



**Universitat de les
Illes Balears**

Departamento de Psicología

**VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA SOMS-2
(SCREENING FOR SOMATOFORM SYMPTOMS-2) PARA LA
EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ATENCIÓN
PRIMARIA**

Tesis Doctoral

Natalia Bauzá Siddons

Julio de 2012

Directores de la Tesis Doctoral

Dra. Margalida Gili Planas

Profesora Titular de Psicología Social
Universidad de les Illes Balears

Dr. Miquel Roca Bennasar

Profesor Titular
Universidad de les Illes Balears

Tesis presentada por
Natalia Bauzá Siddons
Licenciada en Psicología,
para aspirar al grado de Doctora

La Dra. Margalida Gili Planas, Profesora titular de Psicología Social de la Universitat de les Illes Balears y el Dr. Miquel Roca Bennàsar, Profesor titular de la Universitat de les Illes Balears

Certifican:

Que el presente trabajo de investigación, titulado “Validación de la versión española de la SOMS-2 (Screening for Somatoform Symptoms-2) para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria”, constituye la Memoria presentada por Natalia Bauzá Siddons para aspirar al grado de Doctora, habiendo sido realizada bajo nuestra dirección y que reúne, a nuestro juicio, los requisitos exigidos para la obtención del grado mencionado.

Dr. Miquel Roca Bennàsar

Dra. Margalida Gili Planas

Palma de Mallorca, Julio de 2012.

AGRADECIMIENTOS

Quiero aprovechar este espacio para expresar mi gratitud y afecto a todas aquellas personas que han hecho posible que este trabajo se haya llevado a cabo.

A la Dra. Margalida Gili Planas y al Dr. Miquel Roca Bennàsar, codirectores, por el duro trabajo de tutores, continua disponibilidad, interés y en definitiva por su inestimable ayuda a; M^a Jesús Serrano, Margalida Vives, Saray Monzón y Elena Celiá por su colaboración en el trabajo de campo y participación en este estudio.

A la RedIAAP (Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud) por hacer posible este trabajo, así como también a los Doctores Mauro García Toro y Joan Salva como miembros de nuestro grupo de trabajo.

A todo el personal de los centros de salud que han hecho posible que este proyecto se llevara a cabo facilitando el trabajo de campo, en especial a Caterina Vicens, Catalina Mateu, Rosa Robles y Arturo Arenas.

A todos los que ya no están aquí, especialmente a mis abuelos, como un sentido homenaje.

A mi querida familia, madre, padre y hermana, así como también a primos, tíos y todos aquellos que forman parte de ella.

A toda la gente que está a mi lado día a día, Ana M., Mercedes R., Silvia P., Aina O., M^a Antonia N., Marga, Laura, M^a Antonia G., Cati, Aina G, Antonia V., M^a Bel y todos aquellos amigos que me han apoyado afectiva y emocionalmente.

Y, muy especialmente a Joan, gracias por todo el apoyo incondicional que me has dado y por animarme a que esto siga adelante.

En definitiva, y esto ha ocurrido más de una vez en la historia del pensamiento humano, dar por supuesto que a todo término con un significado ha de corresponder una realidad objetiva precisa, constituye un crasísimo error.

Pinillos JL (1975)

ÍNDICE

PARTE TEÓRICA

1. Introducción	2
2. Concepto de Somatización	6
2.1. Percepción de los síntomas somáticos en el ser humano.....	9
2.2. ¿Qué entendemos por paciente somatizador?.....	10
2.3. Clasificación del Trastorno de Somatización.....	12
2.3.1. Criterios diagnósticos.....	17
2.3.2. Diferencias en la clasificación DSM-IV/CIE-10.....	23
2.3.3. Conceptualizaciones alternativas del Trastorno de Somatización.....	25
2.3.4. Nuevas propuestas para la clasificación DSM-V.....	28
2.4. Etiopatogenia de la somatización	47
2.5. Aspectos que afectan a la estabilidad del diagnóstico	53
2.6. Comorbilidad Eje I/Eje II	54
2.7. Diagnóstico diferencial	56
3. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS	58
3.1. Dificultades en la evaluación de un paciente somatizador	60
3.2. Principales Instrumentos de Evaluación	62
3.2.1 Identificación de casos y clasificación diagnóstica.....	64
3.2.2 Cribado de posibles casos.....	72
3.2.3 Cuantificación de la sintomatología somática.....	77
3.2.4 Evaluación de la ansiedad por la salud.....	82

3.3. Revisión de las investigaciones publicadas en las que se utiliza la	
SOMS2	87
3.3.1. La SOMS-2 como instrumento de screening.....	87
3.3.2. Análisis de las propiedades psicométricas de la SOMS.....	99
PARTE EMPÍRICA	114
4. Metodología del estudio	115
4.1. Objetivos	115
4.1.1. Objetivo General.....	115
4.1.2 Objetivos Específicos.....	115
4.2. Hipótesis	117
4.3. Metodología/Diseño	119
4.3.1. Participantes: descripción de la muestra.....	120
4.3.2. Procedimiento.....	120
4.3.3. Instrumentos utilizados.....	123
4.3.4. Variables del estudio.....	129
4.3.5. Programa de tratamiento: descripción de la intervención.....	133
4.3.6. Gestión de los datos y análisis estadístico.....	139
4.4 Resultados	141
4.4.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra.....	142
4.4.1.1. Diferencias según el sexo para el total de la muestra.....	142
4.4.1.2. Distribución de la muestra según el diagnóstico DSM-IV de trastorno de somatización.....	142

4.4.1.3. Diferencias por sexo según el diagnóstico DSM-IV de trastorno de somatización.....	142
4.4.1.4. Distribución de la muestra según la edad y diferencias en función del criterio diagnóstico.....	145
4.4.1.5. Puntuaciones medias de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y de la Escala de Depresión (HDRS) para ambos grupos.....	146
4.4.1.6. Prevalencia de los trastornos diagnósticos DSM-IV para el total de la muestra.....	147
4.4.1.7. Diferencias según el sexo en función del trastorno diagnóstico DSM-IV para el total de la muestra.....	149
4.4.2. Análisis de las propiedades psicométricas de la SOMS.....	156
4.4.2.1. Diferencias entre los grupos de somatizadores y no somatizadores para cada uno de los ítems.....	156
4.4.2.2. Análisis de regresión logística.....	160
4.4.2.3. Análisis de regresión logística multidimensional.....	169
4.4.2.4. Curva ROC (Receiver Operating Characteristics).....	170
4.4.2.5. Sensibilidad, especificidad, VPP (Valor Predictivo Positivo) y VPN (Valor Predictivo Negativo) para diferentes puntos de corte.....	171
4.4.2.6. Fiabilidad de la escala.....	173
4.4.2.7. Fiabilidad Test-retest del cuestionario, sensibilidad al cambio de los ítems de la SOMS-2.....	174
4.4.2.7.1. Fiabilidad Test-retest, prueba de McNemar, inicial-post-tratamiento...	175
4.4.2.7.2. Fiabilidad Test-retest, prueba de McNemar, inicial-6 meses.....	178
4.4.2.7.3. Fiabilidad Test-retest, prueba de McNemar, inicial-12 meses.....	181
4.5. Discusión	185

4.6. Conclusiones	189
4.7. Limitaciones del estudio	192
4.8. Fortalezas del estudio	193
4.9. Propuestas para futuras investigaciones	194
4.10. Aspectos éticos	195
4.11. Bibliografía	197
4.12. Anexos	221

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de Trastorno de Somatización.....	18
Tabla 2. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado.....	19
Tabla 3. Criterios CIE-10 para el diagnóstico de Trastorno de Somatización.....	21
Tabla 4. Criterios CIE-10 para el diagnóstico de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado	22
Tabla 5. Clasificación de los Trastornos Somatomorfos en el DSM-IV y en la CIE-10 con sus correspondencias relativas.....	24
Tabla 6. Propuesta criterios diagnósticos para Somatic Symptom Disorder del DSM-5	37
Tabla 7. Somatic Symptom Short form (PHQ-SSS) autoaplicada para evaluar intensidad de los síntomas en los pasados 7	38
Tabla 8. Propuesta criterios diagnósticos para Simple Somatic Symptom Disorder del DSM-5.....	40
Tabla 9. Propuesta criterios diagnósticos para Illnes Anxiety Disorder del DSM-5	42
Tabla 10. Propuesta criterios diagnósticos para Functional Neurological Disorder del DSM-5	44
Tabla 11. Propuesta criterios diagnósticos para Psychological Factors Affecting Medical Condition del DSM-5	45
Tabla 12. Comorbilidad en el eje I del Trastorno de Somatización en población española (García-Campayo et al., 1995).....	54

Tabla 13. Comorbilidad en el eje II de los Trastornos Somatomorfos.....	55
Tabla 14. Resumen de los principales diagnósticos diferenciales para el trastorno de somatización (Kaplan & Sadock, 2005).....	57
Tabla 15. Principales entrevistas diagnósticas para la evaluación de los trastornos somatomorfos.....	65
Tabla 16. Principales instrumentos de screening del trastorno de somatización....	73
Tabla 17. Principales instrumentos para la cuantificación de síntomas somáticos.....	77
Tabla 18. Principales instrumentos para la evaluación de la ansiedad por la salud.....	83
Tabla 19. Diferencias por sexo según el diagnóstico DSM-IV.....	144
Tabla 20. Diferencias según grupos de edad en función del criterio diagnóstico.....	145
Tabla 21. Diferencias para el grupo de somatizadores y no somatizadores en las medias de las puntuaciones totales y subescala de somática de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y de depresión (HDRS).....	146
Tabla 22. Prevalencia diagnóstico DSM-IV en función del sexo.....	147
Tabla 23. Prevalencia por grupos de síntomas en pacientes somatizadores y no somatizadores.....	149
Tabla 24. Prevalencia de síntomas sexuales entre mujeres somatizadoras y no somatizadoras.....	153
Tabla 25. Prevalencia de síntomas sexuales en hombres somatizadores y no somatizadores.....	153
Tabla 26. Medias de los principales grupos de síntomas para ambos diagnósticos.....	155

Tabla 27. Prevalencia de síntomas y diferencias entre ambos grupos en función de si cumplen o no criterios diagnósticos de trastorno de somatización.....	157
Tabla 28. Análisis de regresión logística para cada uno de los ítems de la SOMS y análisis ajustando según el sexo.....	167
Tabla 29. Resultado de las variables en la ecuación de la regresión logística multidimensional.....	169
Tabla 30. Sensibilidad, especificidad, Valor Predictivo Positivo (VPP) y Valor Predictivo Negativo (VPN) según diferentes puntos de corte.....	171
Tabla 31. Consistencia interna de la escala y de los elementos según el α de Cronbach.....	173
Tabla 32. Fiabilidad Test-retest de la SOMS después del tratamiento cognitivo-conductual y sensibilidad al cambio para cada uno de los ítems.....	175
Tabla 33. Fiabilidad Test-retest de la SOMS a los 6 meses del tratamiento cognitivo-conductual y sensibilidad al cambio para cada uno de los ítems.....	178
Tabla 34. Fiabilidad Test-retest de la SOMS a los 12 meses del tratamiento cognitivo-conductual y sensibilidad al cambio para cada uno de los ítems.....	181

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra por sexos.....	143
Figura 2. Distribución de la muestra por diagnóstico DSM-IV.....	143
Figura 3. Diferencias por sexo según el diagnóstico DSM-IV.....	144
Figura 4. Diferencias por grupos de edad según el diagnóstico DSM-IV.....	145
Figura 5. Prevalencia de los trastornos diagnósticos DSM-IV para el total de la muestra.....	147
Figura 6. Diferencias entre el número de síntomas de DOLOR entre somatizadores y no somatizadores.....	151
Figura 7. Diferencias entre el número de síntomas GASTROINTESTINALES entre somatizadores y no somatizadores.....	151
Figura 8. Diferencias entre el número de síntomas PSEUDONEUROLÓGICOS entre somatizadores y no somatizadores.....	152
Figura 9. Diferencias entre el número de síntomas CARDIOVASCULARES entre somatizadores y no somatizadores.....	152
Figura 10. Diferencias entre el número de síntomas SEXUALES entre mujeres somatizadoras y no somatizadoras.....	154
Figura 11. Diferencias entre el número de síntomas SEXUALES entre hombres somatizadores y no somatizadores.....	154
Figura 12. Diferencia entre media de síntomas entre somatizadores y no somatizadores.....	155
Figura 13. Curva ROC.....	170

ANEXOS

1. Test de Othmer Y Desouza (Othmer y DeSouza C., 1985).....	222
2. SOMS-2 (Screening for Somatoform Symptoms) (Rief et al., 1992).....	223
3. EPEP (Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente) (Lobo et al., 1984).....	225
3.1. Glosario de definiciones y puntuación de la EPEP.....	248
4. HDRS (Hamilton Depresión Rating Scale) (Hamilton, 1960).....	294
5. HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) (Hamilton, M. 1959).....	295

1. PARTE TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria, sus manifestaciones y su comorbilidad resultan cada vez más relevantes para la práctica clínica, la investigación y la planificación de recursos sanitarios. En la atención primaria es donde recae cada vez en mayor medida el peso del diagnóstico inicial de estas enfermedades (Haftgoli et al., 2010).

Las enfermedades mentales en atención primaria se asocian con frecuencia a síntomas físicos sin una explicación médica clara (Steinbrecher et al., 2011) siendo los trastornos afectivos, de ansiedad y somatomorfos los que muestran una mayor prevalencia (Mergl et al., 207; Roca et al., 2009; Schneider et al., 2011). Muchos de los problemas de salud mental se manifiestan a través de quejas físicas o somáticas y no psicológicas o emocionales (Löwe et al., 2008). Las consecuencias de esta situación para los pacientes y el sistema sanitario son evidentes: peor pronóstico, alta utilización de los recursos, aumentos de los costes (Allen et al., 2006).

A pesar de la mejor formación clínica de los médicos de atención primaria y de la existencia de algunos instrumentos de evaluación para el despistaje de estos trastornos, sigue existiendo un importante infradiagnóstico y en consecuencia una atención que dista de ser la adecuada (Sumathipala, 2007).

Los médicos de atención primaria son habitualmente la puerta de entrada de estos pacientes al sistema de salud, por lo que juegan un papel primordial en la detección, prevención y tratamiento de este tipo de patologías (Hanel et al., 2009).

Se trata de encontrar iniciativas que mejoren la identificación temprana de estos pacientes contribuyendo a la realización de un diagnóstico temprano y tratamiento

adecuado (Hanel et al., 2009). La epidemiología puede facilitar de forma clara estas iniciativas definiendo la prevalencia específica de distintos trastornos mentales en atención primaria. Algunos países han realizado estudios en este sentido para evaluar la prevalencia de estos trastornos, su distribución y formas de presentación más frecuentes. Los trabajos publicados no siempre disponen de similar metodología y, de manera especial, no utilizan los mismos instrumentos de evaluación por lo que en múltiples ocasiones resultan difícilmente comparables. La OMS realizó un estudio transcultural en 15 centros de 14 países (Sartorius et al., 1995) con tres métodos distintos de diagnóstico: un instrumento sencillo de cribaje, una entrevista estructurada (CIDI) y el diagnóstico clínico del médico de AP. Las prevalencias oscilaron entre el 7,3% en Shanghai (China) y el 52,5% de Santiago de Chile; alrededor del 24% de todos los pacientes presentaba un trastorno mental. Algunos estudios más recientes que también se han realizado en atención primaria señalan que la prevalencia a 12 meses de los trastornos de somatización se sitúa entorno al 23%, 12,4% para los trastornos afectivos, 11,4% los trastornos de ansiedad y la comorbilidad entre estos diagnósticos se sitúa entorno al 43% (Steinbrecher et al., 2011).

Por tanto, la depresión, la ansiedad y la somatización son los tres trastornos mentales con una mayor prevalencia en atención primaria (Schneider et al., 2011), lo que se traduce en una mayor utilización de los recursos sanitarios (Gili et al., 2011; Schneider et al., 2011). La somatización supone el 10% del gasto sanitario total de cualquier país desarrollado (Barsky & Klerman, 1983). Dicho coste no incluye los gastos de invalidez o de las bajas laborales. El coste anual medio por paciente con trastorno de somatización se ha calculado en unos 1000 dólares (Smith, Rost & Kashner, 1995).

Según un estudio de Barsky, Orav & Bates (2005), los pacientes con trastorno de somatización utilizan aproximadamente el doble de veces los recursos sanitarios (tanto a

nivel ambulatorio como hospitalario) y por consiguiente esto supone el doble de los costes médicos anuales. Además del elevado coste directo, los trastornos psicossomáticos implican numerosos costes indirectos tales como la inversión de tiempo por parte de los profesionales sanitarios. A todo esto, también hay que añadir la baja remisión de síntomas o éxito en el tratamiento, lo que implica una importante frustración tanto para el profesional como para el paciente. En un estudio longitudinal de pacientes con trastorno de somatización que recibieron un tratamiento médico estándar, solo el 15% de la muestra remitió a los 15 años (Coryell & Norten, 1981). Debido a la pobre remisión de síntomas, los pacientes con trastorno de somatización habitualmente están insatisfechos con el tratamiento médico que reciben y a menudo cambian de médico (Lin et al., 1991). Esta resistencia al tratamiento, la insatisfacción con el mismo y las múltiples quejas de estos pacientes habitualmente frustran a los profesionales sanitarios que los tratan (Hanel et al., 2009).

Por todo esto, algunos estudios más recientes señalan la necesidad de realizar cambios estructurales en la organización del sistema sanitario con el fin de poder ofrecer más tiempo a los profesionales en la detección y manejo de este tipo de patologías (Schneider et al., 2011).

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar las propiedades psicométricas de la versión española de la Screening for Somatoform Symptoms-2 (SOMS-2) para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria (AP). Estudiar las propiedades psicométricas de esta escala resulta de especial relevancia por varios motivos. En primer lugar, porque es en los médicos de AP donde recae el mayor peso de la evaluación, diagnóstico y derivación o tratamiento de los trastornos de somatización. En segundo lugar porque a pesar de que existen algunos instrumentos de evaluación de los

trastornos somatomorfos, estos no constituyen un grupo homogéneo, algunos de ellos no están validados en nuestra lengua, no son específicos de AP, requieren formación específica del profesional y su tiempo de administración es largo. Por tanto, cada vez se hace más evidente la necesidad de que los médicos de AP dispongan de instrumentos diagnósticos de cribado, sencillos, autoaplicados y fiables para este tipo de patología. En resumen, el presente trabajo va dirigido a aportar datos de confiabilidad de la versión española de la SOMS-2 y así poder convertirlo en un instrumento de cribado para los trastornos de somatización de fácil utilización en AP.

2. CONCEPTO DE SOMATIZACIÓN

La utilización del término “somatización” está bastante extendida, tanto entre los profesionales de salud mental como en el uso común o habitual del lenguaje. De un modo genérico el término hace referencia a una queja física que ocasiona malestar, en ausencia de hallazgos clínicos. No se encuentra una causa orgánica que explique o justifique dichos síntomas.

Aunque a priori puede resultar claro a qué nos referimos al hablar de somatización, si analizamos detenidamente los diferentes contextos en los que se utiliza este término, los diferentes tipos de quejas a los que se asocia, y las diferentes atribuciones que sobre éstas se realizan, su significado y su delimitación se muestran más ambiguos. Así, muy diferente será entender un síntoma determinado como la manifestación física de una respuesta emocional intensa a determinados acontecimientos vitales o interpretarlo como una hipersensibilidad a determinadas molestias físicas que para otras personas podrían pasar desapercibidas.

La literatura especializada sobre el tema coincide en señalar a Stekel como el autor que acuñó el término somatización (Chorot & Martínez, 1995; García-Campayo, 1995; Kellner, 1991), quien le otorgó un significado similar al concepto de conversión de Freud, es decir, el de un mecanismo que convierte la “energía psíquica” en síntomas “psicógenos” (Freud, 1916). Stekel (1943) definió el término como “el proceso en que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales”. Probablemente sea esta definición, que posee una fuerte connotación etiológica y una estrecha vinculación, más o menos explícita, con los marcos teóricos psicodinámicos, la que mayor influencia ha tenido en la interpretación del término y por extensión de aquellos síntomas físicos para los cuales el médico no ha podido relacionar con una causa orgánica subyacente

(Kellner et al., 1985; Martin & Yutze, 1996). Este modo de entender la somatización ha sido mantenido, con algunas matizaciones, por diversos autores (Bridges & Goldberg, 1985). Una definición que con frecuencia se cita en la literatura reciente para definir el trastorno es la propuesta por Kleinman (1983): la somatización es “la expresión de malestar social y personal mediante un idioma de quejas somáticas que lleva a la búsqueda de ayuda médica”.

El peso y la utilización de esta conceptualización pueden quedar de manifiesto al observar cómo en el uso en castellano del término se recoge este significado. Los dos “diccionarios de uso” más importantes de la lengua castellana (Moliner, 1998; Seco, Andrés & Ramos, 1999) coinciden en su acepción, definiendo la somatización como el proceso de “convertir un trastorno psíquico en alteraciones orgánicas o funcionales. Manifestarse un trastorno psíquico en forma de síntomas orgánicos o funcionales” (Moliner, 1998).

Esta conceptualización ha recibido diversas críticas, a pesar de ser, como ya hemos indicado, de uso frecuente y bastante aceptada por parte de la comunidad científica. Las críticas se han centrado principalmente en cuestionar este tipo de explicaciones por basarse en supuestos teóricos discutibles (Kellner, 1991) y por poner el acento en hipótesis etiológicas con escasa fundamentación empírica (Kirmayer & Taillefer, 1996; Lipowski, 1988).

Desde esta definición de somatización como un lenguaje de expresión de malestar psicológico, el etiquetar una queja como tal puede invitar a pensar que ésta es imaginaria, o de un modo más o menos consciente es provocada por la persona que la refiere. Sin embargo, según diversos autores (García-Campayo, 1999; Kirmayer & Taillefer, 1996) es probable que muchos síntomas sean debidos a pequeñas lesiones o sutiles alteraciones, difíciles de detectar por pruebas convencionales de laboratorio,

biológicas o de neuroimagen. Y aunque la somatización se distingue claramente de la simulación, es muy frecuente entre los médicos sanitarios, e incluso en la opinión general, se tiende a estigmatizar a aquella persona que presenta frecuentes y diversas quejas físicas sin una clara justificación médica. Es decir, como plantean Kirmayer & Taillefer (1996), para la medicina occidental “aquello que es físico, es más real, sustancial y en último término más legítimo entenderlo como enfermedad que como psicológico y por tanto desde la concepción dualista “mente-cuerpo”, predominante en la medicina occidental, resulta difícil entender como “normal” que existan síntomas somáticos sin un referente orgánico claro que los “explique”.

El concepto de somatización incluye tres componentes (García-Campayo, 2007):

1. Experimental: Expresa lo que el individuo percibe en relación a su cuerpo, sea dolor u otras manifestaciones corporales desacostumbradas, disfuncionales o de cambio de apariencia. Generalmente sólo es conocido por el propio individuo y es difícil de evaluar por el clínico, quien tiende a minusvalorarlo.
2. Cognitivo: Se basa en la interpretación que el sujeto realiza de estas percepciones y a qué las atribuye, es decir, el significado subjetivo que tienen para él. También incluye el proceso de toma de decisiones que surge a partir de aquí. En el caso de los somatizadores, las sensaciones somáticas son interpretadas como una enfermedad amenazante o capaz de producir daño corporal y por eso busca la ayuda del médico. Esta convicción de riesgo para la salud persiste pese a las reafirmaciones médicas en sentido contrario.
3. Conductual: Incluye las acciones y la comunicación verbal y no verbal que sigue a dichas atribuciones. Típicamente, aunque no de forma invariable, el sujeto se decide a buscar consejo o tratamiento en la medicina o en otras alternativas

paramédicas. No todos siguen este curso de acción: algunos se tratan a sí mismos, buscan el consejo de amigos o se dedican, exclusivamente, a quejarse ante familiares o personas no profesionales. Para el sistema sanitario, quienes buscan ayuda médica, sobre todo de forma persistente, representan un serio reto asistencial.

2.1 PERCEPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN EL SER HUMANO

La experimentación de síntomas somáticos es muy habitual en el ser humano. De hecho, los estudios sobre el tema demuestran que el 75% de los adultos sanos padecen algún tipo de dolor o malestar físico en el plazo de una semana. Los factores que pueden producir estos síntomas son tres (White, Williams & Greenberg, 1961):

- 1- Los procesos fisiológicos básicos, como la respiración, digestión, circulación y las modificaciones hormonales del sistema endocrino.
- 2- Cambios o acontecimientos no patológicos. Los principales son modificaciones en la dieta, fatiga física o infecciones víricas subclínicas que producen mínimas molestias.
- 3- El medio ambiente: Factores ambientales como calor o frío extremo, exceso de luz, humedad o ruido, contaminación ambiental (por ejemplo: tabaco), tormentas o cambios de clima, etc.

Es decir, la condición normal en el ser humano es experimentar síntomas somáticos de forma frecuente y eso no constituye ninguna enfermedad psiquiátrica. Sólo debe hablarse de somatización, y catalogarse como un problema médico o psicológico, cuando el individuo atribuye estas molestias a una enfermedad orgánica y busca un diagnóstico y un tratamiento médico de forma persistente; pese a las reafirmaciones de

los médicos en el sentido de que ninguna enfermedad física grave está produciendo los síntomas. (García-Campayo, 2007)

2.2. ¿QUE ENTENDEMOS POR UN PACIENTE “SOMATIZADOR”?

Actualmente se acepta que un paciente somatizador es aquel que cumple los denominados criterios de Bridges & Goldberg (1985):

1. El paciente consulta por síntomas somáticos.
2. El paciente atribuye los síntomas que padece a una enfermedad orgánica y no a un trastorno psicopatológico.
3. Existe un trastorno psicopatológico diagnosticable con las clasificaciones psiquiátricas actuales.
4. En opinión del profesional, el tratamiento del trastorno psicológico mejoraría los síntomas físicos.

Aunque han existido críticas a esta definición, sobre todo al criterio número cuatro porque puede considerarse subjetivo, es la más aceptada para conceptualizar qué es un paciente somatizador. En esta definición se incluyen, mayoritariamente, pacientes que cumplen criterios diagnósticos de trastornos depresivos, de ansiedad y de adaptación. Muchas de las quejas o síntomas que preceden a los trastornos depresivos, de ansiedad y de adaptación aparecen en forma de síntomas somáticos. La forma de presentación “somatizada” de estos tres grupos de enfermedades es tres veces más frecuente que la presentación mediante síntomas psicológicos (Haftgoli et al., 2010; Lobo et al., 1996; Steinbecher et al., 2011).

Menos del 10% cumplen criterios de trastornos somatomorfos, los cuales constituyen la “punta del iceberg” de los fenómenos de somatización, porque representan las formas más crónicas e invalidantes.

Una clasificación importante entre los pacientes somatizadores tiene que ver con la evolución temporal (Bridges & Goldberg, 1985). Se habla de somatizadores agudos o subagudos cuando la duración de los síntomas es menor o igual a seis meses.

2.3. CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

La constatación clínica de pacientes con múltiples y recurrentes quejas físicas para las que no es posible hallar un origen orgánico, y por tanto cabe interpretar como resultado de una “enfermedad mental” tiene una larga historia. Paul Briquet en 1859, en su obra “*Traite Clinique et Therapeutique de L’histerie*”, describió un cuadro psicopatológico principalmente presente en mujeres y caracterizado por frecuentes quejas sexuales y síntomas de dolor. El síndrome era conceptualizado como una forma de histeria en la que los pacientes presentaban una conducta extravagante y emocional (Chorot & Martínez, 1995). El trastorno aparecía a una edad temprana y se mantenía estable a lo largo del tiempo (Simon & Gureje, 1999). La descripción de Paul Briquet de este síndrome clínico ha sido la base a partir de la cual se ha ido configurando, a través de los diferentes sistemas diagnósticos, el actual Trastorno de Somatización. El concepto fue retomado en el DSM-II de 1968, donde bajo la denominación de Síndrome de Briquet, se describe un subgrupo de pacientes “histéricos” caracterizados por múltiples quejas somáticas principalmente referidas a vómitos, intolerancia a la comida, pérdida de conciencia, cambio de peso, dismenorrea e indiferencia sexual.

Bajo la denominación de Síndrome de Briquet definen un trastorno caracterizado por la existencia de un patrón recurrente de síntomas pertenecientes a diferentes sistemas orgánicos y asociados con malestar psicológico, no pudiendo asociarse a una enfermedad física que los justifique adecuadamente (Cloninger et al., 1986). Para estos autores el diagnóstico del síndrome de Briquet requería la presencia de al menos 25 síntomas de un listado de 60, pertenecientes a 9 o 10 categorías diferentes. Estos criterios posteriormente se incluyeron, bajo la denominación de “histeria”, en los criterios diagnósticos para trastornos psiquiátricos (Feighner et al., 1972).

Fue en el DSM-III (APA, 1980) cuando por primera vez se utilizó el término trastorno de somatización como diagnóstico oficial, una conceptualización directamente heredera de los criterios del grupo de Feighner (Liu, Clark & Eaton, 1997; Martin & Yutze, 1996; Tomasson, Kent & Coroyel, 1993). La sustitución del término de Briquet por el trastorno de somatización viene motivada por el interés de suprimir, en esa versión del manual diagnóstico, la mayor parte de epónimos (APA, 1980). Es también en el DSM-III donde por primera vez se incluye la categoría de trastornos somatomorfos, que en los aspectos esenciales mantiene su contenido hasta el actual DSM-IV-TR.

El trastorno de somatización queda definido, con un carácter esencialmente descriptivo, como un trastorno crónico (aunque fluctuante), polisintomático, que empieza antes de los 30 años y que ocurre prioritariamente en la mujer. El número de síntomas evaluados pasa de los 60 del listado original a 37, excluyéndose, entre otros, los síntomas de carácter psicológico, como por ejemplo: nerviosismo, sentimientos depresivos, facilidad de llanto o pensamientos suicidas. Este subgrupo de 37 síntomas lo componen aquellos que mejor discriminan entre el síndrome de Briquet y otros trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión y “deben afectar invariablemente” a los siguientes sistemas orgánicos: pseudoneurológico, gastrointestinal, sistema reproductor femenino, psicosexual, dolor y cardiopulmonar. La corroboración de que el síntoma está “realmente presente” no resulta imprescindible: “el hecho de que el síntoma sea narrado por el individuo ya es suficiente” (APA 1980, p. 255). Para recibir el diagnóstico se requiere la presencia de como mínimo 12 síntomas en hombres y 14 para las mujeres, es decir, se establece un criterio diferente en función del sexo. Es importante tener en cuenta que entre los síntomas se incluyen algunos prioritariamente femeninos, como son por ejemplo tener dolor durante la menstruación o vómitos en el embarazo.

Con el DSM-III-R (APA, 1980), vuelve a igualarse el número de síntomas para hombres y mujeres, siendo ahora 13 los necesarios para poder realizar el diagnóstico, y el número de síntomas a evaluar se reduce de 37 a 35. Otra importante modificación es la “creencia de estar enfermo” como criterio primario y una alternativa a la presencia de múltiples síntomas. En concreto el criterio A indica “Historia de múltiples síntomas o creencia de estar enfermo”, característica diagnóstica ésta que no será mantenida en el DSM-IV. También se explicita que los síntomas no aparecen únicamente durante las crisis de angustia y se incluye también como síntoma diagnóstico aquel que, aún con un origen médico, ocasiona un malestar excesivo al que cabría esperar por la historia clínica. Finalmente el DSM-III-TR propone 7 síntomas que podrían considerarse patognomónicos. Estos síntomas coinciden, probablemente proceden, de los propuestos como criterios de screening para el Trastorno por Somatización de Othmer y DeSouza (Othmer & DeSouza, 1985).

En los criterios para el trastorno de somatización propuestos en el DSM-IV (APA, 1994) se ha pretendido realizar una definición más útil y operativa, tanto desde el punto de vista de la especificidad y sensibilidad, como de facilidad y comodidad a la hora de establecer el criterio diagnóstico (APA, 1994). El cambio más destacado respecto a las anteriores versiones del DSM hace referencia al número de síntomas, quedando ahora el criterio reducido a 8 de los 34 y manteniéndose el punto de vista del DSM-III-TR al equipararlo en ambos sexos. Además, los síntomas deben especificarse, requiriéndose al menos una historia de 4 síntomas de dolor, 2 gastrointestinales, 1 síntoma sexual y 1 síntoma pseudoneurológico. También se ha eliminado el criterio referido a la creencia de tener una enfermedad, junto con la referencia explícita al carácter de cribado de algunos síntomas.

Otro aspecto destacado en la definición del DSM-IV es el requerimiento de que los síntomas provoquen deterioro significativo en áreas importantes de la actividad de la persona o que estos conduzcan a la búsqueda de atención médica (Criterio C).

Respecto a la CIE, el concepto de trastorno de somatización no fue incluido hasta su décima versión (OMS, 1992), siendo conceptualizado por la CIE-9 como un tipo de histeria, sin especificar criterios para el diagnóstico. Para este sistema clasificatorio el criterio fundamental es la presencia de síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado explicación médica (no especifica cómo deben distribuirse estos aunque destaca como los más frecuentes molestias gastrointestinales y dérmicas junto con quejas menstruales y sexuales). Incluye también como criterio, que constituye denominador común de los trastornos somatomorfos, “la negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para sus síntomas” (OMS, 1992). Y por último estos síntomas o “el comportamiento consecuente” ocasionan cierto grado de disfunción en el comportamiento social y laboral.

Desde las primeras descripciones clínicas del síndrome, han sido muchas las modificaciones que se han realizado a lo largo de los años, lo que ha llevado a diferentes autores a dudar si bajo los diferentes diagnósticos se esconde el mismo trastorno (Hanel et al., 2009; Rief et al., 2011). En un trabajo de Yutzy et al. (1995), diseñado para evaluar la validez de los criterios propuestos por el DSM-IV, se ha encontrado una alta concordancia entre los diferentes criterios del trastorno de somatización (DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV) y a su vez entre éstos y los criterios de Perley & Guze (1962). Contrariamente a estos resultados, la equivalencia hallada entre el DSM y los criterios desarrollados en la CIE-10 es muy escasa.

Estos resultados otorgan cierta validez al trastorno de somatización, entendido de forma genérica como un trastorno polisintomático y persistente durante varios años. Además, permite enlazar, en un sentido amplio, el síndrome de Briquet (criterios de Perley & Guze, 1962) con el trastorno de somatización, ya que a pesar de las sustanciales diferencias, hay diversos estudios que proporcionan considerables correlaciones entre ambos: 0,59, 0,60 y 0,84 (Brown & Smith, 1991; Tomasson, Kent & Coroyell, 1993; Yutzy et al., 1995, respectivamente).

Es importante señalar que ambos sistemas definen de igual forma los síntomas somáticos como “somatomorfos” cuando no hay suficientes evidencias médicas para realizar un diagnóstico. En ninguna de las clasificaciones se incluyen mecanismos ni factores explicativos de estos síntomas ya que todavía se desconoce la etiología de estos procesos y sus interacciones. Algunos autores han criticado que las dos principales clasificaciones diagnósticas hayan dejado de lado los aspectos patogénicos y etiológicos de estos trastornos (Martin, 1999). En cambio, otros autores remarcan que estas dos clasificaciones han establecido un sistema descriptivo claro que proporciona definiciones claras y operativas que posibilitan diagnósticos fiables (Williams et al., 1992).

2.3.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Según el DSM-IV, el **Trastorno de Somatización** es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor (DSM-IV) (APA, 2003). (Ver tabla 1).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (300.81). DSM-IV-TR.

A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

(1) **cuatro síntomas dolorosos**: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej. cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto, durante la menstruación, el acto sexual o la micción)

(2) **dos síntomas gastrointestinales**: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej. náuseas, distensión abdominal, vómitos, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)

(3) **un síntoma sexual:** historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej. indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas)

(4) **un síntoma pseudoneurológico:** historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado al dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos con amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo.

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

(1) Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos de una sustancia (drogas o fármacos).

(2) Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos del laboratorio.

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno ficticio y en la simulación).

Tabla 1. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de trastorno de somatización

Según el DSM-IV, el **Trastorno Somatomorfo Indiferenciado** se caracteriza por síntomas físicos no explicados que persisten al menos 6 meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de Trastorno de Somatización (tabla 2).

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE
SOMATOMORFO INDIFERENCIADO (300.81). DSM-IV-TR.**

- A. Uno o más síntomas físicos (p. ej. Fatiga, pérdida de apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).
- B. Cualquiera de las dos características siguientes:
- (1) Tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia.
- (2) Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
- C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. La duración del trastorno es al menos de 6 meses.
- E. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. Otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico)
- F. Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de los que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación)

Tabla 2. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de trastorno somatomorfo indiferenciado

Según la CIE-10, los criterios diagnósticos para el trastorno de somatización se exponen en la tabla 3.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR
SOMATIZACIÓN. F45.0 (CIE-10).**

- A. Antecedentes, de al menos dos años de evolución, de quejas relativas a síntomas somáticos múltiples y variables, los cuales no pueden ser explicables por trastornos orgánicos objetivables. Cualquiera de los trastornos orgánicos que pudieran estar presentes no explican la gravedad, difusión, variedad y persistencia de las quejas o hiperactividad vegetativa, éstos no llegan a ser una característica destacada del trastorno, en el sentido de que no son especialmente persistentes o molestos.
- B. La preocupación por los síntomas causa un malestar constante y lleva al paciente a la búsqueda de reiteradas consultas (tres o más) y chequeos, tanto en los servicios de atención primaria como en los especializados. En ausencia de servicios médicos, por motivos de accesibilidad o económicos, el paciente se automedica continuamente o realiza múltiples consultas a curanderos locales o personal paramédico.
- C. Existe un rechazo continuado por parte del sujeto a aceptar las aclaraciones de los médicos de que no existe una causa orgánica que explique los síntomas somáticos, excepto durante o inmediatamente después de los chequeos y por cortos períodos de tiempo que nunca exceden pocas semanas.
- D. Presencia de un total de 6 o más síntomas de la lista siguiente, los cuales deben pertenecer, por lo menos, a dos de los grupos siguientes:

Síntomas gastrointestinales:

1. Dolor abdominal
2. Náusea
3. Sensaciones de plenitud abdominal o meteorismo
4. Mal sabor de boca o lengua subrral
5. Quejas de vómito o regurgitación de alimentos
6. Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas o líquidas

Síntomas cardiovasculares:

1. Falta de aliento sin haber hecho esfuerzo
2. Dolores torácicos

Síntomas urogenitales:

1. Disuria o quejas de micción frecuente
2. Sensaciones desagradables en los genitales o alrededor de ellos
3. Quejas de flujo vaginal excesivo o inusual

Síntomas cutáneos y de dolor:

1. Quejas de manchas o decoloración de la piel
2. Dolor en los miembros, articulaciones o extremidades
3. Sensación desagradable de hormigueo o de quedarse dormido algún miembro.

E. Criterios de exclusión más frecuentemente usados: los síntomas no se presentan en el curso de una esquizofrenia o trastornos relacionados (F-20- F-29), o de cualquiera de los trastornos del humor (F-30-F39) ni un trastorno de pánico (F-41).

Tabla 3. Criterios CIE-10 para el diagnóstico de Trastorno de Somatización

Según la CIE-10, los criterios diagnósticos para el trastorno somatomorfo indiferenciado se exponen en la tabla 4.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO SOMATOMORFO
INDIFERENCIADO. CIE-10**

Cuando las quejas somatomorfas son múltiples, variadas y persistentes, pero no se ajustan al cuadro típico y completo de trastorno de somatización, debe considerarse el diagnóstico de trastorno somatomorfo indiferenciado.

A. Se cumplen los criterios A, C y E del trastorno de somatización (F45.0), excepto que la duración sea de al menos seis meses.

B. Uno o ambos criterios B y D del trastorno de somatización (F45.0) se satisfacen de forma incompleta.

Tabla 4. Criterios CIE-10 para el diagnóstico de trastorno de somatomorfo indiferenciado

2.3.2. DIFERENCIAS EN LA CLASIFICACIÓN CIE-10/ DSM-IV.

Dos son las principales diferencias que podemos encontrar en las definiciones que las dos clasificaciones vigentes de los trastornos mentales (CIE10 y DSM-IV) ofrecen del trastorno de somatización. En primer lugar la CIE-10 no explicita ni la necesidad de un número concreto de síntomas ni una distribución determinada de estos, cosa que el DSM-IV, en su mayor interés de ofrecer definiciones operativas de los trastornos que incluye, sí especifica. En segundo lugar, y probablemente con mayor significación psicopatológica, encontramos la diferencia que ambos sistemas presentan con relación al criterio referido al rechazo del paciente del diagnóstico médico, característica no mencionada en el DSM-IV.

En los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 (OMS, 1993) sí se propone una distribución específica de síntomas, requiriendo la presencia de 6 síntomas de un total de 14, distribuidos en 4 categorías. El criterio de rechazo persistente a aceptar el diagnóstico médico de ausencia de enfermedad, permanece en esta clasificación. Frente a los listados de síntomas propuestos por las diversas concepciones del DSM, la ofrecida en los criterios de investigación de la CIE-10 presenta un aspecto de interés que es la reducción considerable de síntomas a evaluar.

Las principales diferencias entre ambas clasificaciones (DSM-IV/CIE-10) a la hora de describir el grupo de los trastornos somatomorfos están descritas en la Tabla 5.

La consecuencia más importante que se deriva de estas diferencias, es que los índices de concordancia cuando comparamos los trastornos somatomorfos diagnosticados con una u otra clasificación son tan bajos que impiden comparar estudios de investigación en los que se hayan utilizado ambos criterios (Rief et al., 1996).

Las principales diferencias en las dos clasificaciones son:

- Los trastornos conversivos se incluyen dentro de los trastornos somatomorfos en el DSM-IV, y en cambio, la CIE-10 prefiere agruparlos junto a los trastornos disociativos.
- La CIE-10 incluye una categoría denominada trastorno vegetativo somatomorfo que no existe en el DSM-IV y que habrá que encuadrar dentro del trastorno somatomorfo indiferenciado.
- La CIE-10 no otorga categoría conceptual distintiva al trastorno dismórfico corporal y lo considera un subtipo de hipocondría, mientras para el DSM constituye una entidad distinta.
- La CIE-10 dedica el síndrome de fatiga crónica en un capítulo aparte, circunstancia que no se da en el DSM.

Todas estas circunstancias han determinado que, en la actualidad, la sección de los trastornos somatomorfos sea una de las clasificaciones psiquiátricas más criticadas.

DSM-IV	CIE-10
Trastorno por somatización	Trastorno por somatización
Trastorno somatomorfo indiferenciado	Trastorno somatomorfo indiferenciado
Hipocondría	Trastorno hipocondríaco
Incluida en el T.S indiferenciado	Disfunción vegetativa somatomorfa
Trastorno por dolor	Trastorno por dolor somatomorfo
No existe	Otros trastornos somatomorfos
Trastorno somatomorfo no especificado	Trastorno somatomorfo sin especificar
Trastorno por conversión	Incluido en F44. Trastorno Disociativo
Trastorno dismórfico corporal	Incluido en F45.2 Hipocondría

Tabla 5. Clasificación de los Trastornos somatomorfos en el DSM-IV y en la CIE-10 con sus correspondencias relativas.

2.3.3. CONCEPTUALIZACIONES ALTERNATIVAS DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

El trastorno de somatización y el Trastorno de Somatización Indiferenciado (TSI) son los dos síndromes propuestos por el DSM-IV a la hora de plantear que la presencia de sintomatología física no explicada médicamente tiene entidad diagnóstica. Hay varios autores que han cuestionado la representatividad de ambas categorías, considerando que ni el trastorno de somatización, por ser excesivamente excluyente, ni tampoco el TSI, por su inespecificidad, resultan demasiado útiles para dar cuenta de la verdadera incidencia y repercusión de la patología de los pacientes que tradicionalmente han sido denominados como somatizadores (Escobar et al., 1987, 1998; Gureje et al., 1997; Kroenke, Jackson & Chamberlin, 1997).

En la revisión de la literatura, ha habido diversos intentos de ofrecer una concepción alternativa y más operativa del Trastorno de Somatización. Vamos a referirnos a tres de ellos:

1. La propuesta de una modificación de los criterios CIE-10 (Tomasson et al., 1993).
2. La definición abreviada del trastorno de somatización (Escobar et al., 1987, 1998; Magallón et al., 2008).
3. El trastorno multisomatoforme (Kroenke et al., 1997; Jeffrey, Jackson & Kroenke, 2008).

Respecto a la primera propuesta, el grupo de Tomasson ha sugerido una versión modificada de los criterios de investigación para el trastorno de somatización de la CIE-10, que consiste fundamentalmente en la eliminación del criterio referido al rechazo de la explicación médica y en hacer hincapié en la evaluación de síntomas. Estos autores

encontraron un alto solapamiento diagnóstico entre estos criterios y las diferentes propuestas del DSM, lo que les indujo a proponer esta conceptualización como “una alternativa razonable para identificar un grupo de pacientes polisintomáticos”, facilitando un diagnóstico más sencillo (se evalúan 14 síntomas frente a los 34 del DSM-IV).

Respecto a la segunda propuesta, (Escobar et al., 1987; 1989) propusieron una definición “abreviada” del trastorno de somatización, también denominada “índice de síntomas somáticos”, con el fin de ofrecer una definición más operativa del concepto de somatización y que fuera de utilidad en atención primaria. Para estos autores la noción tradicional en la clínica del paciente “somatizador” no estaba adecuadamente reflejada en las nosologías psiquiátricas al uso, siendo además ampliamente utilizada, tanto en un marco clínico como de investigación, una noción muy inespecífica de somatización. El criterio diagnóstico para estos autores lo constituye la presencia de 4 síntomas somáticos en hombres y 6 en mujeres. Los pacientes que cumplían estos criterios puntuaban alto en número de visitas médicas innecesarias o no programadas, interferencia en el funcionamiento normal, consumo de medicación, junto con otras variables de significación clínica (Escobar et al., 1987). Esta definición “abreviada” parece haber tenido cierta aceptación y repercusión en la literatura (Gureje et al., 1997; Kirmayer & Taillefer, 1996; Lobo et al., 1996; Magallón et al., 2008; Martin & Yutzy, 1996).

Como tercera propuesta encontramos el “trastorno multisomatoforme” (Kroenke et al., 1997), que pretende ofrecer una alternativa operativa y fácil de evaluar del Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (TSI), síndrome que, según estos autores “nunca ha sido validado”. Se define por la presencia de 3 o más síntomas somáticos de un listado de los 15 síntomas más frecuentes en las consultas médicas (lo que constituyen un 90% de las

visitas), a partir del análisis de los datos del *Primary care evaluation of mental disorders 1000 study* (Spitzer et al., 1994). La prevalencia del trastorno estos criterios es del 8,2% en atención primaria (Kroenke et al., 1997) apareciendo en estos pacientes niveles de deterioro significativo equiparables a los pacientes con trastornos de ansiedad o depresión en relación con la calidad de vida manifestada, el número de días de baja, el número de visitas médicas y el grado de enfermedad percibida por el médico.

Los resultados de esta investigación motivan a sus autores a considerar el *trastorno multisomatoforme* como una alternativa adecuada al TSI, proponiendo unos criterios diagnósticos específicos que puedan sustituir a los de este trastorno en el DSM-IV. Sin embargo, hay algo que llama la atención: aunque los criterios propuestos resultan razonables y parece útil y necesaria una definición más operativa del TSI, el trastorno multisomatoforme no parece compatible con los diagnósticos del DSM-IV, ya que se basa en un listado de síntomas no equiparable a los utilizados en las evaluaciones de este manual diagnóstico.

Para terminar este punto es importante resaltar que estas nuevas conceptualizaciones apoyan la propuesta de Katon et al (1991) acerca de una descripción dimensional del trastorno de somatización. Según estos autores la somatización puede entenderse como un continuo en el que el aumento de síntomas es un indicador de incremento de malestar, incapacitación y conductas de enfermedad inadecuadas. Otros trabajos como el de Simon & Vonkorff (1991) apoyan esta misma idea.

La elevada comorbilidad ya mencionada entre somatización y otras patologías psiquiátricas, invitan a preguntarse detenidamente por la etiopatogénica de estos síntomas, por el significado de su coexistencia con otros trastornos psiquiátricos, y por el sentido que, en ocasiones, puede tener resaltar como entidad nosológica o la presencia aislada de estos síntomas.

2.3.4. NUEVAS PROPUESTAS PARA LA CLASIFICACIÓN DEL DSM-5

En la próxima clasificación del DSM-5 se propone una nueva categoría denominada *Somatic Symptoms Disorders* (SSD) que sustituirá a los “Trastornos somatomorfos” de la actual clasificación del DSM-IV. Esta nueva propuesta la han llevado a cabo el grupo de trabajo *Somatic Symptom Disorders Work Group*. Una de las propuestas de este grupo de trabajo es renombrar la categoría de trastornos somatomorfos ya que la actual terminología de trastornos somatomorfos resultaría confusa y porque los trastornos facticios, los factores psicológicos que afectan a una enfermedad médica y los trastornos somatomorfos implican la manifestación de síntomas físicos y/o preocupación sobre enfermedades médicas. Por todo esto proponen el nombre de *Somatic Symptoms Disorders*. Además, debido al dualismo mente-cuerpo y a la falta de fiabilidad en la evaluación de los “síntomas sin explicación médica clara”, estos síntomas ya no se destacan como características principales de muchos de estos trastornos. Debido a que el trastorno de somatización, la hipocondría, el trastorno somatomorfo indiferenciado y el trastorno por dolor comparten ciertas características comunes, algunos síntomas somáticos y distorsiones cognitivas, el grupo de trabajo propone que este grupo de trastornos se agrupen bajo el nombre de *Complex Somatic Symptom Disorder*. Dentro de este grupo también se situará el trastorno facticio.

El criterio contemporáneo de trastorno somatomorfo enfatiza el concepto de “síntomas sin explicación médica”. Esta terminología impone un dualismo entre trastornos médicos y psiquiátricos. Se basa en un diagnóstico negativo y como tal corre el riesgo de un infradiagnóstico (Kroenke et al., 2007). Con los criterios de las clasificaciones actuales, estos trastornos son muy comunes, especialmente en atención primaria, donde se presentan en 1 de cada 6 visitas (Fink et al., 1999). Niveles elevados de síntomas

somáticos que subyacen el diagnóstico de trastorno de somatización son bastante comunes en atención primaria y en ámbitos médicos y tienden a estar asociados con los trastornos afectivos y de ansiedad (Barsky & Borus, 1999; Bridges & Goldberg, 1985; Escobar et al., 1998; Gureje & Simon, 1999). Asimismo, los factores psicológicos que complican los trastornos médicos subyacentes constituyen la esencia del *Psychological Factors Affecting Medical Condition* (PFAMC) y son también muy comunes en ámbitos médicos (Levenson, 2008).

A pesar de la elevada importancia de estos trastornos en atención primaria, raramente se utilizan los códigos de estos diagnósticos. Con la posible excepción del trastorno por dolor, este tipo de diagnósticos tampoco son habituales en la práctica clínica. Existe una importante confusión acerca de los criterios para estos trastornos y los pacientes manifiestan un elevado rechazo a los términos que se utilizan. Un estudio realizado en 2009 señala que el 45% de los médicos consideran poco claros los criterios del trastorno somatomorfo, un 51% no los consideran especialmente útiles, y tan sólo un 6% lo consideran un diagnóstico útil (Dimsdale, Sharma & Sharpe, 2011).

Entre los trastornos somatomorfos se da especial importancia al trastorno de somatización, a pesar de que sería relativamente raro si se utilizan los criterios actuales (Escobar, 1987). Por tanto, los investigadores han abandonado los criterios DSM-IV de trastorno de somatización y han desarrollado sus propios criterios, siendo el “abreviado 4/6” y el “multisomatomorfo” los más utilizados (Escobar., 1987; Kroenke et al., 2007). La baja prevalencia del trastorno de somatización junto con la dificultad en la evaluación de todos los trastornos somatomorfos ha implicado que muchas investigaciones en salud mental no hayan incluido estos trastornos en sus trabajos. Tal vez debido a estos problemas de evaluación, la baja prevalencia y la dependencia de “síntomas somáticos sin explicación médica”, esta área de trastornos psiquiátricos ha

sido poco estudiada, y se ha acusado a los psiquiatras de dejar de lado a un importante grupo de trastornos que implica un elevado nivel de incapacidad y malestar (Creed, 2006; Saxena, 2005). Un grupo de investigación de Alemania ha señalado la falta de estudios con trastornos somatomorfos en población general a pesar de que algunos trabajos señalan estos trastornos como el tercer diagnóstico más prevalente en población general (Baumeister & Härter, 2007). Para evaluar la prevalencia de este trastorno se han utilizado diferentes criterios, por lo que encontramos tasas de prevalencia muy dispares.

En resumen, los principales problemas que presenta el diagnóstico de trastorno de somatización son:

- Excesiva importancia a los síntomas sin una explicación médica clara
- Los clínicos prácticamente no utilizan estos diagnósticos
- Los pacientes no aceptan los términos utilizados
- Los clínicos consideran poco claros los criterios diagnósticos
- Existen importantes discrepancias en la prevalencia de estos trastornos ya que se utilizan criterios distintos en bastantes estudios.

Por todo ello, el grupo de trabajo propone cambios en una importante área diagnóstica de los trastornos mentales.

Somatic Symptom Disorders

Este grupo de trastornos se caracteriza fundamentalmente por síntomas somáticos o preocupaciones que producen malestar o disfunción significativa. Los síntomas somáticos son habituales en el día a día del paciente. Estos síntomas se deben iniciar, exacerbar o mantener por la combinación de factores biológicos, psicológicos y

sociales. El criterio diagnóstico es aplicable a lo largo de todo el periodo de vida, incluso si hay diferencias en la presentación o manifestación de los síntomas. Es habitual que este tipo de trastornos se presenten por primera vez en ámbitos no psiquiátricos y los síntomas somáticos pueden ir asociados a trastornos mentales o/y otras patologías médicas. El hecho de que no exista una etiopatogenia clara que explique los síntomas no es condición suficiente para hacer este diagnóstico. Por tanto, algunos pacientes con colon irritable o fibromialgia no necesariamente deben cumplir criterios diagnósticos para este diagnóstico. En cambio, si se presentan síntomas somáticos en un diagnóstico ya establecido (por ejemplo; diabetes) no se excluye este diagnóstico si se cumplen criterios para ambos trastornos. Hay otros trastornos psiquiátricos como la depresión o el pánico que también se acompañan de importantes síntomas somáticos, pero no todas las patologías con síntomas somáticos cumplen criterios para este diagnóstico. La manifestación de estos síntomas puede ir variando a lo largo de la vida, por tanto antes de realizar el diagnóstico es importante completar la evaluación con una historia clínica confirmatoria evaluando la evolución de los síntomas.

En la categoría *Somatic Symptom Disorders* se incluirán los siguientes diagnósticos (según www.dsm5.org):

1. *Complex Somatic Symptom Disorder* (J00)
2. *Simple Somatic Symptom Disorder* (J01)
3. *Illness Anxiety Disorder* (J02)
4. *Functional Neurological Disorder* (Conversion Disorder) (J03)
5. *Psychological Factors Affecting Medical Condition* (J04)
6. *Other Specified Somatic Symptom Disorder* (J05)
7. *Unspecified Somatic Symptom Disorder* (J06)

1. *Complex Somatic Symptom Disorder (CSSD) (J00)*

Este trastorno se caracterizaría por la combinación de múltiples síntomas y una excesiva o maladaptativa respuesta a estos síntomas o a preocupaciones excesivas por la salud. El sufrimiento del paciente es real, tenga o no una explicación médica clara. Los pacientes habitualmente expresan malestar y un elevado nivel de incapacidad debida a estos síntomas. Los síntomas pueden ir acompañados de diagnósticos médicos generales o trastornos mentales, pero no es una condición necesaria para realizar el diagnóstico. Suele haber un elevado nivel de utilización de los recursos sanitarios, que raramente alivia el malestar de estos pacientes. Según el punto de vista de los clínicos estos pacientes no responden a las terapias, y nuevas intervenciones o terapias suelen ser motivo de exacerbaciones de síntomas ya existentes, de nuevas complicaciones o quejas por efectos secundarios. Muchos pacientes sienten que su asesoramiento o tratamiento médico es inadecuado.

