estrés percibido (House, 1981). La relación directa del apoyo social con el estrés, ha sido demostrada en estudios empíricos; Landero y González (2004) encontraron una relación negativa entre ambas variables.

Estrés percibido

El concepto de estrés percibido es retomado de Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983), quienes indican que los planteamientos hechos por Lazarus hasta ese momento, no habían sido acompañados de medidas validadas de estrés percibido; así, crean la Escala de Estrés Percibido (*Perceived Stress Scale: PSS*) como una medida del grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes. Por lo tanto, esta escala, refleja la definición de estrés psicológico planteada por Lazarus y Folkman (1984), lo cual fue confirmado por S. Folkman en comunicación personal (Julio de 2005).

En el modelo de la figura 3, el estrés percibido sería el resultado de enfrentarse a uno o varios estresores y valorar esa situación como estresante (amenaza o daño/pérdida) y desbordante de los recursos del individuo en cuestión; la valoración de los recursos incluye la valoración de recursos propios (autoestima y autoeficacia) y la valoración del apoyo ambiental (apoyo social).

Variables sociodemográficas

Las condiciones sociales (organización social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, género, etc.) pueden estar implicadas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes (Sandín, 2003).

Respecto al sexo Cronkite y Moos (1984), indican que las mujeres pueden ser

psicológicamente más susceptibles a los efectos estresantes cotidianos que los hombres. En estudiantes Hudson y O'Regan (1994) citan estudios donde se han encontrado niveles más altos de estrés en las mujeres. Lo mismo fue detectado por Miguel-Tobal et al. (1998), Amat et al. (1990) y González y Landero (2006). En lo referente al nivel socioeconómico, Sandín (1999) considera que es una de las variables moduladoras del estrés.

Respuestas emocionales

Lazarus (2000) considera que el estrés es interdependiente con las emociones; es decir, si hay estrés hay emociones y en algunos casos esta relación es la inversa también, es decir, cuando las emociones están presentes a menudo también se produce el estrés. Asimismo, indica que como mínimo hay 15 variedades diferentes de emociones. Las emociones que plantea Lazarus son: ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, alivio, esperanza, tristeza, felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión. Cada una dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa y el modo en que lo maneja dicha persona (Lazarus, 2000). Por otro lado, Sandín (1999) considera la depresión y la ansiedad como respuestas emocionales ante el estrés. Estas 2 emociones se retoman en el modelo, ambas han sido relacionadas al estrés y los síntomas psicósomáticos.

La depresión es considerada por Lazarus (2000), como una emoción estrechamente unida a la tristeza y resultado de una sensación de indefensión sobre la restauración de una vida que valga la pena, después de una pérdida importante.

Tal vez la teoría más difundida sobre la depresión es la de Beck (1976), quien considera que es un desorden del pensamiento y que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de

patrones cognitivos negativos. Beck (en Tyson y Range, 2003) establece que una razón por la que el individuo desarrolle patrones cognitivos negativos es la experiencia de una gran pérdida, en el momento en que ésta resulta abrumadora para la persona. Así, si la proporción de demandas es muy superior a la de los recursos, la persona se siente indefensa para manejar las demandas a que está expuesta, y esto puede provocar depresión, o bien sentimientos de pánico o desesperanza (Lazarus, 2000).

Respecto a la ansiedad, Lazarus (2000) indica que es un estado de incomodidad vago, difuso, continuo y anticipador, menciona que es una emoción propia del estrés, y es más propensa a aparecer y a ser intensificada cuando la persona no confía o confía poco en su propia capacidad para manejar el mundo con efectividad (autoeficacia).

Respuestas conductuales: afrontamiento

El afrontamiento es una variable que indiscutiblemente va ligada al estrés. Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como las estrategias creadas para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones estresantes. En otras palabras, el afrontamiento es un proceso psicológico, que se pone en marcha cuando en el entorno se producen cambios no deseados o estresantes, acompañados de emociones negativas, tales como ansiedad, miedo, ira, hostilidad, desagrado, tristeza, desprecio, desesperación, entre otras (Fernández-Abascal, 1997).

En términos generales, el concepto de afrontamiento hace referencia tanto a los esfuerzos cognitivos y conductuales que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés (Sandín, 1995). Así, el individuo utiliza diversas formas de afrontamiento para tratar con el estrés, algunas pueden ser adaptativas, mientras que otras no lo son (Sandín y Chorot, 2003).

Respuestas fisiológicas: síntomas psicósomáticos

Como variable central a considerar en el modelo de la figura 3, se encuentran los síntomas psicósomáticos, que como ya se mencionó se refieren a dolencias físicas en las que los procesos emocionales y factores psicológicos, como el estrés, pueden jugar algún papel.

