



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervenciones no farmacológicas para los trastornos somatoformes y los síntomas físicos sin explicación médica (SFSEM) en adultos (Revisión)

van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H

van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H.

Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults (Intervenciones no farmacológicas para los trastornos somatoformes y los síntomas físicos sin explicación médica (SFSEM) en adultos).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD011142.

DOI: [10.1002/14651858.CD011142.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Intervenciones no farmacológicas para los trastornos somatoformes y los síntomas físicos sin explicación médica (SFSEM) en adultos (Revisión)

Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Intervenciones no farmacológicas para los trastornos somatoformes y los síntomas físicos sin explicación médica (SFSEM) en adultos

Nikki van Dessel¹, Madelon den Boeft¹, Johannes C van der Wouden², Maria Kleinstäuber³, Stephanie S Leone⁴, Berend Terluin¹, Mattijs E Numans⁵, Henriëtte E van der Horst¹, Harm van Marwijk²

¹Department of General Practice and Elderly Care Medicine, EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Amsterdam, Netherlands. ²Department of General Practice and Elderly Care Medicine, EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Amsterdam, Netherlands. ³Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Philipps-University Marburg, Marburg, Germany. ⁴Department of Public Mental Health, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (Trimbos Institute), Utrecht, Netherlands. ⁵Department of Public Health and Primary Care, LUMC, Leiden, Netherlands

Contacto: Nikki van Dessel, Department of General Practice and Elderly Care Medicine, EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Van der Boechorststraat 7, room D-550, Amsterdam, 1081 BT, Netherlands. n.vandessel@vumc.nl.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Trastornos Mentales Comunes.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 11, 2014.

Referencia: van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults (Intervenciones no farmacológicas para los trastornos somatoformes y los síntomas físicos sin explicación médica (SFSEM) en adultos). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. Art. No.: CD011142. DOI: [10.1002/14651858.CD011142.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2).

Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Los síntomas físicos sin explicación médica (SFSEM) son síntomas físicos para los cuales no puede encontrarse ninguna explicación médica adecuada después del examen apropiado. La presencia de SFSEM es la característica clave de las afecciones conocidas como “trastornos somatoformes”. Se han desarrollado diversos tratamientos psicológicos y físicos para tratar los trastornos somatoformes y los SFSEM. Aunque hay varias revisiones sobre las intervenciones no farmacológicas para los trastornos somatoformes y los SFSEM, no existe un resumen completo de todo el espectro.

Objetivos

Evaluar los efectos de las intervenciones no farmacológicas para los trastornos somatoformes (específicamente el trastorno de somatización, el trastorno somatoforme indiferenciado, los trastornos somatoformes inespecíficos, la disfunción autonómica somatoforme, el trastorno de dolor y los diagnósticos somatoformes alternativos propuestos en la bibliografía) y los SFSEM en adultos, en comparación con tratamiento habitual, controles en lista de espera, atención de placebo, placebo psicológico, atención mejorada o estructurada y otras terapias psicológicas o fisioterapias.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro especializado del Grupo de Revisión Cochrane de Depresión, Ansiedad y Neurosis (Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group, CCDANCTR) hasta noviembre 2013. Este registro incluye ensayos controlados relevantes (ECA) de *The Cochrane Library*, EMBASE, MEDLINE y PsycINFO. Se ejecutó una búsqueda adicional en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) y una búsqueda de referencias citadas en Web of Science. También se buscó en la literatura gris, en actas de congresos, registros de ensayos internacionales y en revisiones sistemáticas pertinentes.

Criterios de selección

Se incluyeron ECA y ensayos controlados aleatorios por grupos en adultos principalmente diagnosticados con un trastorno somatoforme o un concepto de diagnóstico alternativo de SFSEM, que habían sido asignados a una intervención no farmacológica en comparación

con atención habitual, control en lista de espera, atención o placebo psicológico, atención mejorada, u otra intervención psicológica o de fisioterapia, solas o en combinación.

Obtención y análisis de los datos

Cuatro autores de la revisión, trabajando en parejas, realizaron la extracción de los datos y la evaluación del riesgo de sesgo. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión o consulta con otro autor de la revisión. Se agruparon los datos de los estudios que consideraban la misma comparación mediante las diferencias de medias estandarizadas (DME) o los cocientes de riesgos (CR) y un modelo de efectos aleatorios. Los resultados primarios fueron la gravedad de los síntomas somáticos y la aceptabilidad del tratamiento.

Resultados principales

Se incluyeron 21 estudios con 2658 participantes asignados al azar. Todos los estudios evaluaron la efectividad de alguna forma de tratamiento psicológico. No se encontró ningún estudio que incluyera fisioterapia.