Los pacientes con este diagnóstico habitualmente presentan múltiples quejas somáticas que generan un elevado nivel de malestar, aunque en algunas ocasiones pueden presentar un único síntoma severo. Los síntomas pueden estar asociados a un diagnóstico médico previo. Los síntomas pueden ser específicos (p. ej; dolor localizado) o no específicos (por ej; fatiga). Los síntomas a veces representan sensaciones corporales normales (por ej; mareo ortostático) o malestar que generalmente no significa un diagnóstico serio (por ej; mal sabor de boca). Los pacientes con este diagnóstico tienden a presentar niveles elevados de ansiedad por la salud. Valoran sus síntomas corporales como excesivamente peligrosos, perjudiciales, molestos y a menudo temen lo peor a cerca de su salud. Incluso cuando hay evidencias de lo contrario, siguen temiendo las peores consecuencias médicas de sus síntomas. Las

preocupaciones sobre su salud juegan un papel muy importante en la vida del paciente, convirtiéndose en un rasgo de su identidad y condicionando sus relaciones interpersonales. Si todos los síntomas somáticos forman parte de otro trastorno psiquiátrico (ej; trastorno de pánico), y se cumplen los criterios para este diagnóstico, se debe considerar o bien como una alternativa diagnóstica o como un diagnóstico adicional. Si el paciente tiene preocupaciones sobre la salud pero no presenta síntomas somáticos, será más apropiado el diagnóstico de ansiedad por la salud.

En las personas mayores los síntomas somáticos y las enfermedades médicas comórbidas son todavía más comunes, y por esto la importancia en el criterio B todavía tiene mayor relevancia. En el caso de niños, el criterio B debe ser explicado por los padres.

El CSSD es un trastorno caracterizado por la cronicidad y la excesiva o maladaptativa respuesta a los síntomas. Si no se cumplen criterios diagnósticos para este diagnóstico se deben considerar otros diagnósticos como *Simple Somatic Symptom Disorder* (SSSD). El CSSD incluye criterios diagnósticos previos de trastorno de somatización, de trastorno somatomorfo indiferenciado, de hipocondriasis y algunas de trastorno por dolor del DSM-IV.

Principales cambios propuestos

1. Renombrar los trastornos somatomorfos a Somatic Symptoms Disorders y combinarlos con (PFAMC) *Psychological Factors Affecting Medical Condition* y los trastornos facticios.

El grupo de trabajo sugiere combinar los trastornos somatomorfos, los factores psicológicos que afectan a una condición médica y trastornos facticios en un grupo

Somatic Symptom Disorders porque la característica principal de estos trastornos es la presentación clínica de los síntomas físicos y/o las preocupaciones sobre padecer una enfermedad médica. La agrupación de estos trastornos en una única categoría se basa en la utilidad clínica (estos pacientes acuden fundamentalmente a atención primaria), más que en la etiología o mecanismos que comparten. Alternativamente, los trastornos facticios seguirán clasificándose en la categoría de otros trastornos.

2. Según el grupo de trabajo de Barsky, Lowe y Rief (www.dsm5.org), se combinará el trastorno de somatización, la hipocondría, el trastorno somatomorfo indiferenciado y el trastorno por dolor en una nueva categoría *Complex Somatic Symptom Disorder* (CSSD), que dará una mayor importancia a los síntomas que a las distorsiones cognitivas. El término “complex” tiene por objetivo remarcar que para realizar este diagnóstico, los síntomas deben ser persistentes y deben incluir ambos síntomas somáticos (criterio A) y distorsiones cognitivas (criterio B).

Este es un cambio mayor en la nomenclatura diagnóstica, y probablemente tendrá un mayor impacto sobre el diagnóstico. Se clarifica que el diagnóstico de CSSD es inapropiado si solo se presentan síntomas somáticos sin explicación médica. De forma similar, en enfermedades como el colon irritable, el CSSD no debe ser diagnosticado a menos que el criterio B este presente.

Todavía no está claro de que manera estos cambios afectaran a los diagnósticos ahora reconocidos como trastornos somatomorfos. Se podría concluir que la prevalencia de diagnósticos de CSSD bajará, especialmente si algunos trastornos previamente diagnosticados de trastornos somatomorfos estarán ahora diagnosticados en otro lugar (como por ejemplo en trastornos de adaptación). Por el contrario, hay suficientes datos que sugieren que muchos médicos evitan utilizar

viejos diagnósticos porque los consideran confusos o peyorativos. Así, con la clasificación CSSD, puede haber un incremento de diagnósticos.

La propuesta es agrupar estos trastornos hasta ahora reconocidos como diagnósticos separados ya que hay tres fuentes diferentes que sugieren una considerable superposición entre ellas.

1. Un estudio del 2009 encontró que un 52% de los médicos entrevistados consideraron que existe una importante superposición y el 38% consideraron alguna superposición entre estos trastornos. Por el contrario, menos del 2% de los médicos entrevistados explicaron que estos trastornos eran claramente diferentes (Dimsdale et al., 2011).
2. Los datos sobre la superposición de estos trastornos en ámbitos clínicos son muy limitados. Un estudio de atención primaria afirma que el 20% de los pacientes con trastorno de somatización también cumplen criterios diagnósticos de hipocondría (Escobar et al., 1998). En los pacientes de atención primaria, el trastorno de somatización es de 5 veces (Fink, Hansen & Oxhoj, 2004) a 20 veces (Barsky, 1992) más común en pacientes hipocondríacos comparado con pacientes de atención primaria que no tienen hipocondría.
3. Los tratamientos de intervención en este grupo de trastornos son similares. La terapia cognitivo-conductual y los fármacos antidepresivos son las intervenciones que obtienen mejores resultados en la hipocondría, el trastorno de somatización y el trastorno por dolor (Kroenke et al., 2007; Sumathipala, 2007). A pesar de que se han utilizado diferentes variaciones de la terapia cognitivo-conductual, se comparten muchos elementos comunes, como la

identificación y modificación de creencias disfuncionales sobre los síntomas o enfermedades así como también técnicas conductuales y prevención de respuesta. La investigación realizada sobre la utilización de antidepresivos es más limitada y no sugiere importantes diferencias en la respuesta terapéutica en los diferentes trastornos. Además de las mejorías terapéuticas que consiguen los pacientes con estos tratamientos, todos estos trastornos se benefician de intervenciones específicas no psiquiátricas con su médico (por ejemplo; limitar el número de visitas y que estas estén controladas por un único profesional, limitar el número de analíticas a no ser que estas estén claramente indicadas) (Allen et al., 2002).

Se proponen los siguientes criterios para el J00 *Complex Somatic Symptom Disorder*, descritos a continuación en la tabla 6.

Es necesario que se cumplan los criterios A, B y C

A. Síntomas Somáticos:

Uno o más síntomas somáticos que producen malestar y/o interfieren en el funcionamiento diario.

B. Excesivos pensamientos, sentimientos o conductas relacionadas con estos síntomas somáticos o con la salud en general. Son necesarias dos o más de las siguientes condiciones para cumplir este criterio:

- (1) El paciente expresa un elevado nivel de ansiedad por la salud
- (2) Preocupación desproporcionada y persistente sobre la gravedad de al menos un síntomas
- (3) Dedicación excesiva de tiempo y energía a estos síntomas o preocupaciones *

C. Cronicidad: A pesar de que un síntoma no este continuamente presente, la presencia del síntoma es crónica (al menos 6 meses)

D. Para los pacientes que cumplan los criterios diagnósticos para CSSD se debe especificar una de las siguientes opciones en función de lo que predomina en la manifestación clínica:

1. Predominancia de síntomas somáticos (anteriormente, trastorno de somatización)
2. Predominancia de ansiedad por la salud (anteriormente, hipocondriasis). Si el paciente presenta únicamente ansiedad por la salud con mínimos síntomas somáticos, será más apropiado el diagnóstico de “Illness Anxiety Disorder”
3. Predominancia de dolor (anteriormente, trastorno por dolor). Si el paciente manifiesta quejas predominantes sobre dolor y además presenta la mayoría de los criterios necesarios para cumplir el apartado B. Considerar otro tipo de diagnóstico para aquellos pacientes que presenten manifestaciones clínicas de dolor diferentes, un trastorno adaptativo o problemas psicológicos como consecuencia de otras condiciones médicas.

* Este criterio todavía se está discutiendo

Tabla 6. Propuesta criterios diagnósticos para *Somatic Symptom Disorder* del DSM-5

Para evaluar la gravedad del CSSD, hay algunas escalas psicométricas que evalúan la presencia y severidad de los síntomas somáticos (por ejemplo el PHQ-15 Short form) (Tabla 7). También hay escalas que evalúan la severidad de las distorsiones cognitivas y la excesiva preocupación por la salud (Whiteley Inventory), esta escala puede ayudar al clínico a evaluar la severidad de algunas distorsiones del listado del criterio B.

	En absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1.Molestias gastrointestinales	1	2	3	4	5
2.Dolor de espalda	1	2	3	4	5
3.Dolor en piernas, brazos o articulaciones	1	2	3	4	5
4.Dolor de cabeza	1	2	3	4	5
5.Dolor en el pecho o dificultad para respirar	1	2	3	4	5
6.Mareos o vértigo	1	2	3	4	5
7.Cansancio o pérdida de energía	1	2	3	4	5
8.Problemas para dormir	1	2	3	4	5

Tabla 7. Somatic Symptom Short Form (PHQ-SSS) autoaplicada para evaluar intensidad de síntomas en los pasados 7 días

En el DSM-IV este trastorno no existía. En esta propuesta del DSM-5 se incluyen algunos criterios del diagnóstico de Trastorno de Somatización (300.81), del Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (300.82), del Trastorno por dolor asociado a Factores Psicológicos (307.80) y a Trastorno por dolor asociado a una condición médica general (307.89). También incluye muchos pacientes diagnosticados previamente de hipocondría.

2. *Simple (or abridged) Somatic Symptom Disorder* (J01)

Este trastorno se definiría a partir de tres criterios fundamentales: 1) Preocupación desproporcionada y persistente sobre la gravedad de un síntoma. 2) Elevada ansiedad por la salud. 3) Excesivo tiempo dedicado a la comprobación del síntoma. El diagnóstico de este trastorno somatomorfo no especificado ha sido muy criticado por su imprecisión (Dimsdale et al., 2011). Por otro lado, se reconoce que diagnósticos más específicos como los que se incluyen en el CSSD, excluyen pacientes con importante ansiedad somática y que responden a tratamiento psiquiátrico. En un esfuerzo por especificar más que un “trastorno somatomorfo no especificado”, el DSM-5 introducirá un nuevo diagnóstico llamado *Simple Somatic Symptom Disorder* (SSSD). La principal diferencia entre el CSSD y el SSSD es el tiempo de duración del trastorno y el número de criterios del tipo B. CSSD requiere una duración >6 meses, en cambio el SSSD una duración >1 mes. CSSD requiere al menos 2 criterios del tipo B que indiquen pensamientos sentimientos o conductas disfuncionales, en cambio SSSD requiere sólo uno de estos criterios. Mientras SSSD se ha construido con la finalidad de ser un diagnóstico más leve que el CSSD. Puede ser de utilidad especificar o codificar los síntomas específicos cuando predominan, hay la opción de especificarlos (por ejemplo; SSSD. Dolor). A continuación, en la tabla 8 se exponen los criterios diagnósticos propuestos para el SSSD.

Es necesario que se cumplan los siguientes criterios:

- A. Síntomas somáticos: Uno o más síntomas que producen malestar y/o interfieren en el funcionamiento diario.
- B. Excesivos pensamientos, sentimientos o conductas relacionadas con estos síntomas somáticos o con la salud en general. Son necesarias dos o más de las siguientes condiciones para cumplir este criterio:
 - a. El paciente expresa un elevado nivel de ansiedad por la salud
 - b. Preocupación desproporcionada y persistente sobre la gravedad de al menos un síntomas
 - c. Dedicación excesiva de tiempo y energía a estos síntomas o preocupaciones *
- C. Duración del síntoma > 1 mes

* Este criterio todavía se está discutiendo

Tabla 8. Propuesta criterios diagnósticos para *Simple Somatic Symptom Disorder* del DSM-5

Para evaluar la gravedad de los síntomas se utilizan los mismos criterios que en el CSSD.

En el DSM-IV no existe este trastorno, incluye los criterios diagnósticos para el Trastorno somatomorfo no especificado, con la excepción de pseudociesis que no está incluida.

3. **Illness Anxiety Disorder** (J02) (hipocondriasis sin síntomas somáticos)

Este trastorno se caracteriza por una elevada ansiedad por la salud que produce malestar y/o interfiere en el funcionamiento diario del paciente. Algunos estudios sugieren que >del 75% de pacientes previamente diagnosticados de hipocondría cumplirían criterios diagnósticos para CSSD. Sin embargo, algunos pacientes previamente diagnosticados de hipocondría tienen un malestar somático mínimo y en cambio están fundamentalmente preocupados por la idea de que están realmente enfermos, por lo que

son estos pacientes los que se incluyen en esta nueva categoría diagnóstica. Este diagnóstico incluye características de los trastornos de síntomas somáticos y del trastorno obsesivo compulsivo, pero se incluye aquí por su estrecha relación con otros trastornos somáticos en su manifestación clínica y sus similitudes cognitivas, afectivas y conductuales.

De los pacientes actualmente diagnosticados según el DSM-IV de hipocondría un 80% se incluirán en el DSM-5 como CSSD y el 20% restante en *Illness anxiety Disorder*.

Respecto a la evaluación de la severidad del trastorno todavía no se ha definido en las propuestas del DSM-5.

En la tabla 9 se exponen los criterios diagnósticos para el *Illness anxiety Disorder*:

Es necesario que se cumplan los 6 criterios

- A. Los síntomas somáticos no están presentes, y si lo están es de forma leve.
- B. Preocupación por tener o desarrollar una enfermedad grave. Si una condición médica general o un riesgo elevado de desarrollar una enfermedad está presente, las preocupaciones por la salud son claramente excesivas o desproporcionadas. Las preocupaciones del individuo no se basan en un sufrimiento físico por sí sólo, sino más bien en una supuesta enfermedad médica.
- C. Un elevado nivel de ansiedad sobre la salud o temor a desarrollar una enfermedad grave. Estas personas tienen un umbral mucho más bajo para considerar que están enfermos y se alarman por su salud con mayor facilidad.
- D. Estas personas realizan conductas excesivas (e.j; comprobar cualquier molestia corporal como posible síntoma de enfermedad, buscar repetidamente y en diferentes fuentes información sobre enfermedades) o evitan determinadas situaciones (e.j; evitar citas con el médico y hospitales, visitar amigos o familiares enfermos, hacer ejercicio físico)
- E. A pesar de que la preocupación no este continuamente presente, la preocupación es crónica (al menos 6 meses).
- F. La preocupación por la salud no se describe mejor por los síntomas de otros trastornos tales como complex somatic symptom disorder, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno obsesivo compulsivo.

Tabla 9. Propuesta criterios diagnósticos para *Illness Anxiety Disorder* del DSM-5

4. **Functional Neurological Disorder (FND)** (previously, Conversion Disorder) (J03)

Actualmente se está proponiendo un nuevo nombre para este trastorno debido a las limitaciones que tienen tanto el antiguo como el de *Functional Neurological Disorder* (FND) que se ha propuesto de momento.

La característica esencial de este trastorno son los síntomas neurológicos que persisten después de una apropiada evaluación médica y son incompatibles con un diagnóstico de enfermedad neurológica. Los síntomas pueden incluir debilidad o parálisis, síncope o epilepsia, movimientos anormales, síntomas sensoriales (incluyendo pérdida de

visión y sordera), o dificultades para tragar o del lenguaje. Además, el diagnóstico suele basarse en pruebas de inconsistencia interna o incongruencia con una enfermedad neurológica. Esta evidencia debe incluir síntomas físicos (como debilidad funcional de Hoover) o investigaciones diagnósticas. Los síntomas deben ser graves o crónicos. Estresores psicológicos o acontecimientos vitales importantes suelen estar relacionados con el establecimiento de los síntomas, pero su identificación no es necesaria para realizar el diagnóstico. Si está presente un trastorno neurológico comórbido no excluiría el diagnóstico.

Si hay evidencias de que los síntomas son fingidos intencionadamente descartaremos el diagnóstico *Functional Neurological Disorder*. Las quejas cognitivas que son incompatibles con conclusiones objetivas pueden codificarse como una variante de los síntomas neurológicos funcionales, trastornos disociativos, trastorno facticio, simulación, trastorno de ansiedad por la salud, CSSD dependiendo de la evaluación global del profesional de la situación clínica. Dado el incremento de la prevalencia de trastornos neurológicos en las personas mayores, debemos ir con mucho cuidado a la hora de realizar el diagnóstico de functional neurological disorders en personas mayores que no han tenido dichos síntomas anteriormente.

Actualmente hay varios instrumentos que se utilizan para valorar la gravedad de los trastornos facticios y de conversión. Para el trastorno de conversión se recomienda valorar la gravedad basada en la persistencia de los síntomas con una escala simple que puntúe de leve a severa la incapacidad asociada al trastorno. Se recomienda que estas puntuaciones vayan de 1 a 4 (1=incapacidad menor o muy leve (por ejemplo; síntoma no incapacitante en los últimos 2 días); 2= incapacidad leve, persistente/recurrente (de 3 días a tres meses) 3=incapacidad moderada; 4=incapacidad grave y

persistente/recurrente (> de 3 meses con contracturas y/o pérdida de masa muscular).

En la tabla 10 se exponen los criterios diagnósticos propuestos:

<p>Es necesario que se cumplan los criterios A, B, C y D</p> <p>A. Uno o más síntomas neurológicos tales como función motora o sensorial voluntaria, o ataques.</p> <p>B. El síntoma, después de una adecuada evaluación médica, no se corresponde con una condición médica general, los efectos directos de una sustancia, o un comportamiento antisocial.</p> <p>C. Los síntomas físicos o los resultados diagnósticos son inconsistentes o incongruentes con un trastorno neurológico.</p> <p>D. El síntoma produce malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• El nombre final de este diagnóstico todavía está bajo discusión• Tanto el grupo de trabajo de los trastornos de síntomas somáticos y ansiedad, el de trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático y trastornos disociativos de que manera el trastorno de conversión puede formar parte de los trastornos disociativos.

Tabla 10. Propuesta criterios diagnósticos para *Functional Neurological Disorder* del DSM-5

5. *Psychological Factors Affecting Medical Condition* (J04)

En el DSM-IV este trastorno está ubicado en otra categoría diagnóstica. En el DSM-5 se propone la inclusión de este en la sección de *Somatic Symptom Disorder*, principalmente porque el *Psychological Factors Affecting Medical Condition* (PFMAC) tiene su mayor prevalencia en atención primaria y se centra en aspectos psicológicos de síntomas físicos y/o enfermedades médicas. La nueva propuesta del DSM-5 se asemeja a la actual clasificación del CIE-10 en la que el diagnóstico de PFMAC se agrupa con otros trastornos de síntomas somáticos bajo la categoría de

“Trastornos del comportamiento asociados a alteraciones psicológicas y factores físicos”.

El DSM-IV enumera diferentes subtipos de PFAMC. En el DSM-5 se propone eliminarlas porque no existe evidencia de que se hayan estado utilizando a nivel clínico y tampoco se han encontrado publicaciones en las que se hayan utilizado.

No se han propuesto cambios específicos en los criterios diagnósticos excepto en ampliar el criterio B-4 para incluir otros factores además del estrés, que pueden estar influyendo en la fisiopatología del trastorno médico.

Para evaluar la gravedad de PFAMC, se recomienda utilizar una escala que puntúa de 1 a 4 (1= adherencia variable con el tratamiento para la hipertensión; 2= empeoramiento de la enfermedad médica (por ejemplo; ansiedad que agrava el asma); 4= omitir síntomas de riesgo o amenaza para la salud (por ejemplo; ignorar síntomas de infarto).

En la tabla 11 se describen los criterios diagnósticos propuestos:

<p>Es necesario que se cumplan los criterios A y B</p> <ul style="list-style-type: none">A. Está presente una enfermedad médica generalB. Factores psicológicos o conductuales afectan de forma significativa a la condición médica de alguna de las siguientes formas:<ul style="list-style-type: none">1. Los factores influyen en el curso de la enfermedad médica general y se observa una estrecha relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o retraso en la recuperación de la enfermedad.2. Los factores (por ejemplo; baja adherencia) interfieren en el tratamiento de la enfermedad.3. Los factores constituyen un riesgo para la salud adicional4. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente a la hora de desencadenar o exacerbar los síntomas o para necesitar atención médica.
--

Tabla 11. Propuesta criterios diagnósticos para *Psychological Factors Affecting Medical Condition* del DSM-5.

6. *Other Specified Somatic Symptom Disorder (J05)*

El grupo de trabajo todavía no ha establecido criterios diagnósticos para este trastorno

7. *Unspecified Somatic Symptom Disorder (J06)*

El núcleo fundamental de este trastorno es que el paciente tiene la falsa creencia de estar embarazada y presenta signos objetivos de embarazo que pueden incluir agrandamiento del abdomen, reducción del flujo menstrual, amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, náuseas, congestión mamaria y secreción mamaria, dolores de parto. Los cambios endocrinos pueden estar presentes pero el síndrome no puede ser explicado por una enfermedad médica que produzca cambios endocrinos (por ejemplo; tumor que segrega hormonas)

2.4. ETIOPATOGENIA DE LA SOMATIZACIÓN

A día de hoy, todavía no se conocen con exactitud la mayoría de los factores implicados en el desarrollo de los trastornos somatomorfos. Existen diferentes teorías a lo largo de la historia que han tratado de explicar el inicio y desarrollo de este tipo de patologías. Estas teorías van desde el psicoanálisis a explicaciones más recientes basadas en la psicofisiología o en las teorías conductuales o del aprendizaje. A continuación, intentaremos resumir algunas de los factores implicados en el proceso de somatización:

- 1. Factores genéticos:** Los factores genéticos todavía no están muy claros, pero se ha demostrado una cierta predisposición genética para los trastornos de somatización, el diagnóstico más grave y crónico de todo el grupo de trastornos somatomorfos (Bell, 1994). Estudios recientes muestran la relación entre algunos fenotipos y los síntomas físicos sin explicación médica (Buffington, 2009). En los varones existe una importante asociación familiar del trastorno de somatización con conductas criminales y alcoholismo, mientras que en las mujeres se asocia a trastornos depresivos.
- 2. Factores socioculturales y del aprendizaje:** Algunos trabajos apoyan la idea de que las experiencias tempranas son el punto de partida del aprendizaje de la preocupación por los síntomas corporales y la sensibilidad somática (Bass & Benjamín, 1993) Los síntomas de los niños son habitualmente una copia de los síntomas de sus padres. La atención selectiva a una parte del cuerpo agudiza la habilidad de una persona para detectar molestias o sensaciones en esa zona corporal. Es posible entrenar la percepción de las sensaciones corporales para

aumentar la percepción de estas. El modelo sociocultural del cuerpo y la mente tiene un impacto directo sobre como las personas sienten y manifiestan las emociones. La manifestación de los síntomas emocionales o corporales que consideramos aceptables vienen condicionados por el grupo cultural en el que vivimos (Kleinman, Eisenberg & Good, 1978). La clase socioeconómica y el nivel educativo también influye en la manifestación de estas quejas somáticas. Otros factores que también han sido considerados como relevantes en el desarrollo del trastorno somatomorfo son (Kaplan & Sadock, 2005):

- ambiente familiar alterado durante la infancia
- problemas psicosociales en la familia
- pobre relación intraparental
- carencia de afecto maternal o madre protectora
- intensa experiencia de enfermedad y de conductas asociadas durante la infancia y la adolescencia
- inclinación parental a adoptar el papel de enfermo y a permitir al niño adoptar este papel en la infancia.
- Tendencia familiar a discutir abiertamente de la enfermedad y buscar ayuda médica.
- elevado número de episodios en que se requirió ayuda médica.

3. Personalidad: se considera que existen tres rasgos básicos de personalidad asociados a los trastornos somatomorfos;

- Ansiedad: Una elevada ansiedad como rasgo y con menor frecuencia como estado, se asocia sistemáticamente a trastornos somatomorfos.

- **Hipocondriasis:** Elevados niveles de hipocondriasis junto a una gran tendencia a la introspección y la autoobservación corporal son factores predisponentes frecuentes (Barsky et al., 1993).
- **Amplificación somatosensorial:** Es un estilo perceptivo-cognitivo de sensibilización o aumento de las señales corporales. Estas personas magnifican las sensaciones somáticas benignas y las atribuyen a una enfermedad grave (Barsky et al., 1988).

4. Percepción, cognición y amplificación somatosensorial: Algunos estudios han demostrado que ciertos estilos perceptivos y cognitivos son habituales en los trastornos somatomorfos. Las personas que somatizan tienen un umbral más bajo a la hora de percibir ciertos procesos fisiológicos y creen que cualquier molestia física representa un problema serio para su salud. Estas personas habitualmente presentan una peor auto-evaluación y auto-concepto, ya que creen que son más débiles y vulnerables a la hora de tolerar estrés o ansiedad (Ford, 1983). Las personas con trastorno de somatización generalmente son mucho más precisos a la hora de distinguir pequeños incrementos sensitivos, a pesar de que no hay muchos estudios específicos que lo describan (Kaplan & Sadock, 2005). Estas personas tienden a sobreinterpretar cualquier molestia física y sienten más los síntomas cuando leen o se informan sobre estos. Las personas con hipocondría difieren de las personas normales o con ansiedad en la percepción y en su mala interpretación de las sensaciones corporales normales y esto probablemente provoca fluctuaciones en su estado emocional.

Algunas investigaciones han señalado la importancia de la relación y la mutua retroalimentación entre sensaciones, evaluación cognitiva y conducta en personas con un trastorno somatomorfo. Las interacciones entre estas variables es a lo que se le denomina “amplificación somatosensorial”; proceso en el que una persona aprende a sentir de forma mucho más precisa las sensaciones corporales, a veces mucho más intensa y en la mayoría de las ocasiones a distorsionar de forma catastrófica el significado de estas sensaciones, relacionándolas con una enfermedad. (Barsky et al., 1988). Este fenómeno forma parte de un estilo cognitivo en el que se produce una auto-observación anormal con una percepción selectiva y una amplificación de las sensaciones físicas, lo que conduce a una percepción exagerada de la vulnerabilidad personal a estar enfermo.

- 5. Ansiedad y depresión:** Los síntomas somáticos sin una explicación médica clara son muy prevalentes en los trastornos afectivos y de ansiedad (Roca et al., 2009). Estos síntomas disminuyen significativamente si se aplica un tratamiento adecuado para la ansiedad o la depresión (Magallón et al., 2008). Se han planteado numerosas hipótesis de las causas de esta interacción, entre ellas; la percepción selectiva, la amplificación y el incremento de actividad del sistema nervioso autónomo. Del 85 al 95% de las personas diagnosticadas de trastornos de ansiedad o afectivos acuden a atención primaria solamente con quejas somáticas como principal motivo de consulta (Kaplan & Sadock, 2005). Esto ocurre fundamentalmente porque los síntomas somáticos son prominentes en estos trastornos y porque las personas que los padecen estos trastornos utilizan

estos síntomas somáticos como una forma de conseguir atención o probablemente por ambos motivos.

- 6. Factores de estrés y afrontamiento:** Los acontecimientos vitales estresantes o negativos producen múltiples estímulos a los que la persona responde. Esta respuesta es producida por el sistema nervioso autónomo y la activación endocrina. En muchas ocasiones esta respuesta queda almacenada en la memoria. Esta memoria tiene la función de ser útil a la persona para recordar el acontecimiento y evitar situaciones parecidas. Sin embargo, en traumas patológicos en los que los sistemas de memoria están alterados, la memoria corporal puede ser re-experimentada en respuesta a estímulos que recuerdan el estrés vivido y los traumas anteriores. Día a día los estresores provocan experiencias somáticas que pueden aprenderse por la percepción selectiva continua a la sensación. Por tanto, el estilo de afrontamiento predice la respuesta individual al estrés. Si existen muchos estresores, estos son persistentes o son altamente impactantes, probablemente ocurrirá una respuesta somática y esta será aprendida. Si el estilo de afrontamiento de la persona no es adecuado a la hora de resolver las consecuencias fisiológicas de estos estresores, seguramente se aprenderán las respuestas somáticas persistentes. Las personas que están habitualmente expuestas a un número elevado de estresores y no poseen estrategias de afrontamiento adecuadas, son las que tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno somatomorfo, así como también otros trastornos psiquiátricos. La ira, impulsividad, hostilidad, aislamiento y la suspicacia, han demostrado ser estilos de afrontamiento que aumentan el riesgo de padecer síntomas somáticos y trastornos somatomorfos. Algunos trabajos relacionan la ira y la hostilidad con la somatización (Goodwin & Guze, 1984). La hostilidad,

está directamente relacionada con una elevada reactividad cardiovascular y un aumento de la presión arterial como respuesta a una situación de estrés (Lilienfeld, 1992). El cinismo como principal componente de la personalidad tipo A, se considera un factor predictor del desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Esto nos proporciona una evidencia indirecta de que los estilos de afrontamiento están directamente relacionados con la reactividad fisiológica, que a su vez está asociada con los síntomas somáticos y la amplificación.

- 7. Trastorno primario o secundario:** consideramos el trastorno de somatización primario cuando este es el único que está presente o cuando existe una comorbilidad psiquiátrica, pero el trastorno somatomorfo es considerado como principal y el responsable de los síntomas somáticos. Consideramos el trastorno secundario cuando otro trastorno precede la instauración del trastorno somatomorfo y los síntomas somáticos son causa de otra enfermedad. Por tanto se apoyan ambas hipótesis; los trastornos de somatización pueden ser secundarios a otras enfermedades médicas o psiquiátricas y también pueden ser factor etiopatogénico de los síntomas somáticos.

2.5. ASPECTOS QUE AFECTAN A LA ESTABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO

Hay varios estudios que remarcan la importancia de aquellos aspectos que afectan o determinan la estabilidad del diagnóstico del trastorno de somatización. En una revisión de la OMS en la que se incluyen 15 estudios de 14 países diferentes, diagnosticaron en la primera evaluación 74 pacientes, pero sólo 21 que confirmaran el diagnóstico 12 meses después (el 28% de la muestra), y en el seguimiento 49 pacientes volvieron a cumplir criterios diagnósticos de nuevo. Esto nos indica la variabilidad de los síntomas en el diagnóstico de este trastorno. (Sartorius et al., 1995). Los principales factores que afectan a la estabilidad del diagnóstico son:

El inicio de los síntomas; Uno de los criterios del DSM-IV-TR es que los síntomas hayan empezado antes de los 30 años (muchos pacientes no recuerdan síntomas explicados hace 1 año).

La intensidad de los síntomas; depende de muchos factores poco controlables (subjetividad, memoria...) En definitiva, es muy difícil y poco fiable definir la clasificación a partir del recuerdo del paciente ya que no se recuerda la intensidad del dolor y si esta intensidad es muy alta se recuerda el curso como más largo y se sobreestima su duración.

Listado de síntomas que se incluyen; la frecuencia de síntomas individuales varía según cada cultura, por lo que si agrupamos síntomas reduciremos las diferencias culturales.

2.6. COMORBILIDAD EJE I/EJE II

Al menos una tercera parte de los pacientes diagnosticados de trastornos somatomorfos presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión, mientras que en un 50% de los casos muestran ansiedad y/o depresión al mismo tiempo (Löwe et al., 2008; Roca et al, 2009; Toft et al., 2005) (tabla 12). Las escalas validadas de ansiedad, depresión y somatización están altamente correlacionadas (Bjelland et al., 2002; Simon et al., 1996). El diagnóstico se solapa probablemente por criterios diagnósticos compartidos, tales como problemas de sueño, pérdida de energía y deterioro en la concentración (Barsky et al., 2005; De Waal et al., 2004). Como consecuencia de esto, se solapan también los diferentes tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos (antidepresivos y la psicoterapia cognitivo-conductual) y son ambos eficaces para tratar la depresión, la ansiedad y la somatización (Jackson, O'Malley & Kroenke, 2006).

Diagnóstico psiquiátrico Asociado	Comorbilidad eje II
Distimia	40%
Trastorno de ansiedad generalizada	25.7%
Trastorno por angustia	22.8%
Abuso de analgésicos	20%
Agorafobia	17.1%
Depresión mayor	5.7%
Depresión no especificada	5.7%

Tabla 12. Comorbilidad en el eje I del trastorno por somatización en población española (García Campayo et al., 1995)

La comorbilidad en el eje II también es muy elevada (tabla 13), sobrepasando el 50% en la mayoría de los estudios lo que ha llevado a muchos autores a recomendar su inclusión en este eje, por considerar que los trastornos somatomorfos, más que una entidad diagnóstica constituyen una alteración de la personalidad del individuo. (Bass & Murphy, 1995)

Trastorno	Prevalencia con Trastornos del eje II %
Trastorno de somatización	72
Hipocondriasis	63
Dolor crónico	59
Trastorno dismórfico corporal	65

Tabla 13. Comorbilidad en el eje II de los Trastornos somatomorfos (Bass & Murphy, 1995)

2.7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para realizar el diagnóstico diferencial del trastorno de somatización debemos considerar tres características clínicas básicas:

1. Los síntomas pertenecen a diferentes grupos de órganos (digestivos, cardiovasculares...)
2. Inicio temprano y curso crónico sin desarrollo de síntomas físicos anormales
3. Ausencia anomalías en pruebas de laboratorio o médicas que puedan indicar la presencia de una enfermedad médica.

En el proceso de realizar un buen diagnóstico el clínico debe descartar enfermedades médicas que se caracterizan por múltiples síntomas y que cursan con una afectación general como el hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, el lupus eritematoso sistémico, miastenia grave, la porfiria aguda intermitente, la esclerosis múltiple y algunos procesos infecciosos o expansivos del sistema nervioso central. Hay que considerar que se puede dar una comorbilidad entre otras patologías médicas y el trastorno de somatización, y además estas enfermedades médicas son un factor de riesgo para el desarrollo de la somatización.

Debido a las características de este trastorno y a la naturaleza de los múltiples síntomas somáticos, existen una gran variedad de trastornos psiquiátricos y somatomorfos que debemos considerar a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.

Respecto a los trastornos somatomorfos, cuando no se cumplen los criterios diagnósticos de trastorno de somatización, debemos considerar la posibilidad del “trastorno somatorfo indiferenciado” siempre que la duración sea de 6 meses como mínimo. Cuando la duración es menor se hace el diagnóstico “trastorno somatorfo no especificado” (NOS). Debemos diferenciar el trastorno de somatización de los

trastornos facticios o por simulación en función de si los síntomas se producen de forma voluntaria y si existe una ganancia secundaria. Los trastornos afectivos y de ansiedad se presentan habitualmente, pero no siempre, con importantes síntomas somáticos. Si se cumplen criterios para ambos trastornos, se realizaran ambos diagnósticos. Por último, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son más fáciles de distinguir, ya que las alucinaciones y las ideas delirantes constituyen la diferencia principal.

A continuación se presenta la tabla 14 con los principales diagnósticos diferenciales.

<p>1. Síntomas psicofisiológicos Factores psicológicos que afectan a una enfermedad médica Miedo o pánico con síntomas físicos Síntomas somáticos psicógenos transitorios (todos son agudos pero pueden convertirse en crónicos) Dolor y duelo, con síntomas físicos Exageración o elaboración de síntomas físicos Privación de sueño con síntomas físicos Sobrecarga o privación sensorial con síntomas físicos</p> <p>2. Trastornos Psiquiátricos (no incluidos en trastornos somatomorfos) Trastornos afectivos (p.ej; depresión mayor o distimia) Trastornos de ansiedad (p.ej; trastorno de pánico) Abuso de sustancias Trastornos psicóticos (p.ej; esquizofrenia, depresión psicótica) Trastornos adaptativos con ansiedad y/o depresión Trastornos de personalidad Demencias</p> <p>3. Trastornos somatomorfos Trastorno de somatización Hipocondría Trastorno dismórfico corporal Trastorno por dolor Trastorno de conversión Trastorno de somatización no especificado</p> <p>4. Síntomas o trastornos psicógenos voluntarios Trastornos facticios con síntomas físicos (p.ej; síndrome de Munchausen)</p>

Tabla 14. Resumen de los principales diagnósticos diferenciales para el trastorno de somatización (Kaplan & Sadock, 2005).

3. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Una amplia variedad de cuestionarios, entrevistas, listado de síntomas y muchos otros instrumentos están disponibles para facilitar al clínico la evaluación psicopatológica de diferentes trastornos y estos son ampliamente utilizados tanto en la práctica clínica diaria como en la investigación. Estos instrumentos de evaluación son especialmente útiles para el clínico por diferentes motivos: 1) muchas de estas escalas proporcionan información sobre la sintomatología del paciente a través del tiempo, es decir, en estudios longitudinales son especialmente útiles o en la práctica clínica diaria para observar si se han producido cambios después de la aplicación de una tratamiento; 2) nos complementan la información obtenida a través de la historia clínica habitual; 3) facilitan al clínico la elaboración de un diagnóstico; 4) proporcionan una información objetiva, cuantificable que permite la comparación entre sujetos, lo que resulta especialmente útil para la investigación; 5) permiten que los resultados obtenidos en diferentes estudios sean comparables; 6) proporcionan información para la planificación de un tratamiento.

Otras de las ventajas que nos ofrecen estos instrumentos de evaluación es que ahorran tiempo al clínico, especialmente las escalas autoaplicadas, ya que las completa el propio paciente y lo puede hacer antes o después de la evaluación inicial. Estas escalas también nos proporcionan una información más fiable sobre determinadas áreas más difíciles de explorar con la entrevista (por ejemplo; aspectos sexuales o cognitivos). Pero también es importante resaltar algunos inconvenientes a la hora de utilizar este tipo de instrumentos. Nos pueden proporcionar información errónea o sesgada que deberemos contrastar, son varios los motivos; falta de comprensión del instrumento, falta de

motivación, querer ocultar información por algún motivo... También es importante la decisión del clínico a la hora de que instrumento utilizar, esta decisión debe considerar varios aspectos; que es lo que queremos evaluar, el tipo de paciente que estamos evaluando y la utilidad de la información obtenida.

Por tanto, los instrumentos de evaluación y en especial los de cribado constituyen una herramienta útil para los médicos de AP, facilitando la detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de somatización.

3.1. DIFICULTADES EN LA EVALUACIÓN DE UN PACIENTE SOMATIZADOR

El paciente somatizador expresa su malestar emocional a través de diferentes quejas físicas, aunque también ocurre con bastante frecuencia en los trastornos afectivos, de ansiedad y adaptativos. Por lo que la puerta de entrada al sistema de salud suele ser el médico de atención primaria. La primera dificultad con la que se encuentra el profesional en la entrevista, es que el paciente suele mostrarse reacio a hablar de sus sentimientos y a reflexionar sobre aspectos psicológicos o emocionales. Muchos de estos pacientes viven con el miedo a que sus síntomas no sean tomados en serio y al mismo tiempo temen que algunos síntomas médicamente importantes sean pasados por alto. Por lo que es muy importante que durante la entrevista el médico transmita al paciente su empatía, escucha y comprensión sobre lo que le está sucediendo sin necesariamente aceptar la explicación o interpretación que hace el paciente del síntoma. Es importante que el clínico valore las repercusiones que tienen los síntomas en la calidad de vida del paciente. Es esencial que el paciente sienta que sus síntomas son considerados en serio. Si el paciente se muestra especialmente reacio a explorar directamente aspectos psicológicos, es importante que el clínico intente preguntar e integrar todos aquellos aspectos que afectan a su bienestar; calidad de vida, salud física y emocional. Muchos de estos pacientes se muestran más dispuestos a hablar de temas personales como puede ser estrés laboral, o problemas en las relaciones interpersonales, cuando piensan que el clínico no asume automáticamente que estos problemas son la causa principal de sus molestias. Por tanto, es importante que el clínico en la entrevista no asuma con absoluta convicción que los síntomas manifestados por el paciente no tienen una causa médica. En definitiva, la tarea del clínico es invitar al paciente a

considerar la influencia de un amplio número de factores (entre ellos factores psicológicos y emocionales) que interfieren en su malestar y no cerrar la puerta a la investigación médica de los síntomas que el paciente manifiesta.

3.2. PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los trastornos somatomorfos han suscitado el desarrollo de instrumentos de evaluación útiles para poder utilizar tanto en la práctica clínica diaria como en la investigación. Estudios de diferentes países han propuesto diferentes métodos de aplicar estos instrumentos (de forma autoaplicada o heteroaplicada) con el objetivo de identificar características clínicas, diagnóstico y poder medir cambios a través del tiempo. Algunos de estos instrumentos que han demostrado buenas propiedades psicométricas han sido utilizados en diferentes estudios, facilitando así la comparación a través de diferentes ámbitos clínicos y culturas. Algunos de estos instrumentos se han publicado junto con un manual de entrenamiento y a día de hoy son ampliamente utilizados en la práctica clínica.

Los instrumentos disponibles para la evaluación de los trastornos somatomorfos no constituyen un grupo homogéneo, difieren principalmente según el objetivo de evaluación. Por tanto a continuación se describen los principales instrumentos en función de los diferentes objetivos de evaluación:

3.2.1. Identificación de casos y clasificación diagnóstica

Entrevistas que tienen la finalidad de evaluar los síntomas que presenta el paciente y realizar un diagnóstico según los criterios diagnósticos de las principales clasificaciones psiquiátricas (DSM-IV/CIE-10).

3.2.2. Cribado de posibles casos

Son instrumentos de screening que requieren menos tiempo que las entrevistas diagnósticas y tienen por objetivo identificar posibles casos de

trastorno somatomorfo. Generalmente son instrumentos autoaplicados de fácil comprensión para el paciente y para ser completados requieren poco tiempo. Son instrumentos que por sí solos no son suficientes para realizar un diagnóstico final, pero son especialmente útiles ya que son procedimientos de evaluación más simples que las entrevistas diagnósticas por lo que ahorran tiempo al clínico y al paciente.

3.2.3. Cuantificación de la sintomatología somática

Son instrumentos que tienen la finalidad de proporcionar información más detallada de los síntomas, indicando su intensidad (leve, moderada, grave, muy grave), y también son útiles a la hora de valorar cambios en el tiempo (p.ej; intensidad de los síntomas antes y después de un tratamiento).

3.2.4. Evaluación de la ansiedad por la salud

Son instrumentos que tienen por objetivo evaluar las principales creencias, actitudes, distorsiones cognitivas y conductas relativas a la ansiedad por la salud, ya que estas son uno de los principales factores de instauración y mantenimiento de esta patología a largo plazo. Estos cuestionarios son muy útiles para el clínico a la hora de planificar el tratamiento.

3.2.1. IDENTIFICACIÓN DE CASOS Y CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Numerosos estudios han desarrollado entrevistas estructuradas o listados de síntomas con el objetivo de realizar una buena valoración y clasificación diagnóstica. Muchos de estos instrumentos son complejos de utilizar por lo que habitualmente requieren un entrenamiento sistemático del clínico antes de su utilización. La principal ventaja de estas entrevistas es que dirigen al clínico hacia un proceso estructurado, estandarizado y claro para realizar un diagnóstico clínico, lo que asegura un alto nivel de coherencia y fiabilidad, por lo que se utilizan habitualmente como “gold standard” en trabajos de investigación. Por otra parte, el principal inconveniente de este tipo de evaluaciones es que son inflexibles y en muchas ocasiones incómodas (Swartz et al, 1986).

En la tabla 15 se resumen las entrevistas diagnósticas más utilizadas:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Structured Clinical Interview (SCID) (axis I disorders) (Spitzer et al., 1992; First et al., 1997). 2. Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins et al., 1981). 3. Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (World Health Organization, 1997) (Andrews & Peters, 1998). 4. Somatoform Diagnostic Schedule (SDS) (World Health Organization, 1994). 5. Entrevista Psiquiátrica Estructurada Polivalente (EPEP) (Lobo et al., 1984) 6. International Diagnostic Checklist (IDCL) (Hiller et al., 1996). 7. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (World Health Organization, 1994)

Tabla 15. Principales entrevistas diagnósticas para la evaluación de los trastornos somatomorfos

1. **Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID)**; Esta entrevista se creó con el objetivo de evaluar los trastornos diagnósticos del eje I según la clasificación diagnóstica DSM-III-R, posteriormente se adaptó al DSM-IV. Esta entrevista diagnóstica semiestructurada empieza con una primera parte que evalúa antecedentes psicopatológicos y datos sociodemográficos. Después hay 7 módulos divididos en diferentes grupos diagnósticos: trastornos del ánimo, psicóticos, abuso de sustancias, ansiedad, trastornos somatomorfos, alimentarios y adaptativos. Esta entrevista permite al clínico evaluar la frecuencia, duración e intensidad de síntomas específicos, que posteriormente se utilizará para la planificación del tratamiento. Es una entrevista que requiere un entrenamiento especializado y el clínico toma decisiones y establece criterios de valor en base a

las respuestas del paciente, a las observaciones durante la entrevista o según informes anteriores. Si se evalúan pacientes con pocos síntomas el tiempo de administración es de aproximadamente 1 hora, pero si la sintomatología es extensa pueden ser hasta tres horas. Es una entrevista ampliamente utilizada como gold standard en ensayos clínicos, con el fin de verificar diagnósticos psiquiátricos. También se utiliza en psicología forense. No hay muchos estudios de validación de este cuestionario, uno de los más importantes es el de Williams et al., 1992, en el que se analizan los trastornos del eje I y obtienen un índice kappa de 0,68 para el total de los trastornos a lo largo de todo el periodo vital. También calculan un índice kappa para cada uno de los trastornos. En este estudio de Williams también comparan los valores kappa obtenidos con el SCID con otros estudios de validación como el DIS y concluyen que la fiabilidad del SCID es similar a la obtenida con otros instrumentos de evaluación diagnóstica.

2. **Diagnostic Interview Schedule (DIS)**; esta entrevista se diseñó a mediados de los 80 para ser utilizada en un estudio epidemiológico de Estados Unidos, con el objetivo de evaluar patología psiquiátrica según criterios diagnósticos DSM-III-R y posteriormente ha sido adaptada al DSM-IV. Se compone de 19 módulos diagnósticos y cubre todos los trastornos psiquiátricos tanto en adultos como adolescentes. La versión más reciente incluye información adicional sobre síntomas y tratamiento. Para completar la entrevista el clínico puede tardar de 90 minutos a 2 horas dependiendo de la sintomatología que presenta el paciente. Existen dos versiones más cortas de esta entrevista, la DIS-SF (Short Form), y una todavía más corta de screening (DIS-S). Requiere formación específica del clínico para su administración. La validez del cuestionario ha sido criticada y

cuestionada por la falta de acuerdo entre diferentes clínicos (en especial para los trastornos psicóticos). Se utiliza habitualmente en investigación psiquiátrica y estudios epidemiológicos.

3. **Composite International Diagnostic Schedule (CIDI)**; entrevista diagnóstica estructurada que se desarrolla a partir de la Diagnostic Interview Schedule (DIS) de uso internacional y utiliza los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 en 11 módulos diagnósticos (se incluye una sección de trastornos somatomorfos): esta entrevista no cubre los trastornos en la infancia y adolescencia ni el trastorno de personalidad antisocial. Existen varias versiones de la entrevista;
 - **CIDI-auto**; versión por ordenador que puede ser autoadministrada o evaluada por un clínico no especializado.
 - **Quick CIDI**; la principal diferencia con la versión original es el menor tiempo de aplicación (25 minutos) y que esta versión no evalúa demencia, distimia, dolor somático, trastorno bipolar atípico y abuso de sustancias. Sólo en inglés.
 - **CIDI primary Elath care version (CIDI-PHC)**; menor tiempo de aplicación (60 minutos) que la versión original (90 minutos) y su aplicación es específica para médicos de familia. Evalúa dolor persistente, somatización, hipocondría, neurastenia, ansiedad, pánico, trastorno depresivo, trastornos mentales orgánicos y alcoholismo.
 - **CIDI somatoform Disorders Schedule (CIDI-SDS)**; menor tiempo de aplicación (45 minutos) y evalúa trastornos somatomorfos, hipocondría y neurastenia.

Existen otras versiones específicas como la UM-CIDI (Universidad de Michigan), el CIDI-PTSD específico para estrés post-traumático y muchos otros

que no explicamos en este apartado porque son específicos de otras patologías. Casi todas las versiones están disponible en varios idiomas; español, inglés, chino, francés, ruso, japonés, alemán, portugués, holandés... Existen diferentes centros alrededor del mundo en los que se llevan a cabo programas de entrenamiento estructurados para su aplicación. Estos programas de entrenamiento están supervisados por un comité del WHO (World Health Organization). Según varios estudios internacionales, tanto la fiabilidad interjueces como la fiabilidad test-retest de este instrumento es buena en varias secciones de la entrevista (Cottler et al., 1991; Wittchen et al., 1991). El índice kappa para el trastorno de somatización en el estudio de Wittchen es de 0,67 y en el de Andrews et al., 1998, es de 1,00 para la totalidad de la entrevista. No son muchos los estudios de validación de esta entrevista, pero si revisamos los que hay disponibles, observamos que la validez del cuestionario es aceptable para ambas versiones, la del clínico y la autoadministrada (Wittchen, 1994). Es un instrumento que se utiliza habitualmente en investigación psiquiátrica y estudios epidemiológicos (Robins et al., 1988).

4. **Somatoform Disorders Schedule (SDS)**; entrevista que continúa con el formato de la CIDI, también cubre las categorías diagnósticas del DSM-IV y de la CIE-10. La principal diferencia entre ambas entrevistas es que la SDS es más específica en cuanto a la información clínica. La SDS se evaluó durante la primera fase del WHO (Estudio Internacional de los Trastornos Somatomorfos) y demostró ser un instrumento fiable para la evaluación de los Trastornos Somatomorfos en diferentes ámbitos y culturas (Janca et al., 1995).

5. **Entrevista Psiquiátrica Estructurada Polivalente (EPEP)**; Esta entrevista se diseñó en base a la Entrevista Clínica Estructurada (CIS) de (Goldberg et al., 1970) y la versión española es de (Lobo et al., 1984). En inglés se denomina (Standardized Polyvalent Psychiatric Interview) (SPPI). La entrevista se diseñó con el objetivo de poder utilizarse en diferentes ámbitos y proporcionar información suficiente para poder utilizar los criterios diagnósticos del DSM-III-R (1987) y del ICD-10 (1990). La EPEP mantiene todas las secciones de la CIS y están subdivididos por ítems con el objetivo de explorar la frecuencia, la intensidad y la severidad de los síntomas, así como también el grado de discapacidad que estos producen en la vida del sujeto. Hay una puntuación global al final de cada sección. Al final de la sección de síntomas somáticos, el entrevistador tiene que puntuar un ítem que evalúa “Atribución”, que se define siguiendo el criterio de Goldberg. También se evalúan posibles problemas intelectuales y cognitivos en pacientes médicos con la inclusión de la versión Española del “Mini-Mental Status Examination”, el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo et al., 1999).

En la entrevista también se incluye una sección en la que se evalúan problemas sociales, apoyo psicosocial y personalidad premórbida. Hay un ítem global con el objetivo de registrar cualquier tipo de problema de personalidad, que previamente tiene que ser descrito y registrado, y además hay 5 ítems y una puntuación global que valora “neuroticismo”. Las respuestas en todas las secciones están codificadas según el sistema CIS. El diagnóstico psiquiátrico está codificado según criterios diagnósticos DSM-III-R y CIE-10. Se utiliza un ítem diferente para la categoría de Goldberg que clasifica la relación entre enfermedad física y psiquiátrica (Bridges & Goldberg, 1985). Finalmente, hay

una sección en la que se codifica el tipo de tratamiento y especialidad médica recomendada.

En el estudio de Lobo et al. (1993) los resultados señalan que el grado de acuerdo interjueces es mejor en las secciones altamente estructuradas, como pueden ser el MEC, y peor en los apartados en que la prevalencia de los síntomas es relativamente baja, como por ejemplo en la despersonalización. Los valores Kappa van de 0.86 a 0.94 dependiendo de las diferentes secciones.

Según Lobo et al. (1993), la EPEP es un instrumento adecuado para estudiar la morbilidad.

6. **International Diagnostic Checklist (IDCL)**; entrevista desarrollada para la evaluación diagnóstica de la que existen dos versiones separadas para ambas clasificaciones diagnósticas DSM-IV y CIE-10. Estas listas están recomendadas por el estudio WHO para utilizarse tanto en investigación como en la práctica clínica diaria. La principal diferencia entre esta entrevista y las descritas anteriormente es que en la IDCL no es necesario el seguimiento paso a paso de preguntas. En este caso, el diagnóstico aparece listado en un orden útil y práctico para el clínico que le permite decidir de forma rápida sobre el diagnóstico. Esta entrevista necesita de un entrenamiento específico del clínico que la va a administrar. Existe una lista de síntomas para todos los trastornos relativos a síntomas somáticos y otra para el Trastorno Hipocondríaco. Este instrumento permite una mayor flexibilidad y facilita al clínico una visión más global del problema y de cómo la sintomatología específica forma parte de un determinado diagnóstico. Si esta lista es administrada por un clínico experto, el grado de fiabilidad y validez que se obtiene es similar al de las entrevistas estructuradas.

7. **Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)**; es otro de los instrumentos recomendados por el estudio WHO y desarrollado para tener un uso internacional. El SCAN es una entrevista semiestructurada que permite al clínico utilizar su propio criterio diagnóstico y tener en cuenta otra información que puede ser relevante para el diagnóstico. El SCAN sigue los mismos criterios que el SCID, a diferencia que incluye ambas clasificaciones diagnósticas (DSM-IV y CIE-10). Esta entrevista contiene una sección breve que incluye salud física, trastornos somatomorfos y trastornos disociativos y facilita al clínico preguntas clave que le permiten evaluar este tipo de trastornos y excluir posibles causas orgánicas.
8. **Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)**; Fue diseñada en los 90 con el objetivo de ser un instrumento útil con un procedimiento rápido para diagnosticar trastornos mentales (incluidos los trastornos somatomorfos) en atención primaria (Linzer et al., 1996; Spitzer et al., 1994). Esta entrevista se compone de dos partes, la primera de 26 ítems para que la rellene el paciente y la segunda parte es una entrevista relativamente corta que facilita al clínico una guía de evaluación. La entrevista tiene 5 módulos que evalúan trastornos afectivos, de ansiedad, alcohol, trastornos alimentarios y somatomorfos. El cuestionario para el paciente es muy breve y se puede completar en menos de 5 minutos. La segunda parte que la completa el clínico también es breve, si se conoce la entrevista en 10 minutos se puede completar. En el estudio de Spitzer et al., 1994 se describe una buena fiabilidad diagnóstica de la PRIME-MD entre los diagnósticos realizados por médicos de atención primaria y por otros profesionales de centros de salud mental. Existe una versión más corta que se

diseño con el objetivo de ahorrar todavía más tiempo al médico de atención primaria, esta versión es el PHQ y es una versión autoaplicada para el paciente. Una importante modificación en esta versión es que en las categorías de trastornos afectivos y trastornos somatomorfos las respuestas en lugar de ser dicotómicas (si/no) se han expandido en diferentes categorías. Para cada uno de los síntomas físicos el paciente debe responder si durante el último mes; “no se ha preocupado”, “se ha preocupado un poco” o mucho. Este cambio permite al PHQ evaluar mejor los síntomas físicos, ya que con la versión dicotómica inicial del PRIME-MD se incluían síntomas en la valoración final que no eran clínicamente significativos. Además en el PHQ al final se añaden una serie de preguntas relativas a como afectan estos síntomas a tu trabajo y a tu vida en general. En el estudio de Spitzer et al., 1999 se concluye que la validez del PHQ es similar a la del PRIME-MD.

3.2.2. CRIBADO DE POSIBLES CASOS

Los instrumentos de cribado tienen como objetivo principal identificar posibles casos de trastornos somatomorfos, y se utilizan tanto en poblaciones clínicas como comunitarias. A pesar de que estos instrumentos no se consideran suficientemente precisos para realizar un diagnóstico final, son eficientes a la hora de identificar subgrupos de pacientes con posibles diagnósticos de trastorno somatomorfo que se confirmará después con una entrevista estructurada.