Conclusiones

El modelo presentado, se propone como una síntesis de la información analizada sobre investigaciones enfocadas a explicar o valorar los síntomas psicósomáticos. Se base en el modelo procesual de estrés de Sandín (1995, 1999), incluyendo el estrés percibido entre las fases 2 y 3 del modelo de Sandín (evaluación cognitiva y respuesta del estrés); por otra parte, se considera de relevancia el apoyo social percibido como uno de los aspectos que pueden influir en la menor percepción de estrés (Landero y González, 2004); por último, dado que el énfasis es explicar los síntomas psicósomáticos, el modelo de la figura 3 termina en ese elemento y no se incluye la séptima etapa del modelo procesual de estrés, sin que esto deba considerarse como

un rechazo a su inclusión en el proceso de estrés.

Para la investigación relacionada a los síntomas psicósomáticos, debe tomarse en cuenta que éstos se refieren a síntomas físicos en los que es probable que existan factores psicológicos, como el estrés, que estén relacionados a su inicio, mantenimiento o agravamiento, y que pueden ser síntomas como los incluidos en el *Patient Health Questionnaire (PHQ)*, diseñado por Kroenke, Spitzer y Williams (2002), entre los que se encuentran: dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza, pecho, vértigos, falta de aire, estreñimiento, indigestión, etc.

Así, a pesar de que el modelo presentado aun se encuentra en fase de verificación empírica, ya que éste trabajo forma parte de uno más amplio, en el cual se buscará comprobar o refutar mediante Ecuaciones Estructurales, el modelo de la figura 3, pensamos que puede ser útil para otros investigadores interesados en áreas afines al estrés y los síntomas psicósomáticos, por lo que ponemos a su consideración la evaluación del modelo.

<p>Artículo recibido: 19-09-2005 aceptado: 16-02-2006</p>

Referencias bibliográficas

- Alonso-Arbiol, I., Falcó, F., López, M., Ordaz, B. y Ramírez, A. (2005). Development of a questionnaire for the assessment of sources of stress in Spanish soccer referees. *Ansiedad y estrés*, 11 (2-3), 175-188.
- Amat, V., Fernández, C., Orts, I., Poveda, M., Romá, M. y Ribera, D. (1990). Estrés en estudiantes de Enfermería. *ROL Revista de Enfermería* 140: 75-78.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Am Psychiatric Assn.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. España: Siglo XIX.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Branden, N. (2001). *La psicología de la autoestima*. México: Paidós.

- Buela, G; Fernández, L. y Carrasco, T. (1997). *Psicología Preventiva*. Madrid: Pirámide.
- Cardenal, V. y Oñoro, I. (1999). Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer *Psicología.COM*, 3 (2). Consultado en Agosto 18 de 2004. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_9.htm
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical diseases. *Health Psychology*, 7 (3), 269-297.
- Cohen, S., Kamarak, T. y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of health and social behaviour*, 24, 385-396.
- Costa, P. y McCrae, R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging: When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, 40, 19-28
- Costa, P. y McCrae, R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Cronkite, R. y Moos, R. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25: 372-393.
- De Gucht, V. y Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43 (1), 1-9.
- De Gucht, V. y Maes, S. (2005). Explaining medically unexplained symptoms: toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 349-352.
- Epstein, R., Quill, T. y McWhinney, I. (1999). Somatization Reconsidered: Incorporating the patient's experience of illness. *Archives of Internal Medicine*, 159 (3), 215-222
- Europapress (2004, 22 diciembre). Dos de cada diez personas sufrirán a lo largo de su vida al menos un trastorno relacionado con problemas psicosomáticos. Revisado en Diciembre 24 de 2004. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/noticias/psicosomatica/20564/>
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En Fernández-Abascal, E., Palmer, C., Chóliz, M. y Martínez, F. (eds.) *Cuadernos y prácticas de motivación y emoción*. España: Pirámide.
- González, M. y Landero, R. (2006). Síntomas psicosomáticos autoinformados y estrés en estudiantes de Psicología. *Revista de psicología social*, 21 (2), 141-152.
- Gureje, O., Simon, G., Ustun, T., Goldberg, D. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in Primary Care. *The American Journal of Psychiatry*, 154, (7), 989-995.
- Hassig, A; Liang Wen-Xi y Stampfli, K. (1996). Stress-induced suppression of cellular immune reactions. A contribution on the neuroendocrine control of the immune system. *Medical Hypothesis*, 46, 551-555
- Holloway, K. L. y Zerbe, K. J. (2000). Simplified approach to somatization disorder: when less may prove to be more. *Postgraduate Medicine*, 108 (6), 89-95.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. USA: Publishing, M. A. Addison-Wesley.
- Hudson, S. y O'Regan, J. (1994). Stress and the graduate psychology student. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (6), 973-977.
- Kirmayer, L., Groleau, D., Looper, K. y Dominicé, M. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (10), 663-671
- Kooiman, C., Bolk, J., Brand, R., Trijsburg, R., Rooijmans, H. (2000). Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? *Psychosomatic Medicine*, 62, 768-778.
- Kroenke K, Spitzer RL, y Williams, J. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258-266.
- Landero, R. y González, M. (2002). Determinantes psicosociales del estrés en amas de casa. *Psicología y Salud*, 12 (2), 279-288.
- Landero, R. y González, M. (2004). Variables psicosociales como predictor de la salud en mujeres. *Revista de Psicología Social*, 19 (3), 255-264.
- Lara, M., Verduzco, M., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2), 247-255.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Leza, J. (2005). Mecanismos de daño cerebral inducido por estrés. *Ansiedad y estrés*, 11 (2-3), 123-140.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friss, R., Hofler, M., Tholen, S. y Wittchen, H. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry*, 17 (6), 321-331
- Lipowski, Z. (1988) Somatization: the concept and its clinical approach to the somatizing patient.

