

Sergio Moreno González

Terapia Cognitivo-Conductual de  
pacientes con trastorno de  
somatización abreviado (SSI 4,6) en  
Atención Primaria: Un estudio  
controlado aleatorizado

Departamento  
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es  
García Campayo, Javier  
Magallón Botaya, Rosa

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

Tesis Doctoral

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE PACIENTES CON  
TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN ABREVIADO (SSI 4,6) EN  
ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO CONTROLADO  
ALEATORIZADO

Autor

Sergio Moreno González

Director/es

García Campayo, Javier  
Magallón Botaya, Rosa

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**

Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2011



# UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

## FACULTAD DE MEDICINA

### DEPARTAMENTO DE MEDICINA, PSIQUIATRÍA Y DERMATOLOGÍA



#### **COGNITIVE-BEHAVIOUR THERAPY FOR PATIENTS WITH ABRIDGED SOMATIZATION DISORDER (SSI 4,6) IN PRIMARY CARE: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY**

*TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE PACIENTES CON TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN ABREVIADO (SSI 4,6) EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO*



**TESIS DOCTORAL**

Sergio Moreno González

**DIRECTORES**

Javier García Campayo

Rosa Magallón Botaya

ZARAGOZA, 2011

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA, PSIQUIATRÍA Y DERMATOLOGÍA**

**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE  
PACIENTES CON TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN  
ABREVIADO (SSI 4,6) EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN  
ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO**

**COGNITIVE-BEHAVIOUR THERAPY FOR PATIENTS WITH ABRIDGED  
SOMTIZATION DISORDER (SSI 4,6) IN PRIMARY CARE: A RANDOMIZED  
CONTROLLED TRIAL**

**SERGIO MORENO GONZÁLEZ**



**D. JAVIER GARCIA CAMPAYO**, Profesor Asociado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza

**CERTIFICA:**

Que las investigaciones que se exponen en la Memoria “**Tratamiento cognitivo conductual de pacientes con Trastorno de Somatización Abreviado (SSI 4,6) en Atención Primaria: Un estudio controlado aleatorizado**” presentada por la Licenciado **D. SERGIO MORENO GONZÁLEZ**, correspondientes al proyecto de tesis registrado el 14 de octubre de 2008 número 91 y con número de registro de salida GEN-012775, para aspirar al grado de Doctor en Medicina con mención europea, han sido realizadas bajo mi dirección en todas las etapas, reflejando con toda fidelidad los resultados obtenidos.

Tras haber revisado esta Memoria, la encuentro conforme para ser presentada, defendida en acto público, y juzgada en su momento por el Tribunal que al efecto se designe

Lo que firmo en Zaragoza, a 23 de septiembre del 2011

Fdo.: Dr. D. Javier García Campayo





**DÑA. ROSA MAGALLÓN BOTAYA**, Profesora Asociada del departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza

**CERTIFICA:**

Que las investigaciones que se exponen en la Memoria **“Terapia cognitivo conductual de pacientes con Trastorno de Somatización Abreviado (SSI 4,6) en Atención Primaria: Un estudio controlado aleatorizado”** presentada por la Licenciado **D. SERGIO MORENO GONZÁLEZ**, correspondientes al proyecto de tesis registrado el 14 de octubre de 2008 número 91 y con número de registro de salida GEN-012775, para aspirar al grado de Doctor en Medicina con mención europea, han sido realizadas bajo mi dirección en todas las etapas, reflejando con toda fidelidad los resultados obtenidos.

Tras haber revisado esta Memoria, la encuentro conforme para ser presentada, defendida en acto público, y juzgada en su momento por el Tribunal que al efecto se designe

Lo que firmo en Zaragoza, a 23 de septiembre del 2011

Fdo.: Dra. Dña. Rosa Magallón Botaya



*A mi padre; maestro, guía y ejemplo en esfuerzo y dedicación*



*San Sebastián, Madrid, Badalona, Vitoria, Londres, Munich, Lisboa, Berlín,  
Rotterdam, Nijmegen, Arras, Wercther, Bilbao, Oeiras,...Zaragoza*

*“Un viaje de mil millas comienza con el primer paso”.  
Lao-tsé (570 aC-490 aC) Filósofo chino.*



### *Agradecimientos:*

- *A la Dra. Rosa Magallón Botaya por su inestimable apoyo, por su amor a la investigación y su compromiso con los valores humanos.*
- *Al Dr. Javier García Campayo por su constante guía y por todas las oportunidades de aprendizaje que me ha proporcionado.*
- *A mis compañeras del equipo de investigación en Atención Primaria del Centro de Salud Arrabal por su continuo aliento en la tarea.*
- *A los profesores Joao Soares Pereira y María Joao Cunha de la Facultad de Psicología del Instituto Superior de Maia (ISMAI), Oporto. Por su cálida acogida y trato exquisito durante nuestra colaboración.*
- *A doña Rosa Domínguez, don Fernando Jiménez Gómez y a todos los profesores y maestros que supieron alimentar y desarrollar en mí la vocación por la Psicología.*
- *A la Dra. Alba Gasparino, luz al caminar.*
- *A Esther, Paula y Sergio que habéis donado con generosidad a esta causa gran parte del tiempo que os correspondía.*
- *A mis padres, Araceli y Sergio, paradigma de esfuerzo y sacrificio con amor.*
- *Y por último, a mi hermano Diego, fuente inagotable de apoyo incondicional, experto en tenacidad, constancia y perseverancia.*





## ***ÍNDICE***

<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>I.1.- CONCEPTO DE TRASTORNO SOMATOMORFO .....</b>	<b>21</b>
I.1.1.- HISTORIA.....	21
I.2.1.- DEFINICIONES Y EPIDEMIOLOGÍA.....	24
I.2.1.1.- EL TRASTORNO SOMATOMORFO.....	24
I.2.1.2.- SOMATIZACIÓN SUBCLÍNICA.....	32
I.2.1.2.1.- La somatización abreviada (abridged somatization; SSI 4,6).....	33
I.1.3.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS.....	38
I.3.1.1.- CARÁCTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS .....	38
I.3.1.2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	40
<b>I.2.- SÍNDROMES FUNCIONALES .....</b>	<b>44</b>
I.2.1.- EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC).....	45
I.2.2.- FIBROMIALGIA (FM).....	46
I.2.3.- EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII).....	47
<b>I.3.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....</b>	<b>48</b>
I.3.1.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FRENTE A CAUSA ORGÁNICA.....	48
I.3.2.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FRENTE A LA HIPOCONDRIA.....	49
I.3.3.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FRENTE A LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN .....	50
<b>I.4.- LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN EL DSM-V .....</b>	<b>51</b>
I.4.1.- INTRODUCCIÓN .....	51
I.4.2.- PROYECTO CISSD.....	54
I.4.2.1.- LOS PUNTOS CLAVE.....	54
I.4.2.1.1.- Destinatarios de las modificaciones en el DSM-V .....	54
I.4.2.1.2.- Reformulación de términos y conceptos.....	55
I.4.2.1.3.- El eje dónde ser ubicados.....	56
I.4.2.1.4.- La expresión “explicación médica” como concepto nuclear del diagnóstico .....	56
I.4.2.1.5.- Respecto a los síndromes somáticos funcionales .....	57
I.4.2.1.6.- El recuento de síntomas como criterio definitorio del trastorno somatomorfo .....	58
I.4.2.1.7.- Enumeración, agrupación y evolución de los síntomas .....	58
I.4.2.2.- RECOMENDACIONES.....	60
I.4.3.- ACTUALIDAD DSM-V .....	67
I.4.3.1.- CATEGORÍAS PROPUESTAS EN EL MOMENTO ACTUAL: .....	69
I.4.3.1.1.- Factores Psicológicos que Afectan a la Condición Médica (#316).....	69

I.4.3.1.2.- Trastorno complejo de síntomas somáticos (CSSD) (#XXX).....	71
I.4.3.1.3.- Trastorno de Conversión (#300.11) .....	77
I.4.3.1.4.- Trastorno Facticio #300 .....	81
I.4.3.1.5.- Trastorno de síntomas somáticos residual.....	82
I.4.3.1.6.- Trastorno dismórfico corporal (tabla 15).....	83
<b>I.5.- TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS.....</b>	<b>87</b>
I.5.1.- INTRODUCCIÓN.....	87
I.5.1.1.- LA TERAPIA FARMACOLÓGICA.....	87
I.5.1.2.- LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES .....	91
I.5.1.2.1.- La investigación desde los distintos paradigmas.....	91
I.5.1.2.2.- La terapia Cognitivo-Conductual (TCC) sometida a examen.....	99
I.5.2.- UNA PROPUESTA TERAPÉUTICA.....	105
I.5.2.1.- INTERVENCIONES CONDUCTUALES:.....	107
I.5.2.2.- COGNICIONES Y EMOCIONES .....	111
I.5.2.3.- MÉTODOS INTERPERSONALES.....	116
I.5.2.4.- LA INCLUSIÓN DEL OTRO SIGNIFICATIVO EN LA TERAPIA .....	117
I.5.2.5.- FINALIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS .....	118
<b>I.6.- MOTIVACIÓN.....</b>	<b>118</b>
<b>II.- MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>123</b>
<b>II.1.- DISEÑO: .....</b>	<b>125</b>
<b>II.2.- TAMAÑO MUESTRAL .....</b>	<b>125</b>
<b>II.3.- PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN, ALEATORIZACIÓN Y ENMASCARAMIENTO .....</b>	<b>126</b>
<b>II.4.- DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN.....</b>	<b>127</b>
II.4.1.- RAMAS DE INTERVENCIÓN.....	127
II.4.2.- PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN .....	128
<b>II.5.- EVALUACIÓN. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA .....</b>	<b>132</b>
II.5.1.- EVALUACIÓN.....	132
II.5.2.- VARIABLES .....	133
II.5.3.- INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	135
- <i>Para las variables principales:</i> .....	135
- <i>Para las variables secundarias:</i> .....	137
<b>II.6.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>142</b>

<b>II.7.- ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>144</b>
<b>III.- RESULTADOS.....</b>	<b>145</b>
<b>III.1 .- DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA .....</b>	<b>147</b>
III.1.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA .....	149
III.1.2.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA POR TIPO DE INTERVENCIÓN .....	156
III.1.2.1.- Diagrama de Participación .....	157
III.1.2.2.- Características sociodemográficas por tipo de intervención.....	158
<b>III.2.- EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES TRAS EL TRATAMIENTO .....</b>	<b>164</b>
III.2.1.- NÚMERO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS.....	164
Dolor .....	164
Gastrointestinal .....	165
Pseudoneurológico .....	166
Cardiopulmonar.....	167
Sexual.....	168
Número Total de Síntomas.....	169
III.2.2.- GRAVEDAD DEL SÍNTOMA .....	170
III.2.3.- CATASTROFIZACIÓN .....	171
Rumiación.....	171
Magnificación .....	172
Desesperanza .....	173
Catastrofización total.....	174
III.2.4.- CALIDAD DE VIDA.....	175
Función física.....	175
Rol físico.....	176
Dolor corporal .....	177
Salud General .....	178
Vitalidad .....	179
Función social .....	180
Rol emocional.....	181
Salud mental.....	182
Evolución Declarada (SF36).....	183
III.2.5.- ANSIEDAD .....	185
Ansiedad Somatizada.....	185
Ansiedad Psicológica.....	186
Ansiedad Total.....	187

III.2.6.- DEPRESIÓN.....	188
Depresión Somatizada .....	188
Depresión Total .....	189
III.2.7.- IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL.....	190
Gravedad de la enfermedad.....	190
Mejoría global de los síntomas.....	192
<b>IV.- DISCUSSION .....</b>	<b>197</b>
<b>IV.1.- DISCUSSION .....</b>	<b>199</b>
<b>IV.2.- STUDY STRENGTHS .....</b>	<b>203</b>
<b>IV.3.- STUDY LIMITATIONS .....</b>	<b>208</b>
<b>IV.4.- LINES OF IMPROVEMENT AND PROSPECTS.....</b>	<b>209</b>
<b>V.- CONCLUSIONS.....</b>	<b>213</b>
<b>VI.- BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>217</b>
<b>VII.- ANEXOS.....</b>	<b>251</b>
<b>VII.1.- ANEXOS INFORMACIÓN AL PACIENTE.....</b>	<b>253</b>
ANEXO VII.1.1. Hoja de Información al paciente.....	255
ANEXO VII.1.2. Hoja de Consentimiento Informado .....	257
<b>VII.2.- ANEXOS EVALUACIÓN .....</b>	<b>259</b>
ANEXO VII.2.2. Screening para trastornos somatomorfos (SOMS-2. ....	305
ANEXO VII.2.3. Escala de Gravedad de los Síntomas Somáticos (Woolfolk and Allen 2007).....	307
ANEXO VII.2.4. Escala de Catastrofización .....	311
ANEXO VII.2.6. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS).....	315
ANEXO VII.2.7. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) .....	317
ANEXO VII.2.8. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)...	319

<b>VII.3.- ANEXOS INTERVENCIÓN.....</b>	<b>321</b>
ANEXO VII.3.1. Tabla de Aleatorización .....	323
ANEXO VII.3.2. Protocolo de Intervención.....	325
ANEXO VII.3.2.2. Conociendo los síntomas del paciente: “la línea de la vida” .....	331
ANEXO VII.3.2.3. Autorregistro.....	333
ANEXO VII.3.2.4. Respiración .....	335
ANEXO VII.3.2.5. Pros y contras de los ejercicios de respiración. ....	341
ANEXO VII.3.2.6. Registro del nivel de actividad del paciente .....	343
ANEXO VII.3.2.7. Cuestionario de actividades gratificantes .....	345
ANEXO VII.3.2.8. Pautas de higiene del sueño .....	351
ANEXO VII.3.2.9. Evaluando los pensamientos automáticos .....	355
ANEXO VII.3.2.10. Los pensamientos negativos .....	357
ANEXO VII.3.2.11. Distorsiones Cognitivas.....	359
ANEXO VII.3.2.12. Relajación diferencial .....	365
ANEXO VII.3.2.13. Orden relajación progresiva.....	369
ANEXO VII.3.2.14. Modelo de intercambio de conductas y reciprocidad.....	373
ANEXO VII.3.2.15. El rol de enfermo (Avia 1993).....	377
ANEXO VII.3.2.16. Asertividad .....	379

## ***I. INTRODUCCIÓN***





## **I.1.- CONCEPTO DE TRASTORNO SOMATOMORFO**

### **I.1.1.- HISTORIA**

La historia de la somatización comienza con la histeria. La histeria fue descrita hace 4.000 años por los egipcios. Los casos más representativos incluían dolor en ausencia de herida o patología en el lugar de aparición del dolor. Los egipcios mantenían que los movimientos uterinos podían producir dolor en varias regiones corporales. Los médicos griegos enumeraron una serie similar de síntomas psicósomáticos conservando las teorías egipcias. Los griegos le asignaron el término “histeria”, que significa útero. Esta formulación clásica revela dos rasgos notables: el trastorno se observaba predominantemente en mujeres y que había algo esencialmente femenino en la enfermedad. El término histeria se siguió empleando hasta hace 30 años para etiquetar a las pacientes somatizadoras (Micale 1993).