Debido a que las evaluaciones estructuradas y estandarizadas tienden a ser largas y pesadas para pacientes que presentan una alta comorbilidad psiquiátrica, se hacen necesarios procedimientos de evaluación más simples y sencillos para poder detectar

síntomas que evidencien la posibilidad de presentar un trastorno somatomorfo. Este cribado se puede realizar a partir de cuestionarios o de listas de síntomas que se exploran durante la entrevista.

A continuación en la tabla 16 aparecen los instrumentos más utilizados para el cribado de posibles casos:

<ol style="list-style-type: none">1. Test de Othmer y Desouza (Othmer y DeSouza, 1985)2. Somatoform Disorders Symptoms Checklist3. Screening for Somatoform Disorder (SOMS) (Rief et al., 1992)
--

Tabla 16. Principales instrumentos de screening para la detección de posibles casos de trastorno de somatización

1. **Test de Othmer & DeSouza** (Othmer & DeSouza, 1985).

Othmer y DeSouza estudiaron mediante un análisis discriminante los síntomas que en el DSM-III eran incluidos como “somatizaciones” y construyeron este instrumento con aquellos 7 síntomas que mejor detectaban la presencia del trastorno. Estos síntomas fueron resaltados con carácter de screening en el DSM-III-R. Los autores establecieron como punto de corte para establecer el diagnóstico la presencia de dos síntomas (Sensibilidad: 100% y 93% y Especificidad: 83% y 59%). En una muestra española (García-Campayo et al., 1996), el mejor punto de corte fue la presencia de 3 síntomas (sensibilidad: 88%, especificidad: 78%, valor predictivo positivo: 80%, valor predictivo negativo: 86%). También se analizó con la presencia de 2 síntomas (sensibilidad: 94%, especificidad: 54%, valor predictivo positivo: 67%, valor predictivo negativo: 90%) y con la presencia de 4 síntomas (sensibilidad: 48%, especificidad 94%, valor predictivo positivo 88%, valor predictivo negativo

64%). Por lo que según García-Campayo et al. (1996) este test de screening (con la presencia de 3 síntomas), es una herramienta útil de cribado para detectar un posible trastorno de somatización en atención primaria.

2. “Somatoform Disorders Symptoms Checklist”

Es otro de los instrumentos de screening que forma parte de los instrumentos incluidos en el estudio de la World Health Organization (WHO) para la evaluación de síntomas y trastornos según criterios diagnósticos CIE-10. Es una lista de síntomas de contiene todos los síntomas característicos de los Trastornos Somatomorfos según la CIE-10, así como también algunos síntomas adicionales que son específicos de algunas culturas (por ejemplo; el olor corporal en Japón). El instrumento consta de una lista de síntomas corporales y está traducida a diferentes idiomas (Inglés, Italiano, Kannada (India), Portugués, Ruso y Shona (Zimbabwe)). No hay estudios sistemáticos sobre la fiabilidad y especificidad del cuestionario (Janca 2003).

3. **Screening for Somatoform Disorder (SOMS)** (Rief et al., 1992)

Existen dos versiones de la SOMS (SOMS-2 y SOMS-7). La principal diferencia entre ambas versiones es el objetivo de evaluación (la SOMS-2 evalúa la presencia o no de los síntomas, y la SOMS-7 la intensidad de estos) y el período de evaluación de estos síntomas (la SOMS-2 en los últimos dos años y la SOMS-7 en los últimos 7 días). En este apartado explicaremos las características de la SOMS-2, ya que como hemos comentado su objetivo principal es el cribado de posibles casos y en el

apartado 3.1.3 de cuantificación de la sintomatología somática explicaremos la SOMS-7.

La SOMS-2 se compone de un listado de 53 síntomas físicos en los que el paciente debe responder si estos han estado o no presentes en los últimos dos años, sólo aquellos síntomas para los que el médico no ha encontrado una causa orgánica clara.

La SOMS-2 incluye todos los síntomas especificados en la definición de trastorno somatomorfo del DSM-IV y de la CIE-10 y disfunción vegetativa somatomorfa de la CIE-10. Por tanto, la SOMS-2 puede indicar si hay evidencias para que se cumplan algunos de estos trastornos (o para el trastorno por dolor). El cuestionario también incluye ítems directamente relacionados con criterios adicionales a los sistemas de clasificación diagnóstica tales como; frecuencia de visitas al médico, aceptación por parte del paciente de las explicaciones del médico si no hay evidencias de que exista una causa orgánica que explique su dolencia, influencia de los síntomas somáticos sobre la calidad de vida, establecimiento y duración de los síntomas. Además, hay unos cuantos ítems que hacen referencia a las definiciones de trastorno hipocondríaco o al trastorno dismórfico corporal. Por lo tanto, la SOMS-2 se presenta como una versión en cuestionario de los criterios diagnósticos de los trastornos somatomorfos según los sistemas de clasificación.

Además, este instrumento resulta especialmente útil en las evaluaciones de este grupo de trastornos ya que reduce significativamente el tiempo de la entrevista. Si el cribado es positivo, indica al clínico que debe proceder con otros instrumentos o pruebas a la confirmación del diagnóstico.

Las propiedades psicométricas de la SOMS-2 se han evaluado y publicado en Rief, Hiller & Heuser, 1997. En este estudio se señala una fiabilidad test-retest de 0.85 para el índice de somatización (número de todos los síntomas citados para el

trastorno de somatización según el DSM-III-R) y más del 90% de los valores $k \geq 0.60$). La consistencia interna de los 53 síntomas somáticos es de 0.88 y para el índice de somatización DSM-IV es de 0.70. Este índice correlaciona un 0.59 con la escala SCL-90R y 0.43 con el BDI y el índice Whiteley. La SOMS-2 también muestra una alta validez discriminante cuando se comparan pacientes somatizadores con un grupo de controles de la población general. Cuando se compara el diagnóstico realizado según la SOMS-2 con el del SCID para los mismos pacientes se muestra una sensibilidad del 82% y una especificidad del 85%. La SOMS-2 es muy sensible (98%) y moderadamente específica (63%) a la hora de identificar pacientes con un trastorno de somatización clínicamente relevante (definido por Escobar como Trastorno de Somatización Abreviado) (Escobar 1989, 1998).

La SOMS-2 es uno de los pocos instrumentos de screening autoaplicados para la detección del Trastorno de Somatización sobre el que hay estudios de sensibilidad y especificidad (Hiller & Janca, 2003). Una de las principales ventajas de la SOMS-2 es la compatibilidad con los criterios diagnósticos del DSM-IV y de la CIE-10 así como también la rápida información inicial que proporciona al clínico, ahorrando tiempo de entrevista. De todas formas, en caso de que el cribado resulte positivo, es conveniente llevar a cabo una entrevista de evaluación que confirme la información obtenida antes de emitir un diagnóstico.

3.2.3. CUANTIFICACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA

Las clasificaciones diagnósticas de la CIE-10 y del DSM-IV están sujetas a decisiones si-no, por lo que en este apartado se incluyen algunos de los instrumentos más importantes que se han diseñado con el objetivo de: 1) poder cuantificar la intensidad de la sintomatología (leve, moderada, grave) 2) valorar cambios producidos en el tiempo, por ejemplo; antes y después de un tratamiento.

A continuación en la tabla 17 se enumeran los instrumentos más utilizados para la cuantificación de síntomas somáticos:

1. **Screening for Somatoform Disorder (SOMS-7)** (Hiller et al., 2003)
2. **Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)** (Derogatis, 1983)
3. **Somatic Symptom Inventory (SSI)** (Barsky et al., 1990)
4. **Symptom Questionnaire (SQ)** (Kellner, 1987b)
5. **Bradford Somatic Inventory (BSI)** (Kellner 1987a; Mumford 1991)
6. **Whiteley Index (WI)** (Pylowsky, 1967)
7. **Illness Attitude Scale (IAS)** (Kellner, 1987)
8. **Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)** (Butcher et al., 1989)

Tabla 17. Principales instrumentos para la cuantificación de síntomas somáticos.

1. Screening for Somatoform Disorder (SOMS-7) (Hiller et al., 2003); Como ya se ha explicado en el apartado anterior existen dos versiones, la SOMS-2 que se utiliza como instrumento de screening y la SOMS-7 que se utiliza para evaluar la intensidad de estos síntomas. La SOMS-7 proporciona una escala likert que va de 0 a 5 según la severidad de cada síntoma en las últimos 7 días. Esta versión de la SOMS incluye el mismo listado de síntomas que la SOMS-2 (todos descritos en el Trastorno Somatomorfo según criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10). La SOMS-7 permite tanto a clínicos como investigadores la posibilidad de evaluar cambios en la severidad de los síntomas somatomorfos (por ejemplo; si los síntomas que se evalúan continúan presentes después de un periodo de tratamiento, se puede valorar si estos han disminuido en intensidad). La SOMS-7 ha demostrado una alta consistencia interna $\alpha=0,92$ en un estudio con 325 sujetos que se evaluaron antes y después de un tratamiento cognitivo-conductual (Rief & Hiller, 2003). La fiabilidad test-retest después de 4 meses de tratamiento fue de 0,76 (según el número de síntomas) y 0,71 (índice de severidad).

Una de las principales ventajas de esta escala es que cubre un amplio número de síntomas somáticos y a diferencia de otros instrumentos, está basada en ambas clasificaciones diagnósticas DSM-IV y CIE-10. También tiene la ventaja de que se instruye a los pacientes a responder sólo aquellos síntomas para los que no se ha encontrado una explicación médica u orgánica clara. Por tanto, la SOMS diferencia mejor que otras escalas entre síntomas somáticos y síntomas causados por una causa orgánica.

2. Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis, 1983)

Es un instrumento que no tiene solamente el objetivo de cuantificar síntomas somáticos, ya que además valora otros síntomas psicopatológicos, pero lo incluimos en este

apartado porque muchos estudios lo utilizan habitualmente para valorar la intensidad de los síntomas somáticos. Tiene un apartado específico que incluye 12 síntomas: dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor muscular, mareos o sensación de desmayo, dolor en el pecho o alrededor del corazón, náuseas, dificultad para respirar. Diferentes estudios han demostrado que este inventario muestra una buena fiabilidad test-retest y consistencia interna en todas las escalas y en diferentes grupos de población (Derogatis et al., 1976; 1983).

Es un instrumento ampliamente utilizado ya que es multidimensional y proporciona un perfil psicopatológico más amplio. Por otro lado, su principal inconveniente es que la escala de somatización esta formada por un escaso número de síntomas lo que por si sola no proporciona información suficiente para evaluar el amplio espectro de trastornos somatomorfos.

3. Somatic Symptom Inventory (SSI) (Barsky et al., 1990)

Es un inventario que combina 26 ítems del SCL-90-R y algunos del MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Este inventario demostró unas buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna de $\alpha=0,95$ y una fiabilidad test-retest de 0,86 después de 5 semanas de tratamiento.

4. Symptom Questionnaire (SQ) (Kellner, 1987)

Es una escala formada por 23 ítems referentes a síntomas somáticos y calidad de vida y 69 ítems adicionales para valorar depresión, ansiedad e ira-hostilidad. En el estudio de Kellner, se demostró una fiabilidad test re-test de 0,77 después de 4 semanas de tratamiento y varios resultados que demuestran una buena validez del cuestionario.

5. **Bradford Somatic Inventory (BSI)** (Kellner, 1987; Mumford et al., 1991)

El objetivo inicial de esta escala era evaluar quejas somáticas que frecuentemente se asocian a la ansiedad y a la depresión. También se ha utilizado en estudios multiétnicos para comparar quejas somáticas de sujetos de Gran Bretaña con sujetos de Pakistán.

Una de las principales ventajas de este cuestionario es que evalúa quejas somáticas relacionadas con la ansiedad y la depresión, pero no queda claro si los síntomas que evalúa este instrumento están relacionados con la somatización o son independientes. Otro de los problemas es que los síntomas somáticos y la calidad de vida no están claramente diferenciados. La principal fortaleza del BSI es que ha sido evaluado en estudios transculturales.

6. **Whiteley Index (WI)** (Pylowsky, 1967)

Este cuestionario fue diseñado para evaluar sintomatología propia del trastorno hipocondríaco, analizar la gravedad de las actitudes hipocondríacas y medir el cambio tras la instauración de un tratamiento. Este instrumento de evaluación está formado por 14 ítems que se distribuyen en tres escalas “miedo a enfermedad”, “convicción de estar enfermo” y “preocupación corporal”. Existe también una versión reducida de 7 ítems que es especialmente útil para el cribado en atención primaria. Presenta una consistencia interna que oscila entre 0.76 y 0.80, según y la fiabilidad test-retest de 0.81 (Speckens et al., 1996). La sensibilidad y especificidad de este cuestionario con los criterios diagnósticos para el Trastorno hipocondríaco es de 0,71 y 0,80 respectivamente.

7. **Illness Attitude Scale (IAS)** (Kellner, 1987a)

Se diseñó con el objetivo de evaluar psicopatología que habitualmente esta relacionada con las creencias, actitudes y conductas hipocondríacas. Esta escala consta de 29 ítems que se puntúan en una escala likert de 5 puntos. Esta escala se puede interpretar a partir de dos subescalas “ansiedad por la salud” y “conducta de enfermedad” (Speckens et al., 1996). Varios estudios han confirmado las buenas propiedades psicométricas de este cuestionario, mostrando una fiabilidad test-retest de 0,89 y una consistencia interna de 0,90 (Speckens et al., 1996).

Ya son varios los estudios que han analizado la intercorrelación del IAS con el WI mostrando unas puntuaciones medias que oscilan el 0,79, lo que nos indica que ambos instrumentos evalúan un concepto clínico de hipocondría muy similar. La sensibilidad y especificidad de este cuestionario con los criterios diagnósticos para el Trastorno hipocondríaco son de 0,72 y 0,79 respectivamente.

8. **Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)** (Butcher et al., 1989)

Inventario que evalúa síntomas somáticos y actitudes y conductas relacionadas con la salud. Contiene dos escalas relevantes; “histeria” que mide la falta de insight y autoconciencia, así como reacciones extremas ante el estrés; “hipocondriasis” evaluando la inespecífica conciencia del funcionamiento corporal y excesiva preocupación por la enfermedad. Hay varios estudios publicados sobre las propiedades psicométricas del MMPI-2 y muestran una fiabilidad de 0,80 para la mayoría de las escalas, siendo mayor en la escala de personalidad (Butcher et al., 1989). El MMPI-2 es una de las escalas de personalidad más utilizadas en todo el mundo, aunque respecto al trastorno de somatización no sigue las actuales clasificaciones diagnósticas (CIE-10 y DSM-IV). Las subescalas “histeria” y “hipocondría” representan una combinación de problemas

emocionales, cognitivos, de personalidad y somáticos. En cambio, la subescala “preocupación por la salud” está fundamentalmente orientada a la evaluación de quejas somáticas.

3.2.4. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD POR LA SALUD

Las definiciones de los trastornos somatomorfos del DSM-IV y CIE-10 incluyen los síntomas principales, pero en algunos casos también deben valorarse y considerarse problemas de conducta, cognitivos, emocionales y psicosociales asociados a este tipo de patologías. Por ejemplo, una característica importante de los pacientes con trastorno somatomorfo es la frecuencia con la que visitan a su médico y solicitan repetidas pruebas complementarias y diferentes tratamientos (Pilowsky, 1997). Otro de los aspectos que ha recibido especial atención en muchos estudios son los pensamientos irracionales y la amplificación o incorrecta interpretación de síntomas corporales habituales en este tipo de pacientes. Muchas investigaciones señalan estos aspectos como uno de los principales factores de mantenimiento de esta patología a largo plazo y por tanto se considera imprescindible que el clínico lo valore y lo tenga en cuenta a la hora de planificar el tratamiento.

Respecto a la amplificación somatosensorial, varios estudios sugieren que los pacientes somatizadores son mucho más sensibles a los síntomas o sensaciones corporales normales, muestran una menor tolerancia al dolor o molestias físicas e interpretan de forma mucho más rápida cualquier síntoma como evidencia de una enfermedad grave (Barsky, 1992).

A continuación se presenta la tabla 18 con los instrumentos más utilizados para la evaluación de la ansiedad por la salud:

- 1. Somatosensory Amplification Scale (SSAS)** (Barsky, 1990)
- 2. Cognitions About Body and Health Questionnaire (CABAH)**
(Rief et al., 1998)
- 3. Health Norms Sorting Task (HNST)** (Barsky et al., 1993)
- 4. Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ)** (Robbins et al., 1991 ; Sensky et al., 1996)
- 5. Scale for the Assessment of Illness Behavior (SAIB)** (Rief et al., 2003)
- 6. Illness Behavior Instrument (IBQ)** (Pilowsky 1993; Pilowsky et al., 1994)
- 7. Health Attitude Survey (HAS)** (Noyes et al., 1999)
- 8. Health Anxiety Questionnaire (HAQ)** (Lucock et al., 1996)

Tabla 18. Principales instrumentos para la evaluación de la ansiedad por la salud

1. Somatosensory Amplification Scale (SSAS) (Barsky, 1990b)

Escala de 10 ítems diseñada con el objetivo de evaluar la tendencia de los pacientes somatizadores a amplificar síntomas corporales y a sobreinterpretarlos. Esta escala se ha utilizado en varios estudios mostrando una alta correlación con índices de valoración de la hipocondría y el trastorno somatomorfo (Barsky 1990; Speckens 1996). Los pacientes hipocondríacos mostraron puntuaciones más altas en la SSAS comparado con un grupo de pacientes control. La

fiabilidad test-retest de esta escala a 74 días fue de 0,79 y la consistencia interna de $\alpha=0,82$ (Barsky et al., 1990b).

2. Cognitions About Body and Health Questionnaire (CABAH) (Rief et al., 1998) Instrumento que se diseñó con el objetivo de evaluar las distorsiones cognitivas habituales en pacientes somatizadores. Consta de 31 ítems que se puntúan según una escala likert de 4 puntos y está formada por cinco escalas: 1) interpretación catastrófica de molestias físicas o corporales; 2) sensaciones autonómicas; 3) debilidad física; 4) intolerancia a las quejas físicas; 5) hábitos de salud.

En una muestra de 493 pacientes hospitalarios el cuestionario mostró una consistencia interna de $\alpha= 0,90$ así como también la capacidad de discriminar entre pacientes somatizadores y no somatizadores según las cuatro primeras escalas.

3. Health Norms Sorting Task (HNST) (Barsky et al., 1993)

Se diseñó con la finalidad de evaluar creencias normales sobre salud y enfermedad. Los autores del instrumento describen una fiabilidad test-retest de 0,69 en un intervalo de 7 meses y una consistencia interna de $\alpha= 0,88$.

4. Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ) (Robbins et al., 1991 ; Sensky et al., 1996)

Este instrumento tiene por objetivo evaluar diferencias entre síntomas somáticos, emocionales y normales, y la relevancia percibida de cada uno de estos síntomas

en una escala likert. Esta escala muestra una consistencia interna de entre $\alpha=0,71$ y $\alpha=0,86$ (Robbins et al., 1991)

5. Scale for the Assessment of Illness Behavior (SAIB) (Rief et al., 2003)

Esta escala está formada por 26 ítems que se agrupan en cinco dimensiones: 1) verificación de diagnóstico; 2) expresión de síntomas; 3) medicación; 4) consecuencias de la enfermedad; 5) exploración, comprobación. La consistencia interna de la escala es de $\alpha=0,87$. Los autores de la escala describen puntuaciones más altas en todos los factores para los pacientes con trastorno de somatización comparado con controles sanos (Rief et al., 2003).

6. Illness Behavior Instrument (IBQ) (Pilowsky 1993; Pilowsky et al., 1994)

Instrumento compuesto por 14 ítems del WI y 48 ítems relacionados con actitudes y preocupaciones por la salud. A pesar de que esta escala ha mostrada una buena fiabilidad, solamente se considera comparable con la clasificaciones más modernas de los trastornos somatomorfos y algunos estudios han puesto en tela de juicio la fiabilidad de este cuestionario (Zonderman, Heft & Costa, 1985)

7. Health Attitude Survey (HAS) (Noyes et al., 1999)

Cuestionario formado por 27 ítems que constituyen 6 escalas: 1) insatisfacción con la atención médica; 2) frustración por la enfermedad; 3) hiperfrecuentación médica; 4) excesiva preocupación por la salud; 5) malestar psicológico; 5) dificultad para expresar malestar. Los autores del cuestionario realizaron un estudio de validación mostrando el poder discriminativo de algunas de las

escalas para diferenciar pacientes con trastorno de somatización con pacientes control.

8. Health Anxiety Questionnaire (HAQ) (Lucock & Morley, 1996)

Inicialmente no se diseñó con la finalidad explícita de valorar psicopatología del trastorno hipocondríaco. Consta de 21 ítems entre los que se incluyeron algunos del IAS, los ítems se agrupan en cuatro dimensiones “preocupación por la salud y preocupaciones”, “miedo a la enfermedad y a morir”, “conductas tranquilizadoras de enfermedad” y “interferencia en la vida diaria”. Según los autores de este cuestionario la fiabilidad test-retest es de 0,95 en un período de seguimiento de 4 a 7 semanas después de un tratamiento. La consistencia interna es de $\alpha=0,92$.

3.3. REVISIÓN DE LAS INVESTIGACIONES PUBLICADAS EN LAS QUE SE UTILIZA LA SOMS-2

3.3.1. LA SOMS-2 COMO INSTRUMENTO DE SCREENING

En este apartado se resumen los aspectos más importantes de las publicaciones en las que se utiliza la SOMS-2 como instrumento de evaluación de los síntomas somáticos. El objetivo principal de este apartado es resumir la información más importante de estos trabajos para poder analizar el estado actual del tema y tener un punto de partida para nuestro trabajo.

1. Rief, W., Schaefer, S., Hiller, W. & Fichter, M. (1992b). Lifetime Diagnoses in Patients with Somatoform Disorders: Which came first? *European Archives of Psychiatry in Clinical Neuroscience*, 241, 236-240.

De un total de 131 pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico de Alemania, se estudiaron 30 pacientes que cumplían criterios diagnósticos de trastorno de somatización. Estos pacientes fueron evaluados con la SCID, la SCL-90R y la SOMS-2. La comorbilidad psiquiátrica obtenida con el SCID es del 63% entre los trastornos somatomorfos y afectivos, así como también la historia de comorbilidad para ambos trastornos es del 87%. Sólo un 23% de los pacientes con trastorno de somatización no presentan ninguna otra patología psiquiátrica. Estos pacientes presentan con mucha frecuencia una historia de otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo; ansiedad 40%). En el 73% de los pacientes que tienen un trastorno somatomorfo y una historia de trastorno afectivo, el inicio del trastorno somatomorfo es previo a cualquier

otro trastorno psiquiátrico. Para la mayoría de los pacientes, el intervalo de tiempo entre el inicio del trastorno somatomorfo y el trastorno afectivo es superior a un año, incluso para el 46% de estos pacientes en intervalo de tiempo es superior a 5 años. El curso de la enfermedad para ambos trastornos es bastante diferente; mientras los trastornos afectivos tienden a ser más episódicos con periodos de remisión, los trastornos somatomorfos muestran un curso y una duración mucho más crónica. Finalmente, la SCL-90-R demuestra un buen poder discriminativo a la hora de distinguir entre trastornos afectivos y de ansiedad, pero sin embargo no diferencia bien entre pacientes con trastorno de somatización frente a pacientes con trastornos afectivos y trastornos de ansiedad. Los autores concluyen este trabajo remarcando la necesidad de desarrollar y validar otras escalas psicométricas para la evaluación del trastorno de somatización.

2. Rief, W., Hiller, W., Geissner, E. & Fichter, M. (1995b). A Two-Year Follow-Up study of Patients with Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 36, 376-386.

En este trabajo, se evaluaron un total de 131 pacientes. Los pacientes se seleccionaron por orden de llegada y se incluían para su posterior evaluación si presentaban al menos 5 síntomas somáticos sin explicación médica y después de haber pasado por una evaluación física exhaustiva para descartar cualquier causa orgánica. Para realizar la evaluación y diagnóstico utilizaron el SCID y la SOMS-2. Una vez finalizada esta evaluación, se diagnosticaron a 30 pacientes con trastorno somatomorfo. Estos pacientes presentaban una media de edad de 38 años (rango; 25-57años). El 43% eran hombres y el

57% mujeres. Se dieron los siguientes diagnósticos; 5 pacientes presentaron trastorno de somatización, 17 trastorno de somatización indiferenciado, 7 trastorno de somatización por dolor y 1 trastorno por conversión. La duración media del trastorno es de 11,9 años. Dos años después los pacientes fueron reevaluados a través de cuestionarios por correo y entrevistas telefónicas. Se evaluaron con las mismas entrevistas (SCID y SOMS-2) así como también se evaluó el curso del trastorno de forma retrospectiva, preguntándole al paciente por sus síntomas a los tres meses del alta, a los 4-6 meses, 7-12 meses y 3 meses antes de la evaluación a los dos años. Se utilizaron 5 categorías; 0= Ningún síntoma somatomorfo, 1= Algunos periodos con síntomas (menos de 4 para hombres y de 6 para mujeres) y otros sin síntomas somatomorfos, 2= Al menos la mitad del tiempo con síntomas somáticos, pero menos de 4 para hombres y 6 para mujeres o menos de la mitad del tiempo, pero a veces 4 para hombres y 6 para mujeres, 3= Síntomas somatomorfos al menos la mitad del tiempo y a veces al menos 4 para hombres y 6 para mujeres. 4= La mayoría del tiempo al menos 4 para hombres y 6 para mujeres. 5= Siempre al menos 4 para hombres y 6 para mujeres.

Durante el ingreso en el hospital el tratamiento de estos pacientes consistía en psicoterapia individual, entrenamiento asertivo, técnicas de resolución de problemas, relajación muscular progresiva y otros aspectos de la terapia cognitivo-conductual y emocional. Los autores de este trabajo no explican muy bien el tipo de intervención ni las sesiones ya que el objetivo de su estudio se centra en el análisis del curso del trastorno y no en la eficacia de la intervención.

De los resultados de este trabajo destacaremos los más relevantes. Referente a los patrones diagnósticos encontrados para la historia del trastorno, se muestra una alta comorbilidad del trastorno somatomorfo con la historia de trastorno afectivo previo, tanto para la evaluación inicial como a los dos años. La mayoría de los pacientes con trastorno somatomorfo ha presentado un trastorno afectivo previo. El 27% de los pacientes diagnosticados de trastorno somatomorfo remitió a los dos años de seguimiento (establecieron como criterio de remisión presentar menos de 5 síntomas en los últimos dos años). La mayor parte de los pacientes que no presenta diagnóstico psiquiátrico a los dos años de seguimiento son del grupo de pacientes diagnosticados de Trastorno de somatización, por lo que significa que si este trastorno no se acompaña de otros diagnósticos psiquiátricos presenta una mayor tasa de remisión. Por otro lado, si el trastorno de somatización se acompaña de un trastorno afectivo, este tiende a persistir.

Respecto a la evaluación a los dos años con la SOMS, los resultados obtenidos indican una media de 4,4 síntomas menos en el seguimiento, en el SCID también se observa una reducción significativa en el número de síntomas al seguimiento.

3. Rief, W., Hiller, H. & Fichter, M. (1995a). Somatoform Symptoms in Depressive and Panic Syndromes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2, 51-65.

En este estudio se incluyeron un total de 135 pacientes ingresados en un hospital especializado en patologías psicósomáticas. Los pacientes fueron evaluados con diferentes escalas autoaplicadas para la ansiedad, depresión,

trastornos somatomorfos y personalidad. Además también se sometieron a una evaluación médica exhaustiva para descartar cualquier patología médica. Toda la muestra completó la escala autoaplicada SOMS-2. Cada uno de los síntomas al que el paciente contestó de forma positiva, fue valorado por el médico como “claramente psicógeno”, “probablemente psicógeno”, “probablemente somático” o “claramente somático”. Esta valoración se basa en datos anamnésticos así como también evaluaciones médicas rutinarias al ingreso (electrocardiograma, análisis de sangre...). Un síntoma era clasificado de somatomorfo sólo cuando este no era probablemente o claramente orgánico.

Finalmente, se definió un grupo de pacientes con trastorno de somatización abreviado. El criterio de inclusión para el subgrupo de hombres es de al menos 4 síntomas somatomorfos y para las mujeres 6. Estos síntomas no deben aparecer únicamente en el curso de una crisis de ansiedad. En ambos subgrupos los síntomas deben persistir al menos durante 6 últimos meses. Se formaron 3 grupos: depresión, trastorno de angustia y somatización. Ninguno de los 3 grupos se solapó en cuanto a comorbilidad diagnóstica, cada paciente pertenecía a un único grupo diagnóstico. Todos los sujetos completaron el SCID, SOMS, Whiteley Index (para evaluar hipocondría) y el cuestionario de personalidad de Freiburg (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989). Siguiendo estos criterios de la muestra inicial de 135 pacientes quedaron 113. El grupo de depresión estaba compuesto de 64 pacientes, el de angustia de 31 y 18 el de somatización.

Con el fin de analizar las diferencias entre edad (punto de corte 40 años) y sexo se realizó una X² para cada uno de los síntomas somáticos. En

referencia al sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 3 de los 31 síntomas (amnesia, sensación de quemazón en los órganos sexuales y/o en el recto, impotencia) y se encontraron diferencias según la edad para los síntomas: vomitar y desmayo o desvanecimiento). Todos estos síntomas mostraron una frecuencia muy baja y contribuyen poco al índice de somatización. En general el sexo y la edad no correlacionan de forma significativa con el índice de somatización. Tanto en la suma como en la distribución de los síntomas somáticos no existen diferencias significativas entre los tres grupos. La distribución de síntomas para el subgrupo de depresión y angustia son prácticamente idénticas. Respecto a las diferencias en la personalidad, los autores señalan diferencias significativas en la dimensión extraversión, el grupo de pacientes deprimidos son los que presentaron una puntuación más alta en introversión. La dimensión neuroticismo no mostró diferencias significativas entre los tres grupos. Finalmente los autores concluyeron que los resultados obtenidos en este estudio no corroboran la hipótesis planteada inicialmente ya que no existen diferencias estadísticamente significativas en somatización entre los tres grupos de pacientes (depresión, ataque de pánico y somatización).

4. Rief, W., Heuser, J., Mayrhuber, E., Stelzer, I., Hiller, W. & Fichter, M.M. (1996). The classification of multiple somatoform symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 680-687.

En este estudio se incluyeron un total de 108 pacientes ingresados en un hospital de Alemania. Durante el año 1994 se trataron un total de 1346 pacientes de los cuales el 48% eran trastornos afectivos, el 26% trastornos de

ansiedad, el 19% problemas emocionales que afectan a la condición física y el 13% trastornos somatomorfos. El tratamiento tiene su base teórica en la medicina conductual y consiste fundamentalmente en el seguimiento médico, la psicoterapia individual, el entrenamiento en asertividad, resolución de problemas, relajación muscular progresiva de Jacobson y otras terapias cognitivas. En algunos casos y solamente si estaba indicado, también se pautó tratamiento psicofarmacológico. A pesar de que inicialmente el objetivo de este trabajo era diferenciar entre diferentes grupos con trastorno de somatización, finalmente se incluyó un grupo control de 33 pacientes que no cumplieran criterios según criterios DSM-IV y CIE-10 de ningún subtipo diagnóstico de somatización. El grupo control se seleccionó también de la misma muestra inicial. Para la evaluación de los pacientes, se utilizó una versión abreviada del ADIS, traducida y validada al alemán. Además de esta entrevista que se basa en los criterios DSM para trastorno de somatización, en la evaluación inicial también se utilizaron listas de síntomas “Diagnostic Checklists” recomendadas por el estudio WHO (Hiller et al., 1990, 1993, 1996). Todos los pacientes completaron la SOMS y la SCL-90-R. Todos los síntomas positivos de la SOMS se sumaron para poder obtener el número total de síntomas somáticos. En primer lugar calculan el punto de corte óptimo (número de síntomas somáticos) para realizar el diagnóstico de trastorno de somatización abreviado. La clasificación del trastorno de somatización abreviado viene de la lista de síntomas somáticos del DSM-III-R para el trastorno de somatización. En este trabajo los autores calcularon el “índice de somatización” que es la suma de síntomas somáticos según el DSM-IV. Para encontrar los puntos de corte óptimos de este índice,

calcularon la sensibilidad y especificidad en función del SSI-4/6 (índice de somatización de 4 síntomas para las mujeres y 6 para los hombres), y concluyen que el mejor punto de corte es 3 para hombres y 5 para mujeres (SSI-3/5) alcanzando un grado de acuerdo del 90% en hombres y 95% en mujeres. En la escala SOMS, los sujetos con trastorno de somatización tienen una media de 28 síntomas físicos y los sujetos que no cumplen criterios estrictos de somatización una media de 22 síntomas. Por tanto, los sujetos del grupo de trastorno de somatización presentan puntuaciones mucho más elevadas que los sujetos controles y que el otro grupo clínico (que no cumplen criterios de trastorno de somatización).

5. Bankier, B., Aigner, A., Krones, S. & Bach M. (2000). Screening for DSM-IV Somatoform Disorders in Chronic Pain Patients. *Psychopathology*, 33, 115-118.

El objetivo principal de este trabajo es evaluar la utilidad clínica de la SOMS en pacientes con dolor crónico, por lo que se aplicó a 105 pacientes ambulatorios con dolor crónico (hasta la fecha de este trabajo la SOMS se ha utilizado para seleccionar pacientes con diferentes trastornos somatomorfos) y comparar los diferentes puntos de corte con respecto a su sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos y negativos a la hora de seleccionar de este grupo de pacientes con dolor los que presentan trastornos de somatización según criterios diagnósticos DSM-IV.

De los 105 pacientes, 72 eran mujeres y 33 hombres con una media de edad de 50,86 años. Los pacientes se fueron reclutando e incluyendo en el estudio durante el periodo de un año en la unidad de psiquiatría de un hospital de

Viena. A todos los pacientes se les administró la SOMS junto con una entrevista estructurada (criterios diagnósticos DSM-IV). Para este estudio sólo se utilizaron los 33 ítems necesarios para los criterios diagnósticos DSM-IV. Del total de la muestra, 52 pacientes (49,5%) cumplieron criterios diagnósticos DSM-IV de trastorno de somatización. Los pacientes con trastorno de somatización mostraron puntuaciones más altas en la SOMS que el grupo de pacientes que no tenían el trastorno ($p < 0,02$). Los autores concluyen que un punto de corte de 4 o más síntomas es el adecuado para determinar un trastorno de somatización y no encuentran una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos, así como proponen otros autores SSI-4,6 (4 para hombres y 6 para mujeres). Utilizando el punto de corte de 4 o más síntomas se clasifican correctamente entre un 53-66% de los casos. Por tanto, los autores concluyen que la SOMS puede ser un instrumento válido para la investigación, pero su aplicabilidad en la práctica clínica diaria en pacientes con dolor crónico necesita ser más estudiada.

6. Rief, W., Hessel, A. & Braehler, E. (2001) Somatization Symptoms and Hypochondrial Features in the General Population. *Psychosomatic Medicine*, 63, 595-602.

El principal objetivo de este trabajo es evaluar la frecuencia de síntomas somatomorfos y rasgos hipocondríacos en la población general. Se eligió una muestra representativa de 2050 personas de la población general de Alemania. La selección de la muestra se hizo a partir del registro de las elecciones políticas de 1994. La muestra se seleccionó para que fuera

representativa en términos de edad, sexo y nivel educativo. Los criterios de inclusión en el estudio son tener más de 13 años y lengua alemana como idioma nativo. La horquilla de edad de la muestra es de 14-92 años. Al total de la muestra se les administró la SOMS y Whiteley Index (WI). Se utilizó la versión alemana del WI de 14 ítems con respuesta dicotómica si/no. Se calculó la frecuencia para cada uno de los ítems de la SOMS. Los ítems que mostraron una mayor frecuencia fueron los síntomas de dolor (dolor de espalda 30%, dolor articular 25%, dolor en extremidades 20% y dolor de cabeza 19%), seguido de síntomas gastrointestinales (dolor abdominal 11%, hinchado o abotargado 13%, intolerancia a determinados alimentos 12%), así como también síntomas cardiovasculares (palpitaciones 11%). Los síntomas que presentaron muy baja frecuencia, inferior al 2% fueron: dolor en el ano, dolor durante las relaciones sexuales, vómitos, secreción de fluidos por el ano, sensaciones desagradables alrededor de los genitales, parálisis o debilidad muscular, pérdida de voz, pérdida de tacto o sensación de dolor, visión doble, ceguera, ataques, desmayo o vómitos durante todo el embarazo. Una vez analizada la frecuencia ítem a ítem se realizó una regresión logística para las variables sexo y edad. Prácticamente todos los síntomas físicos difieren de forma estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, las mujeres presentan frecuencias más elevadas en todos los síntomas excepto para la retención urinaria. Las diferencias más pronunciadas se dieron en: dolor durante las relaciones sexuales, ruborización o enrojecimiento, pérdida de tacto, sensaciones desagradables en o alrededor de los genitales. Para analizar los efectos de la edad dividen la muestra en dos categorías (>45 años y ≤45 años). 29 ítems de 49 mostraron diferencias estadísticamente

significativas entre ambos grupos de edad, el grupo de personas más mayores obtuvieron puntuaciones más altas en muchos de los síntomas (por ejemplo; sordera, disfunción eréctil, pérdida de memoria, dolor de articulaciones, dolor en las extremidades, palpitaciones o problemas urinarios). El dolor abdominal es uno de los síntomas que presenta una frecuencia más elevada, siendo mayor en las mujeres. No obstante, las diferencias de género ocurren principalmente en el grupo de edad de menores de 45 años. Las dos categorías de edad no muestran diferencias estadísticamente significativas en las odds ratios debido al incremento de la frecuencia de personas mayores de 75 años.

Respecto a los síntomas clínicos de hipocondría los resultados indican que el 10% de la muestra total presenta ansiedad por la salud o la seria convicción de padecer una enfermedad grave, a pesar de que no se ha encontrado una causa médica que justifique la dolencia. Esta ansiedad por la salud se incrementa ligeramente con la edad (OR=2,6) y las diferencias de género son pequeñas (11% en las mujeres y 8% en los hombres).

La frecuencia para los ítems del Whiteley Index, muestran que 12 de los 14 ítems dependen de la edad, todos ellos indican puntuaciones más altas para las personas más mayores. 9 ítems varían en función del sexo, con puntuaciones mayores para las mujeres. Sin embargo, las diferencias de género no son tan marcadas como para los ítems de los síntomas somáticos.

Utilizando la SOMS, un 84% de las personas que indicaron severa ansiedad por la salud afirmaron que esta ansiedad persistía pasados 6 meses. Por tanto, para muchos sujetos la ansiedad por la salud es un estado crónico.

La media de síntomas sin explicación médica en los últimos 2 años para el total de la muestra fue de 3,35. De la lista de síntomas relevantes para el trastorno de somatización del DSM-IV, dos quejas se consideran básicas para la población general (1,8 para hombres y 2,3 para mujeres). A pesar de la mayor prevalencia de mujeres que de hombres, la tasa es menor que la asumida por el DSM-IV. Las diferencias de género son mayores cuanto más excluyente es el criterio; para el trastorno de somatización es 1:4 (hombres/mujeres), pero para un criterio menos restrictivo de trastorno somatomorfo indiferenciado las diferencias de género son 2:3. Si el criterio utilizado en la muestra es 3 síntomas para hombres y cinco para mujeres (SSI-3/5), encuentran un porcentaje mucho mayor de sujetos que cumplen los criterios diagnósticos, un 23,6% frente al 16% si aplican el criterio de SSI-4/6.

3.3.2. ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA SOMS-2

En este apartado se resumen los aspectos más importantes que hacen referencia a los trabajos que de forma directa o indirecta han analizado las propiedades psicométricas de la SOMS-2. El objetivo principal de este apartado es resumir la información más importante de estos trabajos:

1. Rief, W., Schaefer, S. & Fichter, M. (1992a). SOMS 2: Ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Storungen. *Diagnostica*, 38, 3, 228-241.

En este trabajo se desarrolló la SOMS como un instrumento de screening para la identificación de pacientes con un posible trastorno de somatización. La SOMS se compone de 53 ítems. Un total de 104 pacientes de una clínica especializada en pacientes psicósomáticos completaron de forma autoaplicada la SOMS. Utilizaron el SCID como “gold standard” y se obtuvo una concordancia del 73% entre ambos instrumentos. También se administró a todos los pacientes el SCL-90-R y la escala FPI-R (inventario de personalidad de Freiburg-revisado) que evalúa principalmente personalidad pero también preocupaciones somáticas. La correlación entre el número de síntomas de la SOMS y estos dos cuestionarios fue solamente moderada. Estas dos escalas (SCL-90-R y el FPI-R) no fueron capaces de discriminar entre pacientes con trastorno de somatización y sin trastorno. El número de síntomas de la SOMS fue significativamente menor en el grupo de pacientes que no tenían trastorno de somatización. El α de Cronbach fue de 0,87 para el total de la muestra, 0,89 para los hombres y 0,87 para las mujeres. Por lo que los autores de este trabajo concluyeron que la SOMS es un

instrumento con una buena consistencia interna y es útil a la hora de identificar pacientes con un trastorno somatomorfo.

2. Rief, W. & Hiller, W. (1999). Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 507-518.

Se seleccionaron un total de 324 pacientes candidatos a tratamiento de un hospital de medicina conductual de Alemania. Después de la admisión, los pacientes se clasificaron en función de una entrevista estructurada. Una submuestra de 108 pacientes fue dividida en dos grupos: pacientes con múltiples síntomas somatomorfos (n=76) y pacientes con otras patologías mentales (n=32). Todos los pacientes completaron las siguientes escalas autoaplicadas:

- SOMS: para evaluar síntomas somáticos.
- Whiteley Index (WI): para evaluar tendencias de hipocondría.
- Cognitions about Body and Health (CABAH): para evaluar cogniciones habituales en pacientes con trastorno de somatización e hipocondría.
- Beck Depression Inventory (BDI): para evaluar sintomatología depresiva.

Además de estas escalas autoaplicadas, los 108 pacientes de la submuestra realizaron una entrevista (SCID) con un psicólogo clínico previamente entrenado. Una vez realizada la entrevista se utilizó la “International Diagnostic Checklist” con el fin de facilitar el proceso de diagnóstico.

Antes de realizar el análisis estadístico de los resultados obtenidos mediante la SOMS, los autores del trabajo decidieron que eliminarían todos aquellos ítems que obtuvieran una prevalencia menor del 10%, así como también una correlación ítem-total ($<0,20$). Una vez obtenidas las frecuencias de cada uno de

los ítems se eliminaron los siguientes debido a que su frecuencia era menor al 10% (dolor al orinar, secreción de fluidos por el ano, sensación desagradable en o alrededor de los genitales, alucinaciones, pérdida de tacto o sensación de dolor, visión doble, ceguera, pérdida de conciencia y vómitos durante el embarazo). Respecto a la correlación ítem-total, se eliminaron cuatro ítems más debido a que no tienen suficiente impacto sobre la puntuación total. Estos ítems son: pérdida de apetito, indiferencia sexual, menstruación irregular y disfunción eréctil. También se eliminaron los ítems que no diferían de forma significativa entre pacientes con trastorno de somatización y pacientes con otros trastornos mentales. Estos ítems son: manchas o decoloración en la piel, sordera, pérdida de memoria y todos los ítems específicos de género. En resumen, el análisis de los ítems mostró que 32 síntomas somáticos tienen suficientes características psicométricas para ser incluidos en la lista final de criterios relevantes para la clasificación del trastorno somatomorfo.

Por tanto, a partir de estos 32 síntomas se analizó el punto de corte óptimo para diferenciar entre somatizadores y no somatizadores. Calcularon el poder discriminativo (con los valores F) cuando diferentes números de síntomas somáticos se utilizaron como puntos de corte y con la “incapacidad” como variable dependiente. De los resultados obtenidos, concluyen que al menos 7 síntomas de la lista de 32 es el punto de corte que muestra un mayor poder discriminativo.

Respecto a las características psicológicas de los pacientes con trastorno somatomorfo, destacan la alta asociación que existe entre este grupo de pacientes y la conducta de enfermedad anormal (evaluada con el número de visitas al médico).

3. Rief, W. & Hiller, W. (2003). A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 44, 6.

El principal objetivo de este trabajo fue validar la SOMS-7 como instrumento de evaluación de los cambios producidos por un tratamiento (escala incluye 53 síntomas somáticos descritos en los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10 para el trastorno de somatización). Para mejorar la sensibilidad al cambio del cuestionario, y poder así evaluar cambios producidos en un tratamiento se modificaron las opciones de respuesta dicotómicas de la versión original SOMS-2 por diferentes opciones de respuesta en una escala likert de 5 puntos, que van de 0 (ausencia de síntoma) a 4 (muy severo). También se redujo el tiempo de la dolencia del síntoma a los últimos 7 días. Es decir, se le pregunta al paciente que responda al cuestionario en función de los últimos 7 días en lugar de los últimos 2 años. Evaluaron un total de 325 pacientes admitidos de forma consecutiva en un centro de tratamiento de medicina conductual de Alemania. A todos los pacientes se les administró un programa de tratamiento, que incluía terapia cognitivo-conductual individual y de grupal, entrenamiento en relajación, intervención específica para manejo de síntomas (crisis de pánico, depresión...) en terapia grupal o con terapia psicofarmacológica y en el caso de ser necesario otras intervenciones médicas o psicológicas.

Para la evaluación psicológica a todos los pacientes se les evaluó con una entrevista estructurada (International Diagnostic Check List para DSM-IV y CIE-10) (Hiller et al., 1996) con el fin de obtener un diagnóstico fiable según el DSM-IV, y después, una vez evaluados se les administró la SOMS-7. A partir de la SOMS se obtienen dos variables; 1) la suma de todos los síntomas que han sido confirmados por el paciente aunque se hayan dado en forma leve. La

estimación del número de síntomas fue relevante para determinar el diagnóstico. 2) la suma de todos los ítems, lo que denominan “Somatization Severity Index”. Esta variable es más específica a la hora de valorar cambios, ya que nos informa de la severidad de los síntomas.

Además, utilizaron la escala de síntomas SCL-90-R (centrándose principalmente en la subescala de somatización y en las escalas de psicopatología general). Debido a la alta comorbilidad entre los trastornos somatomorfos, la depresión y la sintomatología hipocondríaca también se administraron el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Whiteley Index (WI). De los resultados obtenidos, los autores de este trabajo destacaron la alta consistencia interna de la SOMS-7 ($\alpha=0,92$). Todos los ítems excepto del 43-47 mostraron una correlación ítem-total ≥ 30 . Se confirmó la validez convergente del cuestionario comparando los ítems de la SOMS-7 en dos momentos diferentes y otras variables de somatización y psicopatología. La SOMS-7 mostró una alta asociación con puntuaciones de somatización de la escala SCL-90-R, así como también de las escalas de ansiedad y depresión. También se confirmó una asociación entre la SOMS-7 y aspectos de incapacidad.

Del total de la muestra, 57 pacientes cumplieron criterios diagnósticos de trastorno de somatización, 181 cumplían los criterios para el SSI según Escobar aunque no cumplían criterios para trastorno de somatización y 78 pacientes cumplieron criterios para otras psicopatologías pero no para el trastorno de somatización. Las puntuaciones en la SOMS-7 difirieron de forma estadísticamente significativa entre los tres grupos. La media de síntomas para el grupo de trastorno somatomorfo fue de 23,7, para el SSI de 17,2 y para las otras patologías 10,3. Analizaron también de que forma cada ítem discriminaba entre

pacientes con trastorno de somatización y pacientes con sintomatología somatomorfa pero que no cumplía criterios DSM-IV y otras patologías. El resultado de estas correlaciones indicó diferencias en las puntuaciones F entre casi todos los ítems de los tres grupos: 1-12, 14-20, 22-30, 32-36, 39-42, 45, 46 y 53. La fiabilidad test-retest fue de 0,76 para el total de síntomas y 0,71 para el índice de severidad, lo que consideraron un resultado razonablemente satisfactorio para un cuestionario desarrollado con el objetivo de evaluar cambios durante un intervalo de 4 meses. Para valorar la sensibilidad al cambio durante el tratamiento se evaluaron un total de 300 pacientes. Ambos índices de somatización de la SOMS-7 difirieron de forma estadísticamente significativa en los dos momentos de evaluación (inicial y post-tratamiento). El índice de somatización total descendió de una media de 16,8 en el momento inicial a 13,5 en el post-tratamiento y el índice de gravedad desciende de 33,3 a 23,8. El índice de gravedad mostró puntuaciones t más altas respecto al cambio después del tratamiento y parecen ser ligeramente más sensibles al cambio que el índice de somatización total. 42 ítems de los 53 mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el momento de admisión y el post-tratamiento. Excepto el ítem 10, los demás ítems que no relevaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos momentos son síntomas con una tasa de prevalencia baja (<0,55). Para evaluar la validez convergente del cambio de las puntuaciones, se analizaron coeficientes de correlación entre las puntuaciones de cambio de la SOMS-7 y otros cambios en puntuaciones de los otros instrumentos de evaluación. Los cambios en el índice de gravedad de la SOMS-7, mostraron una correlación mayor con cambios en el SCL-90-R, depresión, y psicopatología general que las puntuaciones en el índice de somatización total.

Por tanto los autores concluyeron que la SOMS-7 es un instrumento válido para evaluar los efectos de un tratamiento.

4. Fabiao, C., Costa, C., Silva, C., Fleming, M. & Barbosa, A. (2008b). SOMS-2: tradução para português da Screening for Somatoform Disorders. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 241-246.

El objetivo fundamental de este trabajo fue validar la traducción de la versión portuguesa de la SOMS-2. Con el permiso de los autores se tradujo al portugués la versión original de la escala. El resultado final de la escala fue administrado a un total de 123 pacientes de atención primaria (muestra I). Después de algunas modificaciones de ítems que los pacientes no habían entendido bien, se seleccionó una muestra de 190 pacientes más de atención primaria (muestra II) a los que se les pasó la versión final. La mayoría de pacientes de la muestra I lo encontraron difícil de entender ya que para contestar a un ítem de forma afirmativa tenía que responder primero tres preguntas: 1) está presente el síntoma; 2) Su médico no ha encontrado causas claras que expliquen su síntoma; 3) afecta su síntoma a su bienestar? Además otro problema fue la comprensión de los ítems 21 al 45 (pre-test). Los ítems 11, 28 y 38 fueron más fáciles de entender cuando se redactaron de nuevo. En la muestra I, los ítems 20, 21, 23, 40, 43, 45 y 51 obtuvieron menos del 5% de prevalencia.

Los autores del trabajo concluyen que el bajo nivel educativo de la muestra que representa este trabajo es una de las causas principales de la dificultad de comprender las instrucciones iniciales para completar el cuestionario. Por este motivo, en la segunda versión se simplificaron en dos columnas (presencia del síntoma/el tratamiento dado no ha mejorado el síntoma). Después de la fase I,

los síntomas con una prevalencia menor al 5% fueron eliminados. La mayor parte de ellos coinciden con los ítems que obtuvieron una tasa más baja en la versión original.

5. Fabiao, C., Barbosa, A., Fleming, M. & Silva, C. (2008a). Rastreo da Perturbação de somatização. Nos cuidados Primários de Saúde Resultados de um Estudo Piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 319-328.

El principal objetivo de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de la SOMS-2 (Screening for Somatoform Disorders) en Atención Primaria y estudiar la relación con la ansiedad y depresión.

Para seleccionar la muestra se invitaron a participar en el estudio a todas aquellas personas que acudían al centro de salud de Atención Primaria mayores de 18 años y con conocimientos para leer y escribir durante dos días de enero de 2007. Todos los participantes completaron un cuestionario sociodemográfico, la versión portuguesa de la SOMS-2 y la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para medir ansiedad y depresión. La muestra final fue de 122 sujetos (un 16% de los 760 iniciales), la media de edad fue de 46,5 años y el 63% mujeres. Se eliminaron aquellos ítems con una frecuencia inferior al 10% y con poco poder discriminativo, por lo que la escala final se compuso de 19 ítems. Utilizando como standard el número de síntomas y los síntomas específicos para diagnosticar un trastorno de somatización según el DSM-IV, se estableció un punto de corte de al menos 8 síntomas. Se obtuvo una sensibilidad de 94,1% y una especificidad de 89,5%. El riesgo relativo de una persona con trastorno de somatización tenga ansiedad fue de 3,4(CI 95%: 2 a 6) y depresión fue de 4,3(CI 95%: 1,6 a 11,6).

Finalmente, los autores concluyeron que la SOMS-2 con 19 síntomas puede ser un instrumento de screening útil en atención primaria para los trastornos de somatización, pero son necesarios futuros estudios para poder establecer un diagnóstico diferencial.

6. Fabiao, C., Silva, M.C., Barbosa, A., Fleming, M., Rief, W. (2010). Assessing medically unexplained symptoms: evaluation of a shortened version of the SOMS for use in primary care. *Bio Med Central Psychiatry*, 10, 34.

El objetivo principal de este trabajo fue evaluar la validez y estabilidad de la versión portuguesa de la SOMS en Atención Primaria. Para seleccionar a los participantes en el estudio se utilizó un centro de atención primaria con 8 médicos que atienden a una población de 11.000 habitantes. Durante el periodo de 10 días alternando entre mañanas y tardes (entre Agosto y Septiembre de 2007) se seleccionaron pacientes mayores de 18 años dispuestos a participar, capaces de entender portugués, sin diagnóstico de demencia, psicosis aguda o retraso mental. Finalmente se seleccionaron 167 sujetos de los que el 34,1% fueron diagnosticados de trastorno de somatización. Todos estos sujetos rellenaron un cuestionario sociodemográfico y la versión portuguesa de la SOMS-2. En el caso de que el paciente no lo entendiera o necesitara ayuda para completar el cuestionario se le ayudaba mediante estudiantes de psicología. Al cabo de un periodo corto de tiempo un psiquiatra realizó una entrevista a cada uno de los participantes en el centro de atención primaria con el fin de confirmar la naturaleza de los síntomas somatomorfos y evaluar la severidad y discapacidad que estos producen. Al mismo tiempo también se entrevistaron a las personas que habían afirmado no padecer síntomas en la SOMS-2 para descartar así falsos negativos. El mismo entrevistador administró la versión

portuguesa del MINI (entrevista estructurada que sigue criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10, la versión inglesa muestra buenas propiedades psicométricas) (Sheehan et al., 1997). Durante estas entrevistas se seleccionaron a todos aquellos pacientes que no aceptaban una explicación médica a sus síntomas y se agruparon en un grupo al que se denominó “verdaderos somatizadores”. Durante los dos meses siguientes, se analizaron con el médico de familia todos aquellos síntomas para los que había alguna duda de su origen o causa médica. Se realizó una historia personal de quejas somáticas para cada uno de los pacientes. Se administró también el Final Clinical Symptom Evaluation (FCSE). Después de un periodo de 6 meses se confirmó la estabilidad del diagnóstico de somatización a un 15% de la muestra, a quienes se les volvió a administrar la SOMS-2 y se les volvió a entrevistar con el mismo procedimiento pero con un psiquiatra diferente al de la evaluación inicial, y que no tenía conocimientos de los resultados de la primera evaluación. En este trabajo se utilizó una versión adaptada al Portugués de la SOMS-2, en la que se incluyen una lista de 45 síntomas para las mujeres y 42 para los hombres. Se excluyeron algunos síntomas de la versión original por tener una frecuencia inferior al 5%. Estos síntomas son: diarreas frecuentes, dolor en el ano, movimientos frecuentes del intestino, pérdida de tacto, ceguera, ataques y continuos o frecuentes vómitos durante el embarazo. El diagnóstico de somatización se consideró el “Gold Standard” a la hora de estimar el poder discriminativo de cada uno de los síntomas y el punto de corte de la SOMS-2.

De la versión portuguesa del MINI que sigue criterios diagnósticos DSM-IV, se evaluaron los siguientes diagnósticos: depresión mayor con o sin síntomas melancólicos, distimia, hipomanía, manía, historia de tentativas de suicidio,

trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple, fobia social, agorafobia con o sin ataques de pánico, estrés post-traumático, trastorno obsesivo compulsivo, abuso de sustancia y trastornos de dependencia (alcohol, cannabis, etc...).

