



# Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad

**Cristina Di Silvestre.** Master of Sciences. McMaster University. Canada. Profesora Departamento de Sociología. Universidad de Chile.

In the present paper, a sociocultural perspective will be introduced to help explain the somatization phenomenon. Somatization is seen as one of the most frequent and problematic issues that faces physicians in primary health care. Somatization implies a discrepancy between the definition of the problem from the observer's point of view (e.g., the doctor) and the patient who experiences the pain (or other symptom) and discomfort in the body. The concept of illness behaviour as a subjective experience (meaning, cognition and coping), will be discussed; this concept illuminates the patient's point of view about his/her problem.

## **Somatización: Conceptualización**

La somatización se considera como uno de los más frecuentes y problemáticos fenómenos que encaran los médicos a nivel de atención primaria. Es un término genérico que incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo los cuales, a veces, aún cuando no existe evidencia médica de los mismos, el paciente erróneamente lo atribuye a una enfermedad orgánica (Bass 1990).

La magnitud del problema ha sido estimada a través de estudios de consultas hechas a médicos en la Atención Primaria. Estos estudios muestran una fuerte asociación entre somatización y el uso recurrente de los servicios de salud. En estos estudios la proporción de pacientes con quejas somáticas, pero en los cuales no se ha encontrado causa orgánica alguna se ubican en un rango entre un 10% a un 30% del total de consultas (Kessel 1960, Bridges y Golberg 1991, Kirmayer y Robbins 1991, Castro 1992)).

El concepto de somatización fue primero usado en el pensamiento psicoanalítico por Stekel (Kellner 1991) en los comienzos del presente siglo para referirse a un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa natural no permiten la expresión de la ansiedad y, en su lugar, sólo es posible una «expresión visceral», impidiendo la manifestación de la ansiedad experimentada conscientemente por el individuo (Lipowski 1988).

Algunos autores plantean que existe una coincidencia entre este concepto y otros usados en los trabajos teóricos de la psiquiatría. Por ejemplo Escobar y otros (1987) indicó que la somatización y la hipocondría contenían dimensiones comunes. También Kellner (1990) mencionó que en la literatura sobre el fenómeno no es clara la distinción entre el desorden de conversión y la enfermedad psicósomática. La revisión de la literatura muestra que la somatización es percibida como algo que ocurre frecuentemente en la atención primaria. Además ha existido una preocupación permanente entre los psiquiatras en su intento de llegar a una demarcación teórica y empírica del fenómeno con el fin de manejarlo adecuadamente.

Las definiciones conceptuales contenidas en la literatura muestran la existencia de un consenso en relación a algunas dimensiones que son parte del concepto. Lipowski por ejemplo, define la somatización como «una tendencia a experimentar y comunicar tensión somática y síntomas no establecidos en los hallazgos patológicos, a atribuir estos síntomas a una enfermedad física y ha buscar ayuda por ellos» (1988:1358). El mismo autor presenta un enfoque comprehensivo para definir somatización que incluye tres aspectos básicos: el aspecto experiencial, es decir cómo el paciente percibe y subjetivamente reconoce el dolor; un aspecto cognitivo que se refiere a como el individuo define e interpreta los síntomas como siendo o no serios; y finalmente un aspecto conductual, cómo el



paciente reacciona al dolor, los cursos de acción que el/ella llevan a cabo para manejarse con el dolor y cómo el/ella lo comunica.

Escobar y otros (1987:713) definen al somatizador como un individuo que repetidamente exhibe importantes quejas sugiriendo una enfermedad física, pero para las cuales se carece de una explicación médica.

Enfatizando el componente emocional del fenómeno de la somatización, Craig y Boardman (citados en Bass 1990) plantean que los desordenes del ánimo estimulan la percepción de los síntomas somáticos y empujan al individuo a buscar ayuda médica. Pareciera que factores emocionales tienen una influencia importante sobre la regularidad e intensidad de los nuevos episodios.

Kirmayer y Robbins (1991:1) mencionan que somatización es un término usado para referirse a aquellas situaciones clínicas en las cuales «los pacientes se presentan clínicamente con síntomas exclusivamente somáticos a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o estrés emocional demostrable». Al respecto se ha indicado que la somatización implica «formas de patología que tienen implicaciones psicológicas y psiquiátricas» (Fabrega 1990:653).