Desde la edad media se preservó y mantuvo el término histeria descrito por Hipócrates y Galeno, hasta el siglo XVIII, cuando fue relacionado por primera vez con el sistema nervioso y las emociones. A comienzos del siglo XVII, el médico francés Charles Le Pois se opuso a la teoría uterina de la histeria, él sostenía que el bazo era el responsable, declaró que la histeria era propiamente masculina. Unos años más tarde, Thomas Sydenham declaró que la histeria era el resultado de factores psicológicos y emocionales y que en los hombres la histeria se manifestaba como hipocondriasis (Boss 1979). Foucault sitúa a finales del siglo XVIII que tanto la histeria como la hipocondría empezaran a tenerse en cuenta como alteraciones nerviosas llegando a asemejarse a un trastorno mental reconocido como la melancolía. Durante el siglo XVIII algunas autoridades, como Joseph Raulin, empezaron a cuestionar la base orgánica de la histeria. Antes del siglo XIX, debido a la heterogeneidad sintomatológica de la histeria y la hipotetizada conexión con las emociones, los médicos empezaban a alegar que estos síntomas eran fingidos o imaginados. Las actitudes de indiferencia de los profesionales de la salud contemporáneos hacia los pacientes somatizadores y la tendencia a considerarlos simuladores puede atribuirse a este período de la historia (Woolfolk, Allen and Tiu 2007).

El seminario monográfico de Paul Briquet (1859), *“Traité Clinique et Thérapeutique de L’hystérie”*, fue un hito en la descripción psicopatológica de la somatización. Nuestra concepción actual del trastorno somatomorfo deriva directamente de dicha fuente. Describió tres síndromes: el fenómeno de conversión, la personalidad histérica y los múltiples síntomas sin explicación médica crónicos (Mai and Merskey 1980; Dongier 1983) , todos solapados sintomatológicamente y con frecuencia presentes simultáneamente en el paciente.

El trabajo de Briquet fue retomado por Purcell, Robins y Cohen (Purcell, Robins and Cohen 1951) y desarrollado más ampliamente por los miembros del Ilustre Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington. Perley and Guze (Perley and Guze 1962) publicaron una lista de 57 síntomas comunes en mujeres diagnosticadas de histeria, síntomas que fueron agrupados en 10 áreas. Estos autores fueron los primeros en sugerir criterios específicos para el diagnóstico de la histeria; la presencia de 25 síntomas en al menos 9 de las 10 áreas (Guze 1967). Más tarde, esta lista se amplió a 59 síntomas pasándose a denominar lo que conocemos como “Síndrome de Briquet” (Guze, Woodruff and Clayton 1972). Los criterios del síndrome de Briquet fueron incluidos en los criterios Feighner (Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur and Munoz 1972), precursor de la serie de síntomas que aparecen en la tercera edición del DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; American Psychiatric Association, 1980). La terminología tradicional se sustituyó por el término más neutro “somatización”, algunos términos en la cuarta edición recuerdan a la terminología tradicional, por ejemplo trastorno de conversión, pero en ningún momento aparece referencia explícita al término histeria. La clasificación CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) ha mantenido más esa terminología, incluyendo otros términos como neurastenia.

La historia de la somatización está interrelacionada con dos desarrollos importantes e históricos en la psiquiatría: la medicina psicosomática y el psicoanálisis. Aunque la primera inicialmente se subsumió a la segunda, la

medicina psicosomática, posteriormente a Freud, ha desarrollado su propia historia. Desde la antigüedad la interacción entre cuerpo y mente y sus efectos sobre la salud ha despertado mucho interés. William Falconer (1788) en *A Dissertation on the Influence of the Passions upon the Disorders of the Body* describe una de las primeras explicaciones sistemáticas al tema. El término “psicosomático” fue empleado por primera vez por Heinroth in 1818 describiendo el interjuego entre mente y cuerpo en la salud y la enfermedad. A finales del siglo XIX la “enfermedad nerviosa” incluía dolencias psicosomáticas como la neurastenia. La figura del profesional que la trataba, el “médico de los nervios”, proliferó tanto en la época Victoriana que el “mal de nervios” fue considerado una epidemia (Shorter 1997).

En esta época entra en escena Sigmund Freud, formado en la Salpetriere de Paris bajo las enseñanzas de Jean Martin Charcot, observó como éste empleaba la hipnosis para movilizar la sintomatología histérica. Al volver a Viena, inicia una colaboración muy estrecha con Joseph Breuer, dando lugar al libro *Studies in Hysteria* (1895), en el cual desarrollaron ambos autores el concepto de “conversión”, describiéndolo como un proceso por medio del cual la actividad intrapsíquica supuestamente provocaba los síntomas somáticos. Aunque posteriormente, Freud, se separó de Breuer para crear y desarrollar su teoría psicoanalítica, su trabajo con la histeria fue guía y precursor de los esfuerzos teóricos posteriores. Aquí empezaban a tomar forma las ideas del trauma emocional temprano o el conflicto intrapsíquico como causa de la sintomatología física. Este trabajo también introdujo la noción del síntoma físico como manifestación del inconsciente, como garantía de ganancia secundaria, o como mecanismo de evitación del dolor emocional.

La idea de que el síntoma físico encerraba una traducción del conflicto psíquico empezó a extenderse en la psiquiatría. Stekel (1924) acuñó el término “somatización” a principios de los años 20 y lo definió como “la conversión de estados emocionales en síntomas físicos”. Otra aportación más excéntrica en cuanto a la relación cuerpo-mente fue la del psicoanalista Georg Groddeck (Groddeck 1977) que creía que los procesos psíquicos eran los factores etiológicos de todas las enfermedades (Avila and Winston 2003). Mantenía que

los síntomas de cualquier enfermedad orgánica podían ser interpretados como expresiones simbólicas de las motivaciones del inconsciente.

El padre de la medicina moderna psicósomática americana, Franz Alexander (Alexander 1987), intentó minimizar los excesos de los abordajes psicoanalíticos indiscriminados como el de Groddeck. Distinguió entre dos tipos de síntomas psicósomáticos: Aquellos casos en los que el conflicto psíquico se había convertido y se comunicaba a través de un síntoma físico, y aquellos casos en los que el síntoma físico surgía de forma directa o indirecta fruto del incremento de arousal emocional. Esta segunda clase de mecanismo requiere compartir ciertas asunciones psicoanalíticas y era bastante compatible con las líneas principales de investigación científica, especialmente con el trabajo de Cannon, Seyle y otros coetáneos sobre el estrés psicosocial (Morse 1995). La medicina psicósomática declinó en influencia de la mano del psicoanálisis. Muchos de los planteamientos de la medicina psicósomática los ha heredado la que hoy se considera su sucesora en la disciplina, la medicina conductual.

## I.2.1.- DEFINICIONES Y EPIDEMIOLOGÍA

### I.2.1.1.- EL TRASTORNO SOMATOMORFO

Existen gran desacuerdo sobre la precisión de los criterios diagnósticos para el trastorno somatomorfo. El término fue introducido en la tercera edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales que edita la Asociación Americana de Psiquiatría (1980). Los criterios requeridos para su diagnóstico han sido revisados en cada una de las revisiones posteriores del manual. De acuerdo al DSM-III, el trastorno somatomorfo en hombres se caracteriza por un historial de al menos 12 síntomas físicos sin explicación médica; para mujeres, el diagnóstico requiere un historial de al menos 14 síntomas físicos sin explicación médica (APA, 1980). En la revisión del DSM-III se abandona la distinción entre géneros (APA, 1987). Más recientemente, en el DSM-IV (APA, 1994) el trastorno somatomorfo se caracteriza por reducir a 8 el número de síntomas requeridos para su diagnóstico, a la vez que introduce el criterio de que esos síntomas comprometan

múltiples sistemas corporales; cuatro dolores sin explicación médica, dos síntomas gastrointestinales, uno sexual o menstrual, y un síntoma pseudoneurológico (tabla 1). La OMS (Organización Mundial de la Salud) ofrece otros criterios diagnósticos, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) el diagnóstico requiere un historial de al menos seis síntomas sin explicación médica durante al menos dos años incluyendo los siguientes grupos de síntomas: gastrointestinales, cardiovasculares, genitourinarios, y dermatológicos o dolores (OMS, 1993). En ambas clasificaciones el diagnóstico exige que las molestias no se posean explicación médica o sean desproporcionadas a lo que sería explicable por las pruebas médicas o de laboratorio. Además, el CIE-10 requiere que los síntomas sean lo suficientemente molestos como para provocar la búsqueda repetida de atención médica. En el DSM-III y revisiones, se añade como alternativa a la búsqueda de atención médica que el paciente tenga reducida o afectada su funcionalidad.

Ambas clasificaciones no sólo establecen diferentes umbrales para el diagnóstico sino que también establecen distintas listas de síntomas como criterio diagnóstico, como se puede observar en la tabla 1, la lista de 59 ítems formada por la enumeración de Guze, Perley y Feighner (Guze and Perley 1963; Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur and Munoz 1972); se acortó para el DSM-III, eliminando los síntomas psicológicos (por ejemplo: el nerviosismo, los sentimientos depresivos). Posteriormente dicha enumeración se fue reduciendo y condensando hasta el DSM-IV. Las versiones DSM-III y DSM-III-R resaltaron una variedad más somática de la histeria, mientras que el DSM-IV-TR incluye las alucinaciones, uno de los síntomas recuperados de la lista original de Perley y Guze. Los criterios diagnósticos del trastorno somatomorfo de la CIE-10 guardan cierta similitud con los de la histeria de Perley y Guze. Los síntomas enumerados en la CIE-10 son significativamente inferiores en número, sin incluir síntomas menstruales o pseudoneurológicos considerados puntos cardinales del síndrome original (Guze and Perley 1963). La CIE-10 establece distinción entre

somatización y trastorno somatomorfo, y disociación frente a trastorno de conversión. Los síntomas pseudoneurológicos se incluyen en esta última categoría.

**Tabla 1. Lista de síntomas de los sistemas clasificatorios para el trastornos somatomorfo/histeria (Woolfolk and Allen 2007)**

Perley-Guze / Feighner	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV-TR	CIE-10
<b>Síntomas Pseudoneurológicos</b>				
Parálisis	Parálisis o debilidad muscular	Parálisis o debilidad muscular	Parálisis o debilidad localizada <sup>b</sup>	
Ataxia <sup>a</sup>	Problemas al caminar	Problemas al caminar	Coordinación o equilibrio afectados <sup>b</sup>	
Nudo en la garganta	Dificultad para tragar	Dificultad para tragar	Dificultad para tragar o nudo en la garganta <sup>b</sup>	
Afonía	Pérdida de voz	Pérdida de voz	Afonía <sup>p</sup>	
Sordera	Sordera	Sordera	Sordera <sup>p</sup>	
	Visión Doble	Visión Doble	Visión Doble <sup>p</sup>	
Ceguera	Ceguera	Ceguera	Ceguera <sup>b</sup>	
Ataques o convulsiones	Ataques o convulsiones	Ataques o convulsiones	Ataques <sup>b</sup>	
Retención urinaria	Retención urinaria o dificultad para orinar	Retención urinaria o dificultad para orinar	Retención urinaria <sup>b</sup>	
Desmayos	Desmayos o pérdidas de consciencia	Desmayos o pérdidas de consciencia	Pérdidas de consciencia (distintas a desmayos) <sup>b</sup>	
Amnesia	Pérdida de memoria	Amnesia	Amnesia <sup>b</sup>	
Visión borrosa	Visión borrosa	Visión borrosa		
Anestesia			Pérdida de tacto o sensación dolorosa <sup>b</sup>	Adormecimiento o u hormigueo desagradable <sup>c</sup>
Alucinaciones			Alucinaciones <sup>p</sup>	
Inconsciencia				
Debilidad				