En la versión final de la escala se incluyeron solamente aquellos ítems que estaban presentes en más de un 2,5% de la muestra, con un buen poder discriminativo (intervalo de 95% likelihood ratio +) y una correlación ítem-total $\geq 0,20$. Se utilizó el test de distribución binomial de McNemar para comparar la prevalencia de los síntomas contestadas por el propio sujeto y después de la entrevista con el clínico. Se calculó el punto de corte mediante el cálculo de la especificidad y sensibilidad y la curva ROC. Calcularon los valores predictivos positivos y negativos asumiendo la prevalencia de somatización en la muestra. De 928 sujetos posibles el 18% aceptaron participar en la evaluación completa (cuestionarios y entrevista estructurada). El 74,3% de la muestra eran mujeres con una media de edad de 43,7 (rango de 18 a 78 años). La tasa de respuesta positiva fue mucho mayor para las mujeres (20,5 vs 13,0%) y se redujo gradualmente con la edad, del 28% de personas entre 18-44 años al 7,5% para las mayores de 65. La distribución de datos sociodemográficos (estado civil, nivel educativo...) no fue estadísticamente significativa entre el grupo de somatizadores y no somatizadores. El número de síntomas positivos de la SOMS-2 en el cuestionario autoaplicado va de 0 a 20, el 37,1% de la muestra no experimentó ningún síntoma, el 25% de las mujeres presentaron más de 4 síntomas y el 25% de los hombres más de tres. El número de síntomas de la evaluación clínica final a partir del FCSE va de 0 a 18 y el 21,4% no presentó ningún síntoma. Un 34,1% cumplieron criterios diagnósticos de trastorno de somatización. Un 21,6% presentó un episodio depresivo mayor, un 19,2%

depresión mayor y un 23,4% trastorno de ansiedad, un 10,8% presentaron comorbilidad entre trastornos. El 48,5% de la muestra presentó un trastorno somatomorfo, trastornos de ansiedad o depresión. El 13,2% de los pacientes con trastorno somatomorfo también tenía un trastorno depresivo. Otro 13,2% de los pacientes con trastorno somatomorfo también tenía algún trastorno de ansiedad. El 80,6% con trastorno depresivo también cumplía criterios de trastorno de ansiedad o de somatización. El 74,4% de las personas con trastorno de ansiedad también presentó o un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de somatización. El 57,9% de los pacientes con trastorno de somatización tenía un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo. La prevalencia del trastorno somatomorfo fue mayor en mujeres que en hombres.

Del total de los 46 síntomas evaluados con el FCSE se eliminaron 17 del inventario final debido a su baja prevalencia (<2,5%) en todos los sujetos de la muestra (7, 9, 38, 39, 52 y 53). Los síntomas 16, 17, 18, 19, 33, 42, 44, 48, 49 y 50 también se excluyeron debido a su bajo poder discriminativo y el ítem 3 también se excluyó debido a que la correlación total con el cuestionario era baja. 2 síntomas estuvieron sólo presentes en el grupo de somatizadores, estos son; dolor al respirar y parálisis o debilidad muscular, indicando un alto poder discriminativo. Otros síntomas que también tuvieron un elevado poder discriminativo: náuseas (30,8), dificultad para tragar (28,9), reflujo gástrico (27,1), vómitos (21,2), indiferencia sexual (10,8), pinchazos en el corazón (9,6) y amnesia (9,6). La correlación con el total de la escala fue baja para algunos síntomas de dolor (4,5 y 8) y alta para pinchazos fuertes en el corazón (0,54), indiferencia sexual (0,48), hinchazón (0,45) y sensación de quemazón en el pecho o estómago (0,43). La mayoría de los síntomas no fueron descritos por los

propios participantes, y 13 síntomas fueron más prevalentes en el FCSE (evaluado por el clínico) que en el cuestionario autoaplicado (1, 2, 6, 10, 12, 13,15, 24, 25, 28, 29, 36 y 46). Considerando la lista reducida de 29 síntomas, R-SOMS-2, la correlación de Spearman entre la entrevista del clínico y el cuestionario autoaplicado fue de 0,63 para las mujeres y 0,67 para los hombres, mientras que los valores correspondientes para la lista de 46 síntomas fue de 0,62 tanto para hombres como para mujeres. La consistencia interna evaluada con el α de Cronbach's fue de 0,83 para ambos cuestionarios FCSE y SOMS-2, mientras que para la versión original de 46 síntomas los valores fueron de 0,82 y 0,85.

El punto de corte calculado con la curva de ROC para el FCSE es de 6 síntomas para las mujeres y 4 para hombres. El punto de corte para la SOMS-2 con 29 síntomas es de 4. La sensibilidad es del 86% y la especificidad es de 95,5% para ambas escalas la SOMS-2 y la R-SOMS-2 (FCSE), y los valores correspondientes de la escala autoaplicada SOMS-2 son la sensibilidad del 57,9% y especificidad de 88,2% y para la R-SOMS-2, la sensibilidad 56,1% y especificidad 93,6%. Los valores predictivos positivos y negativos son VPP=90,7% y VPN=92,9% para FCSE y para la SOMS autoaplicada VPP=71,7% y VPN=80,5%.

Debido a la alta comorbilidad de la muestra con trastornos de ansiedad y/o depresión, todas las características del test se calcularon considerando cuatro grupos diferentes: somatizadores “puros” (sin trastorno de ansiedad o depresión), somatizadores con trastorno de ansiedad y/o depresión, y dos grupos más; no somatizadores y no somatizadores con trastorno de ansiedad y/o depresión. La sensibilidad aumentó cuando los trastornos de somatización

también presentan ansiedad y/o depresión y con los somatizadores puros la escala presentó una sensibilidad más baja 79,2%. Respecto a la especificidad, se mantuvo constante en el 95% para las personas con trastorno de somatización que tenían también ansiedad y depresión o no somatizadores sin ansiedad o depresión. En la SOMS-2 autoaplicada se obtuvo una especificidad del 33,3% para los somatizadores puros, que aumentó si estos tienen ansiedad y/o depresión 72,7%.

La correlación entre el número de síntomas de la lista total en el momento inicial y a los 6 meses para una muestra de 24 personas es de $r = 0,67$ y de $0,69$ para la R-SOMS-2. El punto de corte de 4 síntomas con la lista de 29 síntomas fue la que obtuvo mejores resultados y mayor grado de acuerdo.

Por tanto, una vez realizada la revisión de las diferentes investigaciones publicadas en relación a la SOMS-2 resumimos a continuación los aspectos más destacados de dichas publicaciones:

-Los trabajos revisados se han realizado en población de Alemania o Portugal, no se ha encontrado ninguno en España.

-En la mayoría de los estudios se utilizan muestras procedentes de hospitales o centros especializados en medicina psicosomática, tan sólo en 3 de los 11 trabajos revisados la población estudiada procede de Atención Primaria.

-En todos los estudios en los que se ha realizado un tratamiento psicoterapéutico, este se basa en la terapia cognitivo-conductual y las técnicas utilizadas son muy parecidas (entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva...)

-En todos los trabajos revisados se administra la SOMS como instrumento de cribado junto con una entrevista estructurada para poder realizar un diagnóstico de trastorno de somatización.

-El trastorno de somatización muestra una elevada comorbilidad psicopatológica con los trastornos afectivos y de ansiedad en todos los estudios revisados.

-El trastorno de somatización es más prevalente entre las mujeres que los hombres y la media edad se sitúa entre los 40-50 años.

-Solamente la mitad de los estudios revisados analizan las propiedades psicométricas de la SOMS. Al comparar los resultados obtenidos en estos trabajos, observamos que existen diferencias importantes entre ellos en cuanto a: poder discriminativo de cada uno de los ítems del cuestionario con respecto al diagnóstico de trastorno de somatización, el punto de corte óptimo para realizar el diagnóstico y en consecuencia de esto la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN del cuestionario.

-Sólo un estudio de los 11 revisados utiliza una adaptación del cuestionario (SOMS-7) para valorar si este es capaz de detectar cambios en la severidad de los síntomas somáticos (SSI) producidos por un tratamiento cognitivo-conductual.

PARTE EMPÍRICA

4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

4.1 OBJETIVOS

4.1.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este estudio es validar y analizar las propiedades psicométricas de la versión en Español de la escala de cribado de síntomas somáticos “Screening for Somatoform Symptoms (SOMS-2)” en población española de diferentes centros de Atención Primaria de Mallorca, Zaragoza y Huesca.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos son;

1. Evaluar las propiedades psicométricas de la versión Española de la SOMS-2 (sensibilidad, especificidad, Valor Predictivo Positivo, Valor Predictivo Negativo, consistencia interna) en una muestra de pacientes de atención primaria.
2. Evaluar la comorbilidad psicopatológica del trastorno de somatización con los trastornos afectivos y de ansiedad a través de la EPEP (criterios diagnósticos DSM-III-TR), ya que los datos de estudios anteriores señalan una elevada comorbilidad entre estos trastornos.
3. Evaluar la fiabilidad test-retest de la SOMS-2 para evaluar posibles cambios producidos por un tratamiento cognitivo-conductual en dos momentos

diferentes, en el momento inicial, a los 6 meses y a los 12 meses de la realización del tratamiento.

4. Comparar puntuaciones obtenidas en la SOMS-2 con las puntuaciones obtenidas en la EPEP (Entrevista Psiquiátrica Estructurada Polivalente) para poder establecer diagnóstico de trastorno de somatización.
5. Comparar las propiedades psicométricas de la versión Española de la SOMS-2 con la versión original en alemán y la versión Portuguesa.

4.2. HIPÓTESIS

1. Las puntuaciones obtenidas en la SOMS-2 serán más elevadas y existirán diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes con un trastorno de somatización y en el grupo de pacientes que no cumplan criterios diagnósticos DSM-IV-TR de trastorno de somatización.
2. Las propiedades psicométricas de la versión Española de la SOMS-2 serán similares a las de la versión Portuguesa.
3. Las propiedades psicométricas de la versión Española de la SOMS-2 serán similares a las de la versión original en Alemán.
4. Las puntuaciones obtenidas en la SOMS-2 serán más elevadas y existirán diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes que presenten un trastorno de somatización y que además tengan comorbilidad con un trastorno de ansiedad y/o depresión que en el grupo de pacientes con trastorno de somatización sin ningún otro diagnóstico comórbido.
5. No se observaran diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones iniciales y después del tratamiento en el grupo de pacientes sin trastorno de somatización y si en el grupo de pacientes diagnosticados de trastorno de somatización.
6. Algunos de los ítems de la SOMS-2 serán suficientemente sensibles por si solos para evaluar cambios producidos por el tratamiento.
7. Una vez finalizado el tratamiento y en el seguimiento a los 6 y 12 meses, las puntuaciones totales de la SOMS-2 mejorarán así como también otros diagnósticos psicopatológicos asociados.

8. Las puntuaciones obtenidas con la versión Española de la SOMS-2 serán equiparables con las obtenidas con la EPEP.
9. Si las puntuaciones obtenidas con la SOMS-2 y la EPEP son similares podremos considerar que esta escala es un buen instrumento de screening para la evaluación de síntomas somáticos, más corto y fácil de utilizar que la EPEP.

4.3. METODOLOGÍA/ DISEÑO

Este trabajo nace a partir de un proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI051886) y que tiene por título “Tratamiento cognitivo-conductual de pacientes con trastorno de somatización abreviado (SSI 4,6) en atención primaria”. Uno de los principales objetivos del estudio inicial es evaluar la efectividad y aplicabilidad de un tratamiento cognitivo-conductual para pacientes de atención primaria con trastorno de somatización abreviado (SSI 4,6) según criterios de Escobar. Otro objetivo es analizar la eficacia del tratamiento a nivel individual y compararlo con los resultados obtenidos por Escobar en New Jersey, USA. Es un estudio multicéntrico, longitudinal, controlado y randomizado con derivación aleatoria de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión a: tratamiento individual de 10 sesiones, tratamiento grupal (8-10 personas) de 10 sesiones o grupo control (Normas de Smith). La evaluación de los pacientes se realiza en 4 momentos diferentes: en el momento de la inclusión en el estudio, en el post-tratamiento, a los 6 meses y a los 12 meses del tratamiento. (en un apartado posterior explicamos el programa de intervención, en el que se detalla el contenido de cada una de las sesiones).

4.3.1 PARTICIPANTES: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total está compuesta por 165 sujetos procedentes de diferentes centros de salud de Mallorca y Zaragoza. Un total de 60 pacientes de 4 centros de salud de Atención Primaria de Mallorca (Son Piza, La Vileta, Son Ferriol y Ca'n Picafort), 67 de un centro de salud de Zaragoza y 38 de otro centro de salud de Huesca. Los pacientes fueron seleccionados por los médicos de familia de cada uno de los centros (adscritos al estudio) a los que se había instruido previamente sobre las características del estudio, criterios de inclusión, exclusión.

4.3.2. PROCEDIMIENTO

En el marco del ensayo clínico inicial (tratamiento cognitivo-conductual de pacientes con trastorno de somatización abreviado (SSI 4,6) en atención primaria), controlado, aleatorio, abierto y longitudinal con seguimiento en el post-tratamiento, a los 6 meses y a los 12 meses, se realiza el siguiente procedimiento:

1. En primer lugar, los médicos de familia de los centros de salud adscritos al estudio, ante un posible trastorno de somatización, administraron el cuestionario de Othmer & DeSouza (se consideró positivo si cumplía 5 o más de los síntomas). Si este test era considerado positivo se valoraban si el paciente también cumplía los criterios de inclusión. Se derivaron al proyecto a todos aquellos pacientes que cumplieron dichos criterios (descritos a continuación). En el plazo máximo de 10 días un miembro del equipo investigador (entrevistador formado) realizó la entrevista de evaluación basal.

Los criterios de inclusión:

- Puntuación de 5 o más en el test de Othmer y DeSouza.
- Presentar una o varias quejas físicas para las que el médico no haya encontrado una causa médica
- Edad comprendida entre 18 y 65 años
- Firmar el consentimiento informado para entrar a formar parte del estudio.

Los criterios de exclusión:

- Diagnóstico primario de patología psiquiátrica grave distinta al trastorno de somatización (trastorno psicótico, demencia...)
- Trastorno de personalidad grave que impida el correcto desarrollo del protocolo de evaluación y/o intervención.
- Negativa a participar.
- No saber leer ni escribir.

2. Una vez el paciente se deriva al terapeuta encargado del estudio, este realiza una primera visita de evaluación que consiste en la administración de la EPEP, la SOMS, HARS y HDRS. Previamente a la entrevista, y con el fin de mejorar la fiabilidad interjueces en la administración de la Entrevista Psiquiátrica Estructurada Polivalente (EPEP) se realizaron varias sesiones con videos de diferentes entrevistas realizadas a pacientes a todos los terapeutas que participaron en el estudio. El objetivo de estos videos era entrenar a todos los terapeutas para que puntuarán igual y a la hora de establecer el diagnóstico, este fuera lo más fiable posible.

3. Una vez finalizada la entrevista inicial, se consideraron casos aquellos pacientes que cumplieron el diagnóstico de trastorno de somatización en la EPEP y se incluyeron en el estudio.

4. Del total de la muestra, 74 pacientes fueron asignados de forma aleatoria a un tratamiento cognitivo-conductual de 10 sesiones estructuradas de 1,5 horas de duración de frecuencia semanal.

Para el presente trabajo se han utilizado una parte de los sujetos que formaron parte del ensayo clínico inicial.

4.3.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Test de Othmer & Desouza. (Othmer & DeSouza C., 1985)

Othmer y DeSouza, estudiaron mediante un análisis discriminante los síntomas que en el DSM-III eran incluidos como “somatizaciones” y construyeron este instrumento con aquellos 7 síntomas que mejor detectaban la presencia del trastorno. Estos síntomas fueron resaltados con carácter de screening en el DSM-III-R (1987). Los autores establecieron como punto de corte para establecer el diagnóstico la presencia de dos síntomas (Sensibilidad: 100% y 93% y Especificidad: 83% y 59%). En una muestra española (García-Campayo, 1996), el mejor punto de corte fue la presencia de 3 síntomas (sensibilidad: 88%, especificidad: 78%, valor predictivo positivo: 80%, valor predictivo negativo: 86%). También se analizó con la presencia de 2 síntomas (sensibilidad: 94%, especificidad: 54%, valor predictivo positivo: 67%, valor predictivo negativo: 90%) y con la presencia de 4 síntomas (sensibilidad: 48%, especificidad 94%, valor predictivo positivo 88%, valor predictivo negativo 64%). Por lo que según García-Campayo (1996) este test de screening (con la presencia de 3 síntomas), es una herramienta útil de cribado del trastorno de somatización en atención primaria en España.

EPEP (Entrevista Psiquiátrica Estructurada Polivalente). (Lobo et al., 1984)

Esta entrevista se diseñó a partir de la Entrevista Clínica Estructurada (CIS) de (Goldberg et al., 1970) y la versión española es de Lobo et al., 1984. En inglés se denomina (SPPI) (Standardized Polyvalent Psychiatric Interview). La entrevista se diseñó con el objetivo de poder utilizarse en diferentes ámbitos y proporcionar información suficiente a partir de los criterios diagnósticos del DSM-III-R (1987) y del

ICD-10 (1990). La EPEP mantiene todas las secciones de la CIS y están subdivididos por ítems con el objetivo de explorar la frecuencia, la intensidad y la severidad de los síntomas, así como también el grado de discapacidad que estos producen en la vida del sujeto. Hay una puntuación global al final de cada sección. Al final de la sección de síntomas somáticos, el entrevistador tiene que puntuar un ítem que evalúa “Atribución”, que se define siguiendo el criterio de Goldberg. También se evalúan posibles problemas intelectuales y cognitivos en pacientes médicos con la inclusión de la versión Española del “Mini-Mental Status Examination”, el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo et al., 1999).

En la entrevista también se incluye una sección en la que se evalúan problemas sociales, apoyo psicosocial y personalidad premórbida. Hay un ítem global con el objetivo de registrar cualquier tipo de problema de personalidad, que previamente tiene que ser descrito y registrado, y además hay 5 ítems y una puntuación global que valora “neuroticismo”. Las respuestas en todas las secciones están codificadas según el sistema CIS. El diagnóstico psiquiátrico está codificado según criterios diagnósticos DSM-III-R y CIE-10. Se utiliza un ítem diferente para la categoría de Goldberg que clasifica la relación entre enfermedad física y psiquiátrica (Bridges & Goldberg, 1985). Finalmente, hay una sección en la que se codifica el tipo de tratamiento y especialidad médica recomendada.

En el estudio de Lobo et al. (1993) los resultados señalan que el grado de acuerdo interjueces es mejor en las secciones altamente estructuradas, como pueden ser el MEC, y peor en los apartados en que la prevalencia de los síntomas es relativamente baja, como por ejemplo en la despersonalización. Los valores Kappa van de 0.86 a 0.94 dependiendo de las diferentes secciones.

Según Lobo et al. (1993), la EPEP es un instrumento adecuado para estudiar la morbilidad en atención primaria.

SOMS-2 (Screening for Somatoform Symptoms) (Rief et al., 1992); Escala autoaplicada con 53 ítems. Los ítems (1-35) hacen referencia a posibles síntomas de trastorno de somatización según criterios DSM-IV-TR. Del ítem 36-42 evalúan síntomas somáticos que pueden ocurrir durante una crisis de ansiedad, así como también síntomas que pueden aparecer en períodos de bajo estado de ánimo, depresión o en el trastorno somatomorfo indiferenciado. El resto de ítems se refieren a criterios de inclusión y exclusión de los diferentes subgrupos de trastornos somatomorfos.

HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). (Hamilton, M. 1959)

El objetivo de ésta escala, es valorar la intensidad de la ansiedad. Es una escala heteroaplicada y consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los tres últimos) en todos los ítems, excepto, el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.

La escala proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems, y los puntos de corte recomendados son:

1. 0-5: no ansiedad
2. 6-14: ansiedad leve
3. ≥ 15 : ansiedad moderada/grave.

La versión en Español de la HARS presenta buenas propiedades psicométricas, similares a las de las escalas originales, por lo que resultan apropiadas para su uso en la práctica asistencial y en investigación clínica en España (Lobo et al., 2002).

Presenta un validez discriminante de $p < 0.001$, una validez convergente de $p < 0.01$, comparado con el EuroQoL 5D: $p < 0.05$, la consistencia interna (α de Cronbach; 0.89).

La fiabilidad test-retest y entreobservadores (coeficiente de correlación interclase es de 0.92) y la sensibilidad al cambio (tamaño del efecto=1.36)

HDRS (Hamilton Depresión Rating Scale). (Hamilton, 1960)

El objetivo de esta escala es evaluar el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Es una escala heteroaplicada y consta de 17 ítems.

El marco de referencia es temporal, es en el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño en que se exploran los dos días previos. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación.

Es la escala más utilizada en la actualidad, aunque numerosos autores proponen como alternativa la escala de Montgomery-Asberg.

Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño.

La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Bech (1996) son los siguientes:

- 0-7: no depresión
- 8-12: depresión leve
- 13-17: depresión moderada
- 18-29: depresión mayor

- 30-52: depresión mayor grave

Otros puntos de corte utilizados son:

- 0-7: no depresión
- 8-14: distimia
- ≥ 15 : depresión de moderada a grave

El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación ≥ 18 .

Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems que constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6).

No existen puntos de corte definidos en estos índices.

En el estudio de validación de la versión castellana de la escala de Hamilton de Ramos-Brieva, J. A., y Cordero Villafáfila, A. (1986), se analiza la validez concurrente de la EHD-17 y los resultados indican que esta es alta y estadísticamente significativa ($r = 0.82$; $p < 0.001$).

Respecto a la validez de contenido es suficientemente importante, la mayor parte de los ítems de la EHD-17 (76 por 100) están presentes en más de la mitad de los casos; con una frecuencia promedio del 68 por 100. Fava (1982) han comunicado resultados similares en su muestra con algunas diferencias puntuales. La frecuencia media que ellos comunican (62 por 100) no difiere estadísticamente de la que se ha encontrado en este estudio.

El análisis factorial explica un 56% de la variancia total. Suele considerarse suficientemente explicativo valores del 50% (Calvo, 1978); por tanto la EHD-17 tiene una buena validez de constructo.

Respecto a la sensibilidad al cambio, la EDH-17 es suficientemente importante tanto para su puntuación total como para cada ítem en particular, encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Por tanto, la EHD-17 es sensible al cambio.

La fiabilidad entre psiquiatras de la EHD-17 es muy alta tanto en su puntuación total ($r = 0.99$; $p < 0.001$) como en cada ítem en particular. Esta correlación es perfecta ($r = 1.00$) en el 59 por 100 de los mismos. Otros autores han comunicado correlaciones similares en la puntuación total de la EHD ($r = 0.88$, Bech et al., 1975; $r = 0.90$ Hamilton, 1960), lo que permite inferir que los psiquiatras miden de forma similar la intensidad de los síntomas depresivos empleando este instrumento (Ziegler et al., 1978).

En otro artículo, Ramos-Brieva & Cordero Villafáfila (1986) “*Relación entre validez y seguridad de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión*”, analizan la validez y la seguridad de la escala de Hamilton para la depresión en función del primer teorema de la teoría del análisis factorial, encontrando una buena relación entre construcción y consistencia interna de la misma.

En resumen, la EHD-17, puede considerarse un instrumento válido y seguro en su versión castellana. Es un instrumento con alta fiabilidad entre psiquiatras y capaz de detectar el cambio sintomatológico en pacientes previamente diagnosticados, fines para los que fue construida la versión original.

4.3.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variables sociodemográficas: Evaluadas a partir de un cuestionario sociodemográfico en la entrevista de evaluación inicial en la que se registra edad y sexo.

- Síntomas somáticos:
 1. Evaluados en primer lugar por el médico de atención primaria a partir del **Cuestionario de Screening de Otmer & DeSouza**, con el que se hace un primer cribado para decidir si el paciente se deriva para su inclusión en el estudio. Si el paciente cumple 5 o más síntomas se deriva como posible candidato para ser incluido en el estudio. (Ver anexo, pág 222)
 2. En segundo lugar se evalúan los síntomas somáticos con más detalle una vez que el paciente ya se ha incluido en el estudio a partir de la **SOMS-2** que el terapeuta especializado explica y facilita al paciente una vez que ya ha realizado la entrevista de evaluación inicial. La versión que utilizamos en nuestro estudio está en español y ha sido traducida a partir de la versión original en Alemán por el grupo de García-Campayo. (Ver anexo, pág 223)
 3. En tercer lugar se evalúan los síntomas somáticos con la subescala de depresión somática de la **HDRS** y la subescala de síntomas de ansiedad somáticos de la **HARS** (Ver anexo, pág 294,295).

- Trastorno Somatomorfo y posibles trastornos comórbidos (eje I y eje II):
 1. **Entrevista Psiquiátrica Estructurada Polivalente (EPEP)**; a través de esta entrevista que sigue criterios diagnósticos DSM-IV-TR y CIE-10 evaluamos los posibles trastornos comórbidos al trastorno de somatización. La entrevista la realiza un terapeuta especializado y entrenado para su administración. Esta entrevista se compone de diferentes apartados (Ver anexo, pág 225):
 - 1.1 **Historia de la enfermedad**
 - 1.2. **Síntomas Somáticos** (Gastrointestinales, dolor, pseudoneurológicos, cardiopulmonares, sexuales y otros): En este apartado se valoran la intensidad, frecuencia y atribución de los síntomas.
 - 1.3. **Hipocondriasis**: En este apartado se valora la preocupación y/o creencia de estar padeciendo una enfermedad grave (tiempo dedicado a la preocupación, preocupación obsesiva...)
 - 1.4. **Fatiga**: En este apartado se evalúa la intensidad, frecuencia y duración de la fatiga.
 - 1.5. **Insomnio**: Se evalúa el tipo de insomnio, las causas que lo producen y el grado de malestar que este ocasiona en la vida del paciente.
 - 1.6. **Apetito/Peso**: Se valora aumento/disminución de apetito y/o peso.
 - 1.7. **Irritabilidad**
 - 1.8. **Concentración**
 - 1.9. **Estado de ánimo**: En este apartado también se incluyen “pensamientos depresivos o de suicidio”.

1.10. **Ansiedad:** En este apartado se evalúan preocupaciones (intensidad, duración, frecuencia, grado de malestar...) y síntomas de “tensión motora”, “hiperactividad autonómica” y “hipervigilancia”.

1.11. **Trastornos por estrés:** Este apartado es sólo para aquellos casos en los que la ansiedad, la depresión u otras emociones patológicas responden a un estrés concreto (shock, recuerdos...).

1.12. **Fobias:** Evalúa si existe algún tipo de fobia (social, simple, agorafobia), si existe conciencia de esta, evitación y/o incapacitación.

1.13. **Fenómenos Obsesivos:** Se evalúan obsesiones, compulsiones, dudas y si estas interfieren y de que manera en la vida del paciente.

Al final de cada uno de estos apartados se obtiene una puntuación total de cada uno de ellos. Estos apartados nos indican las características de la sintomatología del paciente. Esta información nos será útil posteriormente para realizar un diagnóstico según criterios DSM-IV.

1.14. **Sustancias Psicoactivas:** se evalúa alcoholismo, tabaquismo, medicación no prescrita por el médico u otras sustancias psicoactivas.

1.15. **Funciones Superiores:** se evalúan a partir del mini-mental.

1.16. **Antecedentes Médicos/ Psiquiátricos/ Familiares**

1.17. **Psicobiografía y área familiar**

1.18. **Carencia de soportes sociales**

1.19. **Personalidad premórbida**

1.20. **Resumen:** en este apartado se realiza un breve resumen de media página en la que el clínico recoge la información más relevante obtenida durante la entrevista. Al final el clínico puntúa de 1 a 3 la fiabilidad de la entrevista.

1.21. **Juicio Diagnóstico y Terapéutico:** En este apartado se incluye diagnóstico médico, diagnóstico de relación psicosomática (según Goldberg), diagnóstico CIE-10 y DSM-IV (Eje I, II, III, IV, V) y finalmente si el tipo de tratamiento recomendado.

Incluimos en nuestro estudio todos aquellos pacientes que cumplan el diagnóstico DSM-IV de:

- Trastorno de somatización según criterios DSM-IV-TR (explicado en el apartado 2.3.1 de criterios diagnósticos, pág 17)
- Trastorno somatomorfo indiferenciado según criterios DSM-IV-TR (explicado en el apartado 2.3.1 de criterios diagnósticos, pág 18)

Si además, se cumplen criterios diagnósticos para un trastorno de ansiedad, depresivo o trastorno de personalidad (eje II) también se incluyen en el estudio.

Para la corrección de la entrevista hay un glosario de puntuaciones (ver anexo, pág 248).

4.3.5. PROGRAMA DE TRATAMIENTO: DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

SESIÓN 1: Racionalidad del tratamiento.

En esta primera sesión el terapeuta da la bienvenida al proyecto y en primer lugar explicación del tratamiento, número de sesiones, duración de la sesión, técnicas que se van a utilizar y lógica del tratamiento.

Se da especial importancia a la colaboración, a las tareas a realizar entre sesiones, la confidencialidad, la puntualidad y la importancia de acudir a todas las sesiones para garantizar la efectividad del tratamiento.

Una vez se ha realizada esta primera parte introductoria, se explica el significado de “somatizar”, síntomas físicos más frecuentes, reacciones emocionales ante estos síntomas. Se explican los factores de instauración y mantenimiento de los síntomas, basándonos en los modelos teóricos de Bas para la hipocondría y el de Warwick y Salkovskis

Para conocer la evolución de los síntomas y que el paciente entienda mejor el concepto de somatización, se realiza un ejercicio práctico durante la sesión llamado “la línea de la vida”, en el que cada paciente anota en una hoja un cronograma reflejando los acontecimientos positivos y negativos que le han sucedido a lo largo de su vida (primera relación sentimental, primer trabajo, fallecimiento de seres queridos...). También se anota edad del paciente en cada momento o año en que ocurrió el evento.

Una vez realizado el cronograma se le pregunta al paciente por los síntomas que aparecieron a lo largo de su vida y que los sitúe en la línea de la vida. El objetivo

de esta técnica es observar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y la aparición de los síntomas. Una vez explicada la parte teórica se explica al paciente la importancia de los autoregistros de los síntomas y la forma en que los deben completar, poniendo un ejemplo con los síntomas del día anterior.

Se termina la sesión explicando los fundamentos de la respiración abdominal y se practica durante la sesión. Finalmente se explican las tareas para casa, que son: completar los autorregistros a diario y practicar la respiración abdominal 15 minutos al día.

SESIÓN 2: Incremento de Actividades

Se inicia la sesión revisando las tareas que se han realizado en casa durante la semana: autorregistros y respiración abdominal. Se resuelven dudas, reacciones, pros y contras de realizar los ejercicios... A continuación se pregunta al paciente sobre su nivel de actividad en diferentes áreas de su vida: ejercicio físico, actividades sociales y actividades significativas. Se explica la importancia de fomentar el incremento de actividades en las tres áreas, así como también se analizan la influencia de los síntomas en el desarrollo de dichas actividades. Finalmente se explican las tareas para casa, que en este caso son: asignar una actividad (reinstaurar una actividad que el paciente ha dejado de realizar o asignar una nueva actividad, remarcando la importancia de que debe ser gradual y razonable). Continuar con los autorregistros y con la respiración abdominal.

SESIÓN 3: Paciente y persona significativa

El objetivo de esta sesión es explicar la racionalidad del tratamiento a la persona significativa y analizar tipo de relación que se establece con el paciente, con el fin de corregir conductas de mantenimiento del problema. Se analizan actividades agradables realizadas en pareja y se intenta fomentar el incremento de éstas. Las tareas para casa son: realizar una actividad agradable en pareja, continuar con actividad individual, registro y respiración.

SESIÓN 4: Relajación diferencial, higiene de sueño, técnicas de distracción

Se inicia la sesión revisando las actividades asignadas: actividades, autorregistro, respiración. Se habla sobre la necesidad de mantener un sueño adecuado y su impacto sobre la salud, se analizan los hábitos de sueño del paciente y se explican las normas de higiene de sueño. Se revisan los autorregistros con la intención de explicar al paciente que cuanto más pendiente está de los síntomas estos más se acentúan, por lo que se explican técnicas de distracción basadas en el modelo autoatencional de Bas. Se explica la relajación diferencial y se analizan los beneficios de esta. Las tareas para casa son: continuar con todas las anteriores y animar al paciente a que incorpore algunas normas de higiene de sueño que hasta el momento no realizaba, practicar al menos una vez al día una técnica de distracción y practicar relajación.

SESIÓN 5: Técnicas cognitivas

Al inicio de la sesión se analizan y corrigen actividades realizadas en casa. El núcleo central de esta sesión es el trabajo con los pensamientos negativos o irracionales, se explica al paciente que es un pensamiento negativo, las 10 modalidades de pensamientos y racionales y las preguntas para reestructurarlos. Durante la sesión se analizan ejemplos y se instruye al paciente para que los incorpore al autorregistro diario. Las tareas para casa son: continuar con todas las anteriores y añadir el registro de pensamientos irracionales e intentar cuestionarlo poniendo alternativas.

SESIÓN 6: Paciente y persona significativa

En primer lugar se revisan las actividades agradables realizadas en pareja, y analizar la comunicación de la pareja con respecto a los síntomas físicos del paciente. Se explican los principales modelos de intercambio de conducta y reciprocidad.

Una vez analizado el estilo de comunicación, se planifican con el terapeuta cambios específicos en la comunicación. Si es necesario se planifican cambios para reducir conductas de la persona significativa que refuerzan conductas de enfermedad del paciente. Las tareas para casa son: continuar con las tareas de las anteriores sesiones y practicar las recomendaciones sobre la comunicación y si se considera necesario practicar cambios de conducta recomendados.

SESIÓN 7: Revisión de tareas

En esta sesión se revisa todo el trabajo realizado hasta el momento, analizando pros y contras de cada una de las técnicas, dudas al respecto y se refuerza todo lo que se ha conseguido.

SESIÓN 8: Analizar ventajas y desventajas del rol del enfermo

Al inicio de la sesión se revisan tareas realizadas. Analizar las ventajas y desventajas de estar enfermo, necesidades o déficits de estar enfermo en la actualidad, historia familiar de enfermedad... Explicamos técnicas de asertividad con ejemplos prácticos de la vida del paciente. Tareas para casa; continuar con las actividades de las sesiones anteriores y entrenar conductas asertivas pautadas durante la sesión para cada caso y situación.

SESIÓN 9: Paciente y persona significativa

Se revisan las actividades agradables realizadas en pareja y sino se han realizado, planificar una o varias actividades para el futuro. Se discute sobre la comunicación de pareja con respecto a los síntomas físicos del paciente, corregir y planificar para el futuro. Si es necesario realizar un plan específico para reducir las conductas de la persona significativa que refuerzan la conducta de enfermedad.

Tareas para casa; continuar con las tareas de las anteriores sesiones y en referencia a la pareja, continuar con las actividades agradables juntos, con las

recomendaciones sobre comunicación y con las conductas que no refuerzan la conducta de enfermedad del paciente.

SESIÓN 10: Revisión y prevención de recaídas

En esta última sesión, se revisan todas las técnicas aprendidas, dificultades, mejoras obtenidas, mantenimiento de dichas mejoras, se trabajan prevención de posibles recaídas y se discute sobre la necesidad de un tratamiento adicional.

4.3.6. GESTIÓN DE LOS DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos de la SOMS-2 se recogieron el mismo día de la entrevista inicial y fueron completados por el propio sujeto. Una vez recogida toda la muestra se introdujeron en una base de datos SPSS para su posterior análisis. A su vez, también se introdujeron los datos obtenidos con la EPEP que fueron recogidos por el terapeuta durante la entrevista. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas del total de la muestra comparando las principales diferencias entre el grupo de somatizadores y no somatizadores.

En segundo lugar, se evaluaron las propiedades psicométricas de la SOMS-2 con el fin de analizar si existen diferencias entre los dos grupos (somatizadores y no somatizadores) para cada uno de los ítems del cuestionario.

En tercer lugar, con el fin de analizar la relación entre cada ítem del cuestionario y el diagnóstico de trastorno de somatización se realizó un análisis de la regresión logística, con el que obtuvimos las puntuaciones crudas y el Intervalo de confianza del 95%. Una vez obtenidas estas puntuaciones, ajustamos la variable sexo para observar si existen diferencias entre hombres y mujeres.

En cuarto lugar, realizamos un análisis de la regresión logística multidimensional con el objetivo de analizar que ítems del cuestionario son los que tienen más peso o predicen mejor el diagnóstico final de trastorno de somatización.

En quinto lugar, calculamos la capacidad diagnóstica global del cuestionario mediante el área bajo la curva ROC.

En sexto lugar, calculamos la sensibilidad, especificidad, Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo negativo (VPN) para diferentes puntos de corte con el fin de obtener el punto de corte óptimo según el número de ítems que mejor determina el

diagnóstico de trastorno de somatización. Una vez calculado, comparamos nuestro resultado con el estudio de Portugal (Fabiao et al., 2010) y con los estudios de Alemania (Bankier et al., 2000 y Rief et al., 1999).

En séptimo lugar, calculamos el α de Cronbach para determinar la fiabilidad de las diferentes subescalas y del total de la escala.

En octavo lugar, calculamos la fiabilidad test-retest de la SOMS-2 para un total de 74 pacientes, una vez que han finalizado el tratamiento. También calculamos la sensibilidad al cambio para cada uno de los ítems. Analizamos las diferencias entre el momento inicial y el post-tratamiento, el inicial y los 6 meses y el inicial y 12 meses.

4.4 RESULTADOS

4.4.1. ANÁLISIS DE DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA

4.4.1.1 Diferencias según el sexo para el total de la muestra.

La muestra total se compone de 165 sujetos: 124 (75%) son mujeres y 41 (25%) son hombres (Figura 1).

4.4.1.2 Distribución de la muestra según el diagnóstico DSM-IV de trastorno de somatización.

Una vez tenemos el diagnóstico según criterios DSM-IV obtenido a partir de la entrevista estructurada (EPEP), observamos que para el total de la muestra de 165 sujetos: 109 (66,1%) cumplen criterios de trastorno de somatización y 56 (33,9%) no cumplen criterios de trastorno de somatización (Figura 2).

4.4.1.3 Diferencias por sexo según el diagnóstico DSM-IV de trastorno de somatización

La composición por sexos difiere entre los dos grupos según diagnóstico DSM-IV (somatización vs no somatización) y esta diferencia es significativa, siendo mayor la proporción de mujeres con trastorno de somatización ($X^2=7,08$, $p=0,00$) (Figura 3, Tabla 19).

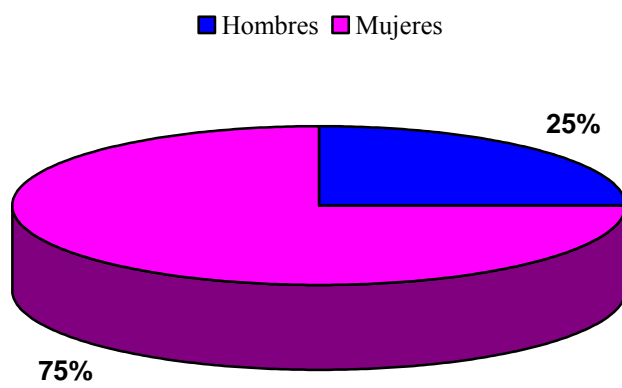


Figura 1. Distribución de la muestra por sexo

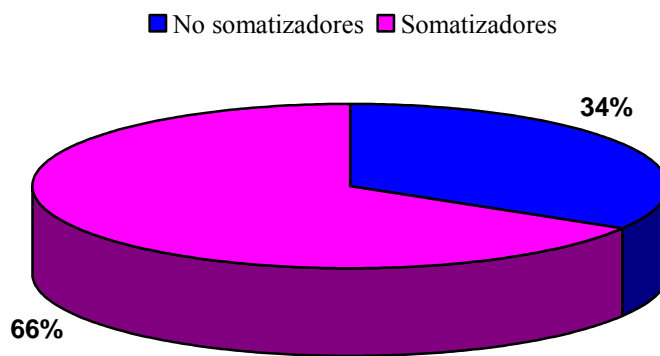


Figura 2. Distribución de la muestra por diagnóstico DSM-IV

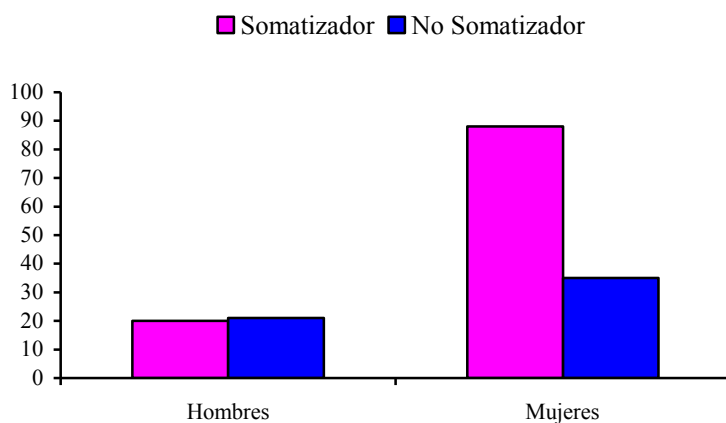


Figura 3. Diferencias por sexo según el grupo diagnóstico DSM-IV

	<i>Hombres (%)</i>	<i>Mujeres (%)</i>	<i>N total (%)</i>	X^2 (p)
Somatizador	20 (18,5)	89 (81,48)	109 (65,85)	7,08 ($\leq 0,001$)
No Somatizador	21 (37,5)	35 (62,5)	56 (34,14)	
Total	41 (25)	124 (75)	165	

Tabla 19. Diferencias por sexo según el grupo diagnóstico DSM-IV

4.4.1.4. Distribución de la muestra según la edad y diferencias en función del criterio diagnóstico

La media de edad del total de la muestra es de 46,45 años y la desviación estándar 13,04. Para poder observar mejor la relación entre la edad y el diagnóstico hemos dividido la edad en tres grupos (18-35 años, 36-65 años y > de 65 años). Si comparamos las medias y porcentajes para cada uno de los grupos observamos que la mayoría de los sujetos se sitúan en el grupo de 36-65 años y las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas (tabla 20) y (figura 4).

<i>Edad</i>	<i>18-35 (%)</i>	<i>36-65 (%)</i>	<i>>65 (%)</i>	<i>N total</i>	<i>X² (p)</i>
Somatizador	46 (82,14)	61(64,21)	----	107	28,01(≤0,001)
No Somatizador	10 (17,85)	34 (35,78)	11 (100)	55	
Total	56 (34,56)	95 (58,64)	11 (6,79)	162	

Tabla 20. Diferencias según grupos de edad en función del criterio diagnóstico

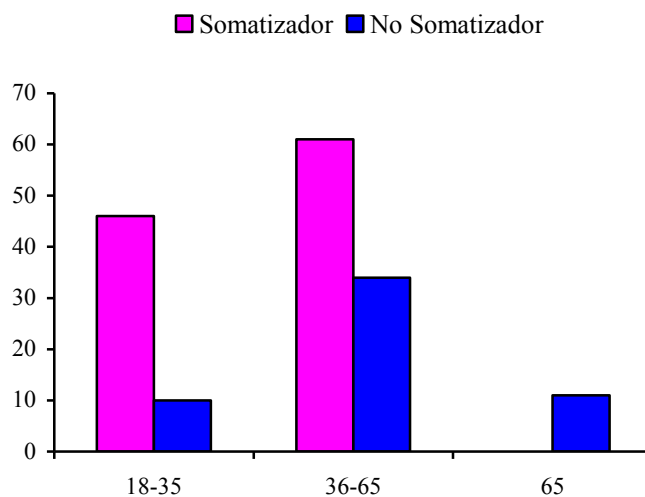


Figura 4. Diferencias por grupos de edad según el diagnóstico DSM-IV

4.4.1.5. Puntuaciones medias de la escala Hamilton de ansiedad (HARS) y depresión (HDRS) para ambos grupos.

A continuación en la tabla 21 se analiza la puntuación total y la puntuación en la subescala ansiedad somática de la escala Hamilton de ansiedad (HARS) y de la escala de depresión (HDRS) para el total de la muestra y para cada grupo diagnóstico (somatizadores y no somatizadores), así como también si existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

<i>Síntomas</i>	<i>Diagnóstico DSM-IV somatización</i>	<i>No somatización</i>	<i>Total</i>	<i>t*</i>
Puntuación Total HARS	20,38	11,21	13,60	5,23 ^a
Puntuación HARS ansiedad somática	10,00	4,87	7,06	5,34 ^a
Puntuación Total HDRS	17,48	10,72	15,12	4,45 ^a
Puntuación HDRS somática	6,41	5,31	5,78	2,17 ^c

Tabla 21. Diferencias para el grupo de somatizadores y no somatizadores en las medias de las puntuaciones totales y somáticas del Hamilton de ansiedad (HARS) y de depresión (HDRS)

* ^a p<0,001; ^b p<0,01; ^c p<0,005; ^d p≤0,05

Como podemos observar en la tabla 21, existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos diagnósticos, siendo las puntuaciones mayores en el grupo de somatizadores, exceptuando la puntuación en la subescala somática de la HDRS en la que no existen diferencias estadísticamente significativas.

4.4.1.6. Prevalencia de los trastornos diagnósticos DSM-IV para el total de la muestra

Estudiamos la prevalencia de los trastornos según criterios diagnósticos DSM-IV para el total de la muestra (Figura 5).

4.4.1.7. Diferencias según el sexo en función del trastorno diagnóstico DSM-IV para el total de la muestra

En lo que hace referencia a la relación entre el diagnóstico según criterios DSM-IV y el sexo existen diferencias estadísticamente significativas como podemos observar en la Tabla 22.

<i>Diagnóstico DSM-IV</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>N total</i>	X² (p)
Trastorno somatomorf ind	1	10	11	12,5 (0,01)
Trastorno somat+ansied	13	34	47	
Trast somat+depresión	3	8	11	
Trast somat+ans+depres	3	36	39	
No presenta trastorno	21	35	56	
Total	40	123	164	

Tabla 22. Prevalencia diagnóstico DSM-IV en función del sexo

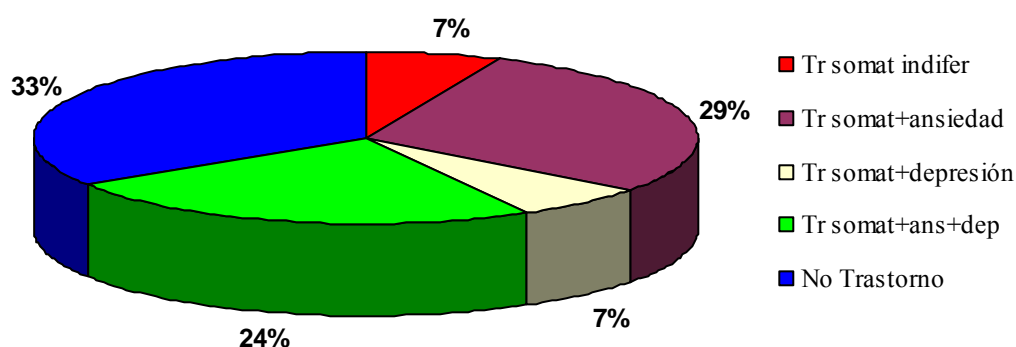


Figura 5. Prevalencia de los Trastornos diagnósticos DSM-IV para el total de la muestra

Del total de la muestra un 33% no presenta ningún trastorno psicopatológico frente al 67% que presenta un trastorno de somatización. Del grupo de pacientes con diagnóstico de somatización tan sólo un 7% presenta un trastorno de somatización “puro” es decir que no presenta ninguna comorbilidad con algún trastorno de ansiedad y/o depresión. El 29% presenta un trastorno de somatización y además un trastorno de ansiedad, siendo este el grupo de mayor prevalencia, seguido del grupo de pacientes con trastorno de somatización, ansiedad y depresión. El 7% presenta comorbilidad con el trastorno depresivo. Por tanto el 60% de la muestra presenta un trastorno de somatización y a su vez un trastorno de ansiedad y/o depresión.

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos siendo más mujeres que presentan un trastorno de somatización así como también mayor comorbilidad psiquiátrica, en especial con la ansiedad.

4.4.1.7. Prevalencia por grupos de síntomas en función del diagnóstico DSM-IV

Para que se cumpla el diagnóstico de trastorno de somatización según el DSM-IV en el criterio B, el paciente debe cumplir un número mínimo de síntomas para cada grupo; dolor (4), gastrointestinales (2), sexuales (1) y pseudoneurológicos (1) por lo que se han agrupado los 53 ítems del cuestionario en cinco grupos de síntomas, los 4 del DSM-IV más un grupo cardiopulmonar con la finalidad de observar la prevalencia de estos síntomas tanto para el total de la muestra como para los dos grupos de somatizadores versus no somatizadores (Tabla 23-25. Figuras 6-11), así como también la media del número de síntomas para ambos grupos (Tabla 26, Figura 12).

<i>Síntomas</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Diagnóstico DSM-IV somatización N=108(%)</i>	<i>No somatización N=56(%)</i>	<i>X²*</i>
Dolor	91,5			49,67 ^a
< 5		60 (55,6)	50 (89,2)	
≥5		49 (45,4)	6 (10,71)	
Gastrointestinal	86,7			37,57 ^c
< 5		61 (56,48)	52 (92,85)	
≥5		48 (43,52)	4 (7,14)	
Pseudoneurológicos	87,9			34,48 ^c
< 5		55 (50,92)	50 (89,28)	
≥5		54 (49,08)	6(10,71)	
Sexuales	66,1			26,69 ^a
0		22(42,3)	30(57,7)	
>1		87(77)	26(23)	
Cardiopulmonar	80			48,39 ^a
0		7 (6,48)	26 (78,8)	
>1		102(77,3)	30(22,7)	

Tabla 23. Prevalencia por grupos de síntomas en pacientes somatizadores y no somatizadores.

* ^a p<0,001; ^b p<0,01; ^c p<0,005; ^d p≤0,05

Como se puede observar en la tabla 23 existen diferencias estadísticamente significativas entre somatizadores y no somatizadores en los cinco grupos de síntomas. El grupo de síntomas que presenta una mayor prevalencia es el dolor seguido de molestias gastrointestinales, problemas pseudoneurológicos, síntomas cardiopulmonares y sexuales. Para poder observar mejor las diferencias entre ambos grupos de pacientes cada uno de los grupos de síntomas se ha desglosado en tramos (menos de 5 síntomas y 5 o más síntomas). Se observa que en el grupo de dolor que para el total de la muestra una mayor prevalencia, cuando lo analizamos por grupos según diagnóstico, el 89,2% de los pacientes no somatizadores presenta menos de 5 síntomas, en cambio en el grupo de pacientes con trastorno de somatización el 55,6% presenta menos de 5 síntomas y el 45,4% más de 5. En el grupo de molestias gastrointestinales, el 92,85% de los pacientes que no tienen trastorno de somatización presentan menos de 5 síntomas y el 7,14% más de 5, en cambio de los pacientes con trastorno de somatización, el 56,48% presenta menos de 5 síntomas y el 43,52% más de 5. En el grupo de problemas pseudoneurológicos, el 89,28% de los pacientes no somatizadores tiene menos de 5 síntomas y tan sólo el 10,71% más de 5. Del grupo de pacientes somatizadores el 50,92% tiene menos de 5 síntomas y el 49,08% más de 5. Por último de los síntomas cardiopulmonares, el 78,8% de los no somatizadores no presenta ninguno y el 22,7 entre 1 y 5, frente al 6,48% de los somatizadores que no presenta ningún síntoma y el 77,3% entre 1 y 5.

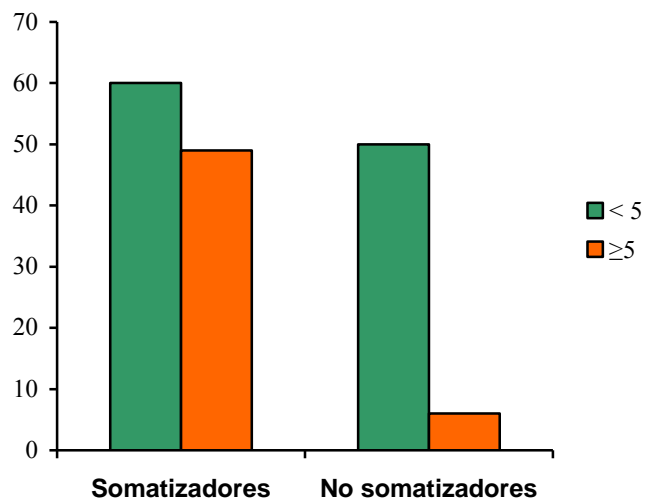


Figura 6. Diferencias entre número de síntomas de DOLOR entre somatizadores y no somatizadores

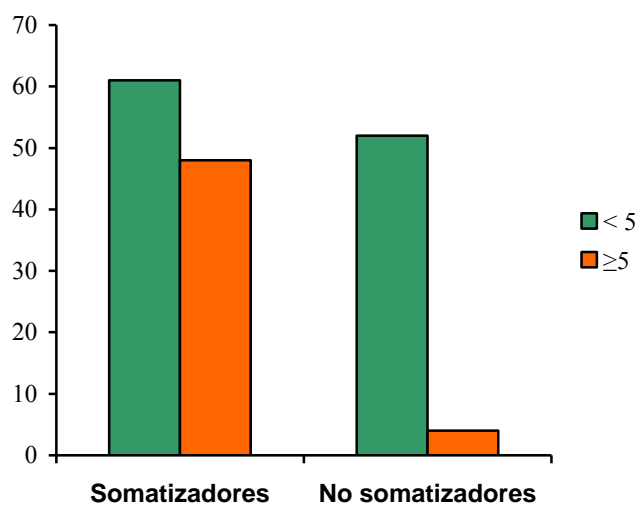


Figura 7. Diferencias entre número de síntomas GASTROINTESTINALES entre somatizadores y no somatizadores

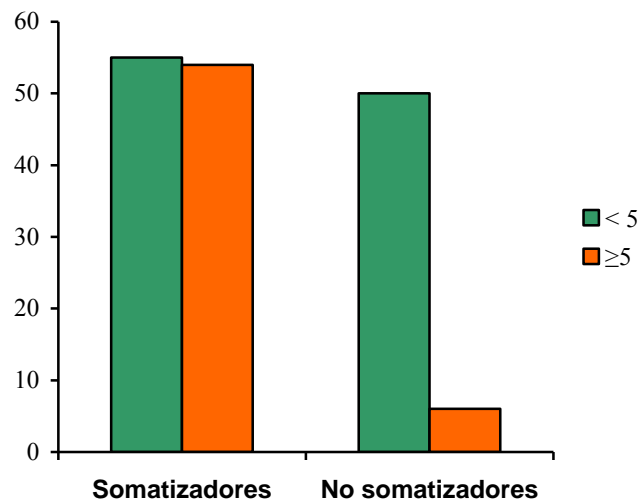


Figura 8. Diferencias entre número de síntomas PSEUDONEUROLÓGICOS entre somatizadores y no somatizadores

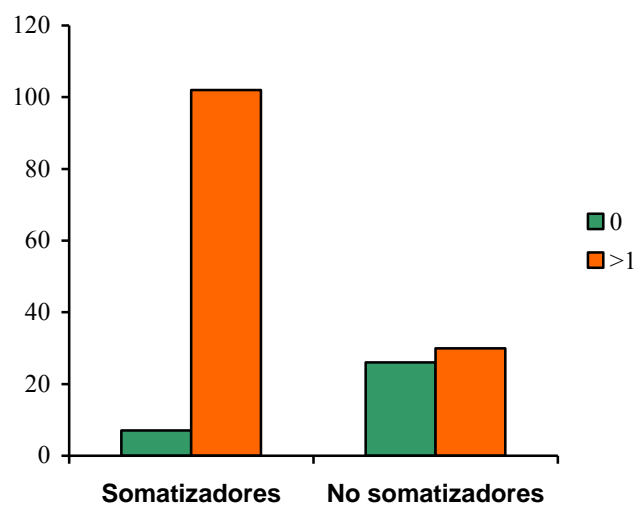


Figura 9. Diferencias entre número de síntomas CARDIOVASCULARES entre somatizadores y no somatizadores.