Todas las definiciones convergen en el hecho que la somatización es un fenómeno que ocurre cuando un paciente repetidamente busca cuidado médico, se queja de algún problema somático y no siempre existe una evidencia biológica de alguna enfermedad orgánica o patológica. La naturaleza de las causas parecen ser básicamente emocional, social o psiquiátrica. A este respecto el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-III-R) en la descripción de los desórdenes somatoformes puntualiza que existen características centrales en estos desórdenes, «evidencia positiva o una fuerte presunción de que los síntomas están vinculados a factores o conflictos psicológicos» (Asociación Americana de Psiquiatría 1987:255).

La revisión de la literatura, tanto teórica como aquella basada en hallazgos de investigación claramente sugiere que la somatización es un fenómeno complejo que incluye un patrón de búsqueda de ayuda médica. Una única teoría no puede explicar o dar una comprensión completa del fenómeno en su conjunto.

Las siguientes son las situaciones diferentes en las cuales el concepto es aplicado:

-Puede estar presente en sujetos quienes no tienen alguna enfermedad ni psiquiátrica ni orgánica, pero necesitan somatizar su estrés emocional como un medio de manifestarlo y demandando apoyo al mismo. En este caso la somatización se considera un mecanismo para manejarse con los hechos estresantes de la vida. Existen diferentes definiciones para el concepto de somatización, los cuales al ponerse juntos asumen la existencia de dificultades psicológicas y de vida como estresores de la experiencia de enfermedad. Los síntomas somáticos no son poco comunes en la población, pero la característica distintiva de la somatización reside en la frecuencia, severidad y persistencia de las presentaciones hechas por los pacientes.

-La somatización esta presente en el caso de una evidente enfermedad orgánica. Este término es aplicado cuando el paciente tiene una enfermedad orgánica verificable, pero amplifica los síntomas somáticos.

-En casos en los cuales, dado que la enfermedad está en su etapa inicial, ésta no puede ser diagnosticada y no existe una evidencia médica de la existencia de un problema orgánico aunque el individuo manifiesta molestias somáticas.

-Somatización como un desorden psiquiátrico «disfrazado» (por ejemplo depresión o ansiedad). Los individuos buscan ayuda médica repetidamente quejándose primariamente de síntomas somáticos y más tarde son diagnosticados como teniendo un desorden psiquiátrico. Los síntomas somáticos son una parte prominente de un desorden afectivo y el síntoma podría ser generalizado o localizado (Kirmayer 1985).



**Cuadro 1. Diferentes Aplicaciones del Concepto Somatización**

Somatización			
Ausencia de enfermedad orgánica. Expresión de problemas vitales	Desorden psiquiátrico oculto	Amplificación de enfermedad orgánica	Inicio de alguna enfermedad orgánica

La complejidad de la somatización dado que se trata de un fenómeno no específicamente médico en naturaleza, sino moldeado socioculturalmente, requiere un amplio enfoque, en los cuales las quejas son vistas como emergiendo de las múltiples interacciones entre los sistemas biológico y los sistemas psicológico, psicosocial, social y cultural.

#### **Somatización y el «Percibirse Enfermo»**

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 (Osterweis, Kleinman, Mechanic 1987). Como parte de los sistemas de significados y normas sociales, el «sentirse enfermo» está fuertemente influido por la cultura (Kleinman, Eisenberg y Good 1978).

La conducta del individuo quien repetidamente va al servicio médico buscando asistencia puede ser analizada y comprendida en un enfoque más holístico si las quejas somáticas son consideradas como conductas que resultan del «sentirse enfermo». Básicamente el proceso de búsqueda de cuidado médico está caracterizado por la auto-percepción, la definición y las ideas y creencias sostenidas por los individuos de lo que está ocurriendo en sus cuerpos.

El «sentirse enfermo» es un concepto sociológico y antropológico desarrollado por Mechanic (1960, 1962, 1972, 1995) para ser aplicado al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad. Mechanic define el «sentirse enfermo» como «las formas en las cuales determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas» (Mechanic 1960). Como Mechanic apunta (1978) diferentes patrones de «sentirse enfermo» pueden ser considerados desde dos puntos de vista que se complementan mutuamente: como producto de experiencias sociales y culturales y aprendizaje y como parte de un proceso de «hacer frente» en el cual el «sentirse enfermo» es un sólo aspecto de un repertorio de competencias que cada individuo realiza en orden a darle sentido y hacer más manejables experiencias nuevas e inestables.