Otros síntomas conversivos <sup>a</sup>				
<b>Síntomas Gastrointestinales</b>				
				Mal sabor de boca o lengua pastosa <sup>d</sup>
Nauseas	Nauseas	Nauseas (distintas a las motivadas por el mareo)	Nauseas <sup>e</sup>	Nauseas <sup>d</sup>
Vómitos	Vómitos (distintos a durante el embarazo)	Vómitos (distintos a durante el embarazo)	Vómitos (distintos a durante el embarazo) <sup>e</sup>	Vómitos o regurgitaciones <sup>d</sup>
Hinchazón abdominal	Fflautulento	Flautulento	Hinchado <sup>e</sup>	Sensación de hinchazón o lleno de gas <sup>d</sup>
Diarrea	Diarrea	Diarrea	Diarrea <sup>e</sup>	Frecuentes pérdidas intestinales o evacuación de heces <sup>d</sup>
Intolerancia alimenticia	Intolerancia alimenticia	Intolerancia alimenticia	Intolerancia alimenticia <sup>e</sup>	
Estreñimiento				
Anorexia				
Pérdida de peso				
Marcadas fluctuaciones en el peso				
<b>Síntomas Sexuales o Menstruales</b>				
Irregularidad Menstrual	Irregularidad Menstrual	Períodos menstruales irregulares	Menstruaciones irregulares <sup>f</sup>	
Excesivo sangrado menstrual	Excesivo sangrado menstrual	Excesivo sangrado menstrual	Excesivo sangrado menstrual <sup>f</sup>	
Amenorrea				
Vómitos durante el embarazo	Vómitos graves durante el embarazo	Vómitos durante el embarazo	Vómitos durante el embarazo <sup>f</sup>	

Indiferencia sexual	Indiferencia sexual	Indiferencia sexual	Indiferencia sexual <sup>f</sup>	
Frigidez		Impotencia	Disfunción eréctil o eyaculatoria <sup>f</sup>	
Otros problemas sexuales	Ausencia de placer en el coito			Flujo vaginal abundante o inusual <sup>i</sup>
<b>Síntomas Dolorosos</b>				
Dolor Abdominal	Dolor Abdominal	Dolor Abdominal (distinto o al menstrual)	Dolor Abdominal <sup>g</sup>	Dolor Abdominal <sup>d</sup>
Dolor de espalda	Dolor de espalda	Dolor de espalda	Dolor de espalda <sup>g</sup>	
Dolor articular	Dolor en articulaciones	Dolor articular	Dolor en articulaciones <sup>g</sup>	Dolor en labios, extremidades o articulaciones <sup>c</sup>
Dolor en extremidades	Dolor en extremidades	Dolor en extremidades	Dolor en extremidades <sup>g</sup>	
Quemazón en órganos sexuales, boca o recto	Dolor en la zona genital (fuera de las relaciones sexuales)	Quemazón en órganos sexuales o recto (fuera de las relaciones sexuales)	Dolor en el recto <sup>g</sup>	Sensaciones desagradables en los genitales <sup>i</sup>
Dolor al orinar	Dolor al orinar	Dolor al orinar	Dolor al orinar <sup>g</sup>	Disuria u orina frecuente <sup>i</sup>
Dismenorrea	Menstruación dolorosa	Menstruación dolorosa	Menstruación dolorosa <sup>g</sup>	
Dispareunia	Dolor durante el coito	Dolor durante el coito	Dolor durante el coito <sup>g</sup>	
Otros dolores corporales	Otros dolores (no cefaleas)	Otros dolores (no cefaleas)		
Dolor de cabeza			Dolor de cabeza <sup>g</sup>	
<b>Síntomas Cardiovasculares</b>				
Dolor en el pecho	Dolor en el pecho	Dolor en el pecho	Dolor en el pecho <sup>g</sup>	Dolores en el pecho <sup>h</sup>
Dificultad respiratoria	Falta de aliento	Falta de aliento en ausencia de esfuerzo		Falta de aliento en ausencia de esfuerzo <sup>h</sup>
Palpitaciones	Palpitaciones	Palpitaciones		
Mareos	Mareos	Mareos		
<b>Otros Síntomas</b>				



Sentirse enfermo la mayor parte de la vida	Sentirse enfermo la mayor parte de la vida			
Fatiga				
Ataques de ansiedad				
Nerviosismo				
Miedos				
Sentimientos depresivos				
Absentismo laboral o limitaciones funcionales por sentirse enfermo				
Llanto fácil				
Sentimiento de desesperanza				
Sensación de alivio ante la muerte				
Querer morir				
Pensar en el suicidio				
Intentos suicidas				
				Manchas o decoloraciones en la piel <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Solo Incluido en los criterios Feighner

<sup>b</sup> Categorizado en el grupo de síntomas pseudoneurologicos en el DSM-IV

<sup>c</sup> Categorizado en el grupo de síntomas piel/dolor en el CIE-10

<sup>d</sup> Categorizado en el grupo de síntomas gastrointestinales en el CIE-10

<sup>e</sup> Categorizado en el grupo de síntomas gastrointestinales en el DSM-IV

<sup>f</sup> Categorizado en el grupo de síntomas sexuales/menstruales en el DSM-IV

<sup>g</sup> Categorizado en el grupo de síntomas dolorosos en el DSM-IV

<sup>h</sup> Categorizado en el grupo de síntomas cardiovasculares en el CIE-10

<sup>i</sup> Categorizado en el grupo de síntomas genitourinarios en el CIE-10

Las cuatro versiones del trastorno de somatización son predictores de importantes consecuencias clínicas y disfuncionalidades aparejadas (Swartz, Blazer, George and Landerman 1986; Bass and

Murphy 1991; Gureje, Simon, Ustun and Goldberg 1997). Existe muy poca evidencia que apoye la agrupación sintomatológica de ambas clasificaciones (Liu, Clark and Eaton 1997). Además, dada la mayor probabilidad de que las mujeres experimenten e informen sobre somatizaciones, algunos investigadores abogan por seguir usando diferentes criterios sintomatológicos para hombres y mujeres, tal y como se hacía en el DSM-III (Liu, Clark and Eaton 1997). Recientes investigaciones sugieren que los criterios de diferentes versiones del DSM para el trastorno somatomorfo son poco específicos para la identificación de estos pacientes, los criterios del CIE-10 sí que parece identificarlos mejor (Yutzy, Cloninger et al. 1995; Rief, Heuser, Mayrhuber, Stelzer, Hiller and Fichter 1996).

A pesar de las diferencias entre los criterios específicos para el trastorno de somatización, la esencia del trastorno, de acuerdo a cualquier sistema de clasificación, es el carácter crónico de los síntomas sin explicación médica. De acuerdo a las clasificaciones DSM, los síntomas han de haber aparecido previamente a haber cumplido la edad de 30 años (APA, 1980, 1987, 1994). Los criterios de la CIE-10 requieren que el paciente haya sufrido los síntomas durante al menos dos años, sin especificar la edad a la que ha de haber aparecido por primera vez (OMS, 1993). El curso del trastorno tiende a ser caracterizado por síntomas que aparecen y desaparecen para reaparecer más tarde y/o ser reemplazados por otros nuevos (Lieb, Zimmermann, Friis, Hofler, Tholen and Wittchen 2002). Un rasgo característico del trastorno es su carácter polisintomático cuyos síntomas requeridos necesitan manifestarse simultáneamente.

Esta característica es difícil de identificar en la práctica clínica. Identificarlo requiere revisar el historial clínico pasado y presente además de determinar si cada síntoma no tiene explicación médica o si produce un malestar exagerado al que cabría esperar en caso de ser un mal orgánico. Además, el clínico debe establecer si la sintomatología ha acarreado cierta disfuncionalidad, uso de medicación y/o la búsqueda de

tratamiento médico. Las limitaciones de tiempo pueden impedir que el clínico investigue tantos síntomas que pueden estar apareciendo desde hace mucho tiempo. De tal forma que el protagonismo de un síntoma en el presente puede enmascarar la existencia de otros muchos pasados y que en el momento de consulta no posean la misma relevancia para el paciente. Los clínicos también pueden dudar en hacer el diagnóstico de somatización por miedo a que exista una patología orgánica subyacente.

La diferencia en los criterios diagnósticos entre los distintos sistemas clasificatorios pueden ser las responsables de las inconsistencias existentes en relación a la epidemiología del trastorno.

En el estudio internacional de trastornos mentales en Atención Primaria (WHO) donde se evaluaron 5.438 pacientes de Atención Primaria de 15 centros en 14 países, la prevalencia del trastorno somatomorfo fue de 0.9% y 2.8%, para los criterios DSM-III-R y CIE-10 respectivamente (Gureje, Simon, Ustun and Goldberg 1997). Un estudio estimó que en España, cerca del 1% de los pacientes vistos por el médico de familia por un nuevo episodio de enfermedad son diagnosticados de trastorno de somatización (García-Campayo 2007).

Por una serie de razones, varias autoridades sugieren que la actual prevalencia del trastorno somatomorfo puede ser substancialmente superior a lo que la literatura sugiere. En primer lugar, la memoria autobiográfica sobre los síntomas, es poco fiable. Los sujetos parecen olvidar, al menos a la hora de informar, restándoles importancia a la problemática de los síntomas pasados (Simon and VonKorff 1995; Simon and Gureje 1999). Dado que el diagnóstico del trastorno requiere de la información por parte del paciente tanto de los síntomas presentes como de los que han remitido, estos últimos no se suelen recordar, lo cual hace que la ocurrencia del trastorno quede subestimada en los estudios epidemiológicos. En segundo lugar, el diagnóstico requiere de un examen médico exhaustivo para determinar

la naturaleza de cada síntoma. Esto acarrea grandes costes en los estudios epidemiológicos y no siempre se puede acometer tal empresa. En tercer lugar, aunque, presumiblemente, a los médicos se les consideran que están más capacitados para distinguir cuando la narración del síntoma que da un paciente pertenece a una dolencia orgánica o a una somatización, existe la conjetura de que los médicos son más dados a diagnosticar el trastorno como orgánico frente a los no médicos (Swartz, Blazer, George and Landerman 1986).

### I.2.1.2.- SOMATIZACIÓN SUBCLÍNICA

Algunos investigadores han defendido la idea de incluir en el constructo de somatización a aquellos pacientes afectados por numerosos síntomas sin explicación médica pero que no cumplen con los suficientes criterios como para estar recogidos en la categoría del trastorno somatomorfo. Ambas clasificaciones, CIE-10 y DSM-IV-TR, incluyen categorías residuales para estos casos. En el DSM-IV-TR está el trastorno somatomorfo indiferenciado caracterizado por presentar uno o más síntomas sin explicación médica al menos durante los últimos seis meses. En la CIE-10, la categoría de trastorno somatomorfo indiferenciado difiere de la DSM-IV-TR, requiere de múltiples síntomas sin explicación médica. La CIE-10 comprende una categoría adicional para estos pacientes con tres o más síntomas del sistema vegetativo sin explicación médica, se denomina disfunción vegetativa somatomorfa.

Un par de equipos de investigación han sugerido categorías distintas a las de los sistemas clasificatorios para estos subumbrales de la somatización. Escobar y su equipo (Escobar, Burnam, Karno, Forsythe and Golding 1987) propusieron la etiqueta “abridged somatization (SSI 4,6)”, de aquí en adelante “somatización abreviada”, para aplicarse a aquellos sujetos que experimentaban cuatro o más síntomas sin explicación médica en el caso de los hombres y seis en el caso de las mujeres. Kroenke y su equipo (Kroenke, Spitzer et al. 1997)

sugirieron la categoría “trastorno somatomorfo múltiple” para describir a los hombres y mujeres que habitualmente experimentaban al menos tres síntomas sin explicación médica y dos años de historia de somatización. Sendas categorías parecen ser más prevalentes que el trastorno somatomorfo completo. La “somatización abreviada” se observaba en el 4,4 % de la muestra de población general de Escobar (Escobar, Burnam, Karno, Forsythe and Golding 1987), y entre el 16,6 y el 20% en las muestras de atención primaria (Kirmayer and Robbins 1991; Gureje, Simon, Ustun and Goldberg 1997; Escobar, Waitzkin, Silver, Gara and Holman 1998). La presencia del “trastorno somatomorfo múltiple” ha sido estimada en un 8,2% en pacientes en Atención Primaria (Kroenke, Spitzer et al. 1997).

#### I.2.1.2.1.- La somatización abreviada (abridged somatization; SSI 4,6)

Es un constructo abreviado de la somatización, también conocido como SSI o Abridged Somatization, fue desarrollado por Escobar (Escobar, Burnam, Karno, Forsythe and Golding 1987) en un esfuerzo por facilitar la investigación sistemática de la somatización en poblaciones clínicas y comunitarias. El desarrollo de este constructo llevó a la observación de que todos los diagnósticos de los trastornos somatomorfos, tal y como estaban definidos en el DSM-III, raramente se encontraban en los entornos comunitarios y clínicos, y esto hacía que se captaran únicamente los sujetos que presentaban altos niveles de síntomas físicos sin explicación médica.

Ellos partieron del hecho de que para realizar un estudio sobre el trastorno somatomorfo había que utilizar una lista de 37 síntomas físicos incluidos en el Diagnostic Interview Schedule (DIS), instrumento altamente estructurado empleado en estudios epidemiológicos a gran escala (Robins, Helzer, Croughan and Ratcliffe 1981). Asumiendo que la somatización era un constructo dimensional empezaron investigando los clúster de los

subsíndromes que con los criterios de gravedad llevaban a realizar visitas médicas, tomar medicación, interferían con la funcionalidad y acarreaban ausencia de explicación médica, y llegaron al menos exigente y abreviado corte de cuatro síntomas para hombres y seis síntomas para mujeres. Este criterio incluía a un mayor número de sujetos que los que requerían los criterios DSM-III, los cuales eran 12 síntomas para hombres y 14 para mujeres, además comprobaron que no se perdía poder predictivo (Escobar, Rubio-Stipeck, Canino and Karno 1989).

En relación a la presencia de este diagnóstico en la población general, un estudio (Robins and Rieger 1991) encontró que los pacientes que respondían a los criterios de somatización abreviada tenían una prevalencia mayor de trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, e informaban de un mayor uso de los servicios médicos y de altos niveles de discapacidad (días en cama, desempleo, etc.) más que aquellos que estaban fuera del umbral de la somatización abreviada. Las diferencias fueron estadísticamente significativas incluso controlando el nivel de salud y los factores sociodemográficos (Escobar, Burnam, Karno, Forsythe and Golding 1987; Escobar, Rubio-Stipeck, Canino and Karno 1989). El patrón asociativo encontrado era similar al documentado para el diagnóstico del trastorno de somatización completo. Sin embargo, la prevalencia del constructo abreviado en la población general era, de media, 100 veces más alto que el del diagnóstico del trastorno completo (Escobar, Burnam, Karno, Forsythe and Golding 1987).