A continuación se analizan los síntomas que son exclusivos para el grupo de mujeres (excepto la indiferencia sexual que también se analiza para este grupo con el fin de observar si existen diferencias estadísticamente significativas):

<i>Síntomas</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Diagnóstico DSM-IVsomatización N=88 (%)</i>	<i>No somatización N=35 (%)</i>	<i>X² *</i>
Sexuales				
Menstruación dolorosa	30,08	32 (36,4)	5 (14,28)	5,80 ^b
Menstruación irregular	28,45	29 (32,95)	6 (17,14)	3,07
Excesiva hemorragia	21,95	23 (26,14)	4 (11,42)	3,16
Vómitos embarazo	5,6	5 (5,68)	2 (5,71)	0 ^d
Indiferencia sexual	56,91	57 (64,8)	13(37,14)	7,79 ^b

Tabla 24. Prevalencia síntomas sexuales en mujeres somatizadoras y no somatizadoras

* ^ap<0,001; ^b p<0,01; ^c p<0,005; ^d p≤0,05

Como podemos observar en la tabla 24, existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de mujeres somatizadoras y no somatizadoras en la menstruación dolorosa y en la indiferencia sexual.

A continuación se analizan los ítems que son para hombres (excepto la indiferencia sexual, que también se calcula para observar en este grupo si existen diferencias estadísticamente significativas):

<i>Síntomas</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Diagnóstico DSM-IVsomatización N=19 (%)</i>	<i>No somatización N=22 (%)</i>	<i>X² *</i>
Sexuales				
Disfunción eréctil o eyaculatoria	19,51	3 (15,78)	5 (22,8)	0,31
Indiferencia sexual	21,95	6 (31,57)	3 (13,7)	1,91

Tabla 25. Prevalencia síntomas sexuales en hombres somatizadores y no somatizadores

Como podemos observar en la tabla 25, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de hombres somatizadores y no somatizadores.

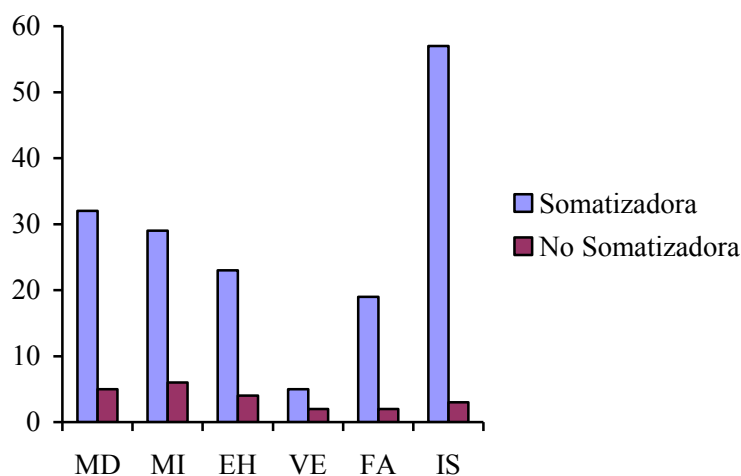


Figura 10. Diferencias entre número de síntomas SEXUALES entre mujeres somatizadoras y no somatizadoras.

*MD; menstruación dolorosa. MI; menstruación Irregular. EH; excesiva hemorragia. VE; vómitos durante el embarazo. FA; flujo abundante. IS; Indiferencia sexual.

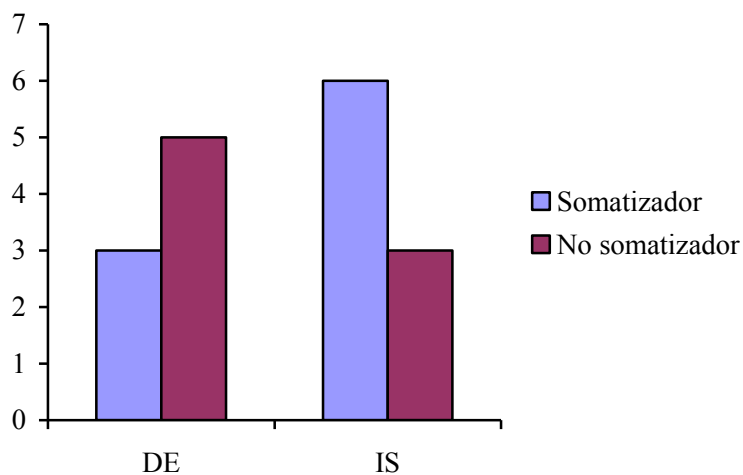


Figura 11. Diferencias entre el número de síntomas SEXUALES entre hombres somatizadores y no somatizadores.

*DE; Disfunción eréctil o eyaculatoria. IS; Indiferencia sexual.

<i>Síntomas</i>	<i>Diagnóstico DSM-IV somatización</i>	<i>No somatización</i>	<i>Total</i>	<i>t*</i>
Dolor	5,28	2,57	4,36	5,22 ^a
Gastrointestinal	5,13	2,20	4,13	4,33 ^a
Pseudoneurológicos	5,88	2,66	4,77	3,20 ^b
Cardiopulmonar	2,99	1,11	2,35	6,86 ^a
Sexual	1,85	0,86	1,52	2,90 ^a

Tabla 26. Medias de los principales grupos de síntomas para ambos grupos diagnósticos

* ^a $p < 0,001$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,005$; ^d $p \leq 0,05$

Como podemos observar en la tabla 26, existen diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos de síntomas para ambos grupos diagnósticos. Lo podemos observar mejor en la Figura 12.

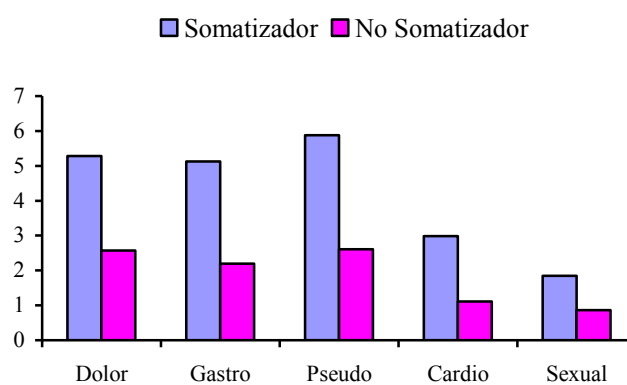


Figura 12. Diferencia en las medias de síntomas entre somatizadores y no somatizadores

4.4.2. ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA SOMS-2

4.4.2.1. Diferencias entre los grupos de somatizadores y no somatizadores para cada uno de los ítems.

A continuación en la tabla 27 se analiza la prevalencia de cada uno de los ítems para el total de la muestra y para cada grupo diagnóstico (somatizadores y no somatizadores), así como también si existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

<i>Síntoma</i>	<i>Total</i> (%)	<i>Diagnóstico</i> <i>DSM-IV</i> <i>Somatización</i>	<i>No</i> <i>Somatización</i>	χ^2 <i>n1=109</i> <i>n2=56</i>
Dolor de cabeza	66,06	77,06	44,64	17,34 ^a
Dolor de estómago	50,30	64,22	23,21	24,88 ^a
Dolor de espalda	71,79	82,56	39,28	31,78 ^a
Dolor articular	68,48	78,89	48,21	16,30 ^a
Dolor piernas y/o brazos	69,70	81,65	46,42	21,73 ^a
Dolor pecho	40,60	51,37	19,64	15,44 ^a
Dolor ano	18,18	24,77	5,35	10,06 ^d
Dolor relaciones sexuales	22,42	27,52	12,5	5,45
Dolor orinar	20,00	21,10	17,85	0,78
Náuseas	38,18	49,54	16,07	17,55 ^a
Hinchado o abotargado	46,06	55,04	28,57	10,43 ^a
Molestias alrededor corazón	43,03	53,21	23,21	13,57 ^a
Vómitos (excluir embarazo)	17,57	23,85	5,35	8,73 ^c
Reflujo gástrico	38,78	49,54	17,85	15,64 ^a
Hipo o quemazón pecho/estómago	33,33	39,44	21,42	5,40 ^d
Intolerancia alimentos	21,21	28,44	7,14	10,04 ^c
Pérdida apetito	32,72	39,44	19,64	6,59 ^b
Mal sabor de boca/lengua pastosa	55,15	63,30	39,28	8,62 ^b
Boca seca	61,81	69,72	46,42	8,50 ^c
Frecuentes diarreas	23,63	33,94	3,57	18,90 ^a
Secreción fluidos por el ano	8,48	10,09	5,35	1,06
Orina con mucha frecuencia	40,60	44,95	32,14	2,51
Frecuentes evacuaciones	27,87	37,61	8,92	15,14 ^a
Fuertes palpitaciones	47,87	62,38	19,64	27,08 ^a
Molestias estomacales	54,54	67,88	28,57	23,06 ^a
Sudor (frío/caliente)	53,93	66,05	30,35	18,97 ^a
Ruborización o enrojecimiento	32,12	37,61	21,42	4,44 ^c

Falta aliento (sin esfuerzo previo)	46,66	60,55	19,64	24,87 ^a
Respiración dolorosa o hiperventilación	32,12	42,20	12,5	14,96 ^a
Excesivo cansancio o leve capacidad	65,45	80,73	35,71	33,15 ^a
Manchas o decoloración piel	19,39	24,77	8,92	5,93 ^b
Indiferencia sexual	47,87	57,79	28,57	12,66 ^a
Sensaciones desagradables alrededor de los genitales	20,60	25,68	10,71	5,07 ^c
Dificultades de coordinación o equilibrio	36,36	47,70	14,28	17,85 ^a
Parálisis o debilidad localizada	30,30	37,61	16,07	8,12 ^c
Dificultad al tragar o sensación de nudo en la garganta	38,78	50,45	16,07	18,42 ^a
Afonía (pérdida de voz)	26,06	32,11	14,28	6,10 ^b
Retención urinaria	13,34	17,43	5,35	4,66 ^c
Alucinaciones	4,24	4,58	3,57	0,09
Pérdida de tacto o sensación dolor	20,60	25,68	10,71	5,07 ^c
Sensación desagradable de entumecimiento u hormigueo	49,09	58,71	30,35	11,90 ^a
Doble visión	12,12	14,67	7,14	1,97
Ceguera	1,81	2,75	0	1,57
Sordera	12,12	15,59	5,35	3,64 ^d
Ataques	7,87	9,17	5,35	0,74
Amnesia (pérdida de memoria)	26,66	35,77	8,92	13,63 ^a
Pérdida de conciencia	5,45	7,33	1,78	2,21
*Menstruación dolorosa	30,08	36,4	14,28	5,80 ^b
*Menstruación irregular	28,45	32,95	17,14	3,07
*Excesiva hemorragia menstrual	21,95	26,14	11,42	3,16
*Continuos/frecuentes vómitos embarazo	5,69	5,68	5,71	0,0
*Inusual o abundante flujo vaginal	17,07	21,59	5,71	4,45 ^d
*Disfunción eréctil o eyaculatoria	19,51	15,78	22,8	0,31
Frecuencia visitas al médico				12,05 ^b

Ninguna	3,03	0,91	7,14	
1-2 visitas	25,45	21,10	33,92	
3-6 visitas	21,21	20,18	23,21	
6-12 visitas	21,81	22,93	19,64	
+12 visitas	28,48	34,86	16,07	
Médico encontró causa específica a su dolencia	51,51	36,69	80,35	31,59 ^a
Aceptó sin más que no tuviera causa específica su dolencia	28,48	20,18	44,64	13,31 ^a
Sus dolencias han afectado severamente a su bienestar	71,51	88,07	39,28	43,57 ^a
Sus dolencias han afectado a una gran extensión de sus actividades diarias	69,09	83,48	41,67	31,73 ^a
Tomó medicación a causa de sus dolencias	85,45	92,66	71,42	13,93 ^a
Ha tenido alguna vez pánico durante las que haya sentido ansiedad extrema	42,42	55,96	16,07	25,25
Sus molestias aparecen únicamente durante los ataques de pánico	10,90	11,00	10,71	1,95
Sus primeras molestias empezaron antes de los 30 años	48,48	54,12	37,5	7,25
Cuanto tiempo hace que tiene estas molestias:				37,63 ^a
Menos de 6 meses	11,51	2,75	28,57	
6-12 meses	5,45	1,83	12,5	
12-24 meses	9,69	13,76	1,78	
Más de 24 meses	73,33	81,65	57,14	
Teme o está convencido de tener una enfermedad seria aunque el médico no lo haya diagnosticado	24,24	31,19	10,71	8,44 ^c
Ha durado más de 6 meses esa creencia	21,21	25,68	12,5	3,85 ^d
Le preocupa su sufrimiento	69,09	84,40	39,28	35,26 ^a

Ha sido el caso durante los últimos 6 meses	57,57	74,31	25	36,82 ^a
Cree que tiene algún defecto en su aspecto aunque otras personas no compartan esa opinión	30,30	34,86	21,42	3,16

Tabla 27. Prevalencia de síntomas y diferencias entre ambos grupos en función de si cumplen o no criterios diagnósticos DSM-IV de Trastorno de Somatización.

^ap<0,001; ^bp<0,01; ^cp<0,005; ^dp≤0,05

*ítems solo calculados para mujeres y disfunción eréctil únicamente para hombres

Si analizamos los resultados obtenidos en la tabla 27 observamos que en la mayoría de los ítems existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, exceptuando algunos ítems en los que no existen diferencias: dolor durante las relaciones sexuales, dolor al orinar, secreción de fluidos por el ano, orina con mucha frecuencia, alucinaciones, doble visión, ceguera, ataques, pérdida de conciencia, menstruación irregular, excesiva hemorragia menstrual, continuos o frecuentes vómitos durante el embarazo y disfunción eréctil.

Otros ítems muestran diferencias pero el nivel de significación es más bajo, estos son: dolor ano, vómitos (excluir embarazo), hipo o quemazón en el pecho o estómago, intolerancia a algunos alimentos, boca seca, ruborización, sensaciones desagradables alrededor de los genitales, parálisis o debilidad localizada, retención urinaria, pérdida de tacto, sordera, inusual o abundante flujo vaginal.

Por otro lado señalar aquellos ítems en los que existe una diferencia mayor entre ambos grupos y por tanto el nivel de significación es mayor: dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda, dolor articular, dolor de piernas y/o brazos, dolor en el pecho, náuseas, hinchado o abotargado, molestias alrededor del corazón, reflujo gástrico, frecuentes diarreas, frecuentes evacuaciones, fuertes palpitaciones, molestias estomacales, sudor frío/caliente, falta de aliento sin esfuerzo previo, respiración dolorosa o hiperventilación, excesivo cansancio, indiferencia sexual, dificultades de coordinación o equilibrio, dificultad de tragar o nudo en la garganta, amnesia y sensación desagradable u entumecimiento.

Los ítems de la parte final del cuestionario no se incluyen en la puntuación total, pero son útiles al clínico para poder analizar como afronta el paciente los síntomas que padece y el grado de malestar que estos provocan en su vida diaria. Esta información es también de gran utilidad a la hora de planificar el tratamiento.

En estos ítems que evalúan la preocupación por la enfermedad, el número de visitas al médico, toma de medicación, grado de discapacidad que provocan las molestias físicas... observamos que en la mayoría de ellos existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de somatizadores y los no somatizadores. Existen diferencias en: la frecuencia de visitas al médico siendo mayor en el grupo de pacientes somatizadores, tan sólo un 0,91% de los somatizadores no ha realizado ninguna visita al médico durante el último año, el 21,10% entre una y dos visitas y el 34,86% más de 12. En cambio en el grupo de no somatizadores el 7,14% ninguna visita en el último año, 31,92% entre 1 y 2, 16% más de 12. A la pregunta de si el médico ha encontrado una causa específica a sus dolencias, el 80,35% de los no somatizadores contesta que sí frente al 36,96% de los somatizadores. A la pregunta si aceptó sin más que no tuvieran causa específica sus dolencias, el 44,64% de los no somatizadores contesta que sí frente al 20,18% de los somatizadores. Las molestias físicas han afectado severamente a su malestar al 88,07% de los somatizadores frente al 39,28% de los no somatizadores. Estas dolencias han afectado a una gran extensión de actividades diarias al 83,48% de los somatizadores frente al 41,67% de los no somatizadores. El 99,66% de los somatizadores tomó medicación a causa de sus dolencias frente al 71,42% de los no somatizadores. El 28,57% de los no somatizadores hace menos de 6 meses que tiene estas dolencias, el 12,5% entre 6-12 meses, el 1,78% entre 12-24, el 57,14% más de 24 meses. En el grupo de somatizadores, el 2,75% hace menos de 6 meses, el 1,83% entre 6-12 meses, el 13,76% entre 12-24 meses y el 81,65% más de 24 meses.

A la pregunta de si teme o está convencido de tener una enfermedad seria aunque el médico no se la haya diagnosticado, el 31,19% de los somatizadores piensa que sí frente al 10,71 de los no somatizadores. Esta preocupación ha durado más de 6 meses en el 25,68% de los somatizadores y 12,5% en los no somatizadores. Al 84,40% de los

somatizadores le preocupa su sufrimiento frente al 39,28% de los no somatizadores y en el 74,31% de los somatizadores le ha preocupado en los últimos 6 meses frente al 25% de los no somatizadores.

En cambio no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en los siguientes ítems: ha tenido alguna vez pánico en los que haya sentido ansiedad extrema, sus molestias aparecen únicamente durante los ataques de pánico, sus primeras molestias aparecen antes de los 30 años, cree que tiene algún defecto en su aspecto aunque otras personas no compartan esa opinión.

4.4.2.2 Análisis de regresión logística

Con el objetivo de analizar la relación de cada ítem del cuestionario con el diagnóstico de trastorno de somatización realizamos un análisis de regresión logística y así obtenemos las puntuaciones crudas y el intervalo con un CI del 95% (tabla 28). Una vez obtenidas estas puntuaciones ajustamos la variable sexo para observar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (tabla 28).

<i>Síntomas</i>	<i>Total (%)</i>	<i>OR Crudas Somatización (95%CI)</i>	<i>p</i>	<i>OR Ajustadas Sexo(95%CI) mujeres</i>	<i>p</i>
1. Dolor de cabeza	66,06	4,16(2,08-8,31)	≤ 0,001	7,46(1,86-29,88)	0,004
2. Dolor de estómago	50,30	5,93(2,85-12,36)	≤ 0,001	7,89(1,89-32,81)	0,004
3. Dolor de espalda	71,79	7,32(3,52-15,18)	≤ 0,001	12,80(2,89-56,58)	0,001
4. Dolor articular	68,48	4,01(1,99-8,06)	≤ 0,001	4,40(1,09-17,67)	0,03
5. Dolor piernas y/o brazos	69,70	5,13(2,51-10,49)	≤ 0,001	4,00(1,05-15,13)	0,04
6. Dolor pecho	40,60	4,32(2,02-9,23)	≤ 0,001	9,50(1,73-52,02)	≤ 0,001
7. Dolor ano	18,18	5,88(1,70-20,39)	0,005	10,76(1,18-98,03)	0,03
8. Dolor relaciones sexuales	22,42	2,69(1,10-6,59)	0,03	0,5(0,04-5,99)	0,58
9. Dolor orinar	20,00	1,34(0,68-2,65)	0,39	0,80(0,18-3,53)	0,76
10. Náuseas	38,18	5,12(2,29-11,47)	≤ 0,001	-	0,99
11. Hinchado o abotargado	46,06	3,06(1,53-6,11)	0,002	2,44(0,69-8,65)	0,16
12. Molestias alrededor del corazón	43,03	3,76(1,82-7,77)	≤ 0,001	5,19(1,28-21,08)	0,02
13. Vómitos (excluir durante el embarazo)	17,57	5,53(1,59-19,19)	0,007	2,22(0,18-26,62)	0,52
14. Reflujo gástrico	38,78	4,51(2,07-9,85)	≤ 0,001	6,37(1,55-26,09)	0,01
15. Hipo o quemazón en el pecho/estómago	33,33	2,38(1,13-5,03)	0,022	2,83(0,69-11,59)	0,14
16. Intolerancia alimentos	21,21	5,16(1,72-15,50)	0,003	5,00(0,50-49,26)	0,16
17. Pérdida apetito	32,72	2,66(1,24-5,71)	0,01	1,82(0,42-7,76)	0,41
18. Mal sabor de boca/lengua pastosa	55,15	2,66(1,37-5,17)	0,004	2,44(0,69-8,65)	0,16
19. Boca seca	61,81	2,65(1,35-5,16)	0,004	1,63(0,47-5,59)	0,43
20. Frecuentes diarreas	23,63	13,87(3,20-60,10)	≤ 0,001	13,33(1,47-120,16)	0,02
21. Secreción fluidos por el ano	8,48	1,98(0,53-7,42)	0,30	1,05(0,13-8,30)	0,95

22. Orina con mucha frecuencia	40,60	1,72(0,87-3,38)	0,11	1,06(0,25-4,43)	0,92
23. Frecuentes evacuaciones	27,87	6,15(2,26-16,66)	≤ 0,001	4,90(1,08-22,14)	0,03
24. Fuertes palpitaciones	47,87	6,78(3,15-14,57)	≤ 0,001	9,00(1,97-40,93)	0,00
25. Molestias estomacales	54,54	5,28(2,61-10,70)	≤ 0,001	4,64(1,24-17,36)	0,02
26. Sudor (frío/caliente)	53,93	4,46(2,23-8,93)	≤ 0,001	9,00(1,97-40,93)	0,00
27. Ruborización o enrojecimiento	32,12	2,21(1,04-4,66)	0,03	7,77(1,41-42,66)	0,01
28. Falta aliento (sin esfuerzo previo)	46,66	6,27(2,92-13,46)	≤ 0,001	9,91(2,32-42,25)	≤ 0,001
29. Respiración dolorosa o hiperventilación	32,12	5,11(2,12-12,30)	≤ 0,001	4,07(0,71-23,26)	0,11
30. Excesivo cansancio o leve capacidad	65,45	7,54(3,65-15,57)	≤ 0,001	3,01(0,84-10,77)	0,08
31. Manchas o decoloración piel	19,39	3,35(1,21-9,27)	0,01	-	0,99
32. Indiferencia sexual	47,87	3,42(1,71-6,84)	≤ 0,001	2,57(0,54-12,13)	0,23
33. Sensaciones desagradables alrededor de los genitales	20,60	2,88(1,11-7,44)	0,03	1,05(0,13-8,30)	0,95
34. Dificultades de coordinación o equilibrio	36,36	5,47(2,36-12,64)	0,006	2,28(0,55-9,51)	0,25
35. Parálisis o debilidad localizada	30,30	3,14(1,39-7,09)	0,004	3,23(0,70-14,90)	0,13
36. Dificultad al tragar o sensación de nudo en la garganta	38,78	5,31(2,37-11,90)	≤ 0,001	7,77(1,41-42,66)	0,01
37. Afonía (pérdida de voz)	26,06	2,83(1,21-6,63)	0,01	1,67(0,24-11,26)	0,59
38. Retención urinaria	13,34	3,73(1,05-13,20)	0,04	2,37(0,38-14,70)	0,35
39. Alucinaciones	4,24	1,29(0,24-6,91)	0,76	1,05(0,06-18,05)	0,97
40. Pérdida de tacto o sensación dolor	20,60	2,88(1,11-7,44)	0,02	5,00(0,50-49,26)	0,16

41. Sensación desagradable de entumecimiento/hormigueo	49,09	3,26(1,64-6,47)	≤ 0,001	2,00(0,56-7,06)	0,28
42. Doble visión	12,12	2,23(0,71-7,04)	0,169	1,05(0,13-8,30)	0,95
43. Ceguera	1,81	8,53(-)	0,99	-	1,00
44. Sordera	12,12	3,26(0,91-11,66)	0,06	5,00(0,50-49,26)	0,16
45. Ataques	7,87	1,78(0,47-6,76)	0,39	3,52(0,33-37,14)	0,29
46. Amnesia (pérdida de memoria)	26,66	5,68(2,09-15,42)	≤ 0,001	5,00(0,50-49,26)	0,16
47. Pérdida de conciencia	5,45	4,35(0,53-35,74)	0,17	1,05(0,06-18,05)	0,97
48. *Menstruación dolorosa	30,08	3,46(1,35-8,88)	0,01		
49. *Menstruación irregular	28,45	3,02(1,17-7,79)	0,02		
50.*Excesiva hemorragia menstrual	21,95	2,72(0,97-7,62)	0,07		
51.*Continuos/frecuentes vómitos durante embarazo	5,69	1,29(0,24-6,91)	0,76		
52. *Inusual o abundante flujo vaginal	17,07	5,70(1,27-25,43)	0,02		
53. *Disfunción eréctil o eyaculatoria	19,51	0,28(0,06-1,29)	0,09		

Tabla 28. Análisis de regresión logística para cada uno de los ítems de la SOMS-2 y análisis ajustando según el sexo.

Si analizamos los resultados obtenidos en la tabla 28, observamos que los resultados para la Odds ratio cruda son significativos para la mayoría de los ítems, exceptuando: dolor al orinar, secreción de fluidos por el ano, orina con mucha frecuencia, alucinaciones, doble visión, ceguera, sordera, ataques, pérdida de conciencia, continuos y/o frecuentes vómitos durante el embarazo y disfunción eréctil.

En cambio cuando ajustamos la Odds ratio según el sexo para poder observar si existen diferencias entre hombres y mujeres vemos que para muchos ítems estas diferencias no son estadísticamente significativas. Estos ítems son; dolor durante las relaciones sexuales, dolor al orinar, náuseas, hinchado o abotargado, vómitos (excluir embarazo), hipo o quemazón en el pecho o estómago, intolerancia alimentos, pérdida de apetito, mal sabor de boca/lengua pastosa, boca seca, secreción de fluidos por el ano, orina con mucha frecuencia, respiración dolorosa, excesivo cansancio, manchas o decoloración en la piel, indiferencia sexual, sensaciones desagradables alrededor de los genitales, dificultades de coordinación o equilibrio, parálisis o debilidad localizada, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de tacto, sensación desagradable de entumecimiento u hormigueo, doble visión, ceguera, sordera, ataques, amnesia y pérdida de conciencia.

4.4.2.3. Análisis de regresión logística multidimensional

Con el objetivo de analizar que ítems son los que predicen mejor o tienen un mayor peso en la puntuación total del cuestionario y por tanto en el diagnóstico final de trastorno de somatización, realizamos un análisis de la regresión logística multidimensional (tabla 29).

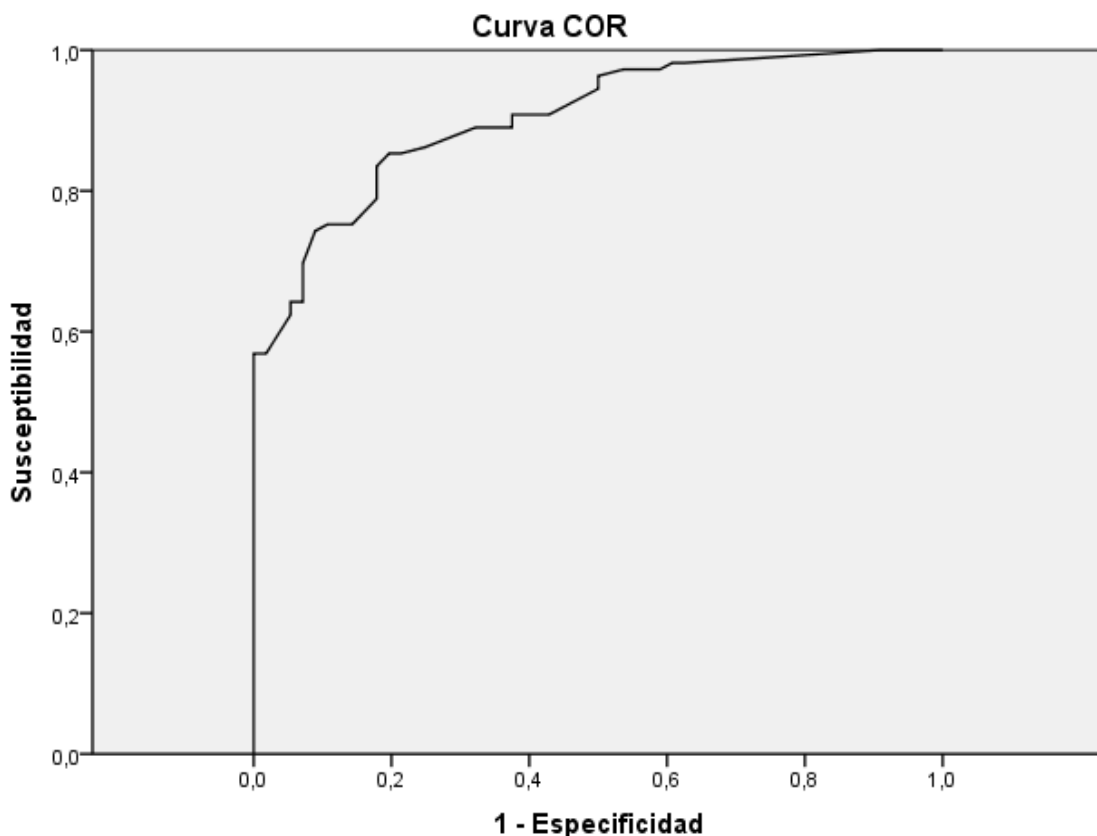
<i>Ítems</i>	<i>OR Crudas (95% CI)</i>	<i>p</i>
2. Dolor de estómago	8,90 (2,71-29,23)	≤ 0,001
3. Dolor de espalda	7,58 (2,40-23,95)	≤ 0,001
15. Hipo/quemazón en el pecho o estómago	0,21 (0,06-0,73)	0,015
18. Mal sabor de boca	0,30 (0,09-1,00)	0,05
20. Frecuentes diarreas	15,40 (2,95-96,74)	≤ 0,001
21. Secreción de fluidos por el ano	0,15 (0,02-1,00)	0,05
24. Fuertes palpitaciones	6,15 (2,08-18,13)	≤ 0,00
30. Excesivo cansancio o leve capacidad	5,77 (2,10-15,84)	≤ 0,001

Tabla 29. Resultado de las variables en la ecuación de la regresión logística multidimensional.

De los resultados obtenidos en la tabla 29, observamos que los ítems que mejor predicen o discriminan un posible trastorno de somatización son: dolor de estómago, dolor de espalda, hipo/quemazón en el pecho o estómago, mal sabor de boca, frecuentes diarreas, secreción de fluidos por el ano, fuertes palpitaciones y excesivo cansancio o leve capacidad. De todos estos ítems los que tienen un mayor poder discriminativo, son los que obtienen una OR superior; dolor de estómago, dolor de espalda, frecuentes diarreas, fuertes palpitaciones y excesivo cansancio o leve capacidad.

4.4.2.4. Curva ROC (Receiver Operating Characteristics)

Calculamos la curva ROC con el objetivo de obtener a partir de la sensibilidad y especificidad del cuestionario los posibles valores o puntos de corte de forma que nos indique una representación global de la exactitud diagnóstica. La curva ROC es necesariamente creciente, lo que nos indica la relación existente entre la sensibilidad y la especificidad. La exactitud de la prueba aumenta a medida que la curva se desplaza desde la diagonal hacia el vértice superior izquierdo. Además, el área bajo la curva (AUC) se utiliza para resumir la calidad diagnóstica global. Los valores del AUC se sitúan entre 0,5 (aleatoriedad total) y 1 (clasificación perfecta). El resultado de nuestra área bajo la curva es de 0,90 por lo que consideramos que la clasificación es casi perfecta. Podemos observar los resultados en la figura 13.



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Figura 13. Curva ROC (Receiver Operating Characteristics)

4.4.2.5. Sensibilidad, especificidad, VPP (valor predictivo positivo), VPN (valor predictivo negativo) para diferentes puntos de corte.

<i>Puntos de Corte</i>	<i>Nº Item</i>	<i>Sensibilidad %</i>	<i>Especificidad %</i>	<i>VPP %</i>	<i>VPN %</i>
4	53	97	68	85	92
7	53	96	45	77	86
4	36	96	33	73	82
7	36	91	58	83	75
Rief et al 7	32	89	57	80	74
4H/6D	53	94	37	74	77

Tabla 30. Sensibilidad, Especificidad, VPP y VPN según diferentes puntos de corte

H=hombres, M=Mujeres.

En la tabla 30 puede observarse el cálculo de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) para diferentes puntos de corte y número de ítems. En primer lugar analizamos con los 53 ítems un punto de corte de 4 para el total de la muestra (hombres y mujeres) y obtenemos una sensibilidad del 97%, una especificidad del 68% y VPP de 85% y VPN del 92%. En el estudio de Fabiao et al., 2010 que analizan la versión portuguesa de la SOMS-2 también utilizan 4 como punto de corte y obtienen una sensibilidad de 57,9% y una especificidad de 88,2% y VPP es de 71,1 y el VPN es de 80,5, con la diferencia de que los autores de este trabajo utilizan sólo 29 síntomas ya que en la versión final eliminan los ítems que presentan una prevalencia muy baja o que tienen poco poder discriminativo (según correlación ítem-total). En el estudio de Bankier et al., 2000 con pacientes con dolor crónico también concluyen que 4 es el punto de corte óptimo para la SOMS-2.

En segundo lugar calculamos un punto de corte de 7 para el total de los 53 ítems y obtenemos una sensibilidad del 96%, una especificidad de 45% con lo que disminuye bastante comparándola con el anterior de 4, un VPP de 77 y un VPN de

86. En el estudio de Rief et al., 1999 utilizan 7 como punto de corte con una versión final de 32 ítems al eliminar los de baja frecuencia y poco poder discriminativo.

En tercer lugar eliminamos aquellos ítems en los que la prevalencia es menor al 10% o la correlación ítem-total es ≤ 20 y queda una versión final de 36 ítems. Con esta versión de 36 ítems y un punto de corte de 4 obtenemos una sensibilidad del 96% y una especificidad de 33%, el VPP es de 73 y el VPN de 82.

En cuarto lugar subimos a 7 el punto de corte con esta versión de 36 ítems y obtenemos una sensibilidad de 91%, especificidad de 58%, VPP de 83 y VPN de 75.

Finalmente calculamos la misma versión de 32 ítems con un punto de corte de 7 que utilizan en el trabajo de Rief et al., 1999 y obtenemos una sensibilidad del 89%, especificidad 57%, VPP de 80% y VPN de 74%.

En quinto lugar calculamos para los 53 ítems el punto de corte de 4 para hombres y 6 para mujeres que ya han utilizado algunos estudios previos como el de Rief et al., 1996 y obtenemos una sensibilidad de 94%, especificidad 37%, VPP de 74% y VPN de 77%.

Por tanto concluimos que la versión original de 53 ítems con el punto de corte de 4 es la más recomendable ya que obtiene unos mejores resultados de sensibilidad, especificidad, VPP y VPN.

4.4.2.6. Fiabilidad de la escala

Para analizar la fiabilidad de la escala calcularemos el α de Cronbach para el total y para las diferentes subescalas. Con los resultados obtenidos, observamos que el grado de fiabilidad de la escala baja significativamente al incluir la subescala problemas sexuales en el análisis, por lo demás el resto de subescala muestra una buena fiabilidad.

<i>Consistencia Interna</i>	<i>Cronbach</i>	<i>α corregida sin elemento</i>
Dolor	0,72	0,76
Gastrointestinal	0,82	0,74
Pseudoneurológico	0,80	0,72
Cardiopulmonar	0,76	0,78
Sexual	0,56	0,80
Total	0,82	

Tabla 31. Consistencia interna de la escala y de los elementos según α Cronbach

La consistencia interna del total de la escala es de $\alpha=0,82$, resultados comparables a los obtenidos por Rief et al., 1992 en su versión original que obtienen un $\alpha=0,87$ por lo que podemos concluir que la SOMS-2 en la versión española muestra una buena consistencia interna.

4.4.2.7. Fiabilidad test-retest del cuestionario, sensibilidad de cambio de los ítems de la SOMS-2

Para calcular la fiabilidad test-retest del cuestionario, a un total de 74 pacientes del total de la muestra participaron en un tratamiento cognitivo-conductual de 10 sesiones semanales de una hora y media de duración. En el post-tratamiento, a los seis meses y a los 12 meses del tratamiento se les volvió a evaluar con los mismos cuestionarios utilizados en la evaluación inicial con el objetivo de analizar posibles cambios producidos por el tratamiento.

4.4.2.7.1. Fiabilidad Test-retest, prueba de McNemar, inicial-post-tratamiento

<i>Síntoma</i> <i>N=74</i>	<i>M(SD)</i> <i>Inicial</i>	<i>M(SD)</i> <i>Post</i>	<i>Diferencia</i> <i>(t)</i>	<i>I.C</i> <i>95%</i>	<i>p</i>
Dolor de cabeza	0,78(0,41)	0,69(0,46)	2,83	(0,05-0,29)	≤ 0,001
Dolor de estómago	0,65(0,47)	0,57(0,49)	2,66	(0,03-0,26)	0,01
Dolor de espalda	0,82(0,38)	0,70(0,46)	3,33	(0,07-0,30)	≤ 0,001
Dolor articular	0,79(0,41)	0,69(0,46)	-1,68	(-0,29-0,02)	0,09
Dolor piernas y/o brazos	0,81(0,39)	0,70(0,46)	-1,18	(-0,29-0,07)	0,24
Dolor pecho	0,51(0,50)	0,42(0,49)	2,26	(0,01-0,28)	0,02
Dolor ano	0,25(0,43)	0,19(0,39)	1,29	(-0,03-0,17)	0,19
Dolor relaciones sexuales	0,28(0,45)	0,22(0,41)	1,83	(-0,00-0,19)	0,07
Dolor orinar	0,21(0,41)	0,16(0,36)	0,27	(-0,08-0,19)	0,78
Náuseas	0,50(0,50)	0,37(0,48)	0,40	(-0,1-0,16)	0,68
Hinchado o abotargado	0,56(0,49)	0,46(0,50)	1,51	(-0,02-0,18)	0,13
Molestias alrededor corazón	0,53(0,50)	0,43(0,49)	1,92	(-0,00-0,22)	0,05
Vómitos (excluir embarazo)	0,23(0,42)	0,16(0,36)	2,17	(0,00-0,15)	0,03
Reflujo gástrico	0,50(0,50)	0,39(0,49)	1,07	(-0,04-0,155)	0,28
Hipo o quemazón pecho/estómago	0,40(0,49)	0,42(0,49)	-0,40	(-0,16-0,10)	0,68
Intolerancia alimentos	0,29(0,45)	0,24(0,43)	1,09	(-0,05-0,19)	0,27
Pérdida apetito	0,39(0,49)	0,22(0,41)	2,17	(0,01-0,31)	0,03
Mal sabor de boca/lengua pastosa	0,64(0,48)	0,49(0,50)	2,48	(0,02-0,26)	0,01
Boca seca	0,70(0,46)	0,62(0,48)	-5,02	(-0,35-0,155)	≤ 0,001
Frecuentes diarreas	0,35(0,47)	0,22(0,41)	2,00	(0,00-0,24)	0,04
Secreción fluidos por el ano	0,10(0,30)	0,11(0,31)	0,37	(-0,05-0,08)	0,70
Orina con mucha frecuencia	0,46(0,50)	0,43(0,49)	1,52	(-0,02-0,15)	0,13
Frecuentes evacuaciones	0,38(0,48)	0,25(0,43)	2,79	(0,03-0,23)	≤ 0,001
Fuertes palpitaciones	0,63(0,48)	0,54(0,50)	1,82	(-0,01-0,25)	0,07

Molestias estomacales	0,68(0,46)	0,55(0,50)	2,66	(0,04-0,28)	0,01
Sudor (frío/caliente)	0,67(0,47)	0,62(0,48)	1,81	(-0,01-0,25)	0,07
Ruborización o enrojecimiento	0,38(0,48)	0,35(0,47)	1,72	(-0,01-0,20)	0,09
Falta aliento (sin esfuerzo previo)	0,61(0,49)	0,50(0,50)	3,17	(0,07-0,33)	≤0,001
Respiración dolorosa o hiperventilación	0,42(0,49)	0,33(0,47)	1,15	(-0,05-0,18)	0,25
Excesivo cansancio o leve capacidad	0,81(0,39)	0,74(0,44)	3,36	(0,07-0,28)	≤0,001
Manchas o decoloración piel	0,25(0,43)	0,23(0,42)	1,97	(0,00-0,19)	0,05
Indiferencia sexual	0,59(0,49)	0,53(0,50)	2,30	(0,01-0,25)	0,02
Sensaciones desagradables alrededor de los genitales	0,26(0,44)	0,23(0,42)	2,02		0,05
Dificultades de coordinación o equilibrio	0,49(0,50)	0,39(0,49)	2,11	(0,007-0,236)	0,03
Parálisis o debilidad localizada	0,38(0,48)	0,26(0,44)	2,30	(0,01-0,25)	0,02
Dificultad al tragar o sensación de nudo en la garganta	0,50(0,50)	0,41(0,49)	2,40	(0,01-0,17)	0,01
Afonía (pérdida de voz)	0,32(0,46)	0,24(0,43)	1,62	(-0,01-0,18)	0,10
Retención urinaria	0,18(0,38)	0,09(0,29)	2,62	(0,026-0,19)	0,01
Alucinaciones	0,04(0,19)	0,07(0,24)	-1,00	(-0,08-0,02)	0,32
Pérdida de tacto o sensación dolor	0,25(0,43)	0,28(0,45)	-0,25	(-0,11-0,09)	0,79
Sensación desagradable de entumecimiento u hormigueo	0,59(0,49)	0,57(0,49)	1,51	(-0,02-0,188)	0,13
Doble visión	0,15(0,35)	0,17(0,37)	1,00	(-0,12-0,04)	0,32

Ceguera	0,03(0,16)	0,02(0,13)	1,00	(-0,01-0,04)	0,32
Sordera	0,16(0,36)	0,14(0,34)	2,16	(0,00-0,18)	0,03
Ataques	0,09(0,29)	0,09(0,29)	1,00	(-0,02-0,08)	0,32
Amnesia (pérdida de memoria)	0,36(0,48)	0,30(0,46)	1,72	(-0,01-0,20)	0,09
Pérdida de conciencia	0,07(0,26)	0,08(0,27)	0,81	(-0,03-0,09)	0,41
Menstruación dolorosa	0,29(0,45)	0,26(0,44)	1,00	(-0,033-0,10)	0,32
Menstruación irregular	0,25(0,43)	0,21(0,41)	1,42	(-0,02-0,16)	0,15
Excesiva hemorragia menstrual	0,20(0,39)	0,19(0,39)	0,44	(-0,05-0,09)	0,65
Continuos/frecuentes vómitos embarazo	0,05(0,21)	0,04(0,19)	0,00	(-0,06-0,06)	1,00
Inusual o abundante flujo vaginal	0,18(0,38)	0,15(0,35)	1,00	(-0,05-0,15)	0,32
Disfunción eréctil o eyaculatoria	0,03(0,16)	0,02(0,13)	0,00	(-0,20-0,20)	1,00

Tabla 32. Fiabilidad test-retest de la SOMS-2 después de tratamiento cognitivo-conductual y sensibilidad al cambio para cada uno de los ítems.

*Los ítems específicos solo para hombres y mujeres se han calculado aparte.

4.4.2.7.2. Fiabilidad Test-retest, prueba de McNemar, inicial-6 meses

<i>Síntoma</i> <i>N=107</i>	<i>M(SD)</i> <i>Inicial</i>	<i>M(SD)</i> <i>6 meses</i>	<i>X²(p)</i>	<i>Significación</i> <i>bilateral (p)</i>
Dolor de cabeza	0,78(0,41)	0,56(0,49)	28,28(0,00)	0,07
Dolor de estómago	0,65(0,47)	0,49(0,50)	17,17(0,00)	0,15
Dolor de espalda	0,82(0,38)	0,64(0,48)	8,63(0,03)	0,02
Dolor articular	0,79(0,41)	0,65(0,47)	20,59(0,00)	0,06
Dolor piernas y/o brazos	0,81(0,39)	0,62(0,48)	23,86(0,00)	0,01
Dolor pecho	0,51(0,50)	0,36(0,48)	29,53(0,00)	0,07
Dolor ano	0,25(0,43)	0,18(0,38)	46,57(0,00)	0,09
Dolor relaciones sexuales	0,28(0,45)	0,21(0,41)	40,08(0,00)	0,21
Dolor orinar	0,21(0,41)	0,22(0,41)	53,34(0,00)	0,10
Náuseas	0,50(0,50)	0,46(0,50)	19,98(0,00)	0,02
Hinchado o abotargado	0,56(0,49)	0,43(0,49)	32,24(0,00)	0,04
Molestias alrededor corazón	0,53(0,50)	0,40(0,49)	23,91(0,00)	0,06
Vómitos (excluir embarazo)	0,23(0,42)	0,21(0,40)	47,50(0,00)	0,03
Reflujo gástrico	0,50(0,50)	0,42(0,49)	21,84(0,00)	0,04
Hipo o quemazón pecho/estómago	0,40(0,49)	0,40(0,49)	22,65(0,00)	0,85
Intolerancia alimentos	0,29(0,45)	0,24(0,43)	13,76(0,00)	0,44
Pérdida apetito	0,39(0,49)	0,23(0,42)	20,67(0,00)	≤0,001
Mal sabor de boca/lengua pastosa	0,64(0,48)	0,45(0,50)	27,10(0,00)	≤0,001
Boca seca	0,70(0,46)	0,46(0,50)	30,60(0,00)	0,09
Frecuentes diarreas	0,35(0,47)	0,24(0,43)	44,57(0,00)	≤0,001
Secreción fluidos por el ano	0,10(0,30)	0,08(0,27)	7,78(0,00)	1,00
Orina con mucha frecuencia	0,46(0,50)	0,37(0,48)	49,41(0,00)	0,62
Frecuentes evacuaciones	0,38(0,48)	0,26(0,44)	39,07(0,00)	≤0,001
Fuertes palpitaciones	0,63(0,48)	0,49(0,50)	30,11(0,00)	0,10

Molestias estomacales	0,68(0,46)	0,51(0,50)	32,93(0,00)	≤0,001
Sudor (frío/caliente)	0,67(0,47)	0,51(0,50)	33,17(0,00)	0,28
Ruborización o enrojecimiento	0,38(0,48)	0,29(0,45)	24,43(0,00)	0,55
Falta aliento (sin esfuerzo previo)	0,61(0,49)	0,40(0,49)	27,30(0,00)	0,05
Respiración dolorosa o hiperventilación	0,42(0,49)	0,33(0,47)	35,53(0,00)	0,05
Excesivo cansancio o leve capacidad	0,81(0,39)	0,62(0,48)	14,57(0,00)	0,15
Manchas o decoloración piel	0,25(0,43)	0,18(0,38)	20,90(0,00)	0,83
Indiferencia sexual	0,59(0,49)	0,43(0,49)	28,00(0,00)	0,32
Sensaciones desagradables alrededor de los genitales	0,26(0,44)	0,19(0,39)	24,16(0,00)	0,66
Dificultades de coordinación o equilibrio	0,49(0,50)	0,41(0,49)	38,12(0,00)	0,05
Parálisis o debilidad localizada	0,38(0,48)	0,25(0,43)	26,00(0,00)	0,01
Dificultad al tragar o sensación de nudo en la garganta	0,50(0,50)	0,43(0,49)	54,54(0,00)	0,02
Afonía (pérdida de voz)	0,32(0,46)	0,24(0,43)	32,29(0,00)	0,11
Retención urinaria	0,18(0,38)	0,12(0,32)	29,26(0,00)	0,02
Alucinaciones	0,04(0,19)	0,04(0,19)	31,85(0,00)	0,37
Pérdida de tacto o sensación dolor	0,25(0,43)	0,21(0,40)	32,07(0,00)	0,64
Sensación desagradable de entumecimiento u hormigueo	0,59(0,49)	0,53(0,50)	40,74(0,00)	0,82
Doble visión	0,15(0,35)	0,17(0,37)	55,81(0,00)	0,72
Ceguera	0,03(0,16)	0,01(0,09)	70,65(0,00)	1,00

Sordera	0,16(0,36)	0,08(0,27)	78,29(0,00)	0,62
Ataques	0,09(0,29)	0,09(0,27)	14,80(0,00)	0,58
Amnesia (pérdida de memoria)	0,36(0,48)	0,24(0,43)	34,23(0,00)	0,18
Pérdida de conciencia	0,07(0,26)	0,06(0,23)	32,83(0,00)	1,00
Menstruación dolorosa	0,29(0,45)	0,24(0,43)	58,12(0,00)	0,45
Menstruación irregular	0,25(0,43)	0,17(0,37)	60,18(0,00)	0,21
Excesiva hemorragia menstrual	0,20(0,39)	0,19(0,39)	43,62(0,00)	1,00
Continuos/frecuentes vómitos embarazo	0,05(0,21)	0,06(0,23)	14,95(0,00)	1,00
Inusual o abundante flujo vaginal	0,18(0,38)	0,16(0,36)	39,96(0,00)	0,50
Disfunción eréctil o eyaculatoria	0,03(0,16)	0,03(0,16)	12,59(0,00)	1,00

Tabla 33. Fiabilidad test-retest de la SOMS-2 a los 6 meses de tratamiento cognitivo-conductual y sensibilidad al cambio para cada uno de los ítems.

*Los ítems específicos solo para hombres y mujeres se han calculado aparte.

4.4.2.7.3. Fiabilidad Test-retest, prueba de McNemar, inicial-12 meses.

<i>Síntoma</i> <i>N=107</i>	<i>M(SD)</i> <i>Inicial</i>	<i>M(SD)</i> <i>12 meses</i>	<i>X²(p)</i>	<i>Significación</i> <i>bilateral (p)</i>
Dolor de cabeza	0,78(0,41)	0,74(0,61)	12,13(0,00)	≤ 0,001
Dolor de estómago	0,65(0,47)	0,72(0,67)	19,94(0,00)	≤ 0,001
Dolor de espalda	0,82(0,38)	0,75(0,58)	13,82(0,03)	≤ 0,001
Dolor articular	0,79(0,41)	0,78(0,58)	15,85(0,00)	0,01
Dolor piernas y/o brazos	0,81(0,39)	0,78(0,61)	10,44(0,00)	≤ 0,001
Dolor pecho	0,51(0,50)	0,74(0,76)	19,37(0,00)	≤ 0,001
Dolor ano	0,25(0,43)	0,64(0,82)	17,61(0,00)	0,13
Dolor relaciones sexuales	0,28(0,45)	0,66(0,83)	30,82(0,00)	1,00
Dolor orinar	0,21(0,41)	0,63(0,88)	30,82(0,00)	1,00
Náuseas	0,50(0,50)	0,76(0,76)	14,25(0,00)	0,60
Hinchado o abotargado	0,56(0,49)	0,69(0,70)	26,99(0,00)	0,01
Molestias alrededor corazón	0,53(0,50)	0,69(0,73)	22,84(0,00)	0,01
Vómitos (excluir embarazo)	0,23(0,42)	0,67(0,84)	10,97(0,00)	0,69
Reflujo gástrico	0,50(0,50)	0,78(0,76)	35,86(0,00)	0,09
Hipo o quemazón pecho/estómago	0,40(0,49)	0,73(0,75)	18,58(0,00)	1,00
Intolerancia alimentos	0,29(0,45)	0,64(0,82)	7,38(0,00)	0,47
Pérdida apetito	0,39(0,49)	0,72(0,83)	2,22(0,13)	0,01
Mal sabor de boca/lengua pastosa	0,64(0,48)	0,72(0,68)	17,96(0,00)	≤ 0,001
Boca seca	0,70(0,46)	0,75(0,66)	16,74(0,00)	≤ 0,001
Frecuentes diarreas	0,35(0,47)	0,62(0,82)	11,03(0,00)	0,07
Secreción fluidos por el ano	0,10(0,30)	0,60(0,86)	21,83(0,00)	0,75
Orina con mucha frecuencia	0,46(0,50)	0,68(0,78)	44,76(0,00)	0,06
Frecuentes evacuaciones	0,38(0,48)	0,65(0,79)	47,72(0,00)	≤ 0,001
Fuertes palpitaciones	0,63(0,48)	0,73(0,68)	20,91(0,00)	0,01

Molestias estomacales	0,68(0,46)	0,75(0,66)	15,49(0,00)	≤ 0,001
Sudor (frío/caliente)	0,67(0,47)	0,74(0,70)	20,53(0,00)	≤ 0,001
Ruborización o enrojecimiento	0,38(0,48)	0,69(0,77)	19,68(0,00)	0,08
Falta aliento (sin esfuerzo previo)	0,61(0,49)	0,69(0,71)	19,29(0,00)	≤ 0,001
Respiración dolorosa o hiperventilación	0,42(0,49)	0,68(0,80)	22,17(0,00)	0,08
Excesivo cansancio o leve capacidad	0,81(0,39)	0,79(0,65)	18,08(0,00)	≤ 0,001
Manchas o decoloración piel	0,25(0,43)	0,64(0,84)	22,83(0,00)	0,11
Indiferencia sexual	0,59(0,49)	0,78(0,70)	26,27(0,00)	≤ 0,001
Sensaciones desagradables alrededor de los genitales	0,26(0,44)	0,64(0,82)	36,89(0,00)	0,07
Dificultades de coordinación o equilibrio	0,49(0,50)	0,73(0,74)	33,01(0,00)	0,15
Parálisis o debilidad localizada	0,38(0,48)	0,64(0,83)	33,56(0,00)	0,01
Dificultad al tragar o sensación de nudo en la garganta	0,50(0,50)	0,75(0,77)	48,25(0,00)	0,09
Afonía (pérdida de voz)	0,32(0,46)	0,65(0,83)	27,02(0,00)	0,13
Retención urinaria	0,18(0,38)	0,59(0,86)	19,42(0,00)	0,21
Alucinaciones	0,04(0,19)	0,58(0,89)	58,63(0,00)	1,00
Pérdida de tacto o sensación dolor	0,25(0,43)	0,65(0,82)	27,07(0,00)	0,35
Sensación desagradable de entumecimiento u hormigueo	0,59(0,49)	0,76(0,67)	28,00(0,00)	0,32
Doble visión	0,15(0,35)	0,67(0,87)	36,25(0,00)	0,77
Ceguera	0,03(0,16)	0,57(0,89)	0,029(0,86)	0,62

Sordera	0,16(0,36)	0,60(0,86)	18,96(0,00)	0,05
Ataques	0,09(0,29)	0,59(0,87)	54,31(0,00)	1,00
Amnesia (pérdida de memoria)	0,36(0,48)	0,67(0,81)	24,29(0,00)	0,01
Pérdida de conciencia	0,07(0,26)	0,58(0,89)	16,61(0,00)	0,72
Menstruación dolorosa	0,29(0,45)	0,27(0,52)	66,95(0,00)	0,18
Menstruación irregular	0,25(0,43)	0,28(0,56)	46,47(0,00)	0,02
Excesiva hemorragia menstrual	0,20(0,39)	0,25(0,55)	66,64(0,00)	1,00
Continuos/frecuentes vómitos embarazo	0,05(0,21)	0,21(0,56)	11,72(0,00)	1,00
Inusual o abundante flujo vaginal	0,18(0,38)	0,27(0,57)	38,62(0,00)	0,77
Disfunción eréctil o eyaculatoria	0,03(0,16)	0,19(0,55)	7,11(0,00)	1,00

Tabla 33. Fiabilidad test-retest de la SOMS-2 a los 12 meses de tratamiento cognitivo-conductual y sensibilidad al cambio para cada uno de los ítems.

*Los ítems específicos solo para hombres y mujeres se han calculado aparte.

Si analizamos los resultados obtenidos en la tabla 31 observamos que existen diferencias estadísticamente significativas para algunos de los ítems en el post-tratamiento. Estos ítems son: dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda, dolor de pecho, molestias alrededor del corazón, vómitos excluyendo el embarazo, pérdida de apetito, mal sabor de boca/lengua pastosa, boca seca, frecuentes diarreas, frecuentes evacuaciones, molestias estomacales, falta de aliento sin esfuerzo previo, excesivo cansancio o leve capacidad, manchas o decoloración en la piel, indiferencia sexual, sensaciones desagradables alrededor de los genitales, dificultades de coordinación o equilibrio, parálisis o debilidad muscular y dificultad al tragar.

Si analizamos los resultados obtenidos en la tabla 32 observamos que existen diferencias estadísticamente significativas para algunos ítems a los seis meses del tratamiento. Estos ítems son: dolor de espalda, dolor en piernas y/o brazos, náuseas, hinchado o abotargado, vómitos excluyendo el embarazo, reflujo gástrico, pérdida de apetito, mal sabor de boca/lengua pastosa, frecuentes diarreas, frecuentes evacuaciones, molestias estomacales, parálisis o debilidad localizada, dificultad al tragar o sensación de nudo en la garganta, retención urinaria.