Catorce estudios evaluaron formas de la terapia cognitivo-conductual (TCC); los restantes evaluaron terapias conductuales, TCC de tercera generación (de atención plena), terapias psicodinámicas y terapia integradora. Quince estudios incluidos compararon la terapia psicológica estudiada con atención habitual o una lista de espera. Cinco estudios compararon la intervención con atención mejorada o estructurada. Sólo un estudio comparó la terapia cognitivo-conductual con la terapia de conducta.

Entre los 21 estudios, el número medio de sesiones varió de uno a 13, durante un periodo de un día a nueve meses. La duración del seguimiento varió entre dos semanas y 24 meses. Los participantes se reclutaron de diversos contextos de asistencia sanitaria y la población abierta. La duración de los síntomas, informada por nueve estudios, fue de al menos varios años, lo cual sugiere que la mayoría de los participantes tenía síntomas crónicos al inicio.

Debido a la naturaleza de la intervención, la falta de cegamiento de los participantes, los terapeutas y los evaluadores de resultado dieron lugar a un riesgo alto de sesgo en estos ítems para la mayoría de los estudios. Once estudios (52% de los estudios) informaron pérdidas durante el seguimiento de más del 20%. Para otros ítems, la mayoría de los estudios estuvieron en riesgo bajo de sesgo. Rara vez se informaron eventos adversos.

Para todos los estudios que comparaban alguna forma de terapia psicológica con atención habitual o una lista de espera que podría estar incluida en el metanálisis, la terapia psicológica dio lugar a síntomas menos graves al final del tratamiento (DME -0,34; intervalo de confianza [IC] del 95%: -0,53 a -0,16; 10 estudios, 1081 participantes analizados). Este efecto se consideró pequeño a mediano; la heterogeneidad fue moderada y la calidad general de las pruebas fue baja. En comparación con la atención habitual, las terapias psicológicas dieron lugar a una proporción de un 7% mayor de abandonos durante el tratamiento (CR aceptabilidad 0,93; IC del 95%: 0,88 a 0,99; 14 estudios, 1644 participantes, pruebas de calidad moderada). La extracción de un estudio con valor atípico redujo la diferencia a un 5%. Los resultados para el subgrupo de estudios que comparaba la TCC con atención habitual fueron similares a los del grupo completo.

Cinco estudios (624 participantes analizados) evaluaron la gravedad de los síntomas comparando alguna terapia psicológica con atención mejorada, y no encontraron pruebas claras de una diferencia al final del tratamiento (DME agrupadas -0,19; IC del 95%: -0,43 a 0,04; heterogeneidad considerable; pruebas de baja calidad). Cinco estudios (679 participantes) revelaron que las terapias psicológicas fueron algo menos aceptables en cuanto a los abandonos que la atención mejorada (CR 0,93; IC del 95%: 0,87 a 1,00; pruebas de calidad moderada).

Conclusiones de los autores

Cuando todas las terapias psicológicas incluidas en esta revisión se combinaron fueron superiores a la atención habitual o la lista de espera en cuanto a la reducción de la gravedad de los síntomas, aunque los tamaños del efecto fueron pequeños. Como tratamiento único, sólo la TCC se ha estudiado de forma adecuada para permitir la posibilidad de extraer conclusiones tentativas para la práctica. En comparación con la atención habitual o condiciones en lista de espera, la TCC redujo los síntomas somáticos, con un efecto pequeño y diferencias apreciables en los efectos entre los estudios de la TCC. Los efectos fueron duraderos durante y después del año de seguimiento. En comparación con la atención mejorada o estructurada, las terapias psicológicas en general no fueron más efectivas para la mayoría de los resultados. En comparación con la atención mejorada, la TCC no fue más efectiva. La calidad general de las pruebas que contribuyen a esta revisión fue calificada de baja a moderada.

Los grupos de intervención no informaron ningún daño importante. Sin embargo, debido a que la mayoría de los estudios no describió los eventos adversos como una medida de resultado explícita, este resultado debe interpretarse con cuidado.

Una cuestión importante fue que todos los estudios de esta revisión incluían a participantes dispuestos a recibir tratamiento psicológico. En la práctica diaria, también hay una proporción apreciable de participantes que no está dispuesta a aceptar tratamientos psicológicos para los trastornos somatoformes o los SFSEM. No está claro el tamaño de este grupo y cómo lo anterior influye en la relevancia de la TCC en la práctica clínica.