Otro estudio realizado con una cohorte muy amplia en Puerto Rico (Canino, Bird, Rubio-Stipeck and Bravo 1997) mostró fuertes asociaciones entre el constructo y la psicopatología, el uso de servicios médicos y el nivel de discapacidad (Escobar, Burnam, Karno, Forsythe and Golding 1987).

La somatización abreviada se ha considerado como una forma de comunicación del estrés, éste con frecuencia adopta la forma de síntoma físico, esto queda avalado por la asociación demostrada en observaciones clínicas entre las somatizaciones y la exposición a eventos traumáticos (Morrison 1989; Pribor, Yutzy, Dean and Wetzel 1993). Por lo tanto, una estrategia adicional para examinar la utilidad del constructo fue comprobar si éste detectaba las consecuencias de una exposición a un evento traumático. Pocas investigaciones habían estudiado la relación entre trauma y somatización abreviada. En un estudio en población general basado en una amplia muestra de mujeres, Golding (Golding 1994) encontró que el constructo discriminaba bien en población general entre aquellas que habían sido afectadas de agresiones físicas/sexuales de aquellas que no habían sido expuestas a dichos estresores. Walker (Walker, Katon et al. 1995) también encontró que dos tercios (64%) de las mujeres con dolor crónico pélvico que informaban sobre abusos sexuales cumplían criterios para la somatización abreviada comparado con el 12% que presentaban los controles. En un estudio prospectivo de individuos expuestos a un estresor insoportable (inundación de flashes), Escobar (Escobar, Canino, Rubio-Stipeck and Bravo 1992) observó nuevamente que emergían síntomas físicos sin explicación médica, siendo una señal significativa de la exposición al estrés.

En relación a la presencia del diagnóstico en población clínica varios grupos de investigación en EE.UU. (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb and Bush 1991; Kirmayer and Robbins 1991; Sullivan, Clark et al. 1993; Kapoor, Fortunato, Hanusa and Schulberg 1995; Smith, Rost and Kashner 1995; Labott, Preisman, Torosian, Popovich and Iannuzzi 1996) han usado el constructo de somatización abreviada (abridged somatization) para evaluar sistemáticamente a pacientes con síntomas sin explicación médica y abordarlos (Rief, Heuser, Mayrhuber,

Stelzer, Hiller and Fichter 1996). Estos estudios incluyen varias especialidades médicas, otorrinolaringología (Sullivan, Clark et al. 1993), pacientes que presentaban síncope (Kapoor, Fortunato, Hanusa and Schulberg 1995), y pacientes con problemas respiratorios visitados en servicios cardiorespiratorios (Labott, Preisman, Torosian, Popovich and Iannuzzi 1996). Otros informes han subrayado la utilidad del constructo como definición de caso antes de realizar estudios de investigación o intervenciones terapéuticas (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb and Bush 1991; Smith, Rost and Kashner 1995). Finalmente, la relevancia de la investigación con el concepto de somatización abreviada queda altamente señalada en su incorporación en CIE-10. Estos criterios requieren de seis síntomas sin explicación médica como umbral para poder diagnosticar el trastorno somatomorfo (W.H.O. 1990).

Para esta investigación hemos tomado como referencia la somatización abreviada basándonos en los estudios realizados por el profesor Escobar, el cual ha demostrado su utilidad en sendas poblaciones, clínica y general, como herramienta para seleccionar sujetos en riesgo y para diferenciar a los sujetos que tienen patología orgánica de los que no. Las listas interminables de síntomas que contienen las entrevistas diagnósticas estructuradas suponen un problema de aplicabilidad desde Atención Primaria. Escobar y su equipo (Escobar, Waitzkin, Silver, Gara and Holman 1998) reexaminaron el constructo en una amplia muestra de pacientes provenientes de la Atención Primaria con el objetivo de refinarlo y poder obtener inventarios más breves y exactos. Entrevistaron a 1456 pacientes con una encuesta que incluía la Composite International diagnostic Interview (CIDI de aquí en adelante para el texto) que recoge síntomas y diagnósticos de varios trastornos psiquiátricos además de información sociodemográfica y discapacidad. Un quinto de la muestra de Atención Primaria cumplían criterios para la somatización



abreviada. Los somatizadores, definidos bajo estos criterios, tenían altos niveles de comorbilidad psiquiátrica y disfuncionalidad significativos frente a los no somatizadores. El análisis tuvo en cuenta el número y el tipo de órgano representado por el síntoma inexplicado mostrando que esta dimensión añadía especificidad a la predicción de resultados. Así, además del número total de síntomas, la somatización abreviada asociada a cuatro o más síntomas sin explicación médica mostraba una asociación más fuerte con la discapacidad y la psicopatología. La investigación incluso les llevó a formular subtipos de somatización abreviada: discreta frente a comórbida y simple frente a polimorfa. Estas pueden ser claramente diferenciadas entre varias patologías y podría llegar a ser una herramienta muy útil para el futuro de la investigación con pacientes somatizadores.

Además dentro del propio constructo lograron establecer tres diferenciaciones. En primer lugar, en relación al número de órganos implicados. Pudieron distinguir entre una somatización abreviada que implicaba “pocos” sistemas que podía ser denominada como tipo “simple” con una prevalencia del 8% y la que afectaría a “múltiples” órganos designada como tipo “polimórfico”, la cual es más discapacitante y prevalente llegando a un 12%. Un nuevo síndrome “el trastorno multisomatomorfo” postulado por otros autores (Kroenke, Spitzer et al. 1997) coincidiría con el tipo simple detallado anteriormente, presentando una prevalencia similar a éste en Atención Primaria (8,2%). No hay estudios sobre la equivalencia exacta entre ambas clasificaciones. Una segunda diferenciación sería en función del tipo de sistema orgánico implicado. Se pueden distinguir pacientes agrupados bajo un conjunto que incluye los siete sistemas, incluidos los pseudoneurológicos, dos grupos que incluyen síntomas de tres sistemas distintos y tres grupos de síntomas con un solo ítem (genitourinario, cardiorespiratorio y cefalea). Estos conjuntos presentaban prevalencias entre el 0.5%

y el 2.0%, así como diferencias en el impacto sobre el funcionamiento físico, a mayor sistemas implicados mayor disfuncionalidad. Una tercera y última diferenciación haría referencia a la comorbilidad. Existiría una somatización abreviada discreta con una prevalencia del 7% y otra comórbida con un 14% de prevalencia, ambas asociadas con similares índices de discapacidad. El estudio de Escobar (Escobar, Waitzkin, Silver, Gara and Holman 1998) , menciona que en la “discreta” es menos probable encontrar sintomatología hipocondríaca, manifiestan menos descontento con los servicios médicos, realizan menos visitas a los médicos y son sometidos a menos pruebas diagnósticas que los somatizadores “comórbidos”.

Como hemos mencionado anteriormente, la utilidad de esta clasificación para Atención Primaria y por lo tanto para nuestro estudio, radica en poder prescindir de listas interminables de síntomas de las escalas habituales (40 en la CIDI), ya que pretende diagnosticar identificando síntomas diana de forma rápida y fácil.

### I.1.3.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS

#### I.3.1.1.- CARÁCTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

El sexo, la etnia, la edad y la educación han sido asociadas con el trastorno de somatización y la somatización subclínica. La investigación epidemiológica ha demostrado que los pacientes mujeres, de color y con bajo nivel educativo pueden ser con mayor probabilidad pacientes somatizadores (Robins and Rieger 1991; Gureje, Simon, Ustun and Goldberg 1997).

En relación al género, estudios norteamericanos sitúan en 10 veces mayor la prevalencia en mujeres frente a hombres (Swartz, Blazer, George and Landerman 1986). Estas diferencias de género, aunque no tan marcadas, también se han encontrado en los

subsíndromes propuestos por Escobar y Kroenke (Escobar, Rubio-Stipec, Canino and Karno 1989; Kroenke, Spitzer et al. 1997). Algunos otros estudios no apoyan estas evidencias (Gureje, Simon, Ustun and Goldberg 1997) pero podemos afirmar que en el extremo del continuum no es fácil encontrar hombres con trastorno somatomorfo.

Actualmente se piensa que la baja prevalencia del trastorno somatomorfo en hombres puede ser explicada, al menos en parte, por los estereotipos masculinos, como la resistencia a admitir las molestias y a buscar tratamiento médico (Wool and Barsky 1994). Los médicos también parecen estar menos dispuestos a considerar la somatización como una explicación a la sintomatología masculina frente a la femenina. Parece ser que las diferencias de género median en la comunicación médico-paciente.

La somatización también parece estar asociada a la etnia, aunque los resultados no parecen tener mucha consistencia. En estudios comparativos entre hispanos y no hispanos no se han encontrado diferencias significativas (Robins and Rieger 1991). El estudio WHO, realizado en 14 países, reveló una elevada incidencia de somatizadores en latino América frente a Estados Unidos, independientemente de la clasificación que se eligiera bien la CIE-10 o los criterios abreviados de Escobar.

Las relaciones descubiertas entre edad y somatización han sido más consistentes. La mayoría de los estudios muestran que tanto el trastorno somatomorfo como la somatización abreviada es más común en pacientes por encima de los 45 años (Swartz, Blazer, George and Landerman 1986; Gureje, Simon, Ustun and Goldberg 1997). Sin embargo existen investigaciones que no han apoyado dicha relación (Robins and Rieger 1991).

### I.3.1.2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se ha prestado mucha atención al comportamiento de los pacientes somatizadores y al impacto resultante en los sistemas de salud. Estos pacientes usan desproporcionadamente los servicios de salud. Cuando las evaluaciones diagnósticas estándar fallan en descubrir la patología orgánica, los somatizadores tienden a buscar con frecuencia procedimientos médicos adicionales en las diferentes y variadas profesiones sanitarias. Los pacientes pueden incluso someterse a hospitalizaciones y cirugías innecesarias, lo cual introduce un riesgo de iatrogenia muy alto (Fink 1992). Un estudio realizado en Baleares (Gili 2006), reveló que entre los pacientes hiperfrecuentadores de las consultas de Atención Primaria un 14.2% presentaban algún diagnóstico de trastorno somatomorfo. Bajo el epígrafe de “conducta de enfermedad” (Pilowsky 1969) ya se describían los comportamientos disfuncionales en los que los pacientes hipocondríacos y somatizadores engranaban. De acuerdo con Pilowsky el comportamiento inapropiado de buscar ayuda médica está motivado por un miedo a la enfermedad y/o el refuerzo del rol de enfermo. Esto no quiere decir que todos los somatizadores sean hiperfrecuentadores de los servicios médicos. Según el estudio de Baleares (Gili 2006) un 3,3% de los normofrecuentadores presentaban diagnóstico de trastorno somatomorfo. Algunos se focalizan completamente en el uso de medicinas alternativas o complementarias, y algunos cesan en la búsqueda después de una larga historia de tratamientos sin éxito.

La conducta de enfermedad en pacientes somatizadores se extiende más allá de los servicios médicos oficiales. Los pacientes se retiran de las actividades productivas y gratificantes debido a las molestias, la fatiga y/o por el temor de empeorar. Los investigadores han encontrado que en EE.UU. entre un 18-60% de los pacientes diagnosticados de trastorno de somatización reciben pagas de discapacidad de sus empresas o del gobierno (Bass and Murphy 1991; Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006). Entre los pacientes

con trastorno de somatización se ha estimado un desempleo de entre un 36% y un 83%. (Yutzy, Cloninger et al. 1995; Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006). Bien trabajen fuera o dentro de sus casas, los estudios demuestran una alta disfuncionalidad asociada. Algunos investigadores han encontrado que estos pacientes están en cama entre 2 y 7 días al mes (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb and Bush 1991). De la misma manera, los pacientes afectados de subsíndromes somatomorfos o de síndromes funcionales presentan disminuciones en las actividades productivas (Allen, Gara, Escobar, Waitzkin and Silver 2001). De hecho, Katon y sus colegas (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb and Bush 1991) encontraron una relación lineal entre el número de síntomas sin explicación médica y la gravedad disfuncional asociada.

Además de las quejas somáticas, los pacientes somatizadores se quejan de estrés psicológico. El 80% de los pacientes con trastorno de somatización, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia o síndrome de colon irritable cumplen criterios a lo largo de su vida para un diagnóstico en el eje I del DSM, este normalmente suele ser un trastorno ansioso o depresivo (Bass and Murphy 1991; Clarke and Smith 1995; Epstein, Quill and McWhinney 1999). Cuando en las investigaciones se consideran diagnósticos psiquiátricos en curso, las tasas de comorbilidad asociada a la somatización bajan a cerca del 50% (Simon and VonKorff 1991; Camilleri and Choi 1997; Epstein, Quill and McWhinney 1999; Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006). La impresión general es que la gravedad del estrés psicológico, definida como el número de síntomas psicológicos informados, correlaciona positivamente con el número de síntomas somáticos funcionales manifiestos (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb and Bush 1991; Simon and VonKorff 1991).

Aunque la asociación entre síntomas físicos y psicológicos ha sido claramente establecida, los mecanismos explicativos de esta asociación todavía no han sido identificados. Algunos mecanismos que

posiblemente pudieran estar implicados en esta relación se muestran en la siguiente tabla.

### **Tabla 2. Mecanismos explicativos de la asociación síntoma físico-psicológico**

- 1. Una alteración psicológica, cognitiva o de personalidad común puede subyacer a ambos tipos de síntomas**
- 2. Las alteraciones en el humor pueden incrementar las molestias somáticas bajando los umbrales del dolor y desencadenando la amplificación de los síntomas.**
- 3. La sensación de cronicidad, no resolución e incapacidad puede crear estrés emocional.**

Cualquiera que sean los mecanismos, la frecuencia de concurrencia de síntomas psicológicos y físicos parece ser inconsistente con la conceptualización psicodinámica del trastorno de conversión como una defensa frente a un afecto negativo.