Si analizamos los resultados obtenidos en la tabla 33 observamos que existen diferencias estadísticamente significativas para algunos ítems a los seis meses del tratamiento. Estos ítems son: dolor de espalda, dolor en piernas y/o brazos, náuseas, hinchado o abotargado, vómitos excluyendo el embarazo, reflujo gástrico, pérdida de apetito, mal sabor de boca/lengua pastosa, frecuentes diarreas, frecuentes evacuaciones, molestias estomacales, parálisis o debilidad localizada, dificultad al tragar o sensación de nudo en la garganta, retención urinaria.

4.5 DISCUSIÓN

Desde la introducción de los Trastornos somatomorfos como un concepto diagnóstico diferenciado son muchos los instrumentos que se han desarrollado con la finalidad de poder establecer diagnósticos fiables así como también evaluar la eficacia de diferentes tratamientos. Una de las principales ventajas de los estudios de validación de estos cuestionarios es la posibilidad de generalizar resultados entre diferentes países. La disponibilidad de instrumentos de evaluación con una alta fiabilidad permite su utilización en diferentes contextos clínicos (atención primaria, centros de salud mental) y a través de diferentes profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, médicos de atención primaria).

Muchos de estos instrumentos se han diseñado a partir de las clasificaciones diagnósticas más utilizadas (DSM-IV y CIE-10) lo que nos proporciona un marco teórico común y un concepto aceptado y uniforme de los Trastornos de Somatización que es aceptado y comparable entre diferentes países.

Al analizar las características sociodemográficas y clínicas de nuestra muestra, observamos que los resultados de nuestro trabajo son muy parecidos a estudios previos en los que el porcentaje de mujeres es mayor que el de los hombres para el total de la muestra, así como también el diagnóstico de trastorno de somatización que es mucho más prevalente entre el género femenino (Bankier et al., 2000, Fabiao et al., 2010).

Los resultados de este trabajo corroboran la elevada comorbilidad que existe entre la somatización y los trastornos de ansiedad y depresión (Rief et al., 1992; Rief et al., 1995; Fabiao et al., 2010).

Uno de los principales problemas de esta elevada comorbilidad diagnóstica es la mayor dificultad a la hora de detectar, identificar y evaluar este tipo de patología. Los pacientes

con trastorno de somatización habitualmente consultan por síntomas o quejas físicas y por tanto acuden a su médico de atención primaria y no a un especialista en salud mental (psiquiatra y/o psicólogo). Estos pacientes raramente identifican la posible relación entre estas molestias con la ansiedad o los trastornos afectivos por lo que demandan un diagnóstico médico que explique o justifique su malestar físico. Esta demanda representa un problema importante para el médico de atención primaria ya que dispone de poco tiempo y recursos para manejar este tipo de patología. Por tanto, es imprescindible que los médicos dispongan de instrumentos de cribado que sean fáciles de administrar, fiables y útiles a la hora de detectar un posible trastorno de somatización.

La mayoría de instrumentos de evaluación de los que disponemos hoy en día muestran serias limitaciones, y es por este motivo que no se utilizan mucho. Una de los problemas más destacables es el tiempo de administración, en especial cuando hablamos de entrevistas semiestructuradas (como por ejemplo; SCID, EPEP) que por una parte tienen la ventaja de evaluar un amplio abanico de patologías, pero que tienen como principal inconveniente la necesidad de formación del profesional y el tiempo de administración (muchas de ellas requieren mínimo una hora). Otro de los problemas que presentan este tipo de instrumentos es que no son específicos o no han sido validados en atención primaria y están diseñados principalmente para profesionales de salud mental.

Por todos estos motivos, los instrumentos de cribado, autoaplicados, que no requieran formación específica y que su tiempo de administración sea corto pueden resultar especialmente útiles para solucionar dicho problema de evaluación y diagnóstico en el contexto de atención primaria.

La SOMS-2 forma parte de este grupo de instrumentos de evaluación, por lo que consideramos que su validación en este contexto contribuye a solucionar este problema.

Una de las limitaciones más importantes de los trabajos en los que se ha utilizado la SOMS-2 es el contexto en el que se ha estudiado. En la mayoría de investigaciones revisadas se ha utilizado en hospitales o centros especializados en patologías mentales. Solamente se ha utilizado en atención primaria en el grupo de trabajo Portugués (Fabiao et al., 2008a; Fabiao et al., 2010). Por lo que consideramos de especial relevancia la necesidad de que futuras investigaciones vayan dirigidas a estudiar este instrumento de evaluación en el contexto de atención primaria.

Del total de las investigaciones revisadas observamos que en general los diferentes trabajos obtienen resultados similares en cuanto a consistencia interna, sensibilidad, especificidad, VPP y VPN. Por otro lado, hay que destacar que la principal divergencia entre estos grupos de trabajo, son los diferentes puntos de corte que se consideran necesarios a la hora de establecer un posible diagnóstico de trastorno de somatización. Algunos establecen diferencias entre hombres y mujeres, es decir 3 síntomas en los hombres y 5 en las mujeres (Rief et al., 2001). Otros establecen un punto de corte más alto y sin establecer diferencias entre hombres y mujeres, es decir punto de corte de 8 o 7 respectivamente (Fabiao et al., 2008; Rief et al., 1999). Así como también en algunos trabajos se eliminan algunos ítems del total del cuestionario (algunos por su baja prevalencia entre la muestra y otros por su bajo poder discriminativo), quedándose finalmente con un número de ítems total más reducido al considerar que los ítems eliminados no son relevantes para el diagnóstico de trastorno de somatización como por ejemplo en el estudio de Fabiao et al., 2010 en el que consideran que son suficientes 29 síntomas.

En nuestro trabajo, la versión original de 53 ítems y con un punto de corte de 4, es la que obtiene mejores resultados en cuanto a sensibilidad, especificidad, VPP y VPN. Por lo que el presente estudio contribuye a aportar datos de confiabilidad de la SOMS-2 en

atención primaria. En resumen, los datos obtenidos indican que la versión española de la SOMS-2 es un instrumento de cribado, autoaplicado y que por tanto facilita al médico el proceso de detección y evaluación de los trastornos somatomorfos en AP.

4.6 CONCLUSIONES

Finalmente analizamos los resultados obtenidos y las principales conclusiones en función de los objetivos planteados:

1. La mayor parte de la muestra son mujeres (75%), la franja de edad se sitúa entre 36-65 años y la media es de 46,45 años.
2. El 67% de la muestra presenta algún trastorno psicopatológico frente al 33% que no presenta ningún trastorno.
3. La ansiedad y la depresión son los dos trastornos psicopatológicos que presentan una mayor comorbilidad con el trastorno de somatización, siendo esta del 60%.
4. Los ítems del cuestionario en los que se obtiene una mayor diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos son: dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda, dolor articular, dolor de piernas y/o brazos, dolor en el pecho, náuseas, hinchado o abotargado, molestias alrededor del corazón, reflujo gástrico, frecuentes diarreas, frecuentes evacuaciones, fuertes palpitaciones, molestias estomacales, sudor frío/caliente, falta de aliento sin esfuerzo previo, respiración dolorosa o hiperventilación, excesivo cansancio, indiferencia sexual, dificultades de coordinación o equilibrio, dificultad de tragar o nudo en la garganta, amnesia y sensación desagradable u entumecimiento.
5. En referencia a los ítems del cuestionario que no se incluyen en la puntuación total, pero que evalúan información más cualitativa como la preocupación por la enfermedad, el número de visitas al médico y el grado de discapacidad que provocan estas molestias:

- El 34,86% del grupo de somatizadores ha realizado más de 12 visitas al médico en el último año frente al 16% de los no somatizadores y el 99,7% de los somatizadores toma medicación a causa de sus dolencias.
 - El 88% de los somatizadores afirma que sus molestias físicas han afectado severamente a su malestar y a una gran parte de sus actividades diarias frente al 39,3% de los no somatizadores.
 - El 81,65% de los somatizadores hace más de un año que tiene estas dolencias frente al 57,14% de los no somatizadores.
 - El 31,2% de los somatizadores teme o está convencido de tener una enfermedad seria aunque el médico no se la haya diagnosticado frente al 10,8% de los no somatizadores. Esta preocupación ha durado más de 6 meses en el grupo de somatizadores en un 26% frente al 12,5% de los no somatizadores.
6. Del análisis de la regresión logística multidimensional concluimos que los ítems que predicen mejor o tienen un mayor peso en el diagnóstico final del trastorno de somatización son: dolor de estómago, dolor de espalda, hipo/quemazón en el pecho, mal sabor de boca, frecuentes diarreas, secreción de fluidos por el ano, fuertes palpitaciones y excesivo cansancio o leve capacidad.
 7. El resultado del área bajo la curva ROC es de 0,90 lo que nos indica una buena capacidad diagnóstica global del cuestionario. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN analizada con la versión original de 53 ítems y con un punto de corte de 4 es la que obtiene mejores resultados. (sensibilidad 97%, especificidad 68%, VPP 85%, VPN 92%).
 8. La consistencia interna del total de la escala es de $\alpha=0,82$ por lo que concluimos que la SOMS-2 versión española muestra una buena consistencia interna.

En definitiva, el impacto clínico de los resultados obtenidos en este trabajo, resulta evidente. A pesar de la alta prevalencia de este tipo de patología y la importante repercusión que tiene en la asistencia sanitaria (elevados costes y mala utilización de los recursos disponibles), todavía no se ha encontrado una alternativa eficaz a la hora de evaluar, derivar y tratar de forma eficaz a este tipo de pacientes. De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro estudio, la SOMS-2 es un instrumento de screening eficaz, útil y de fácil administración por lo que se convierte en una alternativa a plantear para la evaluación de este tipo de patología en atención primaria.

4.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. La principal limitación de este estudio sería el tamaño muestral en la fiabilidad test-retest. No todos los sujetos de la muestra inicial han realizado el tratamiento, por lo que la N queda reducida (N=74).
2. Otra de las limitaciones en la fiabilidad test-retest del cuestionario es que la SOMS-2 en principio no ha sido diseñada con este objetivo, ya que sólo valora si existe o no el síntoma y no la intensidad de este, por lo que sería más preciso aplicar la SOMS-7 (en la que se evalúa en una escala Likert la intensidad de los síntomas) y así tener una información más detallada de los posibles cambios producidos por el tratamiento.
3. Uno de los criterios de inclusión en el estudio es que una vez que se ha incluido el paciente, éste se compromete a no modificar la dosis de medicación, si es que la toma desde el inicio del estudio y a no iniciar otros tratamientos durante la aplicación del nuestro. El hecho de no controlar como variable contaminadora la presencia o no de medicación podría enmascarar los resultados del estudio.

4.8. FORTALEZAS DEL ESTUDIO

1. Se trata del primer estudio de validación de la SOMS-2 en España y aplicado en pacientes de atención primaria.
2. El estudio y validación de instrumentos de evaluación de fácil aplicabilidad en atención primaria contribuyen a la mejor detección, evaluación y abordaje terapéutico de los trastornos de somatización en atención primaria. Este estudio contribuye en este sentido a mejorar el manejo de este tipo de patologías.
3. Este estudio forma parte de un proyecto multicéntrico (coordinado en el marco de la RedIAPP, Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, con el grupo de Salud Mental de Zaragoza), por lo que estos resultados aportan datos que contribuyen a mejorar la detección y evaluación de este tipo de patología.
4. El estudio tiene un tamaño muestral adecuado si lo comparamos con estudios de validación similares realizados en otros países.
5. El abanico de variables que se estudian en nuestro trabajo permite valorar la presencia de sintomatología comórbida al diagnóstico de trastorno de somatización indiferenciado.

4.9. PROPUESTAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Tras estos resultados, entendemos que las líneas de investigación en este campo deben profundizar en los siguientes objetivos:

1. Evaluar las consecuencias de la aplicación de la SOMS-2, valorando si contribuye a mejorar el pronóstico y evaluación de este tipo de patología (mejor abordaje terapéutico, reducción de las visitas a especialistas médicos y en el tiempo de consulta dedicado a estos pacientes).
2. Diseñar un estudio con un mayor tamaño muestral en el seguimiento test-retest, y compararlo con la SOMS-7 (valorando la intensidad de los síntomas somáticos)

4.10. ASPECTOS ÉTICOS

- El estudio sigue las normas de la Convención de Helsinki y sus posteriores modificaciones y de la Declaración de Madrid de la World Psychiatric Association.
- El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de las Islas Baleares.
- A los pacientes se les solicitó su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Se informó al médico de familia de los pacientes a los que se les detectara alguna patología psiquiátrica con la EPEP de la existencia y características de dicha patología recomendándole que proceda según su criterio ("treatment as usual").
- Los investigadores que han participado en el estudio han firmado un Compromiso de Confidencialidad en el que se comprometen a seguir los procedimientos establecidos en el proyecto.
- La información que permite identificar a los pacientes se almacenó de forma encriptada.

4.7 BIBLIOGRAFIA

- Allen, L.A., Escobar, J.I., Lehrer, P.M., Gara, M.A. & Woolkfolk, R.L. (2002). Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosomatic Medicine*, 64(6), 939-50.
- Allen, L.A., Woolfolk, R.L., Escobar, J.I., Gara, M.A., Hamer, R. (2006). Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 166(14), 1512-8.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3a.ed). Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3a.ed). Washington, D.C.
- Andrews, G. & Peters, L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 80-88.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición revisada (DSM –IV TR). Barcelona: Masson.
- Bankier, B., Aigner, A., Krones, S. & Bach M. (2000). Screening for DSM-IV Somatoform Disorders in Chronic Pain Patients. *Psychopathology*, 33, 115-118.

- Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatisation, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- Barsky, A.J. & Borus, J.F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130, 910-921.
- Barsky, A.J., Coeytaux, R.R., Sarnie, M.K. & Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patients beliefs about good health. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1085-1089.
- Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lane, R.S. & Cleary, P.D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 510-9.
- Barsky, A.J. & Klerman, G.L. (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Barsky, A.J., Orav, E.J. & Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-10.
- Barsky, A.J., Wyshak, G. & Klerman, G.L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 323-334.

- Bass, C. & Benjamín, S. (1993). The management of chronic somatisation. *British Journal of Psychiatry*, 162, 472-80.
- Bass, C. & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(4), 403-27.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 537-46.
- Bech, P. (1996). Quality of life measurements in major depression. *European Psychiatry*, 11 (3), 123-6.
- Bech, P., Gram, L.F., Dein, E., Jacobsen, O., Vitger J. & Bolwig T. (1975). Quantitative rating of depressive states. *Acta Psychiatrica Scandinavica* ,51, 161-170.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An update literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77
- Bell, I.R. (1994). Somatization disorder: Health care costs in the decade of the brain. *Biological Psychiatry*, 35, 81-83.

- Bridges, K.W. & Goldberg, D.P. (1985). Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 563-69.
- Brown, F.W. & Smith, O.R. (1991). Diagnostic concordance in primary care somatisation disorder. *Psychosomatics*, 32, 191-195.
- Buffington, C.A. (2009). Developmental influences on medically unexplained symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(3), 139-44.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Telegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Manual for Administration and Scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Calvo F. (1978). *Estadística aplicada*. Bilbao: Editorial Deusto.
- Chorot, P. & Martínez, P. (1995). Trastornos somatomorfes. En Belloch A., Sandín B. & Ramos, F. *Manual de psicopatología*, Vol 2 (pp.225-266). Madrid: Mc Graw Hill.
- Cloninger, C.R., Martin, R.L., Guze, S.B. & Clayton, P.J. (1986). A prospective follow up and family study of somatisation in men and woman. *American Journal of Psychiatry*, 143, 873-878.

- Coryell, W. & Norten, S.G. (1981). Briquet's syndrome (somatisation disorder) and primary depression: comparison of background and outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 22(3), 249-256.
- Cottler, L.B., Robins, L.N., Grant, B.F., Blaine, J., Towle, L.H., Wittchen, H.U., Sartorius, N., and participants in the WHO/ADAMHA field trial (1991). The CIDI-Core substance abuse and dependence questions: cross-cultural and nosological issues. *British Journal of Psychiatry*, 159, 653-658.
- Creed, F. (2006). Should general psychiatry ignore somatisation and hypochondriasis? *World Psychiatry*, 146-150.
- De Waall, M.W., Arnold, I.A., Eekhof, J.A. & Van Hemert, A.M. (2004). Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 470-476.
- Derogatis, L.R. (1983). *The SCL-90-R Manual. Scoring and Administration Procedures for the SCL-90-R*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L.R., Rickels, K. & Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.

- Dimsdale, J., Sharma, N. & Sharpe, M. (2011). What do physician think of somatoform disorders? *Psychosomatics*, 52, 154-159
- Escobar, J.I. (1987). Cross-cultural aspects of the somatization trait. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(2), 174-80.
- Escobar, J.I., Rubio-Stipec, M., Canino, G. & Karno, M. (1989). Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 140-146.
- Escobar, J.I., Waitzkin, H., Siver, R.C., Gara, M. & Holman, A. (1998). Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 60, 466-472.
- Fabiao, C., Barbosa, A., Fleming, M. & Silva, C. (2008a). Rastreio da Perturbação de somatização. Nos cuidados Primários de Saúde Resultados de um Estudo Piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 319-328
- Fabiao, C., Costa, C., Silva, C., Fleming, M. & Barbosa, A. (2008b). SOMS-2: tradução para português da Screening for Somatoform Disorders. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 241-246.
- Fabiao, C., Silva, M.C., Barbosa, A., Fleming, M., Rief, W. (2010). Assessing medically unexplained symptoms: evaluation of a shortened version of the SOMS for use in primary care. *Bio Med Central Psychiatry*, 10, 34.

- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). Das Freiburger Personallichkeitsinventar FPI.5 ergänzte Auflage. Gottingen, Germany: Hogrefe.
- Fava, G.A., Kellner, R., Munari, F., Pavan, L. (1982). The Hamilton Depresión Rating Scale in normals and depressives. A cross cultural validation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66, 26-32.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, E., Winokun, M. & Muñoz, M. (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatry research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Fink, P., Ewald, H., Jensen, J., Sorensen, L., Engberg, M., Holm, M. & Munk-Jorgensen, P. (1999). Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological inpatients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 261-73.
- Fink, P., Hansen, M.S. & Oxhoj, M. (2004). The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 413-418.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Washington DC: American Psychiatric Press.

Ford, CV. (1983). *The Somatization Disorders. Illness as A Way of Life*. New York: Elsevier Biomedical Press.

Freud, S. (1916). La formación de síntomas. La formación de síntomas. En S. Freud (Ed), *Compendio de psicoanálisis*. Barcelona: Ediciones Altaya.

García-Campayo, J. (1999). *Usted no tiene nada*. Barcelona: Océano.

García-Campayo, J. (2007). Fenómenos de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9, 84-91.

García-Campayo, J., Campos, R., Marcos, G., Pérez-Echeverría, M.J., Lobo, A. & GMPPZ. (1996). Somatisation in primary care in Spain. II. Differences between somatisers and psychologisers. *British Journal of Psychiatry*, 168, 348-353.

García-Campayo, J., Sanz Carrillo, C., Pérez-Echevarría, M.J., Campos, R. & Lobo, A. (1995). Trastorno por somatización en atención primaria: aspectos clínicos diferenciales. *Medicina Clínica Barcelona*, 105, 728-733.

Gili, M., Luciano, J.V., Serrano, M.J., Jiménez, R., Bauzá, N. & Roca, M. (2011). Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(10), 744-9.

- Goldberg, D.P., Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, H.B. & Shepherd M.A. (1970). Standardized Psychiatric Interview for use in Community surveys. *British Journal of social Medicine*, 24, 18-23.
- Goodwin, D.W. & Guze, S.B. (1984). *Psychiatric diagnosis* (3a ed.) (Cap.6). New York: Oxford University Press.
- Gureje, O. & Simon, G. (1999). The natural history of somatization in primary care. *Psychological Medicine*, 29, 669-676.
- Gureje, O., Simon, G., Ustun, T.V. & Goldberg, D.P. (1997). Somatization in cross-cultural Perspective: A WHO Study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154, 989-995.
- Haftgoli, N., Favrat, B., Verdon, F., Vaucher, P., Bischoff, T., Burnard, B. & Herzig, L. (2010). Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychological stressors. *BMC Family Practice*, 11, 67.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depresión. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.

- Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J. & Löwe, B. (2009). Depression, anxiety and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 189-197.
- Hiller, W. & Janca, A. (2003). Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 167-179.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1990). Development of diagnostic checklists for use in routine clinical care. *Archives of General Psychiatry*, 47, 782-784.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1996). International diagnostic checklist for ICD-10 and DSM-IV (Handbook). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W. & Bronisch, T. (1993). Routine Psychiatric examinations guided by ICD-10 diagnostic checklists (international diagnostic checklists). *European Archives of Psychiatry in Clinical Neuroscience*, 242, 218-223.
- Jackson, J.L., O'Malley, P.G. & Kroenke, K. (2006). Antidepressants and cognitive-behavioural therapy for symptom syndromes. *CNS Spectrum Journal*, 11, 212-22.
- Janca, A., Isaac, M., Costa, E. & Silva, J.A. (1995). World Health Organization International Study of Somatoform Disorders-background and rationale. *European Journal of Psychiatry*, 9, 100-110.

- Jeffrey L., Jackson M.D. & Kroenke K. (2008). Prevalence, Impact, and Prognosis of Multisomatoform Disorder in Primary Care: A 5-Year Follow-up Study. *Psychosomatic Medicine*, 70, 430-434.
- Kaplan, H.I. & Sadock, V.A. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry I*. (Eight edition). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkin.
- Katon, W., Lin, E., Vonkorff, M., Russo, J., Lipscomb, P. & Bush, T. (1991). Somatization: a spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry*, 148, 34-40.
- Kellner, R. (1987a). A Symptom Questionnaire. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 268-274.
- Kellner, R. (1987b). *Abridged Manual of the IAS (Illness Attitude Scale)* (mimeographed). Albuquerque: University of New Mexico.
- Kellner, R. (1991). The significance of somatization. *Homeostasis in Health Disease*, 33(1-2), 2-6.
- Kellner, R., Slocumb, J., Wiggins, R.G., Abbott, P.J., Winslow, W.W. & Pathak, D. (1985). Hostility, somatic symptoms, and hypochondriacal fears and beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(9), 554-60.

- Kirmayer, L.J. & Taillefer, S. (1996). Somatoform disorders. En S.M. Turner & M. Hersen (Ed) *Adult Psychopathology and Diagnosis* (pp. 304-328). Nueva York: Wiley.
- Kleinman, A. (1983). The cultural meanings and social uses of illness. A role for medical anthropology and clinically oriented social science in the development of primary care theory and research. *Journal of Family Practice*, 16(3), 539-45.
- Kleinman, A, Eisenberg, L & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: clinical lessons from anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kroenke, K., Jackson, J.L. & Chamberlin, J. (1997). Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *American Journal of Medicine*, 103 (5), 339-47.
- Kroenke K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Monahan, O.P. & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325.
- Levenson, J.L. (2008). Psychological factors affecting medical condition. In Tasman A, Kay, J., Lieberman, J., First, M., Maj, M (eds). *Psychiatry* (3rd edition). UK: Jhon Wiley & Sons, Chichester, p. 1754-1772.

- Lilienfeld, S.O. (1992). The association between antisocial personality and somatization disorder: A review and integration of theoretical models. *Clinical Psychology Review*, 12, 641-662.
- Lin, E.H., Katon, W., Von Korff, M., Bush, T., Lipscomb, P., Russo, J. & Wagner, E. (1991). Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *Journal of General Internal Medicine*, 6(3), 241-6.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J.B., Hahn, S., Brody, D. & deGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorder in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *American Journal of Medicine*, 101, 526-533.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Liu, G., Clark, M.R. & Eaton, W.W. (1997). Structural factor analyses for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*, 27(3), 617-26.
- Lobo, A., Campos, R., Pérez-echeverría, M.J., Izuzquiza, J., García-Campayo, J., Saz, P., Marcos, G. (1993). A new interview for the multiaxial assessment of psychiatric morbidity in medical settings. *Psychological Medicine*, 23(2), 505-510.

- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré., Badia, X., Baró, E. (2002). Validación de las versiones em español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y la ansiedad. *Medicina Clinica, Barcelona*, 118 (13), 493-9.
- Lobo, A., García-Campayo, J., Campos, R., Pérez-Echeverría, M.J. & Marcos, G. (1996). Somatization in primary care in Spain: I. Estimates of prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 168, 344-48.
- Lobo, A., Gómez-Burgada, F., Pérez-Echeverria, M.J., Miranda, M. & Clare, A. (1984). Estudio de la entrevista psiquiátrica estructurada CIS en pacientes españoles. *Comunicación Psiquiátrica*, 11, 43-60.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., de la Cámara, C., Ventura, T. et al. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination). *Medicina Clínica Barcelona*, 112, 767-774.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Mussell, M., Schellberg, D. & Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 191-9.
- Lucock, M.P. & Morley S. The Health Anxiety Questionnaire. (1996). *British Journal of Health Psychology*, 1, 137-150.

- Magallón, R., Gili, M., Moreno, S., Bauzá, N., García-Campayo, J., Roca, M., Ruiz, Y. & Andrés, E. (2008). Cognitive-behaviour therapy for patients with abridged Somatization Disorder (SSI4,6) in primary care: a randomized, controlled study. *BMC Psychiatry*, 8, 47.
- Martin, R.D. (1999). The somatoform conundrum: a question of nosological values. *General Hospital Psychiatry*, 21, 177-186.
- Martin, R.L. & Yutzy, S.H. (1996). Trastornos de somatización. En RE Hales, SC Yudofsky y JP Talbott (Eds.). *Tratado de psiquiatría (2ª Edición)*. Barcelona: Ancora, pp.350-396.
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A.K., Möller, H.J., Hegerl, U. & Henkel, V. (2007). Depressive, Anxiety, and Somatoform Disorders in Primary Care. Prevalence and Recognition. *Depression and Anxiety*, 24, 185-195.
- Moliner, M. (1998). *Diccionario de uso del español (2ª Ed)*. Madrid: Gredos.
- Mumford, D.B., Bavington, J.T., Bhatnagar, K.S., Hussain, Y., Mirza, S. & Naraghi, M.M. (1991). The Bradford Somatic Inventory. A multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent. *British Journal of Psychiatry*, 158, 379-386.

Noyes, R., Langbehn, D.R., Happel, R.L., Sieren, L.R. & Muller, B.A. (1999). Health Attitude Survey. A scale for assessing somatizing patients. *Psychosomatics*, 40(6), 470-8.

O.M.S: CIE-10. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Othmer, E. & Desouza, C. (1985). A screening test for somatization disorder (hysteria). *American Journal of Psychiatry*, 142, 1146-1149.

Perley, M.J. & Guze, S.B. (1962). Hysteria, the stability and usefulness of clinical criteria. *New England Journal of Medicine*, 266, 421-426.

Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 89-93.

Pilowsky, I. (1993). Dimensions of illness behaviour as measured by the Illness Behaviour Questionnaire. A replication study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 53-62.

Pilowsky, I. (1997). *Abnormal Illness Behaviour*. Chichester: Wiley.

Pilowsky, I. & Spence N. (1994). Manual for the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ), (3rd ed): Adelaide.

Ramos-Brieva, J. A. & Cordero Villafáfila, A. (1986). Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. Actas luso- españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines, 14, 324-334.

Rief, W., Hessel, A. & Braehler E. (2001). Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. Psychosomatic Medicine, 63, 595-602.

Rief, W., Heuser, J., Mayrhuber, E., Stelzer, I., Hiller, W. & Fichter, M.M. (1996). The classification of multiple somatoform symptoms. Journal of Nervous and Mental Disease, 184, 680-687.

Rief, W. & Hiller, W. (1999). Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. Journal of Psychosomatic Research, 46, 507-518.

Rief, W. & Hiller, W. (2003). A new approach to asses treatment effects in somatoform disorders. Psychosomatics, 44, 492-498.

Rief, W., Hiller, H., Fichter, M. (1995a). Somatoform Symptoms in Depressive and Panic Syndromes. International Journal of Behavioral Medicine, 2, 51-65.

- Rief, W., Hiller, W., Geissner, E. & Fichter, M. (1995b). A Two-Year Follow-Up study of Patients with Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 36, 376-386.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). SOMS- Screening für Somatoforme Störungen. Manual Zum Fragebogen (SOMS- the Screening for Somatoform Symptoms-Manual). Berne: Huber Publishers.
- Rief, W., Hiller, W. & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 587-595.
- Rief, W., Mewes, R., Martin, A., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2011). Evaluating new proposals for the psychiatric classification of patients with multiple somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 760-8.
- Rief, W., Schaefer, S. & Fichter, M. (1992a). SOMS 2: Ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Storungen. *Diagnostica*, 38, 3, 228-241.
- Rief W., Schaefer S., Hiller W. & Fichter M.M. (1992b). Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: which came first? *European Archives of Psychiatry in Clinical Neuroscience*, 241, 236-240.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J. & Ratcliff, K.S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.

Robbins, J.M. & Kirmayer, L.J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21(4), 1029-45.

Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D.A. et al. (1988). The composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.

Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M, García-Campayo & J., Comas, A. (2009). Prevalence and commorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119 (1-3), 52-8.

Sartorius, N., Ustün, T.B., Korten, A., Cooper, J.E. & van Drimmelen, J. (1995). Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: Results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioral disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152(10), 1427-37.

Saxena, S. (2005). Somatization and conversion disorders: a forgotten public health agenda? En M. Maj.,H.S. Akiskal,J. Mezzich, et al. (Ed.). *Somatoform disorders*. (p.p. 42-4). Chichester: Wiley.

Schneider, A., Hörlein, E., Wartner, E., Schumann, I., Henningsen, P. & Linde, K. (2011). Unlimited acces to health care-impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. *BMC Family Practice*, 12, 51.

Seco, M., Andrés, O. & Ramos, G. (1999). *Diccionario del español Actual*. Madrid: Aguilar.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G.C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241.

Sensky, T., MacLeod, A.K. & Rigby, M.F. (1996). Casual attributions about common somatic sensations among frequent general practice attenders. *Psychological Medicine*, 26(3), 641-6.

Simon, G., Gater, R., Kisely, S. & Piccinelli, M. (1996). Somatic symptoms of distress: an international primary care study. *Psychosomatic Medicine*, 58, 481-8.

Simon, G.E. & Gureje, O. (1999). Stability of somatization disorder and somatization symptoms among patients in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 56, 90-95.

Smith, J.R., Rost, K. & Kashner, M. (1995). A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, 52, 238-243.

Simon, G.E. & Vonkorff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1494-500.

- Speckens, A.E.M., Spinhoven, P., Sloekers, P.P.A., Bolk, J.H. & Van Hemert, A.M. (1996). A validation study of the Whiteley Index, the Illness Attitude Scales, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 95-104.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K. & Williams, J. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. The PHQ Primary care study. *Journal of American Medical Association*, 282, 18.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M. & First, M. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID)-I. History, rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F.V., Hahn, S.R., Brody, D. & Johnson, J.G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *Journal of American Medical Association*, 272, 1749-1756.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D. & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52 (3), 263-71.
- Stekel, W. (1943). *Frigidity in woman in relation to her love life* (2vols). New York: Liveright Publishing Corporation.

- Sumathipala, A. (2007). What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosomatic Medicine*, 69, 889-900.
- Swartz, M., Hughe, D., George, L., Blazer, D., Landermann, R. & Bucholz, K. (1986). Developing a screening index for community studies of somatization disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 335-343.
- Toft, T., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K., Frostholm, L. & Oelsen, F. (2005). Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychological Medicine*, 35, 1175-84.
- Tomasson, K., Kent, D. & Coroyel, W. (1993). Comparison of four diagnostic systems for somatisation disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 311-315.
- White, K.L., Williams, T.F. & Greenberg, B.G. (1961). The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, 265, 885-892.
- Williams, J.B., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G., Rounsaville, B., et al. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)-II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.

- Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatry Research*, 28, 57-84.
- Wittchen, H.U., Robins L.N., Cottler L.B., Sartorius, N., Burke, J.D., Regier, D, and participants in the multicentre WHO/ADAMHA field trials (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry*, 159, 645-653.
- World Health organization. (WHO). (1994). Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Geneva: Switzerland.
- World Health organization. (WHO). (1994). Somatoform disorders schedules (SDS). Geneva: Switzerland.
- World Health Organization (WHO). (1994). The Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yutzy, S.H., Clinger, C.R., Guze, S.B., Pribor, E.F., Martin, R.L., Kathol, R.G., Smith, G.R., Strain, J.J. (1995). DSM-IV field trial: testing a new proposal for somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 97-101.
- Ziegler, V.E. et al. (1978). Reliability of video tased Hamilton Ratings. *Biological Psychiatry*, 13-1, 119-122.

Zonderman, A.B., Heft, M.W. & Costa, P.T. (1985). Does the Illness Behavior Questionnaire measure abnormal illness behavior? *Health Psychology*, 4, 425-436.

ANEXOS

1. Test de Othmer Y Desouza. (Othmer y DeSouza C., 1985)



Universitat de les
Illes Balears

Departament de Psicologia

Test de Othmer y DeSouza para la Detección del Trastorno de Somatización

	SÍ	NO
1. ¿Ha tenido en el ultimo mes dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?		
2. ¿Ha tenido en el último mes sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto?		
3. ¿Ha tenido en el ultimo mes dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período)		
4. ¿Ha tenido en el último mes dificultades para respirar?		
5. ¿Ha padecido en el último mes vómitos frecuentes?		
6. ¿Ha sufrido en el último mes de forma repetida dolores menstruales intensos?		
7. ¿Ha padecido en el último mes dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?		

Fecha:

Número identificación:

Nombre:

Teléfono:

2. SOMS-2 (Screening for Somatoform Symptoms) (Rief et al., 1992)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha (Hoy): _____ Género: Femenino / Masculino

SOMS-2

Por favor conteste si usted ha sufrido en los 2 últimos años, bien de forma temporal o continua, los síntomas que aparecen en la siguiente lista. Solamente considere aquellos síntomas para los que no se ha encontrado una causa médica clara, además de haber afectado a su bienestar.

He leído las instrucciones:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(24) Fuertes palpitaciones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En los últimos 2 años , He sufrido de las siguientes dolencias:		(25) Molestias estomacales o sensación de revolversele el estómago	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(1) Dolores de cabeza	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(26) Sudor (caliente o frío)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(2) Dolor de estómago	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(27) Ruborización o enrojecimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(3) Dolor de espalda	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(28) Falta de aliento (sin esfuerzo previo)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(4) Dolor articular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(29) Respiración dolorosa o hiperventilación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(5) Dolor en piernas y/o brazos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(30) Excesivo cansancio o leve capacidad para esforzarse	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(6) Dolor de pecho	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(31) Manchas o decoloración de la piel	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(7) Dolor en el ano	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ⓢ	
(8) Dolor en la relación sexual (coito)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(32) Indiferencia sexual (pérdida de libido)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(9) Dolor al orinar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(33) Sensaciones desagradables en o alrededor de los genitales	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ⓢ		Ⓢ	
(10) Nauseas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(34) Dificultades de coordinación o equilibrio (torpeza)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(11) Hinchado o abotargado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(35) Parálisis o debilidad localizada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(12) Molestias alrededor de la zona del corazón	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(36) Dificultad al tragar o sensación de nudo en la garganta	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(13) Vómitos (excluidos los motivados por embarazo)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(37) Afonía (pérdida de voz)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(14) Reflujo gástrico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(38) Retención urinaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(15) Hipo o sensación de quemazón en el pecho o estómago	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(39) Alucinaciones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(16) Intolerancia a los alimentos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(40) Pérdida de tacto o sensación de dolor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(17) Pérdida de apetito	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(41) Sensación desagradable de entumecimiento u hormigueo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(18) Mal sabor de boca, o lengua pastosa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(42) Doble Visión	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(19) Boca seca	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(43) Ceguera	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(20) Frecuentes diarreas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(44) Sordera	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(21) Secreción de fluidos por el ano	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(45) Ataques	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(22) Orina con mucha frecuencia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(46) Amnesia (pérdida de memoria)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(23) Frecuentes evacuaciones (de vientre)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(47) Pérdida de conciencia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ⓢ		▶ Por favor continúe en la parte de atrás	

Para Mujeres:

- (48) Menstruación Dolorosa Si No
- (49) Menstruación irregular Si No
- (50) Excesiva hemorragia menstrual Si No
- (51) Continuos/frecuente vómitos durante el embarazo Si No
- (52) Inusual o abundante flujo vaginal Si No

Para Hombres:

- (53) Disfunción eréctil o eyaculatoria Si No

Las siguientes preguntas se refieren a sus dolencias.

Si sus dolencias no están presentes, por favor salte las siguientes preguntas y continúe en la número 64.

- (54) ¿Con qué frecuencia visitó al médico a causa de sus dolencias? ninguna 1-2 veces 3-6 veces 6-12 veces más de 12 veces
- (55) ¿El médico fue capaz de encontrar causas específicas a sus dolencias? Sí No
- (56) Cuando el médico le dijo a usted que no había causas identificables a sus dolencias, acepto esto sin más? Sí No
- (57) ¿Han afectado las dolencias severamente a su bienestar? Sí No
- (58) ¿Han afectado las dolencias a una gran extensión de sus actividades diarias (por ejemplo: familia, trabajo o actividades de ocio)? Sí No
- (59) ¿Tomó medicación a causa de sus dolencias? Sí No
- (60) ¿Ha tenido alguna vez ataques de pánico durante los cuales haya sentido ansiedad extrema y numerosas dolencias físicas, las cuáles desaparecieron minutos u horas después? Sí No
- (61) ¿Sus molestias aparecen únicamente durante los ataques de pánico (p. ej. los ataques de ansiedad)? Sí No
- (62) ¿Sus primeras molestias empezaron antes de la edad de 30 años? Sí No
- (63) ¿Hace cuánto tiempo que tiene estas dolencias? menos de 6 meses 6-12 meses 1-2 años más de 2 años
- (64) ¿Teme o está convencido de que tenga una enfermedad seria, aunque los médicos no hayan logrado encontrar una explicación satisfactoria a sus dolencias? Sí No
- (65) En caso afirmativo: ¿Ha durado esa creencia más de 6 meses? Sí No
- (66) ¿Le preocupa su sufrimiento? Sí No
- (67) En caso afirmativo: ¿Ha sido éste el caso durante los últimos 6 meses? Sí No
- (68) ¿Cree que tiene algún defecto en su aspecto, aunque otras personas no compartan esta opinión? Sí No

3. Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente (E.P.E.P.) (Lobo et al., 1984)

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD (SITUACIÓN) ACTUAL

****** ¡Hola!, ¿qué tal se encuentra? Soy el Dr./Dra.

Si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas sobre el motivo de su consulta médica/su estado de salud.

(Anotar brevemente las palabras espontáneas del paciente sobre su enfermedad/situación actual. A continuación, preguntarle con algún detalle, y hacer una breve reseña, sobre la enfermedad actual, somática o psíquica: síntomas, comienzo, evolución, etc.).

.....

****** ¿Ha tenido algún problema de salud, además de lo que hemos comentado, durante la ÚLTIMA SEMANA? ¿Algún dolor, indigestión, etc.? NO/SÍ.

(Si se piensa que ha sido un “caso” en las semanas anteriores pero por efecto del tratamiento o cualquier otro motivo ya no lo es, hacer las anotaciones pertinentes para el posible diagnóstico final de “caso no activo o en remisión”).

(Hacer una muy breve reseña. De cualquier modo, son obligatorias todavía las preguntas con ******).

.....

SÍNTOMAS SOMÁTICOS

LISTA DE SÍNTOMAS

(Los síntomas con asterisco (*) pueden emplearse como screening: 2+ de ellos sugieren la probabilidad de un trastorno de somatización).

(Marcar con una “X” los síntomas presentes)

Gastrointestinales:

- * **Vómitos (fuera del embarazo)**
- **Dolor abdominal (independiente de la menstruación)**
- **Náuseas**
- **Flatulencias**
- **Diarrea**
- **Intolerancia a diversos alimentos**

Dolor:

- * **Dolor en extremidades**
- **De espalda**
- **Articular**
- **Al orinar**
- **Otros (salvo cefaleas):**

De conversión o pseudoneurológicos:

- * **Amnesia**
- * **Dificultad para tragar**
- **Pérdida de la voz**
- **Sordera**
- **Visión doble**

- **Visión borrosa**
- **Ceguera**
- **Desmayo o inconsciencia**
- **Convulsión o ataque**
- **Problemas en la marcha**
- **Parálisis o debilidad muscular**
- **Retención o dificultad al orinar**

Dificultades sexuales la mayor parte de la vida.

Cardiopulmonares:

- * **Disnea sin esfuerzo**
- **Palpitaciones**
- **Dolor torácico**
- **Mareo**

En la mujer (la paciente cree que le ocurren con mayor frecuencia/ gravedad que en la mayoría de las mujeres):

- * **Menstruación dolorosa**
- **Periodos irregulares**
- **Sangrado excesivo**
- **Vómitos todo el embarazo**
- * **Quemazón en órganos sexuales o recto (fuera del coito)**
- **Indiferencia sexual**
- **Dolor en el coito**
- **Impotencia**

OTROS SÍNTOMAS

- Aparato Gastro-Intestinal
- Aparato Cardiopulmonar
- Neurológicos
- Aparato Sexual / reproductor
- Órganos de los sentidos
- Otros

N.º TOTAL DE LOS SÍNTOMAS ANTERIORES (Bruto) EP001

N.º DE LOS SÍNTOMAS (Valoración) EP002

(Sólo si se sospecha que los síntomas somáticos son influenciados por motivos psicológicos, continuar con las siguientes preguntas).

¿Empeoran o comienzan sus síntomas cuando está mal de ánimos o cuando tiene los nervios alterados?

Se incrementan por nervios EP003

¿Con qué frecuencia ha tenido estos síntomas?

..... horas al día días por semana.

Frecuencia EP004

¿Han sido muy intensos estos síntomas?

Intensidad EP005

Cuando está haciendo algo que habitualmente le gusta o le interesa, ¿todavía le molestan sus síntomas?

Independencia de distracciones EP006

¿Se ha visto afectada su vida familiar o profesional por este problema?

Incapacitante EP007

Y en total, ¿desde cuándo tiene estos síntomas?

..... semanas/meses/años Duración EP008

Y, ¿a qué atribuye Vd. estos síntomas?

0. A un trastorno psíquico o “de nervios”, exclusivamente.

1. Admite tener un trastorno psíquico, pero piensa que los síntomas actuales son somáticos.

2. Admite que sus síntomas se influyen por nervios, pero todavía los considera un problema somático.

3. Como en el caso anterior, pero además duda de que se influyen por nervios.

4. Total “atribución” a enfermedad somática.

Atribución EP009

GLOBAL, SÍNTOMAS SOMÁTICOS EP010

HIPOCONDRIASIS

**** ¿Está usted preocupado por su salud en este momento?**

SÍ/NO

y/o

**** ¿Se ha dado cuenta de que piensa mucho acerca de su salud, o acerca del funcionamiento de alguna parte de su cuerpo? SÍ/NO.**

(Continuar si hay sospecha de una excesiva preocupación)

¿Piensa Vd. que puede tener alguna grave enfermedad, como cáncer, o una enfermedad del corazón?

Miedo o creencia de tener una grave enfermedad..... EP011

(Aunque piense que la enfermedad no es grave)

¿Le sucede esto a pesar de que los médicos le aseguran que no hay motivo para preocuparse tanto?

No cree en las explicaciones médicas EP012

¿Está constantemente preocupado por esto? Para hacerme una idea, ¿cuánto tiempo cada día y en la ÚLTIMA SEMANA ha estado preocupado por este tema?

..... horas al día días por semana.

Frecuencia EP013

¿Ha podido quitarse de la cabeza esta preocupación cuando así lo ha decidido?

Preocupación obsesiva (Se puntúa también en obsesiones) EP014

¿Le ha afectado este problema a su vida?, ¿le impide tal vez hacer una vida normal?

Incapacitante EP015

¿Desde cuándo le sucede esto?

..... semanas/meses/años Duración EP016

GLOBAL, EXCESIVA PREOCUPACIÓN CON LAS

FUNCIONES DEL CUERPO EP017

(Se incluye en Parte II, “Objetiva”)

FATIGA

**** ¿Ha notado últimamente que se cansa con facilidad?**

SÍ/NO

y/o

**** ¿Le parece que le falta energía? SÍ/NO**

(Si las respuestas del paciente indican fatiga excesiva o letargia, continuar como sigue)

– 6 –

Refiriéndonos siempre a la ÚLTIMA SEMANA ¿ha sido muy intenso este cansancio?

Intensidad EP018

Y, ¿se encuentra así de cansado todo el tiempo?

..... horas al día días por semana.

Intensidad EP019

¿Se ha cansado incluso haciendo cosas en las que habitualmente disfruta, cosas que le gusta hacer?

Cansancio en actividades placenteras EP020

¿Se ha sentido demasiado cansado para realizar, incluso, las tareas que hace o le gustaría hacer normalmente?

Disminución de actividades por la fatiga EP021

Y, desde cuándo tiene Vd. esta fatiga?

..... semanas/meses/años Duración EP022

GLOBAL, FATIGA EP023

INSOMNIO

**** Me gustaría, ahora, preguntarle qué tal duerme.**

¿Ha tenido Vd. alguna dificultad para conciliar el sueño, o se despierta fácilmente, o duerme demasiado, en la ÚLTIMA SEMANA?

**** ¿Toma Vd. algún medicamento para dormir?**

(Tipo) 1.- NO 2.- SÍ EP024

(Si duerme bien, aunque tome hipnóticos, no se puntúa trastornos del sueño. Si, con éstos o sin ellos, hay sugerencia de insomnio —o hipersomnia—, continuar las preguntas)

Concretando un poco, ¿tiene dificultad para dormirse, para conciliar el sueño?

..... horas al día días por semana.

Insomnio inicial..... EP025

Y, después de dormirse, ¿tiene un sueño inquieto o tranquilo, se despierta a menudo o duerme de un tirón?

Ligeros/Moderados/Intensos problemas.....días por semana

Insomnio medio..... EP026

¿Se despierta quizás demasiado temprano por las mañanas, sin poder volver a conciliar el sueño?

..... horas de insomnio terminal días por semana. EP027

¿Cree Vd. que duerme demasiado tiempo, por la noche o a deshoras?

..... horas al día días por semana. Hipersomnia EP028

**Independientemente de las horas que duerme, se despierta
Vd. descansado, tiene un sueño reparador?**
Sueño no reparador EP029

**Y, ¿cuánto tiempo hace que tiene problemas para
dormir?**
..... días/semanas/meses Duración EP030

¿A qué atribuye Vd. sus dificultades para dormir?
.....

GLOBAL, TRASTORNOS DEL SUEÑO EP031

APETITO / PESO

**** ¿Qué tal se encuentra de apetito últimamente?
(ÚLTIMA SEMANA) ¿Mantiene su peso habitual?
(Si hay sugerencias de que ha perdido/ganado apetito y/o
peso, continuar como sigue).**

**¿Ha comido menos (más) de lo normal, por falta (exceso)
de apetito? ¿Ha tenido que forzarse para comer?**
Pérdida/Exceso de apetito..... EP032

¿Le ha sucedido esto cada día o sólo ocasionalmente?
..... Semanas/meses/años Frecuencia EP033

**¿Ha perdido (ganado) peso, a pesar de no estar a
régimen?**
..... Kg. en semanas/meses

Intensidad de pérdida/ganancia de peso EP034

**Y, ¿desde cuándo le sucede, cuándo comenzó a perder
(o ganar) el apetito?**
..... días/semanas/meses Duración EP035

IRRITABILIDAD

**** ¿Ha notado últimamente que se molesta, que se enfada
o irrita fácilmente con quienes le rodean?
(Si la respuesta del paciente indica irritabilidad, continuar
como sigue).**

**¿Cuántos días se ha sentido así de irritable en la ÚLTIMA
SEMANA?**
..... días Frecuencia EP036

**Y en esos días, ¿le ha durado la irritación sólo un momento
o se ha sentido así mucho tiempo?**
..... horas por día Persistencia EP037

**¿Hasta dónde a llegado su irritabilidad? ¿Se la ha guardado
para sí o ha llegado a gritar... o incluso más lejos?**
Intensidad EP038

Y esta situación, ¿le ha creado problemas con otras personas?
Problemas interpersonales..... EP039

¿Desde cuándo se siente así de irritable?
..... días/semanas/meses Duración EP040

GLOBAL IRRITABILIDAD EP041

CONCENTRACIÓN

**** Cambiando un poco de tema, ¿tiene Vd. dificultades para concentrarse, por ejemplo, para concentrarse en la T.V., para pensar en un problema o para tomar decisiones? O, simplemente, ¿se le va el santo al cielo? ¿Está en lo que está?**

(Si la respuesta indica pérdida de concentración, continuar como sigue)

¿Hasta qué punto han sido importantes en los últimos días estas dificultades para pensar o concentrarse?

Intensidad EP042

¿Ha tenido estas dificultades constantemente o sólo de vez en cuando?

..... horas al día días por semana.

Frecuencia EP043

¿Me puede decir si los problemas de concentración le han dificultado el hacer una vida normal?

Incapacitante EP044

Y, ¿desde cuándo le ocurre este problema?

..... días/semanas/meses Duración EP045

GLOBAL, FALTA DE CONCENTRACIÓN EP046

ESTADO DE ÁNIMO

**** Ahora me gustaría preguntarle, ¿cómo está de ánimos?**

¿Ha habido momentos en que se sienta bajo de ánimos o de moral, incluso triste y desgraciado?

y/o

**** ¿Tiene dificultades para disfrutar, para interesarse por las cosas?**

(Si la respuesta sugiere depresión, tristeza, desinterés, etc., continuar)

¿Hasta qué punto está bajo de ánimos y/o ha perdido el interés, en la ÚLTIMA SEMANA?

Bajo de ánimos EP047

Desinterés EP048

¿Le sucede esto sólo en algún momento o casi de continuo?

..... horas al día días por semana.

Frecuencia EP049

¿Puede reaccionar, salir de su estado, mejorar, si sucede algo agradable a su alrededor?

Ininfluenciable EP050

¿Piensa Vd. que su estado de ánimo se debe a algún problema?

Incomprensible EP051

¿Está todo el día igual o se encuentra mejor por la mañana, o por la tarde?

Mejoría vespertina EP052

¿Le ha dado la sensación de estar enlentecido, de que todo

va lento?	
Enlentecido	EP053
¿Ha podido realizar las tareas o actividades habituales con estos ánimos?	
Incapacitante	EP054
Y, ¿desde cuándo le sucede todo esto, desde cuándo está mal de ánimos?	
..... días/semanas/meses Duración	EP055
GLOBAL, DEPRESIÓN	EP056

PENSAMIENTOS DEPRESIVOS

(Si las respuestas anteriores sugieren un ánimo deprimido o similar, continuar con las siguientes preguntas)

Con este estado de ánimo, me pregunto si ha perdido la confianza en sí mismo. ¿Ha llegado a sentir que ha fracasado, o a sentirse inferior? ¿Le ocurre esto persistentemente?

Sentimientos de fracaso, inferioridad..... EP057

Yo no pienso que esto deba suceder, pero ¿ha llegado a reprocharse Vd. mismo por lo que está sucediendo, ha llegado a sentirse culpable?

Sentimientos de culpa

¿Y, cómo ve su futuro, cree que se puede solucionar su problema?

Desesperanza

¿Ha llegado a sentirse tan mal que pensase que ya no merece la pena continuar, que no merece la pena seguir luchando? (Sólo si es preciso, si no lo entiende, continuar, que no merece la pena vivir)

(En caso de gravedad, anotarlo

Pensamientos de muerte o suicidio

GLOBAL PENSAMIENTOS DEPRESIVOS

(Se incluye en Parte II, "Objetiva")

ANSIEDAD

**** ¿Se encuentra Vd. a veces ansioso, angustiado, nervioso o asustado, sin ninguna razón'?**

y/o

**** ¿Se preocupa mucho, demasiado, por las cosas? ¿Qué cosas le preocupan?**

(Anotar Sí/No 2+ cosas)

(Si las respuestas sugieren ansiedad y preocupación, continuar como sigue)

¿Hasta qué punto ha estado nervioso/ansioso/preocupado durante los últimos días (ÚLTIMA SEMANA)? ¿Lo podía soportar?

Intensidad de la ansiedad

¿Está continuamente nervioso/ansioso/angustiado/preocupado?

..... horas al día días por semana.
Frecuencia EP063

Y, ¿a qué atribuye su estado?

Motivos

Que sucedieron hace días/semanas/meses

Incomprensible EP064

¿Ha podido relajarse de alguna manera, con algún método que a Vd. le sea útil, como entretenerse con algo, y quedar tranquilo y sereno?

Incontrolable EP065

Esta dificultad para estar tranquilo y sereno, ¿le ha impedido hacer sus tareas o sus diversiones?

Incapacitable EP066

Y, ¿desde cuándo se encuentra así?

..... días/semanas/meses Duración EP067

¿Ha tenido alguno de estos síntomas coincidiendo con su estado de nerviosismo/intranquilidad/etc.? (Marcar con una "X"):

Tensión motora:

1. * **Temblores o sacudidas musculares**
2. **Tensión o dolores musculares**
3. **Inquietud motora**
4. **Se cansa fácilmente**

Hiperactividad autonómica:

5. * **Falta de aire para respirar (disnea)**
6. * **Palpitaciones/Taquicardia**
7. * **Manos sudorosas o frías**
8. **Boca seca**
9. * **Mareo/se le va la cabeza**
10. * **Naúseas/Diarrea/Molestias de abdomen**
11. * **Sofocaciones/Escalofríos**
12. **Frecuencia urinaria**
13. **Dificultades/Nudo al tragar**

Hipervigilancia:

14. **Sentirse en tensión**
15. **Sobresalto/Respuestas exageradas**
16. **Dificultad para concentrarse por la ansiedad**
17. **Dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo**
18. **Irritabilidad**

.....
19. * **Ahogos**

20. * **Despersonalización/Desrealización**

21. * **Calambres, adormecimientos (parestias)**

22. * **Dolor/Malestar precordial**

23. * **Miedo de morir**

24. * **Miedo de volverse loco o perder el control**

(Contar N.º DE SÍNTOMAS presentes del 1 al 18

—DSM G.A.—)	EP068
(Contar N.º DE SÍNTOMAS presentes con asterisco del 1 al 24 —DSM III P.D.—).....	EP069
SÍNTOMAS AUTONÓMICOS/VEGETATIVOS (Valoración) (Si las respuestas anteriores sugieren claramente ansiedad, continuar)	EP070

¿Ha tenido alguna CRISIS, con estos síntomas, EN LA ÚLTIMA SEMANA?

Crisis de pánico	EP071
En la crisis, ¿le vinieron de repente estos síntomas o aparecieron poco a poco? ¿En cuánto tiempo, en cuántos minutos aproximadamente?	EP072

1. NO
2. SÍ, de cuatro a diez minutos
3. SÍ, menos de cuatro minutos

¿Cuántas crisis ha tenido últimamente? (Sólo se puntúan aquí si entre una y otra ha habido una apreciable mejoría del nivel de ansiedad)

..... crisis este mes	por semana.
Frecuencia	EP073

¿Le ha quedado, tras alguna de estas crisis, un miedo persistente, pertinaz de que iba a volver a sucederle?

¿Durante cuánto tiempo?

.....semanas	
Miedo/Ansiedad anticipatoria	EP074

¿Ha tenido que dejar de hacer sus ocupaciones o las cosas que le gustan y divierten, a causa de la crisis?

Incapacitación por crisis	EP075
---------------------------------	-------

Y, ¿desde cuándo le suceden estas crisis?

..... semanas/meses/años Duración	EP076
---	-------

GLOBAL ANSIEDAD	EP077
-----------------------	-------

TRASTORNOS POR ESTRÉS

(Sólo si hay sugerencias de que la ansiedad, la depresión u otras emociones patológicas responden a un estrés concreto, pero de excepcionales proporciones, preguntar lo necesario para contestar:)

Estrés/problema concreto	
De proporciones	
Que sucedió hace	días/meses/semanas
Marcar con una “X” si hay:	
Ansiedad	Depresión
Otras	
(Especialmente tras un estrés excepcionalmente grave):	
“Shock” emocional	EP078
Repetidos y desagradables recuerdos del suceso	EP079
Repetidos y desagradables sueños/pesadillas	EP080
Embotamiento/Despego afectivo (como defensa)	EP081
Evitación del tema/estímulos	EP082
Otros	EP083

FOBIAS

(Sólo si ha habido crisis)

**** ¿A qué atribuye Vd. las crisis? ¿Le han sucedido en situaciones especiales? A algunas personas les sucede en lugares o situaciones donde creen que no pueden escapar, o donde creen que no van a tener ayuda. ¿Le ha sucedido esto a Vd.? Citar situación:**
Crisis de pánico precipitadas en situaciones fóbicas EP084
(Aunque no haya habido crisis)

**** Y, aunque no haya llegado a tener crisis, ¿hay situaciones que le ponen a Vd. muy nervioso o intranquilo, como sucede a algunas personas? Por ejemplo, citar como “screening”: Algún animal... las alturas... los espacios cerrados... o abiertos... que le miren u observen... las multitudes....**
(Seguir si hay sugerencias de fobias)

A.