Antes de ampliar la conceptualización del «sentirse enfermo» es necesario definir la palabra enfermedad. Enfermedad es un concepto que proviene de la ciencia biomédica y se refiere al mal funcionamiento de procesos psicofisiológicos y biológicos y a deformaciones anatómicas objetivas (Ford 1983; Kleinman, Eisenberg y Good 1978). Los médicos buscan una explicación orgánica de la enfermedad basados en este concepto biomédico. Este enfoque es limitado dado que excluye condiciones en las cuales, aunque no existe problemas orgánicos evidentes, los pacientes continúan sintiéndose mal y persisten en la búsqueda de atención médica. Este es el caso de los pacientes rotulados somatizadores quienes se perciben estando enfermos, teniendo un problema físico u orgánico. Esto significa que la enfermedad evaluada médicamente es sólo un aspecto de malestar del cuerpo. Como lo ha planteado Ford (1983) es la experiencia de la enfermedad que lleva a la persona a la búsqueda de un médico.

Los conceptos de «sentirse enfermo» y «enfermedad evaluada médicamente» son componentes importantes en el contexto de la salud aunque no siempre son contingentes: puede existir la evidencia médica de la enfermedad, pero el paciente sentirse bien y no tomar en consideración el consejo y prescripciones médicas y continuar llevando a cabo sus actividades normales. Esto es lo que Helman (1984) denominó «enfermedad definida médicamente sin enfermedad percibida subjetivamente» (disease without illness) en la cual los exámenes encuentran anomalías orgánicas, pero el paciente no se siente «enfermo». Cuando esto último es el caso, el tratamiento médico no es exitoso debido a las diferencias entre el enfoque médico y el modelo subjetivo del paciente acerca de lo que le ocurre. Por otro lado es posible encontrar «enfermedad percibida subjetivamente sin enfermedad definida médicamente»; esta es, en algunos casos, la situación del recurrente somatizador de quien puede no existir un



examen médico que muestre la existencia de algún problema orgánico, pero quien continua experimentando una enfermedad discapacitante (Quill 1985). Consecuentemente, es posible decir que no siempre existe una correspondencia uno a uno y una relación consistente entre una cantidad demostrable de enfermedad y la tensión subjetiva experimentada por el paciente. Uno podría sugerir que en el caso de los pacientes recurrentes somatizadores no se encuentran satisfechos con el tratamiento recibido o hay algo que ellos buscan (por ejemplo, apoyo afectivo) que no se logra alcanzar a través de las visitas continuas al servicio médico.

La discrepancia entre la percepción subjetiva de la enfermedad y la evaluación médica de la misma puede causar una falta de compromiso, el abandono del tratamiento o visitas recurrentes a la consulta médica toda vez que el paciente no esta satisfecho con el tratamiento aun cuando el médico ha querido darle confianza.

La misma enfermedad puede crear reacciones subjetivas diferentes y dificultades funcionales (Barsky 1979; Katon y otros 1983). Esto significa que «estar» y «sentirse» bien es más que tener o no tener una enfermedad orgánica específica. Pareciera que, en el caso particular de algunos pacientes somatizadores, la sola anormalidad es la intensidad en sí misma de las quejas y el rechazo del paciente a aceptar la confianza del médico y las explicaciones de que no existe enfermedad alguna.

La experiencia subjetiva de enfermedad está influida por factores socioculturales; es el contexto sociocultural en el cual el sujeto vive que le da guías en términos de que hacer cuando siente dolor o disconformidad, de cómo expresar estos sentimientos verbalmente y no-verbalmente, de quién requerir ayuda y de lo que se espera de los roles y normas que deberían ser tomadas en cuenta para comportarse de acuerdo a las prescripciones de la cultura. En este sentido cada cultura tiene su propio «lenguaje del dolor»; en algunos grupos se espera una expresión emocional del dolor y la disconformidad, pero en otros lo puesto es el caso (Kleinman 1982,1986). Existe evidencia que en algunos contextos socioculturales la somatización entendida como la expresión aprendida de problemas psicosociales en el lenguaje del cuerpo y la disconformidad que resulta de estos problemas está socioculturalmente sancionada. El uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas diarios (con la pareja, hijos, trabajo, desempleo, adicción a las drogas, abuso sexual y otros) no sólo es un método aceptable, sino que al mismo tiempo es la forma más efectiva de obtener ayuda. La somatización llega a ser una conducta normal y el modo creado y positivamente sancionado por el grupo en el intento de adaptar el sí mismo al medio ambiente sociocultural.