Únicamente unos pocos tipos de personalidad y estilos cognitivos han sido adscritos consistentemente a los pacientes somatizadores. Los pacientes con trastorno somatomorfo, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y síndrome de colon irritable tienden a puntuar más alto que los pacientes con enfermedad orgánica y/o los controles en escalas de neuroticismo y emociones negativas (Blakely, Howard, Sosich, Murdoch, Menkes and Spears 1991; Talley, Boyce and Jones 1998; Epstein, Quill and McWhinney 1999; Noyes, Langbehn, Happel, Stout, Muller and Longley 2001). También, los pacientes somatizadores tienden a amplificar sus sensaciones corporales y expresar creencias catastrofistas y sentimientos de indefensión respecto a sus síntomas (Barsky, Wyshak and Klerman 1992; Burckhardt and Bjelle 1996; Rief, Hiller and Margraf 1998). De este modo, hay una hiperreactividad a

ambos tipos de estímulos, físicos y emocionales, que hace que se exageren los efectos esperados.

Otra característica que se asocia con la somatización es la existencia de una historia de abuso o trauma. Las mayoría de las mujeres que han sido física o sexualmente asaltadas durante su infancia o juventud informan más de múltiples síntomas sin explicación médica que las que no poseen esa historia (McCauley, Kern et al. 1997). Informar sobre algún trauma es más común en mujeres diagnosticadas de síndromes funcionales, como fibromialgia, síndrome de colon irritable,... que en mujeres diagnosticadas de enfermedades orgánicas, como artritis reumatoide (Walker 1997) o trastorno inflamatorio intestinal (Walker, Gelfand, Gelfand, Koss and Katon 1995). De forma similar, las mujeres con dolor crónico de pelvis informan más sobre abusos en la infancia que las pacientes ginecológicas sin dolor (Harrop-Griffiths, Katon, Walker, Holm, Russo and Hickok 1988). Sin embargo, los estudios que examinan la relación entre la somatización y el abuso no han producido un patrón consistente de resultados. Algunas investigaciones no han encontrado asociación (Taylor and Leonard 2001; Hobbis, Turpin and Read 2002). Investigaciones más recientes han encontrado asociación entre somatización y ambientes familiares negativos (por ejemplo, progenitores hiperocríticos, fríos,...) pero ninguna asociación específica con abusos en la infancia (Lackner, Gudleski and Blanchard 2004; Brown, Schrag and Trimble 2005). Resumiendo, la fuerza asociativa entre somatización y abuso no está clara. Factores metodológicos, como usar información retrospectiva sobre el abuso frente al seguimiento prospectivo del paciente, pueden aclarar la discrepancia existente entre los resultados. Otra variante metodológica es la selección de los participantes en el estudio (pacientes médicos frente a miembros de la comunidad). Esto puede hacer que los pacientes somatizadores que acuden al médico en busca de ayuda informen más sobre los abusos que aquellos que no va buscando tratamiento (Drossman, Leserman et al. 1990; Aaron, Bradley et al. 1997).

Raramente estos pacientes buscan tratamiento psiquiátrico para sus molestias (Smith, Monson and Ray 1986), las somatizaciones son interpretadas como signos de enfermedad orgánica que requieren el abordaje médico estándar, con su tratamiento médico correspondiente. Estos pacientes pueden elegir no discutir estos síntomas con sus psiquiatras. Los proveedores de servicios de salud mental pueden tener los medios necesarios para descartar la patología orgánica y además elegir evitar discutir sobre los síntomas somáticos y/o fomentar la búsqueda de tratamientos médicos estándar y, al hacer esto, sin darse cuenta pueden promover la conducta de enfermedad en el paciente. El beneficio terapéutico en los pacientes somatizadores radica en que el tratamiento psiquiátrico aparente no extenderse a sus síntomas sin explicación médica.

## **I.2.- SÍNDROMES FUNCIONALES**

El constructo “síndrome funcional” es usado para describir grupos de síntomas concurrentes sin explicación médica. Entre los más comunes y populares están: el síndrome de intestino irritable (SII); Síndrome de fatiga crónica (SFC); y la Fibromialgia (FM).

Aunque algunos profesionales asumiendo una fisiopatología diferenciadora prefieran aislar estos síndromes focalizándose en el órgano o sistema afectado de su especialidad, el motivo de incluirlos aquí se debe a que muchos investigadores han apuntado semejanzas en los comportamientos, en las creencias sobre la enfermedad, y en el funcionamiento psicológico de estos pacientes (Rief, Hiller and Margraf 1998; Barsky and Borus 1999). Estos pacientes tienden a adoptar el rol de enfermo (Parsons 1951), hiperfrecuentar los servicios médicos, y abandonar sus actividades normales. Asumen que sus síntomas son signos de serias e incapacitantes enfermedades, y suelen pensar catastróficamente sobre su salud. Van acompañados frecuentemente de alteraciones y trastornos emocionales.



### I.2.1.- EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC)

El Síndrome de fatiga crónica (SFC) también llamado en el pasado encefalomiелitis miálgica (EM) se caracteriza por una fatiga inexplicable durante al menos los últimos seis meses que ocasiona interferencia en las actividades cotidianas. Al menos cuatro de los siguientes síntomas se ha de presentar junto con la astenia intensa (cansancio) y fatigabilidad fácil: Trastornos de concentración o memoria recientes; Dolor de garganta habitual; adenopatías cervicales o axilares dolorosas; mialgias; poliartralgias sin signos inflamatorios; cefalea de inicio reciente o de características diferentes de la habitual; sueño poco reparador y/o malestar post esfuerzo de duración superior a 24 horas. No existen estudios epidemiológicos en España. Existen problemas metodológicos para averiguar la prevalencia real dado que un alto porcentaje de los enfermos no están diagnosticados o están incorrectamente diagnosticados. En la Universidad de DePaul en Chicago (USA) se han realizado una serie de estudios sobre la población en general cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla (Jason, Richman et al. 1999).

**Tabla 3. Prevalencia del Síndrome de Fatiga Crónica. Universidad de DePaul en Chicago (USA)**

Prevalencia del SFC en hombres: 291/100.000 (0,291%) (Jason, Richman et al. 1999)

Prevalencia del SFC en mujeres: 522/100.000 (0,522 %)(Jason, Richman et al. 1999)

Prevalencia del SFC en enfermeras: 1.088/100.000 (1,088 %) (Jason, Wagner et al. 1998)

En Atención Primaria se estima una prevalencia de un 2.6% (Reyes-Ortiz 1997; Jason, Richman et al. 1999); . Parece ser que afecta más a las mujeres que a los hombres (Reyes-Ortiz 1997; Jason, Richman et al. 1999); y aunque la incidencia parece ser elevada entre las clases minoritarias de Estados Unidos (especialmente hispanos y afroamericanos) se requieren estudios epidemiológicos más amplios para confirmar esta hipótesis (Jason, Richman et al. 1999).

### I.2.2.- FIBROMIALGIA (FM)

El diagnóstico de fibromialgia viene caracterizado por dolor crónico, generalizado musculoesquelético y dolor en la palpación de 11 de los 18 puntos sensibles (tender points). Normalmente va acompañado de otras numerosas disfunciones multisistémicas: Manifestaciones neurológicas (músculos hipertónicos e hipotónicos; asimetría y disfunción musculoesquelética; patrones atípicos de adormecimiento y hormigueo; respuesta anormal de la contracción muscular (“muscle twitch response”), calambres, debilidad muscular y fasciculaciones. Dolor de cabeza, dolor y disfunción de la articulación temporomandibular, debilidad generalizada, alteraciones en la percepción, inestabilidad espacial y fenómenos de sobrecarga sensorial); Manifestaciones neurocognitivas: deterioro de la concentración y de la consolidación de la memoria a corto plazo, deterioro de la velocidad de actuación, incapacidad de hacer multitareas, distracción fácil y/o sobrecarga cognitiva; Fatiga; Alteraciones de sueño; Manifestaciones autonómicas y/o neuroendocrinas (arritmias cardíacas, hipotensión mediada neuralmente, vértigo, inestabilidad espaciovasomotora, síndrome de Sicca, inestabilidad de la temperatura corporal, intolerancia al frío/calor, alteraciones respiratorias, alteraciones de motilidad intestinal y de vejiga con o sin colon irritable o disfunción de vejiga, dismenorrea, pérdida de adaptabilidad y de tolerancia al estrés, aplanamiento emocional, labilidad y/o depresión reactiva); Rigidez. Los estudios epidemiológicos indican que entre el 2 y el 10% de la población general tienen FM. Hay una

incidencia más alta en las mujeres ; (White, Speechley, Harth and Ostbye 1999).

### I.2.3.- EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

El síndrome de intestino irritable, es un trastorno funcional digestivo que se define clínicamente por la asociación de malestar o dolor abdominal y alteraciones en el hábito deposicional (en número o en consistencia) sin causa orgánica conocida (Manning, Thompson, Heaton and Morris 1978; Thompson WG, Dotevall G, Drossman DA, Heaton KW and W. 1989; Thompson, Longstreth, Drossman, Heaton, Irvine and Muller-Lissner 1999; Russell 2004). En la actualidad el SII queda definido por los criterios diagnósticos de Roma II, tal y como aparecen descritos en la siguiente tabla.

#### **Tabla 4. Criterios Diagnósticos de Roma II para el Síndrome de Colón Irritable**

**Dolor o malestar abdominal, al menos 12 semanas en el último año, no necesariamente consecutivas, asociado al menos a dos de las siguientes características:**

- Se alivia con la defecación
- Se asocia a cambio en el ritmo deposicional
- Se asocia a cambio en la consistencia de las heces.

#### **Subtipos en función de la presencia de los siguientes síntomas:**

1. Alteración de la frecuencia deposicional;
2. Alteración en la consistencia de las deposiciones;
3. Alteraciones de la evacuación (esfuerzo, urgencia,

incompleta);

4. Moco en la deposición;

5. Hinchazón o distensión abdominal.

➤ Con predominio de estreñimiento cuando:

a. Existen uno o más de los síntomas enumerados como 1, 3 o 5 y ninguno de 2, 4 o 6.

b. Están presentes dos o más de los síntomas enumerados como 1, 3 o 5 y uno de 2, 4 o 6. Se considera como subtipo alternante cuando no reúne ninguna de las combinaciones anteriores.

En nuestro medio se han realizado dos estudios de prevalencia del SII sobre población general. El primero (Caballero-Plasencia, Sofos-Kontoyannis, Valenzuela-Barranco, Martin-Ruiz, Casado-Caballero and Lopez-Manas 1999), con criterios de Roma I, mostró una prevalencia del 13,6% y en el segundo (Thompson, Longstreth, Drossman, Heaton, Irvine and Muller-Lissner 1999) la prevalencia fue del 10,3% (Manning), 12,1% (Roma I) y 3,3% (Roma II). Por lo tanto, la prevalencia del SII en nuestro país varía entre el 3,3% y el 13,6 % según los criterios diagnósticos empleados. Las mujeres tienen una mayor prevalencia del SII y los subtipos más frecuentes en este género son el subtipo con predominio de estreñimiento y el subtipo alternante. La raza no es un factor influyente en el SII. La prevalencia del SII es inferior en ancianos.

### **I.3.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

#### **I.3.1.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FRENTE A CAUSA ORGÁNICA**

Antes de hacer el diagnóstico de somatización hay que descartar la causalidad orgánica de los síntomas. Las condiciones médicas multisistémicas más probables que nos podemos encontrar asociadas al trastorno de

somatización son la esclerosis múltiple, el hipertiroidismo, y el lupus eritematoso sistémico. Podemos encontrar innumerables enfermedades monosistémicas y numerosos síntomas que están en la frontera cuyas anomalías morfológicas pueden ser medidas pero que fallan en su correspondencia con el malestar padecido (ej, hernia discal y su relación con el dolor de espalda). De esta forma, una estrecha colaboración con el médico que atiende al paciente se hace imprescindible para la identificación y tratamiento de la patología orgánica.

Esto no quiere decir que la somatización y la enfermedad orgánica no puedan coincidir. Muchos pacientes con sintomatología sin explicación médica experimentan somatizaciones igualmente, son los casos más difíciles de abordar (Dickinson, Dickinson et al. 2003). Las condiciones médicas generales también pueden ser la causa original de los síntomas que pueden estar siendo juzgados como desproporcionados en relación a dicha etiología, y además, parte de un patrón de somatización.

### I.3.2.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FRENTE A LA HIPOCONDRIA

La hipocondría en el DSM-IV-TR es definida como preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos (APA, 2002). Además debe de cumplir con el criterio temporal, la preocupación ha de persistir durante 6 meses a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas (APA, 2002). Pero aunque la mayoría de los pacientes hipocondríacos experimentan síntomas somáticos no son estos los que se asocian a la disfuncionalidad. Son los miedos sobre la interpretación de los síntomas los que causan el estrés, la disfunción y la hiperfrecuentación de los servicios de salud. El hecho de que la hipocondría está representada de forma más precisa por una entidad diagnóstica concreta o por una dimensión continua siendo objeto actual de debate (Creed and Barsky 2004).

Mientras que los límites entre el trastorno somatomorfo y la hipocondría están bien delimitados en el DSM-IV-TR, no es así en relación al constructo, se produce cierto solapamiento. La coincidencia de ambos diagnósticos es

bastante infrecuente (Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman and Compton 1998). Sólo un 20% de los pacientes diagnosticados de hipocondría cumplen criterios DSM-IV-TR para el trastorno somatomorfo, y viceversa (Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman and Compton 1998). No obstante, muchos pacientes somatizadores presentan creencias hipocondríacas y muchos pacientes hipocondríacos sufren somatizaciones (Creed and Barsky 2004). De tal forma que tratamientos similares han demostrado ser eficaces para ambas patologías (Lidbeck 1997; Lidbeck 2003).