La vista de ciertos animales, como las culebras, etc...

Ver sangre...

Las alturas, ascensores

Fobias simples (o específicas)..... EP085

B.

Comer o hablar enfrente de otras personas

Que le miren u observen

Fobias sociales EP086

C.

Estar lejos de casa (y espacios abiertos)

Estar en lugares con mucha gente (grandes almacenes, etc.)

Viajar en tren, etc.

Atravesar puentes, etc.

Agorafobias EP087

¿Le produce siempre nerviosismo, intranquilidad o miedo ponerse en una de estas circunstancias? (Insistir) ¿Nada más situarse en ellas?

Inmediata respuesta EP088

Cuando se pone Vd. nervioso en esa situación, ¿tiene alguno de los síntomas que antes hemos comentado?

(Recordarle los síntomas autonómicos de ansiedad que sea preciso)

(N.º aproximado.....) Síntomas autonómicos de ansiedad.... EP089

¿Se ve auténticamente forzado a evitar esas situaciones?

Evitación EP090

¿Le ha sucedido muy a menudo en los últimos días (ÚLTIMA SEMANA) ponerse nervioso o angustiado en estas situaciones o debido a ellas?

..... veces por día días por semana.

Frecuencia EP091

¿Se ha resentido su vida normal, sus actividades, sus relaciones con otras personas, a consecuencia de estos miedos/de este problema?

Incapacitación por fobias EP092

¿Piensa Vd. que es razonable, que es normal el nerviosismo/miedo que estas situaciones le producen?

Conciencia de enfermedad EP093

¿Desde cuándo tiene este problema?	
Duración	EP094
GLOBAL FOBIAS	EP095

FENÓMENOS OBSESIVOS

**** ¿Tiene Vd. pensamientos desagradables, o ideas o preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza?**

**** O ¿le sucede que tiene que repetir las cosas una y otra vez para asegurarse de que están bien hechas?**

**** O ¿le cuesta tomar decisiones?**

(Si hay sugerencias de obsesiones o compulsiones, continuar)

¿Trata de superar el problema (porque se da cuenta de que es un problema), trata de quitarse las ideas/imágenes de la cabeza/de no repetir las cosas cuando sabe que están bien hechas/de no tener que hacer ciertas cosas un número de veces sin un motivo justificado/de tomar más rápidamente sus decisiones, sin que pueda conseguirlo?

Obsesiones, intensidad EP096

Compulsiones, intensidad EP097

Dudas obsesivas, intensidad EP098

¿Qué le sucedería si no pensase constantemente en ese problema/...si no repitiese o realizase esas acciones/... si decidiese rápidamente?...¿Se pondría muy nervioso o alterado?

..... Nervioso si bloquea sus síntomas EP099

¿Pasa mucho tiempo cada día ocupado en este problema?

Para hacerme idea, ¿con qué frecuencia le sucede?

..... horas al día días por semana.

Frecuencia EP100

¿Le impide de alguna manera este problema, cumplir con sus obligaciones, o hacer las cosas que le gustaría hacer?

Incapacitante EP101

Y ¿desde cuándo ha tenido este problema?

..... días/semanas/meses Duración EP102

GLOBAL OBSESIONES Y COMPULSIONES EP103

DESPERSONALIZACIÓN

**** ¿Tiene alguna vez la sensación de no estar realmente donde está, o de que todo lo que le rodea es irreal?**

(Continuar si las respuestas sugieren una posible despersonalización / desrealización)

¿Le ha sucedido en la ÚLTIMA SEMANA? ¿Me puede describir esa sensación? ¿Es muy intensa?

Despersonalización, desrealización EP104

Cuando le sucede, ¿le dura mucho tiempo?, ¿le ocurre con mucha frecuencia?

..... horas al día días por semana.
 Frecuencia EP105
Y, ¿le ha afectado mucho este problema, le ha impedido hacer una vida normal?
 Incapacitante EP106
¿Desde cuándo tiene este problema?
 Duración EP107
 GLOBAL DESPERSONALIZACIÓN EP108

TOTALES, FENÓMENOS “SUBJETIVOS”

Sólo si se va a sumar manualmente los puntajes “Totales”, anotar a continuación los puntajes globales de:

Síntomas somáticos
Fatiga
Insomnio
Irritabilidad
Concentración
Depresión
Ansiedad
Obsesiones
Fobias
Despersonalización

PUNTAJE TOTAL FENÓMENOS “SUBJETIVOS”... EP109

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

**** ¿Bebe Vd. algo de alcohol, en las comidas o fuera de ellas? SÍ/NO**

(En caso de respuesta afirmativa, proseguir)

¿Bebe algo en el almuerzo?: vasos/litros
¿Cuánto vino/cerveza, etc. bebe en la comida?: vasos/litros
¿Y en la merienda?: vasos/litros
¿Y en la cena?: vasos/litros
¿Llega a beber a primera hora de la mañana (desayuno)?:

..... vasos/copas/litros

Y con los amigos/alternando/fuera de las comidas, cuánto bebe?:

..... vasos/litros de

..... copas/litros de

CANTIDAD TOTAL DE VINO / CERVEZA, ETC., CONSUMIDO A DIARIO:

.....

¿Y los fines de semana o en ocasiones especiales, bebe algo más?:

..... copas/vasos/litros de

SUGERENCIAS/PROBABILIDAD/CERTEZA DE EMBRIAGUEZ REPETIDA

TOTAL CALCULADO DE CC. ALCOHOL/DÍA

¿Desde cuándo tiene estos hábitos de bebida? meses/años

¿Qué tal se ha sentido al dejar de beber algún día o alguna temporada?

Marcar con “X” los síntomas de abstinencia que haya:

Bebedor matutino

Nerviosismo

Insomnio

Depresión

Síntomas autonómicos

Otros:

¿Tiene por las mañanas náuseas, incluso vómitos? SÍ/NO

¿Y temblores? SÍ/NO

¿O alguna otra molestia? SÍ/NO

¿Se le pasan estos síntomas con un trago? SÍ/NO

¿Le ha recomendado alguien que deje de beber? SÍ/NO

Especificar por qué:

¿Ha llegado a tener algún (otro) problema por motivo de la bebida?

(Concretar dependiendo de las respuestas)

Problemas familiares

Problemas laborales

Problemas de tráfico o legales

(En caso de sugerencias de problemas en relación con el alcohol, describir con brevedad cualquier otro dato que facilite el diagnóstico de síndrome de dependencia, etc., y contestar las preguntas que siguen)

Frecuencia /cantidad	EP110
Compulsión.....	EP111
S. abstinencia	EP112
Duración	EP113
Complicaciones médicas	EP114
Complicaciones sociales	EP115
Deterioro personalidad	EP116
1. NO	
2. SI HAY TRANSTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL	
.....	EP117

¿Fuma Vd.? SÍ/NO

(En caso de sugerencia de consumo de tabaco, preguntar lo necesario y describir con brevedad los datos que faciliten el diagnóstico de Síndrome de dependencia, etc., y contestar las preguntas que siguen).

Frecuencia /Cantidad.....	EP118
Compulsión.....	EP119
S. abstinencia	EP120
Duración	EP121
Complicaciones médicas	EP122
Complicaciones sociales	EP123
Deterioro personalidad	EP124
1. NO	
2. SI HAY TRANSTORNOS POR CONSUMO DE TABACO	
.....	EP125

**** ¿Toma algún MEDICAMENTO que no le recete el médico? ¿Aspirinas o algún calmante, por ejemplo? SÍ/NO**

**** ¿O cualquier otro producto? (Emplear incluso la palabra droga si fuese necesario)**

SÍ/NO Especificar

(En caso de sugerencias de problemas en relación con esta droga o medicamento, describir con brevedad los datos que faciliten el diagnóstico de Síndrome de dependencia, etc. Y contestar las preguntas que siguen)

Frecuencia / cantidad	EP126
-----------------------------	-------

Compulsión.....	EP127
S. abstinencia	EP128
Duración	EP129
Complicaciones médicas	EP130
Complicaciones sociales	EP131
Deterioro personalidad	EP132

1. NO

2. SI HAY TRANSTORNO POR USO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS (Distintos de tabaco y alcohol)

..... EP133

Tipo de droga (ver clave ICD) EP134

FUNCIONES SUPERIORES

ALTERACIONES INTELECTUALES (MEC Subtotal/total) EP135

Incapacitante EP136

Duración EP137

**** ¿Se acuerda de las cosas, tiene alguna dificultad con
su memoria?**

Por ejemplo, ¿se acuerda de...?

ORIENTACIÓN

**Puede decirme, por favor, ¿qué día es hoy? (continuar
con el resto de ítems)**

Día Fecha Mes Estación Año (5)

Hospital Planta Ciudad Provincia Nación (5)

FIJACIÓN

Ahora, por favor, le voy a pedir que repita estas

3 palabras:

Pelota Caballo Manzana

Repetirlas hasta que las aprenda y contar los intentos, n.º (3)

**Acuérdese de ellas, porque se las preguntaré dentro de
un rato.**

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

**Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas
le van quedando?**

27 24 21 18 15 (5)

MEMORIA

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?

Pelota Caballo Manzana (3)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo o lápiz: **¿Qué es esto?**

Repetirlo con el reloj: **¿Qué es esto?** (2)

Repita esta frase: “En un trigal había cinco perros” (1)

**Coja este papel con la mano derecha , dóblelo
por la mitad y póngalo en el suelo/mesa (3)**

Lea esto y haga lo que dice:

CIERRE LOS OJOS (1)

Escriba una frase (algo que tenga sentido):

..... (1)

Copie este dibujo: (1)

PUNTUACIÓN TOTAL () EP138

PUNTUACIÓN TOTAL CORREGIDA (30) EP139

NIVEL DE CONCIENCIA

1. Alerta

2. Obnubilación

3. Estupor

4. Coma

JUICIO

Competencia del entrevistado para completar el MEC

0. No hubo problemas en la administración.

1. El entrevistado es analfabeto.

2. El entrevistado tiene algún problema físico que le impide el cumplimiento del MEC.

3. El entrevistado está demasiado demenciado como para completar el MEC.

4. Circunstancias sociales impiden la administración.

5. Se interrumpe la entrevista sin poder completar el test.

Número de puntos ausentes del MEC (preguntas codificadas como 8 ó 9)

OTROS

**** ¿Ha habido en los últimos días algún otro problema que no hayamos comentado o que le deba preguntar?**

**** ¿Se lleva bien con todos o tiene algún problema con otras personas?**

(Si se sugiere que pueda haber ideas sobrevaloradas o fenómenos delirantes, pero sólo entonces, preguntar con más detalle y hacer una breve anotación.)

Fenómenos delirantes, ideas sobrevaloradas:

Intensidad EP140

Frecuencia EP141

Persistencia EP142

Incapacitante EP143

Duración EP144

GLOBAL DELIRIOS EP145

**** ¿Ha tenido alguna experiencia especial de algún tipo?**

(Si se sugiere que pueda haber fenómenos ilusorios o alucinaciones, pero sólo entonces, preguntar con más detalle y hacer una breve anotación)

Fenómenos ilusorios, alucinatorios:

Intensidad EP146

Frecuencia EP147

Persistencia EP148

Incapacitante EP149

Duración EP150

GLOBAL ALUCINACIONES EP151

FENÓMENOS OBSERVADOS (OTROS)

LENTO (PSICOMOTRIZ) (O falta de espontaneidad) EP152

SUSPICAZ EP153

HISTRIÓNICO EP154

DEPRIMIDO EP155

ANSIOSO/ANGUSTIADO (o tenso) EP156

EUFÓRICO EP157

APLANADO/INCOHERENTE EP158

Para calcular el puntaje Total de la sección de fenómenos

“observados”, anotar además los siete últimos ítems, los puntajes son:

Delirios

Alucinaciones

Deterioro intelectual
Hipocondriasis (en la 1.ª parte)
(Excesiva preocupación por funciones corporales)
Pensamientos depresivos (en la primera parte)

PUNTAJE TOTAL FENÓMENOS “OBJETIVOS” ... EP159

ANTECEDENTES MÉDICOS

**** A continuación, si no le importa, le preguntaré por algunos antecedentes.**

**** ¿Ha tenido alguna enfermedad anteriormente, algún tratamiento médico, operación o accidente importante?**

(Breve descripción)

.....
.....
.....

GLOBAL ANTECEDENTES MÉDICOS

(1.-NO, 2.-SÍ, leve, 3.-SÍ, grave) EP160

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

¿Y problemas de nervios, ha tenido alguno con anterioridad, ha estado en tratamiento?

(preguntar lo suficiente para contestar: 1.-NO, 2.-SÍ)

.....(n.º) episodios sugerentes de **depresión** que SÍ/NO
necesitaron tratamiento con psicotropos (tipo
.....) con intervención
de médico de cabecera/especialista/psiquiatra, CON/SIN
recuperación entre episodios.

Depresión endógena EP161

Episodios sugerentes de Neurosis (incluye Depresión
no endógena) EP162

..... (n.º) episodios sugerentes de (incluye **Trastornos
somatoformes**)

..... que SÍ/NO
necesitaron tratamiento con psicotropos (tipo.....
.....) con intervención de médico de
cabecera/especialista/psiquiatra, CON/SIN recuperación entre
episodios.

Trastornos somatoformes EP163

Otros episodios sugerentes de psicosis EP164

Otros. Especificar EP165

..... N.º hospitalizaciones psiquiátricas
(médicas por motivos psiquiátricos) EP166

GLOBAL ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

(1.-NO, 2.-SÍ, leve, 3.-SÍ, grave) EP167

ANTECEDENTES FAMILIARES

**** ¿Tuvieron sus padres, u otros familiares, alguna enfermedad, que Vd. sepa? ¿Ha habido problemas de nervios en sus familiares? ¿Alguna depresión o cualquier otro problema?**

(Hacer las preguntas necesarias para contestar simplemente:

1.-NO, 2.-SÍ)

Sugerencias de demencia degenerativa/vascular	EP168
Psicosis no orgánicas	EP169
Depresiones “endógenas”	EP170
Neurosis (incluye depresiva)	EP171
Alcoholismo	EP172
Personalidad anormal	EP173
Oligofrenia	EP174
Trastornos somatoformes	EP175
Otros	EP176
GLOBAL, antec. psiq. Familiares (1.-NO, 2.-SÍ, leve, 3.-SÍ, grave).....	EP177

PSICOBIOGRAFÍA Y ÁREA SOCIOFAMILIAR

(Ampliar las preguntas como sea necesario para contestar 1.-NO, 2.-SÍ a las respuestas que siguen)

**** Me gustaría, a continuación, hacerle alguna pregunta sobre su niñez y su vida anterior. Por ejemplo, ¿tuvo algún problema, que Vd. sepa, durante el embarazo de su madre, o al nacer? ¿Tardó mucho tiempo en empezar a andar, hablar, etc?**

Problemas perinatales	EP178
-----------------------------	-------

**** Y, ¿tuvo alguna otra dificultad en su niñez? ¿Estuvo, por casualidad, separado de sus padres por alguna razón?**

Carencias afectivas en la niñez	EP179
---------------------------------------	-------

**** ¿Tuvo problemas, como hacerse pis en la cama... coger pataletas... chuparse el dedo o morderse las uñas...?**

“Síntomas neuróticos de la niñez”	EP180
---	-------

**** ¿Algún otro problema? (Niño “difícil”, “mimado”, “bueno”, etc.)**

Otros	EP181
-------------	-------

(En los ítems que siguen, hacer las preguntas necesarias para contestar si hay o no problemas actualmente —y la duración de los mismos— en los siguientes apartados de problemática social. Las preguntas con ** serían obligatorias y el mínimo necesario. La codificación se explica en el glosario.)

**** Y en el Colegio/Escuela (Universidad), ¿qué tal le fue?**

Problemas “educacionales”	EP182
---------------------------------	-------

Duración en meses	EP183
-------------------------	-------

**** ¿A qué se ha dedicado profesionalmente? ¿Está**

satisfecho/a con su trabajo?

Problemas laborales	EP184
Duración en meses	EP185

**** ¿Tiene algún problema económico?**

Problemas económicos	EP186
Duración en meses	EP187

**** Y en su vida familiar y/o afectiva, ¿qué tal le van las cosas?**

Problemas con la pareja	EP188
Duración en meses	EP189
Problemas padre-hijo	EP190
Duración en meses	EP191
Problemas con otros miembros de la familia	EP192
Duración en meses	EP193
Problemas interpersonales fuera de la familia	EP194
Duración en meses	EP195

¿Tiene algún problema en sus relaciones íntimas (sexuales)?

(Preguntar con tacto y hacer breve descripción que permita diagnóstico)

Problemas sexuales	EP196
Duración en meses	EP197

**** ¿Tiene algún otro problema en su vida, algo que no hayamos comentado hasta ahora?**

Problemas de vivienda	EP198
Duración en meses	EP199
Problemas legales	EP200
Duración en meses	EP201
Problemas ambientales para la salud psíquica	EP202
Duración en meses	EP203
Creencias personales que puedan ser peligrosas para la salud	EP204
Duración en meses	EP205
Otras (especificar)	EP206
Duración en meses	EP207
GLOBAL, PROBLEMÁTICA SOCIAL.....	EP208

CARENCIA DE SOPORTES SOCIALES**** ¿Se encuentra Vd. apoyado cuando tiene****problemas? ¿Qué me dice, por ejemplo, de su pareja?**

CSS. de la pareja	EP209
Duración en meses	EP210
CSS. de padres-hijos	EP211
Duración en meses	EP212
CSS. de otros familiares	EP213
Duración en meses	EP214
CSS. de otras personas (amigos, vecinos, etc...)	EP215
Duración en meses	EP216
Buena vivienda	EP217
Duración en meses	EP218

Buena situación económica	EP219
Duración en meses	EP220
Buena situación laboral	EP221
Duración en meses	EP222
“Ventajas” educativas	EP223
Duración en meses	EP224
“Ventajas” legales	EP225
Duración en meses	EP226
– 35 –	
Factores ambientales que puedan ser beneficiosos para la salud	
Duración en meses	EP227
Duración en meses	EP228
Creencias personales que puedan ser ventajosas para la salud	
Duración en meses	EP229
Duración en meses	EP230
Otros. Especificar	EP231
Duración en meses	EP232
GLOBAL CARENCIA SOPORTE SOCIAL	EP233

PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

(Tener en cuenta que los ejemplos o descripciones que el paciente haga suelen ser mas favorables que las respuestas a preguntas cerradas)

**** Ya se que es difícil hablar de sí mismo, pero me gustaría tener una idea de cómo es Vd. normalmente, antes de sentirse mal/de ponerse enfermo. De lo que Vd. piensa y lo que dicen de Vd. sus familiares o sus conocidos. ¿Destaca por algún motivo? Fíjese que no me refiero precisamente a ahora, sino a cómo era Vd. habitualmente, antes de ponerse malo (Insistir en esto todo lo que sea necesario especialmente si está sintomático)**

(Breve descripción, ayudándole, si es preciso, con preguntas como las siguientes: ¿Qué carácter dicen que tiene Vd.? ¿Cómo se lleva con otras personas? ¿Cómo son sus costumbres? ¿Qué es lo que más le interesa en esta vida? ¿Tiene alguna afición?)

(Hacer de todos modos, las siguientes preguntas concretas)

**** Quería preguntarle, en concreto, ¿cree Vd. que siempre se ha preocupado demasiado por las cosas?**

Preocupadizo EP234

**** ¿Ha tendido siempre a perder el sueño ante cualquier pequeño disgusto o contrariedad?**

Vulnerabilidad al estrés EP235

**** ¿Se le hieren fácilmente sus sentimientos? EP236**

.....

“Caso” en remisión EP248

Diagnóstico de relación “psico-somática” (Goldberg) .. EP249

Actualmente:

(decidir una de las cuatro posibilidades siguientes y rodear el código con un círculo)

0. No tiene trastorno, ni somático ni psiquiátrico.
1. Trastorno somático con trastorno psíquico secundario.
2. Trastorno somático + trastorno psiquiátrico, ambos independientes.
3. Trastorno psiquiátrico “somatizado” (Tiene que cumplir los cuatro criterios siguientes):
 - Consulta por síntomas somáticos.
 - Atribuye todos los problemas a una enfermedad somática o piensa que los síntomas en sí constituyen el problema.
 - Hay un trastorno psiquiátrico diagnosticable (ICD-10, DSMIII o “Del proyecto”).
 - El tratamiento del trastorno psíquico aliviaría o eliminaría los síntomas somáticos.
4. Trastorno psiquiátrico exclusivamente.

Diagnóstico del “estudio / proyecto”

1. EP250

2. EP251

Diagnóstico ICD-10

1. EP252

2. EP253

Diagnóstico DSM-IV. Eje I

1. EP254

2. EP255

Eje II

1. EP256

2. EP257

Eje IV EP258

Eje V EP259

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO RECOMENDABLE..... EP260

0. Ninguno.
1. M.G., sólo psicoterapia básica.
2. M.G. + Ansiolíticos.
3. M.G. + Antidepresivos (y tratamiento suplementario).
4. M.G. + Otros psicotropos.
5. M.G. + Asistente Social.
6. Psiquiat./Psicol. + Medicación/Tratamiento biológico imprescindible.
7. Psiquiat./Psicol. + Medicación + Asistente Social.
8. Psiquiat./Psicol. Medicación no imprescindible. (Psicoterapia especializada).
9. Psiquiat./Psicol. + Asistente Social.

- 41 -

DELIRIUM RATING SCALE II (DRS-II):

PUNTUACIÓN DE GRAVEDAD: EP261

PUNTUACIÓN TOTAL: EP262

Ítem de gravedad:

Ciclo sueño-vigilia: 0 1 2 3 EP263

Siestas 1. SÍ 2. NO EP264

Sólo alteración nocturna 1. SÍ 2. NO EP265

Inversión noche-día 1. SÍ 2. NO EP266
Alteraciones de la percepción: 0 1 2 3 EP267
Tipo sensorial de ilusión o alucinación:
Auditiva 1. SÍ 2. NO EP268
Visual 1. SÍ 2. NO EP269
Olfatoria 1. SÍ 2. NO EP270
Táctil 1. SÍ 2. NO EP271
Forma de la ilusión o alucinación:
Simple 1. SÍ 2. NO EP272
Compleja 1. SÍ 2. NO EP273
Delirios: 0 1 2 3 EP274
Tipo de delirio:
Persecución 1. SÍ 2. NO EP275
Grandiosidad 1. SÍ 2. NO EP276
Somático 1. SÍ 2. NO EP277
Forma:
Poco sistematizado 1. SÍ 2. NO EP278
Estructurado 1. SÍ 2. NO EP279
Labilidad afectiva: 0 1 2 3 EP280
Tipo:
Ira 1. SÍ 2. NO EP281
Ansiedad 1. SÍ 2. NO EP282
Tristeza-disforia 1. SÍ 2. NO EP283
Hipertimia 1. SÍ 2. NO EP284
Irritabilidad 1. SÍ 2. NO EP285
– 42 –
Lenguaje: 0 1 2 3 EP286
Intubado, mutismo, etc. 1. SÍ 2. NO EP287
Curso del pensamiento: 0 1 2 3 EP288
Intubado, mutismo, etc. 1. SÍ 2. NO EP289
Agitación motora: 0 1 2 3 EP290
En contención 1. SÍ 2. NO EP291
Tipo de contención: EP292
Retardo psicomotor: 0 1 2 3 EP293
En contención 1. SÍ 2. NO EP294
Orientación: 0 1 2 3 EP295
Fecha: EP296
Lugar: EP297
Persona: EP298
Atención: 0 1 2 3 EP299
Memoria a corto plazo: 0 1 2 3 EP300
Número de ensayos hasta memorizar los ítems: EP301
Capaz de recordar con ayuda 1. SÍ 2. NO EP302
Memoria a largo plazo: 0 1 2 3 EP303
Capaz de recordar con ayuda 1. SÍ 2. NO EP304
Capacidad visoespacial: 0 1 2 3 EP305
Incapaz de utilizar las manos 1. SÍ 2. NO EP306
Ítem de diagnóstico:
Forma de inicio de los síntomas 0 1 2 3 EP307
Los síntomas pueden pertenecer a otra psicopatología:
1. SÍ 2. NO EP308
Fluctuación de la severidad de los síntomas 0 1 2 EP309
Hay síntomas que sólo aparecen durante la noche:
1. SÍ 2. NO EP310
Patología médica 0 1 2 EP311

Enfermedades implicadas:

– 43 –

– 44 –

N ° Encuestado /Fecha/Entrevistador.....

3.1. GLOSARIO DE DEFINICIONES Y PUNTUACIÓN. Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente (E.P.E.P).

INTRODUCCIÓN

Las preguntas marcadas con dos asteriscos son llamadas obligatorias, porque se pasan a todos los pacientes. Cuando existe una respuesta positiva a ellas, el entrevistador deberá plantear las preguntas que están debajo de la línea.

Cuando la respuesta a las preguntas obligatorias es dudosa o equívoca, el entrevistador debe comprobar que el síntoma en cuestión ha estado presente o ausente durante la última semana. Si la respuesta es definitivamente negativa se deberá seguir con la sección siguiente.

Para cada síntoma, el entrevistador debe dirigir las preguntas para que queden claros los siguientes tres puntos, necesarios para clasificar al paciente en el lugar apropiado de la escala de cinco puntos:

- 1.- ¿Está presente el síntoma (según es definido en la entrevista)?
- 2.- Si lo está, ¿está presente constantemente o frecuentemente en la última semana, o bien solo ocasionalmente? (Si ocurre una sola vez se cuenta como “ocasionalmente”).
- 3.- ¿Qué grado de perturbación ha ocasionado el síntoma al paciente en la pasada semana? En términos generales el entrevistador debe decidir entre tres grados de **Intensidad**:

- Extrema.
- Significativa.
- Grados inferiores a significativo (este término debe ser empleado en sentido clínico, no estadístico).

Para clasificarlo como “severo” el entrevistador no debe tener en mente el grado más extremo de ese síntoma o anomalía que él pueda imaginar, sino más bien debería relacionar el ítem con el individuo concreto que está siendo estudiado. La palabra extremo no debe ser tomada literalmente incluso en el contexto individual: debe ser entendida como “una gran intensidad para esta persona particular”, más bien que el ejemplo más extremo de este síntoma o anomalía que el entrevistador haya encontrado.

ORIENTACIONES PARA EL USO DE LA ESCALA DE CINCO PUNTOS

En la exploración de fenómenos subjetivos, el entrevistador intentará hacer una clasificación basada en el relato del paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad de cualquier síntoma durante la última semana.

Naturalmente, la veracidad y exactitud de esta información variará según la inteligencia, personalidad y condición clínica del paciente. En interés de la fiabilidad, el entrevistador procurará introducir el mínimo posible de interpretaciones propias a la hora de hacer esta clasificación. Se preferirá basar la clasificación en lo que se relata actualmente, mejor que en los juicios del entrevistador sobre lo que el paciente ha experimentado. Así, las quejas sobre síntomas somáticos no deben ser infravaloradas porque el paciente sea catalogado como hipocondríaco. Esencialmente la tarea del entrevistador en este apartado (fenómenos subjetivos) es intentar cuantificar los

síntomas del paciente en los términos de las tres cuestiones ya mencionadas anteriormente, derivadas de sus últimas experiencias relatadas.

Si el entrevistador piensa que el enfermo exagera sistemáticamente los síntomas de un modo histriónico deberá tomar lo que ha sido dicho en su justo valor, pero además clasificarlo en un grado patológico para el ítem histriónico incluido dentro de los fenómenos objetivos.

En el caso de psicosis, deterioro orgánico o psicopatía, la clasificación de los síntomas reseñados puede ser muy poco digna de confianza; en estos casos el entrevistador puede verse forzado en mayor o menor grado a dar sus propias interpretaciones. En tales casos el apartado de fenómenos objetivos tendrá un papel mucho más importante de cara al diagnóstico y al total enjuiciamiento acerca de la severidad de la patología.

En cuanto al apartado de fenómenos objetivos, el entrevistador juega un papel más activo, ya que usa su criterio clínico para calificar al paciente en cada ítem particular.

GENERALIDADES SOBRE LA PUNTUACIÓN 0 – 4

- 0: El síntoma está ausente.
 - 1: El síntoma es un rasgo habitual no problemático para el paciente. No le consideramos “caso”.
 - 2: Síntoma leve y no constata, pero puede considerarse ya patológico.
 - 3: El síntoma es ligero y constante o severo y ocasional.
 - 4: El síntoma es intenso y frecuente.
- Además, podemos emplear las siguientes puntuaciones:
- 8: El entrevistador no está convencido de que el síntoma no ha estado presente la última semana, a pesar de haber preguntado adecuadamente. Por tanto, el síntoma no puede ser excluido.
 - 9: No se puede puntuar el síntoma, bien porque no se ha formulado la pregunta o porque la respuesta ha sido inadecuada o inexistente.

SECCIÓN SÍNTOMAS SOMÁTICOS

El entrevistador puede incluir aquí cualquier síntoma que en su opinión sea parcial o globalmente de naturaleza psicógena. Se debe incluir los síntomas que son mantenidos o prolongados por factores psicológicos, así como los que son primariamente psicógenos. Debe intentarse esclarecer la relación temporal de los síntomas somáticos con situaciones ambientales o sociales de stress.

En la práctica, estos síntomas estarán implicados principalmente con las correlaciones somáticas de ansiedad y depresión así como con el contenido de quejas hipocondríacas.

No deben ser puntuados los síntomas explicables por causa orgánica y aquellos otros para los que no haya evidencia en un sentido u otro.

Número de los síntomas:

- 0: Ausente. No existen síntomas en respuestas obligatorias.
- 1: Molestias habituales que no son del todo convincentes de que sean de origen psicológico.
- 2: Tres o menos síntomas.

- 3: De cuatro a nueve síntomas.
- 4: Diez o más.

Se incrementan por nervios:

- 0: En absoluto.
- 1: Sí, pero en grado mínimo, no más de lo habitual.
- 2: Admite que eso ocurre más de lo normal, aunque sólo ocasionalmente.
- 3: Moderado incremento.
- 4: Ocurre de forma extrema o severa.

Frecuencia:

- 0: Ausente.
- 1: No más de 1 hora, no más de 1 día.
- 2: Infrecuente. Los síntomas están presentes en algún momento del día (hasta 3 horas) o de la semana (hasta 3 días).
- 3: Claramente los síntomas se presentan varias horas al día, varios días por semana (hasta 3 horas durante 4 o más días; más de 3 horas durante menos de 4 días aunque más de 1 día).
- 4: Los síntomas se presentan más de 3 horas durante 4 o más días.

Intensidad:

- De forma orientativa, si existe una causa real de molestia, aunque esta sea desproporcionada y esté condicionada psicológicamente, concederemos un punto menos a la impresión del paciente.

- 0: Ausencia de síntomas.
- 1: Molestias habituales mínimas, que no causan malestar suficiente.
- 2: Las molestias causan trastorno suficiente, de ligera intensidad.
- 3: Las molestias causan trastorno de moderada intensidad.
- 4: Las molestias causan trastorno de severa o extrema intensidad.

Independencia de distracciones:

- 0: Los síntomas no se manifiestan en tales circunstancias.
- 1: Los síntomas desaparecen siempre con mínimo esfuerzo.
- 2: Se puede conseguir que con distracciones desaparezcan los síntomas, en bastantes ocasiones aunque no siempre.
- 3: El paciente debe realizar un esfuerzo notable y sólo ocasionalmente consigue que desaparezcan los síntomas.
- 4: Los síntomas no ceden en absoluto, incluso con las actividades más placenteras ni con el máximo esfuerzo por parte del paciente.

Incapacitante:

- 0: No, en absoluto.
- 1: Hay duda de que haya algún grado de incapacidad, aunque mínimo.
- 2: Claramente existe una incapacidad para las tareas habituales aunque de forma infrecuente y no intensa.
- 3: La incapacidad es intensa pero ocasional, o por el contrario, ligero pero frecuente.

4: El grado de incapacidad es intenso y persistente.

Duración:

0: Ausente.

1: Sólo desde hace 1 ó 2 días.

2: Desde hace 1 mes o menos.

3: Desde hace más de 1 mes, pero menos de 6 meses.

4: Desde hace más de 6 meses.

Atribución:

0: Experimenta síntomas somáticos pero los atribuye total y exclusivamente a un trastorno de nervios.

1: Admite un trastorno psíquico que incluso sugiere que éste pueda influir en los síntomas somáticos y duda o no llega a manifestar como en el puntaje 2, que los síntomas sean un problema primordialmente somático.

■ 2: Aunque el paciente admita influencias psíquicas, para el enfermo el problema es fundamentalmente somático. La diferencia entre 1 y 2 estriba precisamente en esto: sólo si el enfermo atribuye el problema primordialmente a un trastorno somático, hablaremos de somatización.

3: Lo considera somático y duda que se influya por los nervios.

4: Total atribución a enfermedad somática.

Global síntomas somáticos:

0: Ausente. Las respuestas ante preguntas obligatorias son negativas.

1: Leve. Los síntomas son mínimos y no han causado malestar suficiente.

2: Moderado. Los síntomas ocasionales sí han causado malestar suficiente.

3: Intenso. Síntomas frecuentes y molestos o síntomas ocasionales y muy intensos.

4: Muy intenso. Los síntomas han sido frecuentes y muy intensos.

HIPOCONDRIASIS

Debe ponerse en relación con es estado de salud del paciente. Se incluyen aquí la convicción del paciente de tener una enfermedad imaginaria, la preocupación excesiva por pequeñas molestias... Si hay enfermedad física, no debe darse un puntaje patológico, a menos que se compruebe que la implicación que hace el paciente es desproporcionada. Si hay duda, debe puntuarse con un 1. Un paciente que se afecta exclusivamente por un síntoma, que a su vez es de origen psicológico, deberá puntuarse aquí y en la sección de síntomas somáticos.

Miedo o creencia de tener una enfermedad:

0: No, en absoluto.

1: Hay dudas, pero éstas son mínimas.

2: Existe una sospecha razonable.

3: Claramente hay creencia de que eso suceda.

4: Hay una total convicción.

No cree las explicaciones médicas:

0: Las cree.

1: Duda de ellas.

2: Hay una sospecha y una desconfianza.

3: Además de lo anterior, el paciente rebate o discute con el médico aunque parcialmente se quede conforme.

4: El paciente es totalmente impenetrable a las explicaciones; existe una sola convicción.

Frecuencia:

0: Ausente.

■ 1: Es dudoso que esté más preocupado de lo habitual, no durando más de una hora, ni más de un día los citados síntomas.

2: Hay una clara preocupación, aunque de forma ocasional (hasta 3 horas al día y/o menos de 4 días por semana).

■ 3: El paciente está preocupado hasta 3 horas por día y durante 4 días o más por semana, o bien más de 3 horas por día pero menos de 4 días por semana.

4: Los mismo durante más de 3 horas y más de 4 días por semana.

Preocupación obsesiva:

0: No existe.

1: Es dudoso que sea más de lo habitual; si existe preocupación es mínima.

2: Está claramente preocupado, más de lo normal, aunque de leve intensidad.

3: El paciente está notablemente preocupado.

4: Está totalmente obsesionado.

Incapacitante:

0: No existe incapacidad alguna.

1: Existe el problema pero hay dudas de que le impida hacer una vida prácticamente normal.

2: Este problema afecta la vida del paciente aunque de forma infrecuente y no muy intensa.

3: Hay una intensa incapacidad, pero de forma ocasional, o bien la incapacidad es leve pero frecuente.

■ 4: Hay una intensa incapacidad (se altera la vida familiar, hay un bajón en el rendimiento profesional) que además es frecuente.

■

■ **Duración:**

0: No le ha ocurrido al paciente.

1: Le viene sucediendo desde hace solamente uno o dos días.

2: Desde un mes o menos.

3: Desde más de un mes pero menos de 6 meses.

4: Desde más de 6 meses.

Global:

0: Ausente. No hay alteración o bien la preocupación está adecuadamente sustentada.

1: Leve. El paciente está preocupado pero no molesto o existe duda en el entrevistador.

■ 2: Moderado. Existe una leve preocupación patológica secundaria o estados de ansiedad/depresión u otros síntomas psicológicos.

■ 3: Intenso. Hay un grado marcado de preocupación; el paciente se muestra seriamente preocupado hablando espontáneamente de sus síntomas y solamente de ellos.

4: Muy intenso. El paciente se presenta con convicción total y absoluta.

FATIGA

Se extiende el término a todas las formas de fatiga, falta de energía y pérdida de impulso, que no sean debidas enteramente a enfermedad orgánica. Se incluyen las sensaciones subjetivas de cansancio y hastío así como la disminución de la capacidad normal para el trabajo físico o mental.

Intensidad:

0: No existe.

1: Si existe es en grado mínimo (no más de lo normal) o bien es razonable debido a alguna enfermedad somática.

2: El cansancio existe en grado leve, y en el caso de que haya enfermedad somática, la fatiga es mayor de lo esperado.

3: El cansancio está presente de forma moderada.

4: El cansancio está presente de forma intensa.

Frecuencia:

0: No existe.

1: El síntoma está presente no más de 1 hora y/o 1 día por semana.

2: La fatiga se presenta en algún momento del día (hasta 3 horas) y/o de la semana (hasta 4 días).

■ 3: Claramente el paciente se siente fatigado varias horas al día y varios días por semana (hasta 3 horas durante 4 o más días o bien más de 3 horas pero menos de 4 días por semana).

4: Existe un cansancio que dura más de 3 horas al día y más de 4 días por semana.

Cansancio durante actividades placenteras:

0: Los síntomas no se manifiestan en tales circunstancias.

1: Los síntomas desaparecen siempre con mínimo esfuerzo.

2: Se puede conseguir que con distracciones desaparezcan los síntomas, en bastantes ocasiones aunque no siempre.

3: El paciente debe realizar un esfuerzo notable y sólo ocasionalmente consigue que desaparezcan los síntomas.

■ 4: Los síntomas no ceden en absoluto, incluso en las actividades más placentera ni con el máximo esfuerzo por parte del paciente.

Incapacitante:

0: No, en absoluto.

1: Hay duda de que haya algún grado de incapacidad, aunque mínimo.

2: Claramente existe una incapacidad para las tareas habituales aunque de forma infrecuente y no intensa.

3: La incapacidad es intensa pero ocasional, o por el contrario, ligera pero frecuente.

4: El grado de incapacidad es intenso y persistente.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Sólo desde hace 1 ó 2 días.
- 2: Desde hace 1 mes o menos.
- 3: Desde hace más de 1 mes, pero menos de 6 meses.
- 4: Desde hace más de 6 meses.

Independencia de distracciones:

- 0: Los síntomas no se manifiestan en tales circunstancias.
- 1: Los síntomas desaparecen siempre con mínimo esfuerzo.
- 2: Se puede conseguir que con distracciones desaparezcan los síntomas, en bastantes ocasiones aunque no siempre.
- 3: El paciente debe realizar un esfuerzo notable y sólo ocasionalmente consigue que desaparezcan los síntomas.
- 4: Los síntomas no ceden en absoluto, incluso con las actividades más placenteras ni con el máximo esfuerzo por parte del paciente.

Incapacitante:

- 0: No, en absoluto.
- 1: Hay duda de que haya algún grado de incapacidad, aunque mínima.
- 2: Claramente existe una incapacidad para las tareas habituales aunque de forma infrecuente y no intensa.
- 3: La incapacidad es intensa pero ocasional, o por el contrario, ligera pero frecuente.
- 4: El grado de incapacidad es intenso y persistente.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Sólo desde hace 1 ó 2 días.
- 2: Desde hace 1 mes o menos.
- 3: Desde hace más de 1 mes, pero menos de 6 meses.
- 4: Desde hace más de 6 meses.

Global:

- Pensamos que es posible decidir con bases clínicas el motivo de la fatiga aunque, como orientación, proponemos bajar un punto la impresión del enfermo en caso de que exista enfermedad somática que justifique, aunque sólo parcialmente, la aparición de este síntoma.

0: Ausente. Las respuestas a las preguntas obligatorias son negativas, o bien el cansancio tiene un origen somático.

1: Leve. Las quejas que se consideran son rasgos habituales del paciente.

- 2: Moderado. Fatiga ocasional que haya causado malestar suficiente al paciente o que le haya obligado a modificar sus actividades habituales.

3: Intenso. Lo mismo que lo anterior pero con mayor frecuencia o bien el cansancio ha sido intenso pero ocasional.

4: Muy intenso. El cansancio ha sido muy intenso y muy frecuente.

IMSOMNIO

Toma algún medicamento: se refiere en sentido amplio a cualquier medicación tomada con el propósito de conciliar el sueño. No incluye los tranquilizantes menores administrados durante el día. Es importante considerar la toma real de medicamentos y no únicamente lo que se ha prescrito.

1. NO
2. SÍ: Con o sin prescripción ingiere al menos dos días por semana durante el último mes o bien todos los días en la última semana o bien 3 o más días en la última quincena.

Insomnio inicial:

- 0: No existe.
- 1: La dificultad es dudosa y en el caso de haberla es de menor intensidad que el puntaje
- 2.
 - 2: Existe dificultad de conciliación de 1 a 3 horas durante 2 ó 3 días.
 - 3: Lo mismo pero durante 4 o más días, o bien más de 3 horas durante 2 ó 3 días.
 - 4: Lo mismo durante más de 3 horas al menos 4 días por semana.

Insomnio medio:

- 0: No existe.
- 1: El síntoma es dudoso que esté presente.
 - 2: Existe el síntoma durante 1 a 3 horas, 2 ó 3 días por semana.
 - 3: Lo mismo pero durante 4 o más días o bien más de 3 horas durante 2 ó 3 días.
 - 4: Lo mismo durante más de 3 horas al menos 4 días por semana.

Insomnio terminal:

- 0: No existe.
- 1: El síntoma es dudoso que esté presente.
 - 2: Existe el síntoma durante 1 a 3 horas, 2 ó 3 días por semana.
 - 3: Lo mismo pero durante 4 o más días o bien más de 3 horas durante 2 ó 3 días.
 - 4: Lo mismo durante más de 3 horas al menos 4 días por semana.

Hipersomnia:

- 0: No existe.
- 1: Si existe es dudoso que sea más de lo habitual.
 - 2: El paciente necesita dormir al menos 9 horas por la noche o bien al menos 8 y 2 durante el día. (Para funcionar adecuadamente).
 - 3: Necesita dormir más de 2 horas sobre lo mencionado anteriormente. El paciente hace un esfuerzo muy intenso, para no quedarse dormido.
 - 4: Necesita dormir más de 4 horas sobre el puntaje 2; existe riesgo de quedarse dormido en actividades habituales, suponiendo esto un peligro para su persona.

Sueño no reparador:

- Se refiere a si el paciente se levanta con la sensación de haber descansado independientemente de la duración del sueño o del número de despertares.
- 0: No existe el síntoma.
- 1: Es dudoso que sea más de lo habitual.
 - 2: El paciente se queja de malestar aunque de ligera intensidad.

- 3: Existe un malestar subjetivo moderado.
- 4: El paciente se siente muy afectado por el síntoma, llegando incluso a la desesperación.

Duración:

- 0: No le ha ocurrido al paciente.
- 1: Le viene sucediendo desde hace solamente uno o dos días.
- 2: Desde un mes o menos.
- 3: Desde más de un mes pero menos de 6 meses.
- 4: Más de 6 meses.

Global:

- 0: Ausente. Las respuestas a preguntas obligatorias son negativas.
- 1: Leve. La pérdida o exceso de sueño es mínima y no molesta al paciente.
- 2: Moderado. Existe una pérdida-exceso leve de sueño aunque no suficiente para causar malestar, o bien existe una dificultad significativa pero ocasional.
- 3: Existe una dificultad importante en varias ocasiones durante la semana previa.
- 4: Existe una dificultad permanente e intensa en la última semana.

APETITO/PESO

Intensidad:

- 0: No existe el síntoma.
- 1: Hay dudas de que el exceso o pérdida sean más importantes de lo habitual.
- 2: El síntoma es evidente, pero de ligera intensidad.
- 3: El síntoma es de moderada intensidad.
- 4: El síntoma se manifiesta de forma muy intensa.

Frecuencia:

- 0: Ausente.
- 1: El síntoma se ha presentado algún día.
- 2: El síntoma se ha presentado 2 ó 3 días por semana.
- 3: Lo mismo durante 4 ó 5 días por semana.
- 4: Durante 6 ó 7 días por semana.

Pérdida/ganancia:

- 0: Ausente.
- 1: Es dudoso que sea más de lo habitual.
- 2: La pérdida o ganancia ha sido de 3,5 a 5 kilogramos en el último mes o su equivalente (2 kilos) en la última semana.
- 3: La pérdida o ganancia es de 5 a 9 kilogramos en el último mes (4 kilos en la última semana).
- 4: La pérdida o ganancia ha sido de 10 o más kilogramos en el último mes.

Duración:

- 0: No le ha ocurrido al paciente.
- 1: Le viene sucediendo desde hace solamente uno o dos días.

- 2: Desde un mes o menos.
- 3: Desde más de un mes pero menos de 6 meses.
- 4: Más de 6 meses.

IRRITABILIDAD

El entrevistador debe atender aquí a lo que el paciente dice y no extrapolar conclusiones de otros hechos de la historia o estado psíquico. El término debe extenderse a aquellos casos en que el paciente está irascible o impaciente aunque los demás no lo noten porque se controla.

Frecuencia:

- 0: Ausente.
- 1: El síntoma se ha presentado algún día.
- 2: El síntoma se ha presentado 2 ó 3 días por semana.
- 3: Lo mismo durante 4 ó 5 días por semana.
- 4: Durante 6 ó 7 días por semana.

Persistencia:

- 0: Ausente.
- 1: Es dudoso que durara más de lo normal.
- 2: La irritabilidad persiste durante 2 a 4 horas al día o bien se han presentado enfados esporádicos de minutos de duración, varias veces al día.
- 3: Lo mismo durante 4 a 8 horas, o de media a una hora varias veces al día.
- 4: Lo mismo más de 8 horas o 1 a 2 horas varias veces.

Intensidad:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso que sea más de lo normal.
- 2: El paciente claramente se nota irritable, pero se lo guarda para sí.
- 3: Lo mismo, aunque su irritabilidad se trasluce al exterior.
- 4: Extrema irritabilidad que llega incluso a actos como gritar, pelear o romper cosas.

Problemas interpersonales:

- 0: No ha habido problema alguno.
- 1: Si han existido es dudoso que sea más de lo habitual.
- 2: Su irritabilidad claramente provoca un distanciamiento por su parte, sintiendo un rechazo que le impide contactos sociales normales.
- 3: Además de lo mencionado se evidencia un distanciamiento por parte de los demás hacia el paciente.
- 4: La situación llega a límites severos, produciéndose un aislamiento evidente debido a la irritabilidad del paciente. Con personas no conocidas, la irritabilidad del paciente puede llegar a ocasionar problemas legales.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Sólo desde hace 1 ó 2 días.
- 2: Desde hace 1 mes o menos.
- 3: Desde hace más de 1 mes, pero menos de 6 meses.
- 4: Desde hace más de 6 meses.

Global:

0: Ausente.

■ 1: Leve. Los síntomas son de mínima intensidad o bien representan una conducta habitual que no le ocasiona malestar ni al individuo ni a los demás.

2: Moderado. Los síntomas son ocasionales y provocan malestar moderado en el paciente y/o su entorno.

3: Intenso. Además de los dicho, el síntoma es más frecuente o ha provocado malestar intenso.

■ 4: Muy intenso. La sintomatología ha provocado con frecuencia problemas importantes, incluso de violencia (agresiones).

■

■ CONCENTRACIÓN

Se incluye cualquier tipo de falta de concentración y no sólo la relativa al trabajo. No debe incluirse aquí la falta de interés o de impulso.

Intensidad:

0: Ausente.

1: Hay dudas de que esta dificultad sea mayor de lo habitual.

2: El paciente se queja claramente de su falta de concentración, aunque ésta es ligera.

3: Las dificultades son moderadas, existiendo pruebas objetivas de ello.

4: Extrema dificultad para concentrarse.

Frecuencia:

0: Ausente.

1: No más de 1 hora, no más de 1 día.

2: Infrecuente. Los síntomas están presentes en algún momento del día (hasta 3 horas) o de la semana (hasta 3 días).

■ 3: Claramente los síntomas se presentan varias horas al día, varios días por semana (hasta 3 horas durante 4 o más días; más de 3 horas durante menos de 4 días aunque más de un día).

4: Los síntomas se presentan más de 3 horas durante 4 o más días.

Incapacidad:

0: No existe incapacidad alguna.

1: Existe el problema pero hay dudas de que le impida hacer una vida prácticamente normal.

2: Este problema afecta la vida del paciente de forma infrecuente y no muy intensa.

3: Hay una intensa incapacidad, pero de forma ocasional, o bien la incapacidad es leve pero frecuente.

■ 4: Hay una intensa incapacidad (se altera la vida familiar, hay un bajón en el rendimiento profesional) que además es frecuente.

Duración:

0: No le ha ocurrido al paciente.

1: Le viene sucediendo desde hace solamente uno o dos días.

2: Desde un mes o menos.

- 3: Desde más de un mes pero menos de 6 meses.
- 4: Desde hace más de 6 meses.

Global:

0: Ausente.

1: Leve. El síntoma es ligero, incluso una forma habitual de ser (distráido), en absoluto le ocasiona malestar.

■ 2: Moderado. El paciente nota falta de concentración en el trabajo u otras actividades o refiere que otras personas se han dado cuenta de su distraimiento.

■ 3: Intenso. El síntoma afecta varias actividades o se ha presentado de forma frecuente durante la semana, o bien el síntoma es intenso pero ocasional habiendo afectado una sola actividad.

■ 4: Muy intenso. Las dificultades en la concentración han sido tales, que el paciente ha sido incapaz de realizar cualquier actividad.

ESTADO DE ÁNIMO

Aunque el entrevistador pueda sospechar el ánimo depresivo del paciente y emplear algunas preguntas adicionales para evidenciarlo, no debe utilizar su impresión clínica para puntuar cuando el paciente le niegue firmemente. Esto se anotará en la sección de fenómenos objetivos. Los intentos o ideas de suicidio relatados por el paciente, deben ser puntuados con 3 ó 4, dependiendo de la frecuencia e importancia. El paciente que describa pensamientos suicidas en una forma no convincente teatral, debe ser puntuado con 2.

Bajo de ánimos:

0: Ausente.

1: Hay dudas de que el paciente se sienta peor de lo habitual.

2: Subjetivamente existe una queja clara aunque de ligera intensidad.

3: Existe una notable afectación de su situación anímica.

4: Existe una extrema afectación; no se puede estar más bajo.

Desinterés:

0: Ausente.

1: Dudoso.

2: El paciente verbaliza una disminución de interés en su vida habitual (áreas superfluas).

■ 3: El desinterés es notorio, incluso observado por otras personas, en forma de menores respuestas afectivas y disminución de actividades.

4: Desinterés extremo, apatía.

Frecuencia:

0: Ausente.

1: No más de 1 hora, no más de 1 día.

2: Infrecuente. Los síntomas están presentes en algún momento del día (hasta 3 horas) o de la semana (hasta 3 días).

■ 3: Claramente los síntomas se presentan varias horas al día, varios días por semana (hasta 3 horas durante 4 o más días; más de 3 horas durante menos de 4 días, aunque más de 1 día).

4: Los síntomas se presentan más de 3 horas durante 4 o más días.

Ininfluenciable:

0: Mejoría absoluta de su estado de ánimo.

1: Se observa clara mejoría.

2: Las situaciones agradables le hacen salir, aunque no siempre, de su bajo estado de ánimo.

■ 3: Hay una marcada dificultad para reaccionar que se manifiesta en grado extremo aunque ocasional o bien de forma frecuente en el grado mínimo suficiente para ser considerado patológico.

4: Su situación anímica no puede ser modificada ni por las situaciones más agradables.

Incomprensible:

0: El paciente lo atribuye a un problema determinado.

1: El paciente duda, aunque cree que está relacionado con problemas externos.

2: Nos convence en su descripción de que en parte no comprende el por qué de su desánimo en vista de las circunstancias externas.

3: Encontramos dificultades importantes. El paciente no encuentra una relación clara.

4: Se manifiesta convincentemente la falta de comprensión de su estado de ánimo.

Mejoría vespertina:

0: No existe.

1: Es dudoso.

2: Admite una ligera mejoría por las tardes.

3: Presenta una notable mejoría, aunque ocasionalmente o bien una discreta mejoría de forma frecuente.

4: El paciente está firmemente convencido de su mejoría vespertina.

Enlentecimiento:

0: No, en absoluto.

1: Es dudoso.

2: Leve y menos de la mitad de la semana.

3: Intenso pero sólo algunos días o bien moderado aunque constante.

4: Enlentecimiento intenso todos los días de la semana.

Incapacitante:

0: No, en absoluto.

1: Hay duda de que haya algún grado de incapacidad, aunque mínimo.

2: Claramente existe una incapacidad para las tareas habituales aunque de forma infrecuente y no intensa.

3: La incapacidad es intensa pero ocasional, o por el contrario, ligera pero frecuente.

4: El grado de incapacidad es intenso y persistente.

Duración:

0: Ausente.

1: sólo desde hace 1 ó 2 días.

2: Desde hace 1 mes o menos.

3: Desde hace más de 1 mes, pero menos de 6 meses.

4: Desde hace más de 6 meses.

Global:

0: Ausente.

1: Leve. Sentimientos ocasionales de tristeza o nostalgia que no causan malestar y son considerados como normales.

2: Sentimientos depresivos ocasionales que el paciente considera anormales y le producen malestar.

■ 3: Intenso. Los sentimientos depresivos son frecuentes o bien existe de forma ocasional malestar extremo o presencia de fenómeno depresivo mayor (ideas suicidas, de desesperanza...).

■ 4: Muy intenso. La depresión ha causado malestar importante y frecuente. Así mismo presencia de fenómenos depresivos mayores.

PENSAMIENTOS DEPRESIVOS

Se refiere a las ideas de autodesprecio, nihilistas o irracionalmente pesimistas expresadas por el paciente y que tienen relación con el estado psicopatológico. Tales ideas se puntuarán independientemente de la sección anterior ya que algunos pacientes que relatan tristeza y desesperación pueden no admitir ni expresar ningún sentimiento patológicamente depresivo. Las rumiaciones depresivas pueden ser puntuadas en este apartado, a pesar de que se incluyan en fenómenos obsesivos. Los pensamientos acerca del suicidio podrán ser puntuados aquí si son secundarios o asociados a ideas depresivas, pero no de otra manera. (Por ejemplo, un intento tras conflicto matrimonial, no justifica necesariamente su inclusión aquí).

Sentimientos de fracaso e inferioridad:

0: Ausente.

1: Dudoso.

2: Sentimiento subjetivo de fracaso-inferioridad, que se lo guarda para sí, y no es ni muy intenso ni persistente.

3: Sentimiento ligero pero muy frecuente, o bien muy intenso pero ocasional.

4: Sentimientos frecuentes e intensos.

Sentimientos de culpa:

0: Ausente.

1: Dudoso.

2: Sufrimiento subjetivo, porque piensa que no lo ha hecho todo bien.

■ 3: Verbaliza claramente culpa o reproche experimentando sentimientos ligeros y frecuentes o bien intensos pero ocasionales.

4: Sentimientos intensos y frecuentes.

Desesperanza:

0: Ausente.

1: Dudoso.

2: El paciente sufre porque piensa que no va a salir adelante (de su estado de ánimo, de su enfermedad...).

3: Sentimientos intensos pero ocasionales o ligeros y frecuentes.

4: Sentimientos intensos y frecuentes.

Pensamientos de muerte o suicidio:

0: Ausentes.