Existe una definición social y cultural de los síntomas en cada contexto sociocultural en el cual cada ser humano vive. Esta definición es aprendida a través del proceso de socialización. Durante este proceso cada persona es enseñada acerca de las posibles causas de las enfermedades, las expectativas de rol de su familia y de los proveedores de salud y las normas sociales que definen su conducta en la situación de enfermedad.

### **La Cognición Subjetiva de la Enfermedad**

La búsqueda de ayuda médica, la cual resulta de la experiencia de sentirse enfermo, es la fase última del proceso global de la experiencia subjetiva de la enfermedad. Este proceso comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo; existe un darse cuenta que algo está ocurriendo en una forma que no es familiar y que es interpretada de acuerdo al marco de referencia del funcionamiento individual (Mechanic, Kleinman y Osterweis 1987). En este proceso cognitivo son interpretados los síntomas del cuerpo y el individuo le atribuye a ellos significados específicos (McHugh y Vallis 1985).

Helman (1984) se refiere a ocho experiencias subjetivas en el proceso de llegar a enfermar: 1) cambios percibidos en el cuerpo (por ejemplo pérdida de peso), 2) cambios en el funcionamiento normal esperado del cuerpo (ej. períodos menstruales más cortos o más largos), 3) emisiones del cuerpo inusuales (esputo), 4) cambios en el función límbica (ej. parálisis), 5) alteraciones en los principales sentidos (ej. falta de olfato), 6) síntomas físicos no confortables (ej. dolor de espalda), 7) estados afectivos inusuales (ej. depresión, rabia) y 8) alteraciones conductuales en la relación con otros (ej. conflictos frecuentes con la pareja).



La interpretación y significado que el individuo le atribuye a los síntomas o malestares son influidos por diferentes variables tales como las experiencias previas personales con el síntoma, las experiencias familiares o de otros significativos, modelos aprendidos, creencias y normas sociales. Todos estos factores no sólo influyen en la percepción del individuo, sino al mismo tiempo moldean cómo reaccionará a los síntomas como resultado de su proceso cognitivo.

Kleinman (1980) introdujo el término «modelo explicatorio» para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por aquellos implicados en el proceso clínico.

### Cuadro 2. Influencias Culturales y Sociales: Llegar a Enfermarse como un Proceso Socio-Cultural

<b>Contexto Social.</b> Socialización (normas, expectativas de rol). Experiencia de otros significados		<b>Contexto Cultural.</b> Creencias. Valores. Lenguaje para expresar la enfermedad
<b>Percepción.</b> Reconocimiento de los síntomas. Categorías perceptuales para identificar los síntomas y dolores	<b>Evaluación.</b> Modelo explicativo. Causa(s) de síntoma(s). Seriedad atribuida al síntoma. Curso esperado de la enfermedad. Tratamiento esperado	<b>Acción.</b> Como expresar los síntomas. A quién reunir en busca de ayuda.
<b>Enfermedad a Nivel Cognitivo</b>	<b>Significado de la Enfermedad</b>	<b>Conducta de Enfermarse</b>
<b>Experiencia de Enfermarse</b>		

Los modelos explicatorios proveen las explicaciones sobre la etiología de la enfermedad, su curso y el modo de inicio de los síntomas, los procesos patofisiológicos envueltos, la historia natural de la enfermedad, la severidad de la misma y el tratamiento adecuado para enfrentar la condición (Helman 1984). El modelo explicatorio del lego no tiene nada que ver con el modelo explicatorio biomédico: el primero es vago, con múltiples significados, no permanente y combina las experiencias pasadas con ideas, mientras que el último se basa en la ciencia, sólo cambia cuando la evidencia falsa el conocimiento acumulado sobre una específica entidad y esta continuamente siendo contrastado con nueva evidencia.