### I.3.3.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FRENTE A LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

Un trastorno de ansiedad se puede asemejar a uno somatomorfo (Smith, Gardiner et al. 2005). Los pacientes que han experimentado ataques de pánico informan de múltiples síntomas sin explicación médica. La diferencia entre la somatización y el ataque de pánico es que los síntomas de este último ocurren de forma repentina y aguda, mientras que en la somatización es insidiosa (APA, 2002). Asimismo, el trastorno de ansiedad generalizada puede presentarse como una larga lista de molestias, incluyendo tensión y dolor muscular, fatiga, insomnio, etc. El matiz diferencial es la preocupación generalizada que acompaña a los síntomas somáticos (APA, 2002). Algunos de estos síntomas solo ocurren durante el ataque de pánico o en el contexto ansiógeno asociado al trastorno de ansiedad generalizada y no se tienen en cuenta para un posible diagnóstico de trastorno somatomorfo, aún a pesar de que la comorbilidad de estos trastorno es frecuente (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb and Bush 1991; Fink 1996).

Igualmente los pacientes depresivos pueden presentar síntomas somáticos más que un humor disfórico o anhedonia (Smith, Gardiner et al. 2005). Las manifestaciones somáticas de la depresión con frecuencia incluyen síntomas como la fatiga, los mareos, alteraciones gastrointestinales, dolores de cabeza, dolores o creencias hipocondríacas (Lipowski 1988), estos síntomas son comunes a los trastornos somatomorfos. Sin embargo los pacientes deprimidos añaden el estado de ánimo bajo y la pérdida de interés por las cosas (APA, 1994), el curso de sus síntomas somáticos tienden a ser reflejo de

sus síntomas afectivos (Lipowski 1988). Por otro lado, el curso de los síntomas somáticos asociados a la somatización no pueden estar tan asociados al estado de ánimo.

El solapamiento entre somatización y depresión es elevado. Cuando son considerados y medidos como dimensiones están positivamente correlacionados (Simon, Heiligenstein et al. 1999). Cuando son definidos como categorías del DSM cerca del 50% de los pacientes con trastorno somatomorfo cumplen criterios para el diagnóstico de depresión mayor (Simon and VonKorff 1991). Al contrario es menos frecuente, pocos pacientes que cumplen criterios de depresión mayor cumplen criterios para el trastorno somatomorfo, aunque alrededor de un 75% de pacientes diagnosticados de depresión mayor informan al menos de un síntoma sin explicación médica (Corruble and Guelfi 2000).

Existen evidencias adicionales sobre el solapamiento entre ansiedad, depresión y somatización. Desde la investigación longitudinal no sólo se sugiere que los síndromes funcionales son estables, aunque con algunos cambios en los focos sintomáticos (Lieb, Zimmermann, Friis, Hofler, Tholen and Wittchen 2002), sin embargo pueden ser predictores de futuras depresiones o trastornos de ansiedad (Hotopf, Mayou, Wadsworth and Wessely 1998; Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle and Offord 1999). Una depresión o un trastorno de ansiedad preexistentes están asociados con un futuro síndrome funcional (Gureje and Simon 1999). Los miembros de una familia de un paciente somatizador parecen tener tasas más altas de las esperables de padecer un trastorno de ansiedad o depresión (Hudson, Arnold, Keck, Auchenbach and Pope 2004).

## **I.4.- LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN EL DSM-V**

### **I.4.1.- INTRODUCCIÓN**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la American Psychiatric Association, ha sido un sistema de clasificación muy

importante para operativizar los diagnósticos psiquiátricos tanto para clínicos como para investigadores. La APA ha revisado su clasificación original del DSM tres veces y ahora se encuentra trabajando en la 5ª Edición la cual se completará en los próximos 3 años. Una de las categorías que se están revisando es la de los trastornos somatomorfos. La categoría de trastornos somatomorfos se introdujo por primera vez en el DSM-III después de la abolición de la categoría “neurosis” donde había presencia de síntomas somáticos que no se podían explicar por una enfermedad orgánica.

Los trastornos somatomorfos que figuran en el DSM-IV-TR (APA, 2002) se muestran en la Tabla 5. Esta categoría ha sido polémica desde la elaboración del DSM-IV (APA, 1994) provocando numerosas reacciones de expertos con el fin de que se reconsiderara la categoría. Estas reacciones fueron desde posiciones radicales para una nueva reformulación (Sharpe and Carson 2001; Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke and Sharpe 2005) bajo importantes revisiones (Fava, Freyberger et al. 1995; Fink 1996; Escobar and Gara 1999; Martin 1999; Wise and Birket-Smith 2002; Mayou, Levenson and Sharpe 2003; Rief and Sharpe 2004; Fink, Rosendal and Olesen 2005; Smith, Gardiner et al. 2005; Engel 2006; Escobar, Interian, Díaz-Martínez and Gara 2006) , a sólo modestas modificaciones (Rief, Heuser, Mayrhuber, Stelzer, Hiller and Fichter 1996; Rief and Hiller 1999; De Gucht and Fischler 2002; Hiller and Rief 2005). Caracterizado principalmente por síntomas físicos en vez de síntomas psicológicos, la mayoría de los pacientes se presentan en los servicios de Atención Primaria en lugar de los servicios de salud mental, y un diagnóstico de somatización suele enfrentar al clínico con la difícil decisión de si se debe etiquetar psiquiátricamente a la persona que se ha presentado con quejas somáticas. Por otra parte, los pacientes con trastornos somatomorfos son más reacios que los pacientes con otros trastornos mentales a aceptar un diagnóstico psiquiátrico.



**Tabla 5. TRASTORNOS SOMATOMORFOS (American Psychiatric Association, 2002)**

➤ **Trastorno de somatización** es un trastorno polisintomático que comienza antes de los 30 años, se extiende sobre un período de años, y se caracteriza por una combinación de dolor, gastrointestinales, sexuales y síntomas pseudoneurológicos.

➤ **El trastorno somatomorfo indiferenciado** se caracteriza por síntomas físicos no explicados, con una duración mínima de 6 meses, que están por debajo del umbral para el diagnóstico de trastorno de somatización.

➤ **El trastorno de conversión** consiste en síntomas inexplicables o déficit que afectan funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o de otro tipo en general son médicos. Los factores psicológicos se consideran asociados con los síntomas o déficit.

➤ **El trastorno por dolor** se caracteriza por el dolor como el enfoque predominante de atención clínica. Además, los factores psicológicos se considera que tienen un papel importante en su inicio, la gravedad, la exacerbación o mantenimiento.

➤ **La hipocondría** es la preocupación por el miedo de tener, o la idea que uno tiene, una enfermedad grave sobre la base de la interpretación personal de síntomas somáticos o funciones corporales.

➤ **El trastorno dismórfico corporal** es la preocupación por un defecto imaginado o exagerados en la apariencia física.

➤ **El trastorno somatomorfo no especificado**, se incluye para codificar los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen

los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos.

#### I.4.2.- PROYECTO CISSD

El proyecto CISSD (Conceptual Issues in Somatoform and Similar Disorders) integrado por 24 expertos, se puso en marcha hace varios años por Richard Sykes para estimular un diálogo multidisciplinario sobre la taxonomía de los trastornos somatomorfos y los diagnósticos médicos de los síndromes funcionales (por ejemplo, El síndrome del intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia). Una serie de tres talleres CISSD, abarcaron un total de seis días llevándose a cabo en Londres (20 de mayo de 2005), Oxford (marzo 29-31, 2006), e Indianápolis (10 a 11 mayo 2006). Los trabajos realizados en el taller de 2005 han sido recientemente publicados (Bradfield 2006; Creed 2006; De Gucht and Maes 2006; Hiller 2006; Kroenke 2006; Levenson 2006; Sharpe, Mayou et al. 2006; Sykes 2006). Los talleres del 2006 reunieron tanto a expertos americanos como europeos con el objetivo específico de informar en la elaboración del DSM-V examinando las cuestiones clave y los posibles cambios que se podrían abordar en la revisión de la categoría de Trastornos somatomorfos.

Los puntos claves y las recomendaciones preliminares no están completamente coligados ya que los puntos clave representan las áreas de mayor divergencia, mientras que las recomendaciones recogen las áreas dónde se ha conseguido mayor acuerdo, no habiendo un consenso completo. Un problema importante es el lenguaje, ciertos términos tales como trastornos psiquiátricos, mentales, y psicológicos, se utilizan indistintamente, aunque se reconocen importantes diferencias entre ellos. En el caso de los trastornos somatomorfos hay que tener en cuenta que son abordados por una amplia gama de profesionales de la salud mental y médicos de otras áreas.

##### I.4.2.1.- LOS PUNTOS CLAVE

###### I.4.2.1.1.- Destinatarios de las modificaciones en el DSM-V

El foro tradicional de la clasificación DSM ha estado formado por los profesionales de la salud mental, incluyendo

médicos, educadores, e investigadores. Sin embargo, hay otros dos grupos importantes a tener en cuenta: En primer lugar, los médicos de atención primaria. Éstos, además de otros especialistas médicos y quirúrgicos donde el diagnóstico somatomorfo no es muy habitual, atienden a la mayoría de los pacientes con síntomas somáticos que cumplen criterios para un trastorno somatomorfo. En segundo lugar estarían los pacientes que tienen cada vez más interés en el diagnóstico que reciben. Los pacientes a menudo se resisten a etiquetar sus problemas somáticos como trastornos psiquiátricos, debido a la estigmatización y repercusiones derivadas que acarrea dicho diagnóstico. En resumen, El grupo de trabajo emitía la conveniencia de tener en cuenta las opiniones de los médicos no psiquiatras y los pacientes, concluyendo que éstas deberían ser consideradas en el proceso de diseño de una clasificación de estas características.

#### I.4.2.1.2.- Reformulación de términos y conceptos.

Se sostuvo, con cierta firmeza, que se deberían modificar los términos utilizados actualmente como “Somatomorfo”, “somatización” e “hipocondría”, prestando más atención a su aceptación por parte de los pacientes. Un argumento en contra fue el acuerdo común existente respecto al uso de dichos términos y las perturbaciones innecesarias que el cambio provocaría ya que se preveía que el estigma se volvería a asociar a cualquier nombre nuevo, a menos que el concepto de la causalidad mental fuera cambiado (Levenson 2006).

Por otro lado se señalaron las diferencias culturales existentes. En algunos países como Alemania, existe la Psicología Psicosomática como especialidad médica; por lo tanto está más aceptado entre la población el diagnóstico de los trastornos somatomorfos (Hiller 2006). Además, según que etiquetas alternativas se propusieran se mantendría el problema, ya que

algunas tales como "funcional" pueden ser menos estigmatizantes en algunos países pero continúa siéndolo en otros (Stone, Wojcik et al. 2002; Fink, Rosendal and Olesen 2005). No obstante, el problema radica en que para muchos pacientes los términos generales, como "funcional", "sin explicación médica", y "psicosomática" actualmente son menos aceptados que el diagnóstico de una enfermedad orgánica concreta .

#### I.4.2.1.3.- El eje dónde ser ubicados

La clasificación DSM es multiaxial. El eje I se refiere a los diagnósticos psiquiátricos, el Eje II a trastornos de la personalidad, y el Eje III a la condición médica general. Según que sistemas de salud la ubicación de un trastorno en un eje u otro tiene repercusiones económicas o asistenciales para el individuo. La atención sanitaria al individuo varía en función del lugar que ocupe su diagnóstico en dichos ejes. El debate sería si evitar el estigma de salud mental y dificultar la asistencia desde dicha área o mantenerlo sin relación con el eje III perdiendo toda vinculación asistencial con otras áreas de la medicina. Una propuesta salomónica sería ubicar los síntomas psicológicos en el eje I y los psicósomáticos en el III, dicotomía no muy aceptada ya que se consideró que estos pacientes obtienen la máxima comprensión y ventajas en el campo de la salud mental.

#### I.4.2.1.4.- La expresión "explicación médica" como concepto nuclear del diagnóstico

Un criterio esencial para el diagnóstico somatomorfo ha sido la presencia de síntomas somáticos que se consideran "desproporcionados en relación con" o "médicamente inexplicables" por un trastorno orgánico o que "no se explican mejor" por una enfermedad física. Sin embargo, el concepto de "explicación de los síntomas somáticos por una enfermedad médica" apuntó varios problemas. En primer lugar, los pacientes con diagnósticos somatomorfos a menudo tienen comorbilidad

orgánica, y determinar qué síntomas son "desproporcionados " o "no quedan completamente explicados" por estas enfermedades médicas puede ser difícil. De hecho, estudios recientes han demostrado que los síntomas somáticos específicos de algunas enfermedades orgánicas están a menudo explicados tanto por factores psicológicos como por síntomas orgánicos (Stone, Wojcik et al. 2002). En segundo lugar, todos los síntomas psiquiátricos se considera que tienen un desarrollo biopsicosocial. En tercer lugar, el recuento total de síntomas (explicados y no explicados) puede ser tan buen pronosticador para los resultados como los síntomas sin explicación médica (Kroenke and Rosmalen 2006; Katon, Lin and Kroenke 2007) y puede evitar las dificultades metodológicas en el arbitraje etiológico de los síntomas.

Parece ser que la etiología sintomatológica no sería muy fiable a la hora de justificar la ubicación de los trastornos en uno u otro eje.