1: Dudosos.

■ 2: No de forma espontánea, pero sí tras las preguntas admite tener pensamientos tales como que no le importaría morir, que la vida no merece la pena..., aunque no son muy frecuentes (menos de la mitad de la semana).

■ 3: Idénticos pensamientos están presentes de forma más frecuente de lo anterior, o bien pensamientos de muerte más extremos pero ocasionales.

4: Los pensamientos de muerte o suicidio son constantes e intensos (incluso ha habido planes o tentativas de suicidio).

Global:

0: Ausente.

1: Leve. Tendencia pesimista no patológica.

2: Moderado. Pensamientos depresivos patológicos pero leves, sentimientos de inferioridad, vergüenza y culpa.

3: Intenso. Además, los pensamientos depresivos son importantes; pueden presentarse ideas suicidas.

4: Muy intenso. Delirios nihilistas de culpa y autodevaluación.

ANSIEDAD

Se exceptúa la ansiedad fóbica, incluyéndose la que se acompaña de manifestaciones somáticas y la hipocondríaca.

Intensidad:

0: Ausente.

1: Dudoso que sea más de lo habitual.

2: Ansiedad subjetiva pero de leve intensidad.

3: Ansiedad moderada. Sentimientos de sufrimiento notorios.

4: Insoportable. El paciente precisa ayuda.

Frecuencia:

0: Ausente.

1: No más de 1 hora, no más de 1 día.

2: Infrecuente. Los síntomas están presentes en algún momento del día (hasta 3 horas) o de la semana (hasta tres días).

■ 3: Claramente los síntomas se presentan varias horas al día, varios días por semana (hasta 3 horas durante 4 o más días; más de 3 horas durante menos de 4 días aunque más de 1 día).

4: Los síntomas se presentan más de 3 horas durante 4 o más días.

Incomprensible:

■ En este ítem se debe facilitar la opinión del entrevistado para posteriormente emitir un juicio sobre los motivos subjetivos del paciente.

0: Es totalmente comprensible.

1: Hay dudas de que los motivos justifiquen totalmente el estado de ansiedad.

2: Nos convence la descripción de que en parte el paciente no comprende por qué se pone tan ansioso.

3: Hay dificultades notables para comprender al paciente; éste duda que haya alguna razón.

4: Manifestación convincente de que no hay motivo alguno.

Incontrolable:

0: Respuesta rotundamente afirmativa.

1: Es dudoso.

2: Claramente hay impresión de no poder controlar la situación, y esto produce disforia aunque leve e infrecuente.

3: Lo mismo, pero de intensidad leve y frecuente o marcada pero esporádica.

4: No hay forma de poder relajarse, perdiendo el control de manera intensa y frecuente.

Incapacitante:

0: No, en absoluto.

1: Hay duda de que haya algún grado de incapacidad, aunque mínimo.

2: Claramente existe una incapacidad para las tareas habituales aunque de forma infrecuente y no intensa.

3: La incapacidad es intensa pero ocasional, o por el contrario, ligera pero frecuente.

4: El grado de incapacidad es intenso y persistente.

Duración:

0: Ausente.

1: Solo desde hace 1 ó 2 días.

2: Desde hace 1 mes o menos.

3: Desde hace más de 1 mes, pero menos de 6 meses.

4: Desde hace más de 6 meses.

Síntomas autonómicos - vegetativos - otros:

Contar el número de síntomas del 1 al 18 para ansiedad generalizada.

Contar el número de síntomas entre paréntesis del 1 al 24 para ataque de pánico.

0: Ausentes.

1: Existencia de 1 ó 2 síntomas.

2: Existencia de más de 2 pero menos de 6.

3: Existencia de más de 5 pero menos de 9.

4: 9 o más síntomas.

CRISIS DE PÁNICO

0: Ausente.

1: Dudoso, puede tener ansiedad patológica pero no crisis.

2: Ha habido crisis leve con pocos síntomas; la ha tolerado.

3: Crisis de moderada intensidad con malestar subjetivo que ha motivado solicitud de ayuda, no necesariamente médica.

4: Muy intensa, insoportable; ha precisado ayuda médica.

Frecuencia:

0: Ninguna.

1: Hay dudas.

2: Una crisis en la última semana.

3: Dos o tres crisis en la última semana.

4: Cuatro o más (o su equivalente, 2 ó 3, durante dos semanas).

Miedo o ansiedad anticipatoria:

0: Ausente.

1: Dudoso.

2: Existencia de miedo-ansiedad leve e infrecuente.

3: Lo mismo pero frecuente (más de 2 días) o bien marcada intensidad pero ocasional.

4: Miedo intenso y frecuente.

Incapacitación por crisis:

0: No, en absoluto.

1: Hay duda de que haya algún grado de incapacidad, aunque mínimo.

2: Claramente existe una incapacidad para las tareas habituales aunque de forma infrecuente y no intensa.

3: La incapacidad es intensa pero ocasional, o por el contrario, ligera pero frecuente.

4: El grado de incapacidad es intenso y persistente.

Duración:

0: Ausente.

1: Sólo desde hace 1 ó 2 días.

2: Desde hace 1 mes o menos.

3: Desde hace más de 1 mes, pero menos de 6 meses.

4: Desde hace más de 6 meses.

Global:

0: Ausente.

1: Leve: paciente habitualmente angustiado y nervioso pero sin malestar importante en la última semana.

2: Moderado: malestar ocasional en la últimas semana.

3: Intenso: la ansiedad ha provocado malestar intenso y ocasional o bien moderado y fuerte.

4: Muy intenso: malestar intenso y frecuente en la última semana.

TRASTORNOS POR ESTRÉS

En esta sección nos referimos a situaciones extremas (catástrofes naturales, accidentes, batallas, asalto criminal, violación, fuego doméstico, presenciar la muerte

violenta de otros, duelo múltiple, dramático cambio social, ...) y no a problemas concretos, más cotidianos.

Shock emocional:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Ligero e infrecuente.
- 3: Moderado y ocasional, o bien leve y frecuente.
- 4: Intenso y frecuente.

Repetidos y desagradables recuerdos del suceso:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Ligero e infrecuente.
- 3: Moderado y ocasional, o bien leve y frecuente.
- 4: Intenso y frecuente.

Repetidos y desagradables sueños-pesadillas:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Ligero e infrecuente.
- 3: Moderado y ocasional, o bien leve y frecuente.
- 4: Intenso y frecuente.

Embotamiento-desapego afectivo:

- El paciente admite que ha notado una disminución de sentimientos o afecto con respecto a antes y sobre todo en torno al suceso psicotraumático.

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Ligero e infrecuente.
- 3: Moderado y ocasional, o bien leve y frecuente.
- 4: Intenso y frecuente.

Evitación del tema-estímulos:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Ligero e infrecuente.
- 3: Moderado y ocasional, o bien leve y frecuente.
- 4: Intenso y frecuente.

Otros:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Ligero e infrecuente.
- 3: Moderado y ocasional, o bien leve y frecuente.
- 4: Intenso y frecuente.

Global stress:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Ligero e infrecuente.

- 3: Moderado y ocasional, o bien leve y frecuente.
- 4: Intenso y frecuente.

FOBIAS

Crisis pánicas en situaciones fóbicas:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso, puede tener ansiedad patológica pero no crisis.
- 2: Ha habido crisis leve con pocos síntomas; la ha tolerado.
- 3: Crisis de moderada intensidad con malestar subjetivo que ha motivado solicitud de ayuda, no necesariamente médica.
- 4: Muy intensa, insoportable; ha precisado ayuda médica.

Fobias simples:

- 0: Ausente.
- 1: Es dudoso.
- 2: Existe un sentimiento de repulsa y miedo, pero de leve intensidad.
- 3: Existe un miedo de moderada intensidad.
- 4: Miedo muy intenso, llegando incluso a crisis pánica.

Fobias sociales:

- 0: Ausente.
- 1: Es dudoso.
- 2: Existe un sentimiento de repulsa y miedo, pero de leve intensidad.
- 3: Existe un miedo de moderada intensidad.
- 4: Miedo muy intenso, llegando incluso a crisis pánica.

Agorafobia:

- 0: Ausente.
- 1: Es dudoso.
- 2: Existe un sentimiento de repulsa y miedo, pero de leve intensidad.
- 3: Existe un miedo de moderada intensidad.
- 4: Miedo muy intenso, llegando incluso a crisis pánica.

Inmediata respuesta:

- 0: Ausente.
- 1: Es dudoso.
- 2: Ha habido respuestas de ligera intensidad pero ha tardado un tiempo en producirse.
- 3: Respuesta automática en la mayoría de las ocasiones.
- 4: Respuesta inmediata de notable intensidad, en todas las ocasiones.

Síntomas automáticos-vegetativos:

- 0: Ausentes.
- 1: Existencia de 1 ó 2 síntomas.
- 2: Existencia de más de 2 pero menos de 6.
- 3: Existencia de más de 5 pero menos de 9.
- 4: 9 o más síntomas.

Evitación:

- 0: Ausente.
- 1: Es dudoso.
- 2: Conducta de evitación leve (no ha supuesto cambio notorio de actividades habituales) y esporádica.
- 3: Conducta de ligera intensidad pero frecuente o bien intensa y ocasional.
- 4: Invariable evitación en todas las ocasiones y de marcada intensidad.

Frecuencia:

- 0: Ausente.
- 1: No más de 1 hora, no más de 1 día.
- 2: Infrecuente. Los síntomas están presentes en algún momento del día (hasta 3 horas) o de la semana (hasta 3 días).
- 3: Claramente los síntomas se presentan varias horas al día, varios días por semana (hasta 3 horas durante 4 o más días; más de 3 horas durante menos de 4 días aunque más de 1 día).
- 4: Los síntomas se presentan más de 3 horas durante 4 o más días.

Incapacitante:

- 0: No, en absoluto.
- 1: Hay duda de que haya algún grado de incapacidad, aunque mínimo.
- 2: Claramente existe una incapacidad para las tareas habituales aunque de forma infrecuente y no intensa.
- 3: La incapacidad es intensa pero ocasional, o por el contrario, ligera pero frecuente.
- 4: El grado de incapacidad es intenso y persistente.

Conciencia de enfermedad:

- 0: El paciente lo afirma rotundamente.
- 1: El paciente piensa que lo que le sucede es relativamente explicable.
- 2: No hay clara conciencia; su miedo lo atribuye en ocasiones a otra causa.
- 3: Hay una falta de explicación a lo que le ocurre, aunque no de forma absoluta.
- 4: No hay en absoluto conciencia de enfermedad.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Sólo desde hace 1 ó 2 días.
- 2: Desde hace 1 mes o menos.
- 3: Desde hace más de 1 mes, pero menos de 6 meses.
- 4: Desde hace más de 6 meses.

Global:

- 0: Ausente.
- 1: Leve; la fobia no causa molestias importantes durante la semana anterior ni ha alterado sus actividades normales.
- 2: Moderado; fobia que ha provocado malestar importante en forma ocasional o el paciente ha cambiado sus actividades habituales en función de la fobia.
- 3: Intenso; malestar importante de manera frecuente, o extremo en forma ocasional o limitaciones extremas en sus actividades durante la última semana.

4: Muy intenso; el paciente ha experimentado malestar extremo frecuentemente durante la última semana.

FENÓMENOS OBSESIVOS

En esta sección se incluyen preocupaciones que el paciente considera lógicas en su contexto, pero que le atormentan y ocupan el primer plano de su conciencia de forma persistente, a pesar de los esfuerzos que el sujeto realiza.

Obsesiones, Intensidad:

- 0: No existe el síntoma.
- 1: Es dudoso que exista.
- 2: El síntoma es evidente, pero de ligera intensidad.
- 3: El síntoma es de moderada intensidad.
- 4: El síntoma se manifiesta de forma muy intensa.

Compulsiones, Intensidad:

- 0: No existe el síntoma.
- 1: Es dudoso que exista.
- 2: El síntoma es evidente, pero de ligera intensidad.
- 3: El síntoma es de moderada intensidad.
- 4: El síntoma se manifiesta de forma muy intensa.

Dudas obsesivas, Intensidad:

- 0: No existe el síntoma.
- 1: Es dudoso que exista.
- 2: El síntoma es evidente, pero de ligera intensidad.
- 3: El síntoma es de moderada intensidad.
- 4: El síntoma se manifiesta de forma muy intensa.

Nerviosismo si bloquea sus síntomas:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso que sea más de lo habitual.
- 2: Ansiedad subjetiva pero de leve intensidad.
- 3: Ansiedad moderada. Sentimientos de sufrimiento notorios.
- 4: Insoportable. El paciente precisa ayuda.

Frecuencia:

- 0: Ausente.
- 1: No más de 1 hora, no más de 1 día.
- 2: Infrecuente. Los síntomas están presentes en algún momento del día (hasta 3 horas) o de la semana (hasta 3 días).
- 3: Claramente los síntomas se presentan varias horas al día, varios días por semana (hasta 3 horas durante 4 o más días; más de 3 horas durante menos de 4 días aunque más de 1 día).
- 4: Los síntomas se presentan más de 3 horas durante 4 o más días.

Incapacitante:

- 0: No, en absoluto.

- 1: Hay duda de que haya algún grado de incapacidad, aunque mínimo.
- 2: Claramente existe una incapacidad para las tareas habituales aunque de forma infrecuente y no intensa.
- 3: La incapacidad es intensa pero ocasional, o por el contrario, ligera pero frecuente.
- 4: El grado de incapacidad es intenso y persistente.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Sólo desde hace 1 ó 2 días.
- 2: Desde hace 1 mes o menos.
- 3: Desde hace más de 1 mes, pero menos de 6 meses.
- 4: Desde hace más de 6 meses.

Global:

- 0: Ausente.
- 1: Leve; rasgos obsesivos de carácter y tendencias obsesivas o compulsivas no patológicas.
 - 2: Moderado; presencia de fenómenos obsesivos-compulsivos, decididamente patológicos y molestos, que se hayan presentado en forma ocasional en la última semana.
 - 3: Intenso; obsesiones y compulsiones que hayan ocasionado malestar importante esporádicamente o que hayan estado presentes en forma marcada continuamente.
 - 4: Fenómenos obsesivos que hayan causado malestar extremo en forma frecuente.

DESPERSONALIZACIÓN

Despersonalización, desrealización:

- 0: No existe el síntoma.
- 1: Es dudoso que exista.
- 2: El síntoma es evidente, pero de ligera intensidad.
- 3: El síntoma es de moderada intensidad.
- 4: El síntoma se manifiesta de forma muy intensa.

Frecuencia:

- 0: Ausente.
- 1: No más de 1 hora, no más de 1 día.
- 2: Infrecuente. Los síntomas están presentes en algún momento del día (hasta 3 horas) o de la semana (hasta 3 días).
 - 3: Claramente los síntomas se presentan varias horas al día, varios días por semana (hasta 3 horas durante 4 o más días; más de 3 horas durante menos de 4 días aunque más de 1 día).
 - 4: Los síntomas se presentan más de 3 horas durante 4 o más días.

Incapacitante:

- 0: No, en absoluto.
- 1: Hay duda de que haya algún grado de incapacidad, aunque mínimo.

2: Claramente existe una incapacidad para las tareas habituales aunque de forma infrecuente y no intensa.

3: La incapacidad es intensa pero ocasional, o por el contrario, ligera pero frecuente.

4: El grado de incapacidad es intenso y persistente.

Duración:

0: Ausente.

1: Sólo desde hace 1 ó 2 días.

2: Desde hace 1 mes o menos.

3: Desde hace más de 1 mes, pero menos de 6 meses.

4: Desde hace más de 6 meses.

Global:

0: Ausente.

1: Leve; fenómenos ligeros y transitorios que no molestan al sujeto en forma significativa.

2: Moderado; el fenómeno se ha presentado en forma ocasional y molesta al sujeto durante la última semana.

3: Intenso; la despersonalización ha sido frecuente y molesta u ocasional pero muy significativa.

4: Muy intenso; la despersonalización ha sido frecuente y muy molesta durante la última semana.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

I.- ALCOHOL

Frecuencia-cantidad:

- 0: Menos de 75 cc de alcohol.
- 1: De 75 a 100 cc.
- 2: De 100 a 150 cc.
- 3: De 150 a 250 cc.
- 4: Más de 250 cc.

Si hay embriagueces repetidas de fines de semana sube un punto la codificación. Si hay embriagueces repetidas los fines de semana y otras ocasiones (2 o más veces por semana), sube 2 puntos. Si existe dipsomanía (beber episódicamente pero de forma muy intensa) sube tres puntos.

Equivalencias de capacidades:

Vaso grande:	250 ml.	
Vaso pequeño:	125 ml.	
Caña:	200 ml.	
Copa de licor:	50 ml.	
Trago de porrón:	30 ml.	
Tipos de bebida; equivalencia en ml. Alcohol puro/litro:		
Cerveza:	7 grados	70 ml. Alcohol puro/l.
Vino normal:	12 grados	120 ml. Alcohol puro/l.
Licor:	45 grados	450 ml. Alcohol puro/l.

Gramos de ingesta: $\frac{\text{ml} \times \text{graduación} \times 0,8}{100}$

100

Compulsión:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Lo admite claramente pero el síntoma es leve.
- 3: Lo mismo pero el síntoma es moderado.
- 4: El síntoma es muy intenso.

A veces, para valorar este ítem tendremos que basarnos en consideraciones indirectas del entorno social y la conducta (incluso si en su medio beben mucho, la conducta puede denotar que el paciente no es capaz de controlar su impulso para beber).

Síndrome de abstinencia:

- 0: No existe.
- 1: Es dudoso.
- 2: Existencia de un síntoma de los ya mencionados.
- 3: 2 síntomas.
- 4: 3 ó más síntomas.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 6 meses.
- 2: Hasta 2 años.

- 3: Hasta 5 años.
- 4: Más de 5 años.

En este ítem no se contabiliza los periodos de abstinencia, pero sí la suma de periodos de ingesta excesiva.

Complicaciones médicas:

- 0: Ausentes.
- 1: Dudoso.

■ 2: Cualquiera que no implique un riesgo importante a corto plazo para la salud del individuo (se incluyen síndromes de abstinencia físicos).

3: Complicaciones potencialmente más importantes pero que no suponen riesgo inmediato para la vida.

4: Complicaciones potencialmente mortales o cualquier hospitalización secundaria al alcohol.

Complicaciones sociales:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Son leves pero evidentes a nivel familiar o económico o laboral.
- 3: Son leves en 2 o más áreas o de moderada intensidad en cualquiera de ellas.
- 4: Graves en un área o leves en las 3 o leve en una y moderada en las otras.

Deterioro personalidad:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.

■ 2: Es evidente un ligero deterioro en su manera de ser en relación con lo anterior (menor capacidad para cumplir con el trabajo, familia...).

3: El deterioro es moderado.

■ 4: Hay un grave deterioro (no implica solamente el grado extremo como por ejemplo el vagabundeo, sino que incluso se incluye el paciente con graves complicaciones que no es capaz de solicitar ayuda).

Global alcohol:

- 1.- NO.
- 2.- SÍ.

II.- TABACO

Frecuencia/cantidad:

- 0: No fumador.
- 1: Menos de 10 cigarrillos al día.
- 2: Entre 10 y 20 cigarrillos al día.
- 3: Más de 20 pero menos de 30.
- 4: Más de 30 cigarrillos al día.

Este ítem sólo es válido si el paciente es fumador activo en los últimos 6 meses. Si lleva 6 o más meses de abstinencia se considera “caso en remisión”, y los ítems tienen una puntuación de 9.

Compulsión:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Lo admite claramente pero el síntoma es leve.
- 3: Lo mismo pero el síntoma es moderado.
- 4: El síntoma es muy intenso.

Síndrome de abstinencia:

- 0: No existe.
- 1: Es dudoso.
- 2: Existencia de un síntoma de los ya mencionados.
- 3: 2 síntomas.
- 4: 3 o más síntomas.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 6 meses.
- 2: Hasta 2 años.
- 3: Hasta 5 años.
- 4: Más de 5 años.

En este ítem no se contabiliza los periodos de abstinencia, pero sí la suma de periodos de consumo excesivo.

Complicaciones médicas:

- 0: Ausentes.
- 1: Es dudosa su existencia.
- 2: Evidencia de pequeñas molestias (catarros, dificultad para el ejercicio...).
- 3: Complicaciones moderadas, potencialmente más importantes.
- 4: Complicaciones potencialmente mortales o cualquiera que precise hospitalización.

Complicaciones sociales:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Son leves pero evidentes a nivel familiar o económico o laboral.
- 3: Son leves en 2 o más áreas o de moderada intensidad en cualquiera de ellas.
- 4: Graves en un área o leves en las 3 o leve en una y moderada en las otras.

Complicaciones de la personalidad:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Es evidente un ligero deterioro en su manera de ser en relación con lo anterior (menor capacidad para cumplir con el trabajo, familia...).
- 3: El deterioro es moderado.
- 4: Hay un grave deterioro (a pesar de haber una grave enfermedad el paciente sigue fumando).

Global tabaco:

- 1.- NO.
- 2.- SÍ.

III.- OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Frecuencia- cantidad de drogas:

■ Heroína:

- 0: Ausente.
- 1: Muy ocasionalmente.
- 2: Esporádicamente durante la semana.
- 3: Consumo diario; menos de 1 gr.
- 4: Consumo diario; 1 gramo o más.

■ Cocaína

- 0: Ausente.
- 1: Muy ocasionalmente.
- 2: Esporádicamente y en cantidades no importantes.
- 3: Diariamente, en cantidades pequeñas o moderadas.
- 4: Diariamente, en cantidades importantes.

■ Marihuana:

- 0: Ausente.
- 1: Muy ocasionalmente.
- 2: Esporádicamente y en cantidades no importantes.
- 3: Diariamente, en cantidades pequeñas o moderadas.
- 4: Diariamente, en cantidades importantes.

■ Dependencia medicamentos (analgésicos, barbitúricos, ansiolíticos):

- 0: Ausente.
- 1: Muy ocasionalmente.
- 2: Esporádicamente y en cantidades no importantes.
- 3: Diariamente, en cantidades pequeñas o moderadas.
- 4: Diariamente, en cantidades importantes (3 o más comprimidos de barbitúrico, 6 o más de aspirinas o equivalentes, 100 mg de diazepam o equivalente).

Compulsión:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Lo admite claramente pero el síntoma es leve.
- 3: Lo mismo pero el síntoma es moderado.
- 4: El síntoma es muy intenso.

Síndrome de abstinencia:

- 0: No existe.
- 1: Es dudoso.
- 2: Existencia de un síntoma de los ya mencionados.
- 3: 2 síntomas.
- 4: 3 o más síntomas.

En caso de abstinencia a benzodiazepinas estimar que el nerviosismo no sea indicio de ansiedad de rebote.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Es dudoso por la ocasionalidad.
- 2: Hasta 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

Complicaciones médicas:

- 0: Ausentes.
- 1: Dudoso.
- 2: Cualquiera que no implique un riesgo importante a corto plazo para la salud del individuo (se incluyen síndromes de abstinencia físicos).
- 3: Complicaciones potencialmente más importantes pero que no suponen riesgo inmediato para la vida.
- 4: Complicaciones potencialmente mortales o cualquier hospitalización secundaria a la drogodependencia.

Complicaciones sociales:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Son leves pero evidentes a nivel familiar o económico o laboral.
- 3: Son leves en 2 o más áreas o de moderada intensidad en cualquiera de ellas.
- 4: Graves en un área o leves en las 3 o leve en una y moderada en las otras.

Deterioro personalidad:

- 0: Ausente.
- 1: Dudoso.
- 2: Es evidente un ligero deterioro en su manera de ser en relación con lo anterior (menor capacidad para cumplir con el trabajo, familia...).
- 3: El deterioro es moderado.
- 4: Hay un grave deterioro; incluye al paciente que tiene graves complicaciones médicas o sociales y es incapaz de solicitar asistencia médica.

Global drogas:

- 1.- NO.
- 2.- SÍ.

Tipo de droga:

- 1.- Alcohol.
- 2.- Opiáceos.
- 3.- Marihuana-cannabis.
- 4.- Sedantes e hipnóticos.
- 5.- Cocaína.
- 6.- Otros psicoestimulantes (anfetaminas, ...).
- 7.- Alucinógenos.
- 8.- Polifarmacia.
- 9.- Otras sustancias (colas, sustancias no identificadas, ...).

FUNCIONES SUPERIORES

Se incluyen aquí todos los tipos de deterioro intelectual, incluso estados confusionales agudos, así como los síndromes de dificultad ? . Para puntuar en este apartado es necesario la realización del Mini-Examen Cognoscitivo.

Se comienza por las preguntas marcadas con asterisco hallando la puntuación subtotal (máximo 20 puntos). Se puntuará en este caso 0 si el puntaje es de 19-20 (hasta 16 inclusivo en pacientes geriátricos); 1 de 13 a 18 (hasta 11 en caso de pacientes geriátricos).

Si el subtotal es sospechoso, se sigue hasta completar la puntuación global (máximo 35 puntos). Para el total tendremos en cuenta las siguientes puntuaciones:

0	30 - 35 (pacientes geriátricos 31 a 35).
1	28 - 32 (pacientes geriátricos 24 a 30).
2	27 - 21 (pacientes geriátricos 23 a 16).
3	11 - 20 (pacientes geriátricos 15 a 8).
4	0 - 10 (pacientes geriátricos 0 a 7).

Incapacitante:

0: No, en absoluto.

1: Hay duda de que haya algún grado de incapacidad, aunque mínimo.

2: Claramente existe una incapacidad para las tareas habituales, aunque de forma infrecuente y no intensa.

3: La incapacidad es intensa pero ocasional, o por el contrario, ligera pero frecuente.

4: El grado de incapacidad es intenso y persistente.

Duración:

0: Ausente.

1: Desde hace uno o dos días.

2: Desde hace 1 mes o menos.

3: Desde hace más de un mes pero menos de seis.

4: Desde hace más de 6 meses.

DELIRIOS

Global:

0: Ausente. No hay alteraciones.

■ 1: Creencias excéntricas y falsas interpretaciones triviales. Por ejemplo: que el clima está alterado por pruebas nucleares, supersticiones, sectas, etc. Alteraciones ? que no son propiamente un trastorno del pensamiento.

■ 2: Ideas sobrevaloradas, ideas de referencia, falsas interpretaciones claramente evidentes, percepciones delirantes o alteraciones leves del curso del pensamiento, como respuestas inadecuadas en forma aislada.

3: Delirios evidentes de culpa, nihilismo y otros que alteran la comunicación con el paciente de forma momentánea.

4: Delirios graves que afectan a la conducta o impiden la comunicación con el paciente a lo largo de la entrevista.

ALUCINACIONES

0: Ausencia.

1: Experiencias senso perceptivas no patológicas: alucinaciones, imágenes eidéticas, ilusiones transitorias.

2: Pseudoalucinaciones visuales y auditivas.

3: Alucinaciones ocasionales durante la última semana.

■ 4: Verdaderas alucinaciones, frecuentes en la última semana o, incluso, alucinaciones que ocurran en el transcurso de la entrevista.

FENÓMENOS OBSERVADOS

LENTO:

La falta de espontaneidad se entiende como el menor grado de lentitud psicomotora y no debe ser puntuada más de 2. La palabra lento se refiere a lentitud psicomotora en su forma clínica significativa. La conducta apática en la entrevista puede ser puntuada aquí y en el apartado de aplanamiento de esta sección.

0: Ausencia. Modo y lenguaje normales. Responde a las preguntas con prontitud, espontaneidad y expresividad.

■ 1: Hay evidencia de lentitud y/o poca espontaneidad pero el clínico lo considera como una característica habitual no problemática para el paciente.

2: Lentitud y/o falta de espontaneidad atribuibles a alteración psicopatológica y no como rasgo habitual.

3: Moderado.

4: Intenso.

SUSPICAZ:

Entendemos por defensivo el menor grado de suspicacia y no será puntuado por encima de 2. Los grados 2, 3 y 4, se emplearán cuando se piense que la suspicacia contribuye a la sintomatología que presenta el paciente. Quien sea habitualmente suspicaz, pero pensemos que este rasgo no es importante para su estado actual, no deben ser puntuados por encima de 1. Los grados patológicos de este signo pueden puntuarse incluso cuando el paciente no está “suspica” en la entrevista.

0: Ausente.

■ 1: Aunque defensivo y con respuestas poco convincentes, se considera una característica habitual e irrelevante para cualquier estado mental anormal.

2: Defensivo y/o levemente suspica. Contribuye al estado mental anormal pero no obstaculiza la entrevista.

■ 3: Suspica marcada y suficiente para obstaculizar de forma mínima la entrevista (el paciente puede demandar y exigir la razón de algunas preguntas o dar respuestas falsas).

■ 4: Suspica intensa que obstaculiza la entrevista y/o despierta dudas importantes en el entrevistador. También se puntuará si el paciente rehúsa contestar preguntas, demanda irse, se encara y/o se torna hostil.

HISTRIÓNICO:

Se entiende por histrionismo la exageración de síntomas, la dramatización de los mismos, sugestionabilidad, demanda de atención y deseo de gustar (erotización de la relación con el entrevistador).

0: Ausente. Modo de ser y comportamiento normales durante la entrevista.

■ 1: Comportamiento histriónico que se sospeche es un rasgo característico del individuo y que no contribuya a la condición patológica del paciente.

■ 2: Conducta que contribuye al estado patológico del paciente pero no obstaculiza la entrevista. Se detecta una tendencia a exagerar síntomas y/o aspecto de la historia clínica.

■ 3: Definitivo comportamiento histriónico que es suficiente para causar breves interrupciones en el curso de la entrevista. Por ejemplo, gestos extravagantes, demostraciones melodramáticas de defectos físicos, etc. por una constante exageración de síntomas se distorsiona la información considerándola no fiable.

4: Comportamiento obviamente anormal, demostrado o descrito. Por ejemplo: desmayos, conductas manipuladoras, etc.

DEPRIMIDO:

Debe contarse aquí no sólo la actitud durante la entrevista, sino el conjunto clínico de manifestaciones de depresión y la participación de dicho estado en la situación actual. Las ideas de suicidio serán puntuadas según su gravedad en 2, 3 y 4. Un paciente lloroso durante la entrevista será puntuado al menos con dos, a pesar de que la emocionabilidad (ver películas, oír música, etc.) debe ser puntuada como 1.

0: Ausente. Modo de ser y comportamiento durante la entrevista normales.

1: Aunque puede haber rasgos depresivos, no se consideran patológicos y sí una forma habitual de ser.

2: Ligero.

3: Moderado.

4: Intenso.

ANSIOSO:

Además de la evidencia directa hay que contar con la impresión del entrevistador sobre el papel que juega esta ansiedad sobre el estado actual. Contar los síntomas vegetativos de ansiedad. Si hay agitación motora debe puntuarse no menos de tres.

0: Ausente.

1: La tensión es una característica habitual y una respuesta razonable en la entrevista.

2: Se observa humor ansioso en grado leve.

■ 3: Hay tensión, ansiedad y aprensión durante la entrevista. El psiquiatra necesita transmitir confianza y las interrupciones son mínimas, puede haber inquietud psicomotriz.

■ 4: Hay interrupciones en la entrevista debido a la angustia intensa. Se aprecia agitación psicomotriz marcada y/o exceso de temor.

EUFORIA:

0: Eutimia.

■ 1: Entusiasmo que se considera una característica habitual, y/o es apropiada a las circunstancias del paciente en el momento de la entrevista.

2: Exaltación leve, euforia. El juicio del paciente no está alterado.

● 3: Exaltación marcada. En la entrevista hay dificultades momentáneas. Existen alteraciones en el juicio y capacidad introspectiva del paciente.

■ 4: Hay interrupciones en la entrevista debido a una importante exaltación instintivo-afectiva (risas, chistes,...) y pensamiento ideofugitivo.

■

APLANADO:

Se refiere al deterioro de la capacidad de respuesta emocional, incapacidad de imprimir y transmitir el afecto relativo a los sucesos de su historia y de demostrar algún tipo de respuesta afectiva con sus interlocutores. Aunque fue introducido originalmente en relación con la esquizofrenia, puede ser utilizado independientemente de este diagnóstico. Si el paciente es apático, el psiquiatra debe investigar si ello se debe a una depresión o aun empobrecimiento del afecto. No es incompatible, aunque tampoco necesario, puntuar en esta sección además de en la de lentitud y falta de espontaneidad.

0: Ausente.

■ 1: El paciente puede mostrarse lacónico y taciturno con respecto a algunos temas afectivos, siendo esto una característica habitual.

■ 2: Falta de respuesta emocional clínicamente significativa al discutir temas de importancia o bien respuestas emocionales incongruentes de forma ocasional, durante la entrevista.

■ 3: Falta importante de respuesta emocional. El paciente se muestra incapaz de transmitir emoción y afecto en su relato. No se observa preocupación acerca del futuro y da respuestas francamente incongruentes.

4: No hay respuesta emotiva alguna. La incongruencia afectiva es muy importante.

ANTECEDENTES MÉDICOS

1: No más de lo habitual.

2: Hay enfermedades de consideración pero no implican grave riesgo vital, al menos a corto plazo.

- 3: Hay enfermedades (médicas o traumatológicas), incluso tributarias de tratamientos quirúrgicos que sí implican riesgo vital, o bien, hay múltiples enfermedades de características descritas en el apartado anterior.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

Global:

- 1: Ausencia o leves estados de ansiedad-depresión reactivas y de breve duración con remisión sin necesidad de tratamiento por especialistas.
- 2: Sí, leve. Cuadros neuróticos o distimias reactivas que han necesitado, a nivel ambulatorio, tratamiento especializado, sin grave deterioro en la vida socio-laboral del paciente.
- 3: Sí, grave. Cuadros psiquiátricos de tipo psicótico o incluso neurótico que han ocasionado gran incapacidad o bien hospitalización en plantas psiquiátricas. Así mismo se incluyen drogodependencias con complicaciones en varias áreas de la vida social, somática, ...

ANTECEDENTES FAMILIARES

Global:

1: No.

2: Sí, leve. Hay antecedentes en algún familiar pero de ligera intensidad.

- 3: Sí, grave. Nos referimos a antecedentes de enfermedades psiquiátricas consideradas anteriormente como graves o que han requerido tratamiento hospitalario.

PSICOBIOGRAFÍA Y ÁREA SOCIOFAMILIAR

En esta sección y en las que siguen a continuación nos basaremos en la inferencia que el entrevistador realiza de la subjetividad del paciente. En caso de duda debemos de inclinarnos hacia nuestra impresión objetiva. Se trata de realizar las preguntas necesarias para saber discernir si existe problemática suficiente en las diferentes áreas, en el contexto biográfico y cultural del paciente.

(Los ítems: problemas perinatales, carencias afectivas, síntomas neuróticos, otros... se puntuarán exclusivamente según su presencia o ausencia: 1 = No y 2 = Sí).

Estas mismas consideraciones serían válidas en los diferentes ítems de soporte social.

PROBLEMAS EDUCACIONALES:

0: Ausencia. Existe gran satisfacción con su nivel educativo.

- 1: Existe ligera insatisfacción que no ha causado mayor problemática, no mayor que la que pudiera tener cualquier persona con alguna aspiración.

- 2: Sin convencimiento pleno, el paciente admite que con un mayor nivel educativo se hubiera sentido más realizado humana y profesionalmente, aunque no por ello se ha visto incapacitado para el desarrollo habitual a nivel sociolaboral.
- 3: El paciente comenta espontáneamente que su nivel educativo alcanzado le ha supuesto una clara desventaja sociolaboral, generando a nivel personal sentimientos de frustración por este motivo.
- 4: El paciente manifiesta convencido que se siente enfadado, frustrado, por su bajo nivel educativo (incluido, aunque no siempre, el analfabetismo), lo que le ha supuesto una grave incapacitación sociolaboral.

Duración:

- 0: No han existido.
- 1: Hasta 1 año.
- 2: Hasta 2 años.
- 3: Hasta 5 años.
- 4: Más de 5 años.

PROBLEMAS LABORALES:

- 0: Ausencia. Total satisfacción laboral.
- 1: En términos generales el paciente está satisfecho profesionalmente, aunque no colme el máximo de sus aspiraciones.
- 2: El paciente admite de forma sutil aunque inequívoca sentirse afectado a este nivel, aunque el grado de frustración no es intenso.
- 3: Está gravemente descontento con el trabajo que desempeña, con el puesto que ocupa y/o con las posibilidades de promoción en dicho medio.
- 4: El paciente está convencido de su alto nivel de frustración-disconfort por su situación profesional actual, bien por la no existencia de empleo (paro o jubilación), bien por la pésima relación interpersonal a nivel laboral o por la escasa estima que tiene con respecto a su actual empleo.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

PROBLEMÁTICA ECONÓMICA:

- 0: Ausente.
- 1: En general hay satisfacción a este nivel aunque existan otras aspiraciones.
- 2: El paciente admite sutil pero inequívocamente que está insatisfecho con sus ingresos, aunque el grado de frustración no es intenso.
- 3: El paciente está claramente descontento con su nivel de ingresos y pone ejemplos de cosas importantes para él, que no puede realizar debido a su deficiente nivel de ingresos.
- 4: Grave problemática. El paciente está convencido de su alto nivel de frustración por su situación económica. Convince de que sus necesidades primarias, considerando su nivel social, no están satisfechas.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

PROBLEMAS CON LA PAREJA (Se incluyen las situaciones de separación o viudedad, e incluso soltería no deseada):

0: Ausente.

1: Hay ligera insatisfacción con su situación familiar pero que no puede considerarse como de intensidad patológica.

■ 2: El paciente admite de manera sutil pero inequívoca que está insatisfecho con su situación familiar aunque el grado de frustración no es intenso.

■ 3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con su situación familiar y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.

● 4: El núcleo familiar no existe o está seriamente amenazado, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

PROBLEMAS PADRE E HIJO (Se incluyen situaciones de orfandad):

0: Ausente.

1: Hay ligera insatisfacción con su situación familiar pero que no puede considerarse como de intensidad patológica.

■ 2: El paciente admite de manera sutil pero inequívoca que está insatisfecho con su situación familiar aunque el grado de frustración no es intenso.

■ 3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con su situación familiar y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.

■ 4: El núcleo familiar no existe o está seriamente amenazado, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

PROBLEMAS CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

0: Ausente.

1: Hay ligera insatisfacción con su situación familiar pero que no puede considerarse como de intensidad patológica.

- 2: El paciente admite de manera sutil pero inequívoca que está insatisfecho con su situación familiar aunque el grado de frustración no es intenso.
- 3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con su situación familiar y confiesa (y convence) que el tema le preocupa le causa inquietud.
- 4: El núcleo familiar no existe o está seriamente amenazado, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

PROBLEMAS INTERPERSONALES FUERA DE LA FAMILIA:

- 0: Ausente.
- 1: Hay ligera insatisfacción con sus relaciones interpersonales pero que no puede considerarse como de intensidad patológica.
- 2: El paciente admite de manera sutil pero inequívoca que está insatisfecho con sus relaciones interpersonales aunque el grado de frustración no es intenso.
- 3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con sus relaciones interpersonales y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.
- 4: Las relaciones interpersonales no existen o están seriamente dañadas, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

PROBLEMAS SEXUALES:

- 0: Ausente.
- 1: Hay ligera insatisfacción con sus relaciones sexuales pero que no puede considerarse como de intensidad patológica.
- 2: El paciente admite de manera sutil pero inequívoca que está insatisfecho con este tema aunque el grado de frustración no es intensa.
- 3: El paciente está claramente descontento o insatisfecho con sus relaciones sexuales y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.
- 4: Las relaciones sexuales no existen o están seriamente dañadas, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

PROBLEMAS DE VIVIENDA:

0: Ausente.

1: Hay ligera insatisfacción con su vivienda pero que no puede considerarse como de intensidad patológica.

■ 2: El paciente admite de manera sutil pero inequívoca que está insatisfecho con este tema aunque el grado de frustración no es intenso.

■ 3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con su vivienda y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.

■ 4: La vivienda no existe o existen graves problemas de habitabilidad, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

PROBLEMAS LEGALES:

0: Ausente.

1: Hay ligera insatisfacción con su situación legal pero que no puede considerarse como de intensidad patológica.

■ 2: El paciente admite de manera sutil pero inequívoca que está insatisfecho con este tema aunque el grado de frustración no es intenso.

■ 3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con su situación legal y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.

4: Existen graves problemas de tipo legal; creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

PROBLEMAS AMBIENTALES PARA LA SALUD PSÍQUICA:

0: Ausente.

1: Hay ligera insatisfacción con sus condicionantes ambientales pero que no puede considerarse como de intensidad patológica.

2: El paciente admite de manera sutil pero inequívoca que está insatisfecho con este tema aunque el grado de frustración no es intenso.

3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con su situación ambiental y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.

4: Existen graves problemas en torno a este punto, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

Duración:

0: Ausente.

1: Menos de 1 mes.

2: De 1 mes a 6 meses.

3: De 6 meses a 2 años.

4: Más de 2 años.

CREENCIAS PERSONALES QUE PUEDEN SER PELIGROSAS PARA LA SALUD:

0: Ausente.

1: Hay ligera insatisfacción con sus creencias pero que no puede considerarse como de intensidad patológica.

2: El paciente admite de manera sutil pero inequívoca que está insatisfecho con este tema aunque el grado de frustración no es intenso.

3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con sus creencias y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.

4: Existen graves problemas en torno a este punto, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

Duración:

0: Ausente.

1: Menos de 1 mes.

2: De 1 mes a 6 meses.

3: De 6 meses a 2 años.

4: Más de 2 años.

GLOBAL PROBLEMÁTICA SOCIAL:

0: Ausente.

1: Dudoso que sea más de lo habitual.

2: Ligera problemática que, no obstante, causa cierto malestar psicológico al paciente.

3: Moderado.

4: Intenso.

CARENCIA DE SOPORTES SOCIALES

SOPORTE DE LA PAREJA

4: La pareja no existe, creándole un intenso sentimiento de soledad en este sentido. En caso de que exista, el paciente afirma no sentirse apoyado, en ningún aspecto, por ella.

3: Existe algún apoyo, aunque el paciente lo juzga mínimo o sólo en áreas triviales. En caso de que no exista pareja, el paciente verbaliza sentirse moderadamente frustrado al respecto.

2: Existe un apoyo discreto y satisfactorio aunque es considerado insuficiente por el paciente.

1: Claramente el paciente nos confirma que se siente ayudado por su pareja, aunque no siempre al máximo.

0: Absoluto e incondicional apoyo y confianza por parte de la pareja.

Duración:

0: Ausente.

1: Menos de 1 mes.

2: De 1 mes a 6 meses.

3: De 6 meses a 2 años.

4: Más de 2 años.

SOPORTE DE PADRES/HIJOS:

4: La familia no existe, creándole un intenso sentimiento de soledad en este sentido. En caso de que exista, el paciente afirma no sentirse apoyado, en ningún aspecto, por ellos.

3: Existe algún apoyo, aunque el paciente lo juzga mínimo o sólo en áreas triviales. En caso de que no exista familia (padres e hijos), el paciente verbaliza sentirse moderadamente frustrado al respecto.

2: Existe un apoyo discreto y satisfactorio aunque es considerado insuficiente por el paciente.

1: Claramente el paciente nos confirma que se siente ayudado por su familia, aunque no siempre al máximo.

0: Absoluto e incondicional apoyo y confianza por parte de la familia.

Duración:

0: Ausente.

1: Menos de 1 mes.

2: De 1 mes a 6 meses.

3: De 6 meses a 2 años.

4: Más de 2 años.

SOPORTE DE OTROS FAMILIARES:

4: La familia no existe, creándole un intenso sentimiento de soledad en este sentido. En caso de que exista, el paciente afirma no sentirse apoyado, en ningún aspecto, por ellos.

3: Existe algún apoyo, aunque el paciente lo juzga mínimo o sólo en áreas triviales. En caso de que no exista familia (padres e hijos), el paciente verbaliza sentirse moderadamente frustrado al respecto.

2: Existe un apoyo discreto y satisfactorio aunque es considerado insuficiente por el paciente.

1: Claramente el paciente nos confirma que se siente ayudado por su familia, aunque no siempre al máximo.

0: Absoluto e incondicional apoyo y confianza por parte de la familia.

Duración:

0: Ausente.

1: Menos de 1 mes.

2: De 1 mes a 6 meses.

3: De 6 meses a 2 años.

4: Más de 2 años.

SOPORTE DE OTRAS PERSONAS:

4: Este tipo de relaciones interpersonales no existe, creándole un intenso sentimiento de soledad en este sentido. En caso de que exista, el paciente afirma no sentirse apoyado en ningún aspecto, por ellos.

3: Existe algún apoyo, aunque el paciente lo juzga mínimo o solo en áreas triviales. En caso de que no exista este tipo de relaciones, el paciente verbaliza sentirse moderadamente frustrado al respecto.

2: Existe un apoyo discreto y satisfactorio aunque se considera insuficiente por el paciente.

1: Claramente el paciente nos confirma que se siente ayudado por estas personas, aunque no siempre al máximo.

0: Absoluto e incondicional apoyo y confianza por parte de dichas personas.

Duración:

0: Ausente.

1: Menos de 1 mes.

2: De 1 mes a 6 meses.

3: De 6 meses a 2 años.

4: Más de 2 años.

BUENA VIVIENDA:

4: La vivienda no existe o se observan graves problemas de habitabilidad, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con su vivienda y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.

2: Cierta satisfacción con su vivienda aunque no suficiente.

1: El paciente admite de manera inequívoca que está contento con este tema aunque el grado de satisfacción no es total.

0: Total satisfacción a este respecto.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

BUENA SITUACIÓN ECONÓMICA:

- 4: El paciente está convencido de su alto nivel de frustración por su situación económica. Convince de que sus necesidades primarias, considerando su nivel social, no están satisfechas.
- 3: El paciente está claramente descontento con su nivel de ingresos y pone ejemplos de cosas importantes para él, que no puede realizar debido a su deficiente nivel de ingresos.
- 2: Cierta satisfacción con su situación económica aunque no suficiente.
- 1: El paciente admite de manera inequívoca que está contento con este tema aunque el grado de satisfacción no es total.
- 0: Total satisfacción a este respecto.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

BUENA SITUACIÓN LABORAL:

- 4: El paciente está convencido de su alto nivel de frustración-disconfort por su situación profesional actual, bien por la no existencia de empleo (paro o jubilación), bien por la pésima relación interpersonal a nivel laboral o por la escasa estima que tiene con respecto a su actual empleo.
- 3: Está gravemente descontento con el trabajo que desempeña, con el puesto que ocupa y/o con las posibilidades de promoción en dicho medio.
- 2: Cierta satisfacción con su situación laboral aunque no suficiente.
- 1: El paciente admite de manera inequívoca que está contento con este tema aunque el grado de satisfacción no es total.
- 0: Total satisfacción a este respecto.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

DESVENTAJAS EDUCATIVAS:

- 4: El paciente manifiesta convencido que se siente enfadado, frustrado, por su bajo nivel educativo (incluido, aunque no siempre, el analfabetismo), lo que le ha supuesto una grave incapacitación sociolaboral.

■ 3: El paciente comenta espontáneamente que su nivel educativo alcanzado le ha supuesto una clara desventaja sociolaboral, generando a nivel personal sentimientos de frustración por este motivo.

2: Cierta satisfacción con la educación recibida aunque no suficiente.

1: El paciente admite de manera inequívoca que está contento con este tema aunque el grado de satisfacción no es total.

0: Total satisfacción a este respecto.

Duración:

0: Ausente.

1: Menos de 1 mes.

2: De 1 mes a 6 meses.

3: De 6 meses a 2 años.

4: Más de 2 años.

DESVENTAJAS LEGALES:

4: Existen graves problemas de tipo legal, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

3: Intenso. El paciente está claramente descontento e insatisfecho con su situación legal y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.

2: Cierta satisfacción con su situación legal aunque no suficiente.

1: El paciente admite de manera inequívoca que está contento con este tema aunque el grado de satisfacción no es total.

0: Total satisfacción al respecto.

Duración:

0: Ausente.

1: Menos de 1 mes.

2: De 1 mes a 6 meses.

3: De 6 meses a 2 años.

4: Más de 2 años.

FACTORES AMBIENTALES QUE PUEDEN SER PERJUDICIALES PARA LA SALUD:

4: Existen graves problemas en torno a este punto, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.

3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con su situación ambiental y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.

2: Cierta satisfacción con esta situación aunque no suficiente.

1: El paciente admite de manera inequívoca que está contento con este tema aunque el grado de satisfacción no es total.

0: Total satisfacción a este respecto.

Duración:

0: Ausente.

1: Menos de 1 mes.

2: De 1 mes a 6 meses.

3: De 6 meses a 2 años.

4: Más de 2 años.

CREENCIAS PERSONALES QUE PUEDEN SER PELIGROSAS PARA LA SALUD:

- 4: Existen graves problemas en torno a este punto, creándole, todo ello, un grave malestar psíquico al paciente.
- 3: El paciente está claramente descontento e insatisfecho con sus creencias y confiesa (y convence) que el tema le preocupa y le causa inquietud.
- 2: Cierta satisfacción con esta situación aunque no suficiente.
- 1: El paciente admite de manera inequívoca que está contento con este tema aunque el grado de satisfacción no es total.
- 0: Total satisfacción a este respecto.

Duración:

- 0: Ausente.
- 1: Menos de 1 mes.
- 2: De 1 mes a 6 meses.
- 3: De 6 meses a 2 años.
- 4: Más de 2 años.

GLOBAL CARENCIA DE SOPORTE SOCIAL:

- 4: Ausente.
- 3: Existe algún apoyo, aunque el paciente lo juzga mínimo o solo en áreas triviales.
- 2: Existe un apoyo discreto y satisfactorio aunque es considerado insuficiente por el paciente.
- 1: Claramente el paciente nos confirma que se siente apoyado en diferentes áreas, aunque no siempre al máximo.
- 0: Intenso apoyo en todos los ítems anteriores de esta sección.

PERSONALIDAD PREMORBIDA

PREOCUPADIZO:

Tendencia a “rumiar” sus ideas preocupantes, a darle muchas vueltas a las cosas, sintiéndose mal subjetivamente, mientras sucede (nervioso, inquieto, sin poderse relajar o disfrutar).

- 0: Ausente.
- 1: Rasgo habitual, no problemático para el paciente.
- 2: Rasgo más acusado de lo normal que hace sufrir al individuo, e incluso esporádicamente a los familiares, pero de ligera intensidad.
- 3: Moderado. A lo largo de su vida, este síntoma se ha presentado de forma intensa durante un corto periodo de tiempo o de forma moderada durante largas temporadas.
- 4: Intenso.

VULNERABILIDAD AL ESTRÉS:

El ejemplo del sueño sería el más específico. Puede tomarse como equivalente la aparición de otros síntomas somáticos en ese contexto: falta de apetito, síntomas vegetativos, etc.

0: Ausente.

1: Rasgo habitual, no problemático para el paciente.

2: Rasgo más acusado de lo normal que hace sufrir al individuo, e incluso esporádicamente a los familiares, pero de ligera intensidad.

3: Moderado. A lo largo de su vida, este síntoma se ha presentado de forma intensa durante un corto periodo de tiempo o de forma moderada durante largas temporadas.

4: Intenso.

SENTIMIENTOS HERIDOS:

En este ítem, no nos referimos a la suspicacia. Ante actitudes o comentarios de los demás, el paciente se siente herido y/o humillado aunque se da cuenta de ello y hace autocrítica, no lo puede evitar.

0: Ausente.

1: Rasgo habitual, no problemático para el paciente.

2: Rasgo más acusado de lo normal que hace sufrir al individuo, e incluso esporádicamente a los familiares, pero de ligera intensidad.

3: Moderado. A lo largo de su vida, este síntoma se ha presentado de forma intensa durante un corto periodo de tiempo o de forma moderada durante largas temporadas.

4: Intenso.

NERVIOSO:

Convencionalmente, se entiende por nerviosas a aquellas personas tensas, inquietas, con fácil sobresalto y que tienen dificultades para afrontar relajadamente cualquier situación novedosa (exámenes, entrevistas, consultas médicas,...).

0: Ausente.

1: Rasgo habitual, no problemático para el paciente.

2: Rasgo más acusado de lo normal que hace sufrir al individuo, e incluso esporádicamente a los familiares, pero de ligera intensidad.

3: Moderado. A lo largo de su vida, este síntoma se ha presentado de forma intensa durante un corto periodo de tiempo o de forma moderada durante largas temporadas.

4: Intenso.

ALTIBAJOS DE ÁNIMO:

0: Ausente.

1: Rasgo habitual, no problemático para el paciente.

2: Rasgo más acusado de lo normal que hace sufrir al individuo, e incluso esporádicamente a los familiares, pero de ligera intensidad. Por cualquier contrariedad psicológica o por pequeños motivos, tiende a entrar en una situación disfórica. Distinguirlo de la ciclotimia.

3: Moderado. A lo largo de su vida, este síntoma se ha presentado de forma intensa durante un corto periodo de tiempo o de forma moderada durante largas temporadas.

4: Intenso.

GLOBAL NEUROTICISMO:

Los rasgos anteriores tienden a manifestarse conjuntamente. Intentar aquí hacer una evaluación global o tomar la decisión ateniéndose al rasgo más patológico.

0: Ausente.

1: Rasgo habitual no problemático.

2: Esporádicamente presenta varios rasgos de los descritos, pero siempre de ligera intensidad.

3: Moderado. Presenta estos rasgos de forma intensa pero esporádica o moderada pero frecuente.

4: Intenso. Presenta tres o más rasgos de forma de intensidad severa y con prolongada frecuencia.

GLOBAL TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

Se puede englobar en este apartado cualquier rasgo de personalidad cuyas características influyen de forma duradera (no limitada a los periodos agudos de enfermedad) en el funcionamiento a largo plazo del individuo y que producen una alteración significativa en el funcionamiento social y ocupacional o bien malestar subjetivo.

Se incluyen rasgos paranoides, esquizoides, histriónicos, narcisistas, antisociales, dependiente, compulsivo, obsesivo, pasivo-agresivo, etc.

0: Ausente.

1: Rasgo habitual, no problemático para el paciente.

2: Rasgo más acusado de lo normal que hace sufrir al individuo o a los demás, pero de ligera intensidad.

3: Moderado. A lo largo de su vida, este rasgo se ha presentado de forma intensa durante un corto periodo de tiempo o de forma moderada durante largas temporadas.

4: Intenso. Claros rasgos, intensos y persistentes, que han ocasionado problemas a lo largo de toda su vida.

FIABILIDAD

0: Totalmente fiable.

1: La información del paciente convence como digno de confianza aunque se observan pequeñas inexactitudes en temas de menor importancia.

2: Sospecha de que exista una ligera distorsión u omisión de ciertos datos relevantes.

3: La distorsión u omisión de los datos es destacable.

■ 4: La información que aporta el paciente no convence en absoluto existiendo incluso notorias contradicciones en los datos suministrados.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Es muy útil contar con un resumen de unas cuantas líneas en las que se explicitan los datos más destacables de la sintomatología y juicio diagnóstico del paciente, realizada inmediatamente después de la entrevista. Esta sencilla práctica suele facilitar la puntuación y codificación posterior de la entrevista.

CASO GLOBAL

Puntuar al final de la entrevista una impresión global sobre el estado del enfermo durante la última semana, recordando la distinción fundamental sobre el umbral 1 - 2.

1: No es un “caso clínico” que, por ejemplo, necesita tratamiento o intervención. Rasgos habituales de personalidad anormal, etc. que no causan significativas dificultades se puntúan como 1.

2 Es un “caso clínico”, lo mismo que los grados “3” y “4”. Para diferenciar estos niveles (sólo como orientación). 2 corresponde a un trastorno mínimo y no constante. En este grado solemos clasificar también “casos” que consideramos como tales, aunque no necesariamente necesitan la intervención de un especialista en psiquiatría y quizás sólo, en el grado mínimo, una intervención exclusivamente psicológica y no farmacológica, incluso por un médico no psiquiatra.

3: Trastorno mínimo y constante o severo y ocasional.

4: Trastorno severo y constante.

CASO EN REMISIÓN

Los criterios de puntuación son iguales que los descritos para el caso global. Este apartado está pensado para pacientes sin patología psiquiátrica actual pero que si abandonase el tratamiento, reaparecería la sintomatología con bastante probabilidad.

4. HDRS (Hamilton Depresión Rating Scale) (Hamilton, 1960)

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

5. HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) (Hamilton, M. 1959)

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