Así como el darse cuenta subjetivo de la experiencia de estar enfermo se lleva a cabo en un marco socio-cultural específico, al mismo tiempo debe existir un acuerdo entre las percepciones del sujeto y las percepciones y definiciones de aquellos que se encuentran alrededor de él. Consecuentemente, esta socialmente definido qué señales o síntomas serán considerados normales y cuáles anormales. Al mismo tiempo, la definición social ayuda a dar sentido a las sensaciones físicas y emocionales difusas introduciéndolas en patrones, los cuales son reconocibles para la persona que se siente enferma y para aquellos que lo rodean. Por tanto, el llegar a estar enfermo es un proceso social; implica una rotulación social y es ésta definición social del estado de la persona que le permite comportarse como un individuo enfermo.

### Competencia Conductual y la Experiencia de la Enfermedad

La conducta que asume el individuo al percibirse enfermo es otra forma de enfrentar la experiencia de sentirse enfermo. Así como la percepción, el significado y la evaluación son moldeadas socioculturalmente, el modo de comportarse para enfrentar la enfermedad es también influida por el contexto sociocultural en el cual el individuo lleva a cabo su vida diaria. Si su conducta de enfermarse es sancionada positivamente, entonces se espera que el/ella asuma el rol de enfermo/a.

El rol de enfermo es un concepto definido por el sociólogo Parsons (1951) para indicar las expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidos a la persona enferma. Estas expectativas son: 1) relevación de las responsabilidades diarias, 2) búsqueda de ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud y 3) conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible. A este respecto algunos autores hipotetizan que la conducta de enfermedad es una forma mediante la cual el individuo obtienen una ganancia



secundaria (Bass y Benjamin 1992; Ford 1983). Por ejemplo Kleinman menciona en sus estudios de casos en la cultura China que los pacientes chinos usan la enfermedad para reducir la fuerte dependencia y control que ejerce sobre ellos la estructura social autoritaria. El sugiere que la somatización es una manifestación de la tensión resultante de un medio ambiente sociocultural altamente restrictivo (Kleinman 1986).

En síntesis, la experiencia de la enfermedad es moldeada por factores socioculturales; la manera en la cual el individuo percibe, define, evalúa (atribuye significados y causas a la enfermedad) y se comporta hacia la enfermedad (la comunica y busca ayuda) es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida. Este proceso es influido y moldeado por el específico contexto sociocultural dentro del cual vive el sujeto.

Dado que el médico y el paciente no siempre provienen de similares grupos socioculturales, puede existir un desacuerdo entre sus «modelos explicatorios». Este hecho resulta en un abandono del tratamiento, falta de compromiso del paciente, insatisfacción del paciente y busca reiterada de nuevos médicos, todo lo cual representa una carga para el sistema de salud tanto como una frustración y pérdida de tiempo para el médico.

### **Agradecimientos**

Este artículo es parte de la tesis presentada por la autora para la obtención del grado de Master of Sciences en Diseño, Medición y Evaluación, en la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de Mc Master, Hamilton Ontario, Canada. La realización del Master fue posible gracias a una beca otorgada a la autora por la Fundación Rockefeller, New York, Estados Unidos.

### **Bibliografía**

American Psychiatric Association DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised), 1987.

Balint, Michael The Doctor, His Patient and the Illness. International University Press, Inc. New York, 1957.

Barsky, Arthur Patients who Amplify Bodily Sensations. En *Ann Inter Med* 1979; 91, 63-.

Bass, C. and Benjamin, S. The Management of Chronic Somatisation. En *Br J Psychiat* 1993; 123:472-480.

Bridges, K.; Golberg, D.; Evans, B.; Sharpe, T. Determinants of Somatization in Primary Care. En *Psychol Med*, 1991; 473-483.

Brodsky, Carroll. Sociocultural and Interactional Influences on Somatization. En *Psychosomatics* 1984. , 25, 673-680.

Canino, I; Rubio-Stipec, M.; Canino, g.; Escobar, J. Functional Somatic Symptoms: A Cross-Ethnic Comparison. En *Am J Orthopsychiat* 1992; 64,605-612.