#### I.4.2.1.5.- Respecto a los síndromes somáticos funcionales

Los llamados síndromes somáticos funcionales incluyen enfermedades como el síndrome del intestino irritable, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, cistitis intersticial, y otros. Estos síndromes se solapan y con frecuencia coexisten (Kroenke, Spitzer et al. 1994; Kisely, Goldberg and Simon 1997; Jackson, Fiddler, Kapur, Wells, Tomenson and Creed 2006). Además, hay síntomas individuales, tales como dolor de cabeza tensional, dolor de espalda, dispepsia no ulcerosa y el dolor torácico atípico, para los que la etiología es desconocida. Estos síndromes somáticos funcionales y sintomatología específica, si se la considera como enfermedad orgánica, en el diagnóstico debería estar ubicada en el Eje III, dentro de las condiciones médicas generales. Sin embargo, esta práctica puede ser considerada incompatible si un paciente con los mismos síntomas visto por un psiquiatra le diagnostica un trastorno somatomorfo en

el Eje I. Las opiniones de los expertos difieren acerca de si los síndromes funcionales y los síntomas somatomorfos se deben mezclar en un nuevo sistema clasificatorio (Fink, Rosendal and Olesen 2005) o si, en ausencia de una asociación clara con factores psicológicos, la ubicación por defecto debería ser el Eje III (Kroenke 2006; Sykes 2006).

#### I.4.2.1.6.- El recuento de síntomas como criterio definitorio del trastorno somatomorfo

Varios estudios han indicado que existe una relación continua entre el aumento del número de síntomas somáticos y el deterioro funcional, la infancia y los factores de riesgo familiares, la comorbilidad psiquiátrica, la atención médica y otras medidas de validez del constructo (Kroenke, Spitzer et al. 1994; Kisely, Goldberg and Simon 1997; Aaron and Buchwald 2001; Jackson, Fiddler, Kapur, Wells, Tomenson and Creed 2006). No parece haber un umbral claro que establezca un determinado punto de corte, al mismo tiempo, sin embargo, sí que se han establecido puntos de corte operativos para otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo, depresión, ansiedad) y trastornos orgánicos (por ejemplo, hipertensión, diabetes, hiperlipidemia). Contrario a este punto de vista, se apuntó que contar los síntomas es una forma extraña de hacer un diagnóstico, y cualquier elección de umbral sería arbitraria. Por el contrario, establecer criterios "positivos" psicológicos y comportamentales además de síntomas sin explicación médica, podría considerarse obligatorio para un diagnóstico somatomorfo. Por lo tanto, seguiría siendo una cuestión en debate si se establece algún punto de corte para definir el trastorno somatomorfo, en lugar de utilizar el recuento de los síntomas como una medida más de la de gravedad.

#### I.4.2.1.7.- Enumeración, agrupación y evolución de los síntomas

La agrupación sintomatológica se formalizó en el DSM-IV, cuando el requisito del DSM-III-R de cumplir al menos 13 síntomas de una lista de 35 se sustituyó por el criterio de cumplir con un patrón de síntomas procedentes de diferentes sistemas, es decir, al menos cuatro síntomas de dolor, dos gastrointestinales, uno sexual, y un pseudoneurológico. En esencia, para cumplir criterios se sacrificó el número de síntomas procedentes de una lista exhaustiva en aras de cumplir con 4 sistemas diferentes. Aunque los defensores de este cambio creían que iban a hacer el diagnóstico de trastorno somatomorfo más sencillo, la utilidad clínica de esta revisión hasta el momento no ha sido comprobada (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb and Bush 1991; Simon and VonKorff 1991; Kroenke, Spitzer, deGruy and Swindle 1998). Aunque algunos estudios han sugerido que ciertos tipos de síntomas pueden formar un conjunto (First, Pincus, Levine, Williams, Ustun and Peele 2004; Fink, Rosendal and Olesen 2005), los resultados son variados (Swartz, Blazer, Woodbury, George and Manton 1987; Robbins, Kirmayer and Hemami 1997; Gara, Silver, Escobar, Holman and Waitzkin 1998; Kroenke, Spitzer, deGruy and Swindle 1998), y la mayoría de las investigaciones han revelado un factor de somatización predominante. Finalmente, los estudios no han mostrado ninguna diferencia sustancial entre las tasas de base bajas del trastorno somatomorfo al ser definido por el DSM-IV en comparación con los criterios del DSM-III, lo que sugiere que ambos son igualmente restrictivos (Rief, Heuser, Mayrhuber, Stelzer, Hiller and Fichter 1996).

El recuento vital de los síntomas es particularmente problemático. En primer lugar, no es práctico en ambientes clínicos. El recuerdo de síntomas específicos de forma retrospectiva es muy inestable, con una fiabilidad muy pobre entre dos puntos temporales (Simon, Gater, Kisely and Piccinelli 1996; Liu, Clark and Eaton 1997; Deary 1999).

En relación a la enumeración sintomatológica en las versiones iniciales de la DSM se incluía una lista de síntomas específicos, que finalmente se excluyó del DSM-IV. Las listas de síntomas pueden tener un valor operativo (Kroenke, Spitzer, deGruy and Swindle 1998; Gureje and Simon 1999; Simon and Gureje 1999; Leiknes, Finset, Moum and Sandanger 2006), pero tienen un valor real incierto como para formar parte de los criterios.

#### I.4.2.2.- RECOMENDACIONES

Las recomendaciones preliminares surgidas del CISSD fueron las que aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 6. Recomendaciones preliminares CISSD
<p><b>I. El trastorno de somatización</b></p> <p><i>Acuerdo General</i></p> <p>1. Hacer una categoría diagnóstica más representativa (menos restrictiva), ya que el trastorno somatomorfo del DSM-IV identifica sólo una pequeña proporción de los pacientes con síntomas somáticos persistentes clínicamente relevantes en la práctica clínica. Esto se puede hacer mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. La ampliación de la definición de trastorno de somatización incluyendo un número menor de los síntomas.</li><li>b. Mantener el trastorno de somatización como está formulado actualmente, además de añadir una nueva categoría de menor umbral (ver # 3).</li></ul> <p><i>Problemas con los puntos de vista divergentes</i></p> <p>2. Algunos apoyan mover todas las condiciones principales manifiestas del trastorno debido a síntomas sin explicación médica hacia el Eje III (Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke and Sharpe 2005; Kroenke and</p>



Rosmalen 2006); otros no están de acuerdo (Hiller and Rief 2005; Levenson 2006)

3. Retirar el término " somatización " del nombre de la enfermedad. Los ejemplos incluidos, pero que no se limita a ellos son: "trastorno por síntomas físicos", "trastorno de síntomas somáticos", " trastorno de síntomas (o malestar) corporales", o "trastorno multisomatomorfo".

4. Aunque hay consenso en que se justificaría una categoría para un umbral inferior del trastorno, hay gran variedad de opciones para la constitución de dicha categoría. Disponemos de algunos datos empíricos que apoyan la validez de algunas propuestas, tales como : el "trastorno somatomorfo abreviado (Kroenke, Spitzer and Williams 2002)", el "trastorno multisomatomorfo (Leiknes, Finset, Moum and Sandanger 2006)" y del "Trastorno de angustia/estrés corporal (Robbins, Kirmayer et al. 1997)". Existen otras propuestas publicadas (Fava, Freyberger et al. 1995; Rief, Heuser, Mayrhuber, Stelzer, Hiller and Fichter 1996; Rief and Hiller 1999; Fink, Rosendal and Olesen 2005; Kroenke and Rosmalen 2006).

## **II. El trastorno de somatización indiferenciado**

1. Eliminar como trastorno.

## **III. El trastorno por dolor**

1. Mover al Eje III, y codificar el tipo específico de dolor o dolores (por ejemplo, dolor de espalda baja, dolor de cabeza, fibromialgia, dolor torácico no cardíaco).

2. Si también están presentes factores psicológicos, codificar éstos con un doble diagnóstico en el Eje I, ya sea como un trastorno concreto (por ejemplo, la depresión mayor, Trastorno de Pánico) o como factores psicológicos que afectan una condición médica general.

## **IV. Hipocondría**

1. Cambiar el nombre a " Trastorno de ansiedad por la Salud ".
2. Modificar los criterios en base a las últimas investigaciones empíricas (de Waal, Arnold, Eekhof and van Hemert 2004).
3. La categoría se puede mantener en el grupo de trastornos somatomorfos o trasladarse a los trastornos de ansiedad, cualquiera de las dos opciones se considera válida.

#### **V. El trastorno de conversión**

1. La categoría se puede mantener en el grupo de trastornos somatomorfos o trasladarse a los trastornos disociativos, cualquiera de las dos opciones se considera válida.

#### **VI. El trastorno dismórfico corporal**

1. La categoría se puede mantener en el grupo de trastornos somatomorfos o trasladarse a la de trastorno obsesivo-compulsivo, cualquiera de las dos opciones se considera válida.

#### **VII. Otras recomendaciones**

1. Las condiciones monosindromicas/monosintomáticas deberían mantenerse en el Eje III (por ejemplo, los síntomas somáticos individuales, tales como dolor de espalda o mareo, o individuo síndromes somáticos, como el síndrome del intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia).
2. Eliminar del texto el lenguaje que pudiera ser potencialmente peyorativo para los pacientes. Los ejemplos que se encuentran en el capítulo Trastornos Somatomorfos del DSM-IV son los siguientes:
  - a. "Doctor shopping"
  - b. Pseudoneurologicos
  - c. "Información sobre los hechos específicos es a menudo insuficiente."

d. historiadore Inconsistente

e. La mala interpretación de los síntomas corporales.

f. "El uso de términos exagerados".

3. La APA y la OMS deben trabajar juntos para hacer el DSM-V y CIE-11 compatibles respetando las categorías, los trastornos, y los criterios para los trastornos mentales. Una recomendación es eliminar como trastornos específicos de la CIE las categorías Neurastenia y Disfunción autonómica somatomorfa.

Se le prestó considerable atención al trastorno de somatización. Aunque cuenta con mayor tradición entre los trastornos somatomorfos, el diagnóstico de trastorno de somatización representa sólo a una minoría de pacientes con síntomas sin explicación médica. Por ejemplo, la prevalencia del trastorno de somatización en atención primaria es del 1% o menos, mientras que la prevalencia de pacientes con síntomas sin explicación médica clínicamente relevantes, es de un 10% -15% o mayor (Escobar, Rubio-Stipec, Canino and Karno 1989; Burton 2003). Por esta razón, algunos investigadores han abandonado el trastorno de somatización en favor de definiciones más prácticas (Gureje, Simon, Ustun and Goldberg 1997; Kroenke, Spitzer et al. 1997; Escobar, Gara, Silver, Waitzkin, Holman and Compton 1998; Rief, Hessel and Braehler 2001; Burton 2003; Smith, Gardiner et al. 2005). Al mismo tiempo, el diagnóstico residual de trastorno somatomorfo indiferenciado (TSI) es demasiado amplio y no está ni bien validado ni ampliamente utilizado. Así, si el trastorno de somatización se conserva en el DSM-V, bajo acuerdo general se han revisado sus criterios para hacerlo más representativo, además bajo la recomendación de que habría que añadir alguna categoría de menor umbral, como el "trastorno somatomorfo abreviado" (Escobar, Rubio-Stipec, Canino and Karno 1989; de Waal, Arnold, Eekhof and van Hemert 2004), o el "trastorno multisomatomorfo" (Kroenke, Spitzer et al. 1997; Lynch, McGrady, Nagel and Zsembik 1999), o el "Trastorno de angustia/estrés corporal" (Robbins, Kirmayer

and Hemami 1997), u otras variantes (Fava, Freyberger et al. 1995; Rief, Heuser, Mayrhuber, Stelzer, Hiller and Fichter 1996; Rief and Hiller 1999; Fink, Rosendal and Olesen 2005; Kroenke and Rosmalen 2006), se han añadido especificaciones. También hubo consenso respecto a la desaparición del TSI en el DSM-V. Muchos pacientes previamente etiquetados bajo TSI cumplen, de hecho, los criterios para la categoría de trastorno de somatización.

También se consideró que un diagnóstico psiquiátrico (somatomorfo o de otro tipo) no debería realizarse exclusivamente sobre la base de los síntomas sin explicación médica. "Inexplicable" podría significar psicológicamente lo mismo que "sin explicación médica"; es decir un síntoma idiopático. Por lo tanto, los criterios diagnósticos del trastorno de somatización requerirían de criterios positivos psicológicos además de tener en cuenta que los síntomas somáticos puedan ser explicados por otro trastorno orgánico o psiquiátrico.

Una segunda recomendación importante para la cual hubo un acuerdo generalizado fue la supresión de la categoría de trastorno por dolor. Aunque se pretendía que el DSM-IV fuera en gran medida ateoórico y libre de mecanismos explicativos que no dieran soporte a los criterios diagnósticos, los términos trastorno por dolor y trastorno de conversión no cumplían este principio. El Criterio C para el trastorno por dolor especifica que "*Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor*". Hay mucha literatura que demuestra que existe una elevada comorbilidad (50%) entre el dolor crónico y la depresión, existiendo una dependencia bidireccional con vínculos en el sistema nervioso central (Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton and Ormel 1999; Jackson and Passamonti 2005; Rost, Dickinson, Dickinson and Smith 2006). El trastorno por dolor ha sido muy poco investigado como diagnóstico específico, e incluso los expertos de la comunidad del dolor no apoyan su ubicación en el Eje I (Bair, Robinson, Katon and Kroenke 2003). Consideran que asignar un diagnóstico en el Eje I a un pequeño subconjunto de pacientes con dolor crónico es muy arbitrario y no sólo

los estigmatiza, sino que se asume que hay toda una clase de pacientes con dolor crónico cuyos factores psicológicos son irrelevantes. Por lo tanto, la recomendación fue codificar todas los síntomas dolorosos en el Eje III, con la comorbilidad psiquiátrica concomitante que corresponda codificada en el Eje I.