El número de estudios que investigaron diversas modalidades de tratamiento (diferentes de la TCC) debe ser mayor; lo cual es especialmente relevante a los estudios relacionados con las fisioterapias. Los estudios futuros deben incluir participantes de varios grupos

de edad; también deben realizar esfuerzos para cegar a los evaluadores de resultado y para realizar evaluaciones de seguimiento al menos hasta un año después del final del tratamiento.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Terapias de conversación y fisioterapias para los síntomas físicos sin explicación médica: una revisión de la evidencia

¿Quién puede estar interesado en esta revisión?

Pacientes con síntomas físicos no explicados (trastornos somatoformes) y su familia y amigos.

Profesionales que trabajan con pacientes con trastornos somatoformes o que trabajan en los servicios de atención del dolor crónico.

Médicos generales.

¿Por qué es importante esta revisión?

Hasta una de cada tres personas que consultan al médico acerca de síntomas físicos presentan síntomas físicos sin explicación médica (SFSEM) que no tienen ninguna causa clara. Los SFSEM son una característica clave de los problemas de salud denominados trastornos somatoformes. Los SFSEM y los trastornos somatoformes a menudo causan considerable dificultad y dan lugar a que los pacientes pasen mucho tiempo consultando a médicos y profesionales de la salud para tratar de encontrar la causa de los síntomas y el tratamiento correcto.

Las terapias de conversación para los SFSEM se recomiendan para ayudar con los problemas de salud mental que existen junto con los síntomas físicos, y para ayudar a los pacientes a cambiar la forma de pensar acerca de sus síntomas físicos. Las fisioterapias para los SFSEM procuran ayudar a los pacientes a mejorar el funcionamiento físico mediante diversos tipos de ejercicio. Esta revisión procuró examinar las pruebas sobre las terapias de conversación y las fisioterapias para los SFSEM y los trastornos somatoformes.

¿Qué preguntas pretende contestar esta revisión?

¿Cuál es la calidad de la investigación actual sobre las terapias de conversación y las fisioterapias para los SFSEM?

¿Las terapias de conversación son un tratamiento efectivo para los SFSEM en comparación con el tratamiento habitual o la lista de espera?

¿Qué tipos de terapias de conversación son más efectivas?

¿Las fisioterapias son un tratamiento efectivo para los SFSEM?

¿Cuán aceptables son las terapias de conversación y las fisioterapias para los pacientes con SFSEM?

¿Qué estudios se incluyeron en la revisión?

Se utilizaron las bases de datos de búsquedas para encontrar todos los estudios de las terapias de conversación y las fisioterapias para los pacientes con trastornos somatoformes publicados hasta noviembre de 2013. Para estar incluidos en la revisión, los estudios tenían que comparar terapias de conversación o fisioterapias con tratamiento habitual, lista de espera, atención mejorada o estructurada (en la que un médico ofrece citas estructuradas al paciente pero ningún tratamiento específico para los SFSEM), u otra terapia de conversación o fisioterapia. Se incluyeron estudios en adultos a partir de los 18 años de edad con un diagnóstico claro de trastornos somatoformes o problemas principales indicativos de SFSEM.

Se incluyeron 21 estudios en la revisión con 2658 participantes.

¿Qué nos dicen las pruebas de la revisión?

Se calificó la calidad de la investigación actual como de baja a moderada. Catorce de los 21 estudios se centraron en la terapia cognitivo-conductual, que es una forma específica de terapia de conversación basada en la idea de que los pensamientos y las creencias pueden influir en las emociones y los comportamientos.

La terapia cognitivo-conductual fue más efectiva que la atención habitual en la reducción de la gravedad de los SFSEM. Para otros tipos de tratamiento, se encontró sólo un par de estudios que proporcionaron pruebas insuficientes para las conclusiones.

La terapia cognitivo-conductual no fue más efectiva que la atención mejorada proporcionada por el médico.

Ningún estudio de la fisioterapia cumplió con los criterios para estar incluido en la revisión.

Las terapias de conversación fueron aceptables para los pacientes y pocos pacientes abandonaron los ensayos; sin embargo, lo anterior puede no reflejar la práctica clínica real debido a que los participantes en estudio eran pacientes con trastornos somatoformes o SFSEM

que estaban dispuestos a probar terapias de conversación. En la práctica clínica, una proporción alta de pacientes puede no estar dispuesta a aceptar estos tratamientos.

¿Qué debe suceder a continuación?

Los revisores sugieren que deben realizarse ensayos de alta calidad futuros para averiguar más acerca de qué grupos de pacientes recibe más beneficios de la terapia cognitivo-conductual y cómo puede administrarse más eficazmente. También indican que se necesitan más estudios de otras terapias de conversación, y la atención debe centrarse en los estudios de alta calidad de las fisioterapias.