Castro, Viviana; Manríquez, M. Teresa and Possel, Leonora. Del Enfoque Asistencial a una Aproximación de Género en Atención Primaria de Salud. Artículo presentado en el Congreso de Mujer y Salud Mental, Santiago, Junio, 1992.

Castro, Viviana. Grupos de Mujeres: Una Estrategia Distinta de Abordaje de la Consulta Recurrente en los Consultorios de Atención Primaria. Artículo presentado en Chilean Conference: Challenges in Mental Health and Psychiatric Care, 1991.

Cheung, Fanny M. Conceptualization of Psychiatric Illness and Help-Seeking Behaviour Among Chinese. En *Cul, Med Psychiatry* 1987; 11, 97-106.

Eisenberg, Leon and Kleinman, Arthur The Relevance of Social Science For Medicine. Reidel Publishing Company. Holland, 1981.



Escobar, Javier Cross-Cultural Aspects of the Somatization Trait. En *Hosp Com Psychiatry* 1987; 38, 174-180.

Escobar, J.; Burnam, A.; Karno, M.; Forsythe, A.; Golding, J. Somatization in the Community. En *Archi Gen Psychiat* 1987; 44, 713-718.

Escobar, J.; Rubio-Stipec, M.; Canino, Gl.; Karno, M. Somatic Symptom Index (SSI): A New and Abridged Somatization Construct. Prevalence and Epidemiological Correlates in Two Large Community Samples. En *J Nervous Mental Dis* 1989; 177, 140-146.

Fabrega, Horacio The Concept of Somatization as a Cultural and Historical Product of Western Medicine. En *Psychosomatics Med* 1990; 52,653-672.

Florenzano, Ramón et al. Frecuencia de Síntomas Emocionales en la Atención de Salud: su Diagnóstico y Manejo por parte de los Médicos Generales. En *Corporación de Promoción Universitaria (CPU). Serie Documentos de Trabajo, No. 48, Septiembre, 1992.*

Ford, Charles V. *The Somatization Disorders. Illness as A Way of Life.* Elsevier Biomedical. New York, 1983.

Hansel, S. and Mechanic, D. Social Structure, introspectiveness and adolescent symptom reporting. En *J Human Stress* 1985; 11,165-176.

Helman, Cecil *Culture, Health and Illness.* John Wright & Sons Ltd. U.S.A, 1984.

Katon, W; Kleinman A; Rosen G. Depression and Somatization: a Review. En *Am J of Med* 1982; 72,127-135.

Katon, W. and Dengerink, H Somatization in Primary Health Care. En *Behavioral Science in the Practice of Medicine.* Edit. John E. Carr Ph D. and Harold Dengerink, Elsevier Science Publishing Co. Inc., Netherlands 1983.

Kellner R. Somatization, Theories and Research. En *J Nervous Mental Dis* 1990, 178, 150-160.

Kessel, WIN. Psychiatric Morbidity in a London General Practice. En *British J Preventive Soc Med*, 1960; 14,16-22.

Kirmayer, L.; Robbins, J.; Dworkind, M.; Yaffe, M. Somatization and the Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. En *Am J Psychiat* 1993; 150,734-741.

Kirmayer, Laurence. Somatization and the Social Construction of Illness Experience. En *Illness Behaviour. A Multidisciplinary Model.* Plenum Press, New York 1985; 111.

Kirmayer, Laurence. Culture, Affect and Somatization. Part 1. En *Transcult Psychiatric Res* 1984; 21, 159-188.

Kirmayer, Laurence, Culture, Affect and Somatization. Part 2. En *Transcult Psychiatric Res* 1984; 21,237-262.

Kirmayer, L. and Robbins, J. Three Forms of Somatization in Primary Care: Prevalence, Co-occurrence, and Sociodemographics Characteristics. En *J Nervous Mental Dis* 1991; 179, 647-655.

Kleinman, Arthur et al. Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. En *Ann Intern Med* 1978; 88,251-258.

Kleinman, Arthur *Social Origins of Distress and Disease.* Yale University Press. USA, 1986.

Kleinman, A. and Kleinman, J. Somatization: the Interconnections in Chinese Society among Culture, Depressive Experiences, and Meaning of Pain. En *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross Culture Psychiatry of Affect and Disorder* (ed. A. Kleinman and B. Good), University of California Press: London, 1985:429.