- The American Journal of Psychiatry*, 145 (11), 1358-1368.
- Lipsane, T., Saarijävi, S. y Lauerma, H. (2004). Exploring the Relations between Depression, Somatization, Dissociation and Alexithymia-Overlapping or Independent Constructs? *Psychopathology*, 37 (4), 200-206
- Matad, M. y Bethencourt, J. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (1), 91-106.
- Mayou, R., Kirmayer, L., Simon, G., Kroenke, K. y Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162 (5), 847-855.
- Miguel-Tobal, F., Martín-Díaz, M. y Fernández, C. (1998). Evolución y diferencias en los componentes de ansiedad en alumnos de odontología. *Psicología.com*, 2 (1). Consultado en Diciembre 14 de 2004. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/artic_2.htm
- Natvig, G., Albrektsen, G., Aderssen, N. y Qvarnstrom, U. (1999). School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents; *The Journal of School Health*, 69 (9), 362-368.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1999). La escala de estresores universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos de poblaciones específicas. *Ansiedad y estrés* 5, (1), 61-78.
- Rodado, J. y Barcia, D. (2003). El cáncer como enfermedad psicósomática. Aspectos psicoinmunológicos. *Anales de Psiquiatría*, 17 (1), 13-21
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, A., Gutiérrez, M., Escudero, S., López, B., González, M. y Castañeda, B. (2005). Grado de utilización de los recursos sanitarios y formas de presentación de los trastornos somatomorfos en atención primaria. *Ansiedad y Estrés*, 11 (1), 1-6.
- Ruchkin, V., Eisemann, M. y Hägglöf, B. (2000). Coping styles and psychosomatic problems: Are they related? *Psychopathology*, 33 (5), 235-239
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicósomático*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 141-157.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 39-54.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. y Jiménez, M. (1995). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 402-469). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. y Valiente, R. (2002). Estrés y salud: relación de los sucesos vitales y el estrés diario con la sintomatología somática y la enfermedad. *Ansiedad y estrés*, 8 (1), 73-87.
- López, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (2), 73-93.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1996). *Psicología Anormal: el problema de la conducta inadaptada* (7ª ed.) México: Editorial Prentice Hall Hispanoamericana.
- Segerstrom, S. y Miller, G. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological bulletin*, 130 (4), 601-630.
- Stone, J., Colyer, M., Feltbower, S., Carson, A. y Sharpe, M. (2004). "Psychosomatic": A systematic review of its meaning in newspaper articles. *Psychosomatics*, 45 (4), 287-290.
- Taboada, M. L. (1998). Eventos traumáticos y reacciones de estrés: identificación y manejo en una situación de desastre natural. *Psiquiatría.com*. Revista Electrónica. Vol. 2 (4). Revisado el 31 marzo 2000. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_7.htm
- Tyson, G. y Range, L. (2003) La Depresión: Comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista. *The Gestalt Journal*, 4 (1) Revisado el 2 de abril de 2004. Disponible en: http://www.artefinal.com/itg/doc/depresion_a.rtf
- Viñas, F. y Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios. *Psicología.com*, 4 (1) Revisado el 26 de marzo del 2002. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol4num1/art_5.htm
- Wimbush, F. y Nelson, M. (2000). Stress, psychosomatic illness and health. En V. Hill (Ed.). *Handbook of stress, coping and health*. (pp 143-174). Londres: Sage.