- Kleinman, Arthur Neurasthenia and Depression: A Study of Somatization and Culture in China. En *Cult Med Psychiatry* 1982; 6,117-190.
- Lipowski, Zbigniew Somatization and Depression. En *Psychosomatics* 1990; 31, 13-21.
- Lipowski, Z.J. Somatization: The Concept and Its Clinical Application. En *Am J Psychiat* 1988; 145, 1358-1368.
- Lipowski, Z.J. Somatization: A Borderland Between Medicine and Psychiatry. En *Canadian Medi Association J* 1986; 135, 609-709.
- Mayou, Richard The Use of Illness Behaviour Concepts in Psychiatry. En *Illness Behaviour, A Multidisciplinary Model*. Plenum Press, New York. 1985;377-382.
- McHugh, Sean and Vallis, Michael Illness Behaviour: Operationalization Of the Biopsychological Model. En *Illness Behaviour, A Multidisciplinary Model*. Plenum Press, New York. 1985;1-31.
- Mechanic, David. The Concept of Illness Behavior. En *J Chronic Dis* 1962; 15,189-194.
- Mechanic, David. The Experience and Reporting of Common Physical Complaints. En *J Health Soc Behav* 1980; 21,146-155.
- Mechanic, D. Social Psychologic Factors Affecting the Presentation of Bodily Complaints. En *N Engla J Med* 1972; 286,1132-140.
- Mechanic, David *Medical Sociology*. Second Edition. The Free Press. A Division of Macmillan Publishing Co., Inc New York, 1978.
- Mechanic, D. and Volkart, E. Illness Behaviour and Medical Diagnoses. En *J Health Hum Behav* 1960; 1, 86-94.
- Mechanic, D. Sociological Dimensions of Illness Behavior. En *SociSci Med* 1995; 41, 1207-1216.
- Murphy, Michael. Somatization: Embodying the Problem. En *BriMed J* 1989; 298, 1331-1332.
- Osterweis, Marian; Kleinman, Arthur, and Mechanic David. *Illness Behavior and the Experience of Pain*. En *Pain Disability*. National Academy Press, Washington, D.C, 1987.
- Parsons, Talcott *The Social System*, Glencoe, Illinois: The Free Press, 1951.
- Parsons, Claire and Wakeley, Pat. Idioms of Distress: Somatic responses to Distress in Everyday Life. En *Cult Med Psychiatry* 1991; 15,111-132.
- Pilowski, I. The Concept of Abnormal Illness Behaviour. En *Psychosomatics* 1990; 31, 207-213.
- Porter, Mike Approaches to Somatization. En *Br Med J* 1989; 298, 1332-1333.
- Quill, Timothy Somatization Disorder. En *JAMA* 1985, 254,3075-3080.
- Risse, Steven Depression: Pattern of Medical Utilization and Somatization in Primary Care. En *Illness Behaviour: A Multidisciplinary Model*. Plenum Press, New York, 1985;355-364.
- Robbins, James and Kirmayer, Laurence. Illness Cognition, Symptom Reporting and Somatization in Family Medicine. In *Illness Behaviour, A Multidisciplinary Model*. Plenum Press, New York. 1985; 283-302.



---

Robbins, James and Kirmayer, Lawrence. Attributions of Common Somatic Symptoms. En *Psychol Med J* 1991; 21, 1029-1045.

Rodin, Gary. Somatization and the Self: Psychotherapeutic Issues. En *Am J Psychotherapy* 1984; 38, 257-263.

Rosen, Gary; Kleinman, Arthur; Katon, Wayne. Somatization in Family Practice: A Biopsychosocial Approach. En *J Family Practice* 1992; 14, 493-502.

Rosenstock, Irwin. What research in motivation suggests for public health. En *Am J Public Health* 1960; 50, 295-302.

Sharpe, M.; Peveler, R.; Mayou, R. Psychological Treatment of Patients with Functional Somatic Symptoms: A Practical Guide. En *J Psychosomatic Res* 1992; 36, 515-529.

Zborowski, Mark. Cultural Components in Responses to Pain. En *J Soc Issues* 1952; 8, 16-30.

Zola, Irving K. Culture and Symptoms: An Analysis of Patients' Presenting Complaints. En *Am Soc Rev* 1966; 31, 615-630.