Ha habido varias revisiones basadas en evidencias científicas sobre los criterios diagnósticos para la hipocondría que deberían ser considerados en la revisión del DSM-V (Birket-Smith and Mortensen 2002). Por ejemplo, la ineficacia de las pruebas médicas ha demostrado ser un criterio poco fiable para el diagnóstico de hipocondría (Creed and Barsky 2004; Fink, Ørnbøl, Toft, Sparle, Frostholm and Olesen 2004). Una recomendación por consenso del CISSD fue cambiar el nombre del diagnóstico por el de “trastorno de ansiedad por la Salud”, ya que el propio término se ha vuelto muy peyorativo. No hubo oposiciones respecto a mantener el diagnóstico en la categoría de los trastornos somatomorfos o bien trasladarlo a la categoría de los trastornos de ansiedad. Existen diferentes opiniones sobre si la hipocondría /Trastorno de ansiedad por la Salud debería seguir siendo un trastorno específico o debería ser incluido en los trastornos somatomorfos, con sus criterios como una de las variantes.

En cuanto al trastorno de conversión hubo varias cuestiones. En primer lugar, algunos expertos indicaron que debería ser trasladado del grupo de los trastornos somatomorfos al grupo de los trastornos disociativos. Por otro lado, en el caso de moverse de categoría, se planteó la duda de si los síntomas individuales pseudoneurológicos que no cumplieran totalmente con los criterios para el trastorno de conversión contarían para el diagnóstico de trastorno de somatización. En otra línea, algunos se preguntaron por qué los síntomas neurológicos justificaban la existencia de un trastorno separado diferenciado y sin embargo no era el caso para otros síntomas sin explicación médica. Algunos señalaron la existencia de una diferencia fundamental en la práctica entre los síntomas neurológicos y los otros síntomas sin explicación médica, y es que, para muchos síntomas neurológicos, es

más fácil demostrar la exclusión de etiología fisiopatológica. Otro aspecto que se abordó, fue el hecho de que el trastorno de conversión es una condición, además de el trastorno por dolor, que requiere de una explicitación del papel que juegan los factores psicológicos, criterio que es difícil de comprobar, y que no se requiere para otros trastornos somatomorfos. Algún autor ha considerado que la etiqueta de "trastorno adaptativo con Síntomas Físicos" del DSM-III (que posteriormente se abandonó) podría ser preferible a la de "trastorno de conversión", ya que capta la noción de un síntoma físico relativamente transitorio provocado por un factor de estrés no específico sin necesidad de invocar el concepto obsoleto de los síntomas físicos como sustitutorios del sufrimiento emocional. De esta manera se conservaría la pretensión atórica del DSM. Finalmente, se destacó que los síntomas pseudoneurológicos tienen una fuerte asociación con la psicopatología (Creed and Barsky 2004; Fink, Ørnbøl, Toft, Sparle, Frostholm and Olesen 2004; Martin and Jacobi 2006), pero también son los menos propensos a persistir (Gureje and Simon 1999).

En relación al trastorno dismórfico corporal, el cual no suele ser un diagnóstico médico habitual pero ha sido el centro de un sorprendente número de estudios publicados en el pasado decenio, algunos expertos apuntaron que debería incluirse en el trastorno obsesivo-compulsivo, como un subtipo, en lugar de seguir siendo un trastorno somatomorfo. De todas formas no hubo consenso sobre esta cuestión.

Entre las recomendaciones generales cabe destacar la relacionada con el uso del lenguaje, los pacientes con síntomas pobremente explicados a nivel médico suelen ser sensibles a las etiquetas de la enfermedad y al uso de ciertos términos, por lo que es importante modificar cuidadosamente el lenguaje potencialmente peyorativo, algunos ejemplos del DSM-IV se ejemplifican en la Tabla 2. Por último, la comorbilidad de los síntomas somáticos sin explicación médica con cuadros depresivos y trastornos de ansiedad (Katon, Sullivan and Walker 2001; Smith, Gardiner et al. 2005; Kroenke and

Rosmalen 2006) no fue un tema explícito de la agenda CISSD, pero debería ser esencial tenerlos en cuenta tanto para el diagnóstico y como para el planteamiento de la clasificación de los trastornos somatomorfos.

En resumen, el proceso CISSD fue sólo un paso inicial, básico a lo largo del camino hacia la revisión de la categoría de Trastornos de la Somatomorfos para el DSM-V.

#### I.4.3.- ACTUALIDAD DSM-V

Para el DSM-V este grupo de trastornos se caracteriza predominantemente por la presencia de síntomas somáticos o por preocupaciones que están asociadas a un estrés significativo y/o deterioro funcional. Los síntomas somáticos son habituales en la vida diaria y en la práctica clínica. Considera que los síntomas pueden ser iniciados, mantenidos o exacerbados por combinaciones de factores biológicos, psicológicos y sociales. Los criterios diagnósticos pueden ser aplicados a lo largo de la vida, incluso pudiendo existir diferencias en la presentación y fenomenología de dichos trastornos a lo largo del ciclo vital.

Estos trastornos se presentan típicamente por primera vez en entornos no psiquiátricos y estos síntomas somáticos pueden ir acompañados de una amplia diversidad de enfermedades orgánicas y mentales. No teniendo estos síntomas una etiología clara, esta característica no es determinante para su diagnóstico. Algunos pacientes, por ejemplo los que sufren síndromes funcionales, por defecto no necesariamente se podrían clasificar dentro de estos trastornos. En cambio, si hay síntomas somáticos de un trastorno crónico, siempre y cuando se cumplan el resto de los criterios para el trastorno específico, no se excluye la posibilidad de diagnóstico bajo este epígrafe,.

Existen otros trastornos psiquiátricos que pueden presentarse predominantemente con síntomas somáticos como es el caso de la depresión o el pánico; Además no todas las presentaciones con síntomas somáticos se clasificarían dentro de estos diagnósticos.

En las siguientes tablas se pueden apreciar los cambios esperados en los epígrafes de una revisión a otra.

<b>Tabla 7. Cambios en los Epígrafes</b>
<b>*Trastornos somatomorfos que actualmente no aparecen en el DSM-IV</b>
Trastorno Complejo de Síntomas Somático (Complex Somatic Symptom Disorder)
<b>*Trastornos Somatomorfos propuestos para reubicar en otra categoría diagnóstica.</b>
300.7 Trastorno Dismórfico Corporal
<b>*Trastornos Somatomorfos propuestos para ser incluidos bajo otra etiqueta (No hay criterios definidos).</b>
300.81 Trastorno de Somatización
300.82 Trastorno Somatomorfo Indiferenciado
307.80 Trastorno por Dolor Asociado a Factores Psicológicos
300.7 Hipocondría
307.89 Trastorno por Dolor Asociado a Factores Psicológicos y a Enfermedad Médica
Trastorno por Dolor
<b>Trastornos Somatomorfos</b>
300.11 Trastorno de Conversión
300.82 Trastorno Somatomorfo No Especificado



**Tabla 8. Comparación DSM-IV con DSM-V**

DSM-IV	DSM-V
Trastorno de Somatización	Trastorno Complejo de Síntomas Somáticos
Trastorno Somatomorfo Indiferenciado	Trastorno Complejo de Síntomas Somáticos
Trastorno de Conversión	Trastorno de Conversión ó Pasa a Trastornos Disociativos
Trastorno por Dolor	Trastorno Complejo de Síntomas Somáticos
Hipocondría	Trastorno Complejo de Síntomas Somáticos
Trastorno Dismórfico Corporal	Trastornos de Ansiedad/ Espectro TOC
Trastorno Somatomorfo No Especificado	Trastorno de Síntomas Somáticos No Especificado

**I.4.3.1.- CATEGORÍAS PROPUESTAS EN EL MOMENTO ACTUAL:**

*I.4.3.1.1.- Factores Psicológicos que Afectan a la Condición Médica (#316).*

La característica más representativa de este trastorno (tabla 9) es la presencia clínicamente significativa de uno o más factores psicológicos o comportamentales que afecta desfavorablemente a un síntoma somático o enfermedad orgánica

incrementando el riesgo de sufrir muerte o discapacidad. Estos factores pueden afectar desfavorablemente a la enfermedad médica influyendo en el curso o el tratamiento de la misma, constituyendo un riesgo adicional para la salud, o exacerbando la fisiología que está relacionada con la enfermedad.

Los factores psicológicos o comportamentales incluyen: el estrés psicológico, patrones de interacción personal, estilos de afrontamiento y conductas de salud desadaptativas, como la negación de los síntomas o una pobre adherencia al tratamiento.

Este diagnóstico debería quedar reservado para situaciones donde el efecto de los factores psicológicos sobre la enfermedad es evidente, y tienen efectos clínicamente significativos sobre el curso o el resultado de la enfermedad. Unos síntomas psicológicos o comportamentales que se desarrollan en respuesta a una enfermedad sería más adecuado codificarlos como trastorno adaptativo.

**Tabla 9. Para el diagnóstico de Factores Psicológicos que Afectan a la Enfermedad es necesario cumplir ambos criterios A y B**

**A. Presencia de una enfermedad orgánica.**

**B. Factores psicológicos o comportamentales que afectan negativamente a dicha enfermedad de alguna de las siguientes maneras:**

- 1. Los factores han influido en el curso de la enfermedad demostrándose una relación temporal próxima entre los factores psicológicos y el desarrollo o empeoramiento de, o el retraso en la recuperación, de la enfermedad.**

**2. Los factores (por ejemplo, la pobre adherencia al tratamiento) interfieren con el tratamiento general de la enfermedad.**

**3. Los factores constituyen factores de riesgo adicionales para la salud del individuo**

**4. Los factores influyen en la fisiopatología precipitando o agudizando los síntomas de la enfermedad.**

*1.4.3.1.2.- Trastorno complejo de síntomas somáticos (CSSD) (#XXX)*

Este trastorno (tabla 10) se caracteriza por una combinación de síntomas que producen gran angustia (con frecuencia múltiples síntomas) y una respuesta desproporcionada o desadaptativa a estos síntomas o asociados a preocupaciones sobre la salud. El sufrimiento del paciente es auténtico, sea o no médicamente explicado. Los pacientes suelen experimentar elevados niveles de estrés y de deterioro funcional. Los síntomas pueden o no acompañar al diagnóstico de una enfermedad orgánica o trastorno psiquiátrico. Puede haber un uso frecuente de los recursos sanitarios, que rara vez alivia las preocupaciones del paciente. Desde el punto de vista clínico, muchos de estos pacientes parecen ser resistentes a las terapias, y las nuevas intervenciones o terapias sólo pueden agudizar los síntomas o dar lugar a efectos secundarios y complicaciones nuevas. Algunos pacientes sienten que su evaluación y tratamiento médico han sido insuficientes.

Los pacientes con este diagnóstico típicamente se presentan con múltiples síntomas somáticos angustiantes, a veces, pueden tener un solo síntoma grave. Los síntomas pueden o no estar asociada con una enfermedad orgánica. Los síntomas

pueden ser específicos (como dolor local) o inespecíficos (por ejemplo, fatiga). Los síntomas a veces representan sensaciones corporales normales (por ejemplo, mareos ortostáticos), o malestar, que por lo general no implican una enfermedad grave (por ejemplo, mal sabor en la boca). La calidad de vida relacionada con la salud con frecuencia está gravemente alterada.

Los pacientes con este diagnóstico tienden a tener niveles muy altos de ansiedad relacionada con la salud. Valoran erróneamente sus síntomas corporales como una amenaza, perjudiciales, o muy molestos y muchas veces temen lo peor acerca de su salud. Aun cuando se les demuestre lo contrario, temen por la gravedad de sus síntomas. La preocupación por la salud puede asumir un papel central en la vida del individuo, convirtiéndose en un rasgo de identidad, dominando las relaciones interpersonales.

Si todos los síntomas somáticos son consistentes con otro trastorno psiquiátrico (por ejemplo, el trastorno de pánico), y los criterios diagnósticos para este trastorno se cumplen, dicho trastorno psiquiátrico debería ser considerado como una alternativa o un diagnóstico adicional. Si el paciente tiene preocupaciones por la salud, pero sin síntomas somáticos, podría ser más apropiado considerar un diagnóstico de trastorno de ansiedad.

La presentación de estos síntomas puede variar a lo largo de toda la vida. En los ancianos, por ejemplo, los síntomas somáticos son más comunes, y por lo tanto la focalización en el criterio B se vuelve más importante. La historia clínica, concordante con la perspectiva del ciclo vital, pueden proporcionar información importante tanto para las personas mayores como para niños.

El Trastorno Complejo de Síntomas Somáticos incluirían los diagnósticos previos de: Trastorno Somatomorfo (código DSM-

IV-TR 300.81); Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (código DSM-IV-TR 300.82); Hipocondría (código DSM-IV-TR 300.7); Trastorno por dolor asociado bien a condición médica general o a factores psicológicos (código DSM-IV-TR 307.89) y el Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos (código DSM-IV-TR 307.80).

**Tabla 10. Para el diagnóstico del trastorno el sujeto ha de cumplir con los criterios A, B y C respectivamente**

**A. Síntomas somáticos:**

**Uno o más síntomas somáticos que son estresantes y / o causan una perturbación significativa en la vida cotidiana.**

**B. Preocupación abrumadora o preocupación por los síntomas y la enfermedad: por lo menos tres de los siguientes puntos son necesarios para cumplir este criterio:**

**(1) Alto nivel de ansiedad relacionada con la salud.**

**(2) Una tendencia a temer lo peor sobre la propia salud o síntomas corporales (catastrofismo).**

**(3) La creencia en la gravedad médica de uno de los síntomas a pesar de la evidencia en contra.**

**(4) preocupación por la salud y / o síntomas representando un papel central en la vida de uno (preocupación rumiativa).**

**C. La cronicidad: Aunque cualquier síntoma no puede estar continuamente presente, el estado sintomático ha de ser crónico (al menos 6 meses).**

Las siguientes especificaciones opcionales (tabla 11) se pueden aplicar al diagnóstico de CSSD, si alguna de las siguientes características predomina en el cuadro clínico.

#### **Tabla 11. Especificaciones para el diagnóstico de CSSD**

**XXX.1 multiplicidad de síntomas somáticos (antes denominado trastorno somatomorfo)**

**XXX.2 alta ansiedad por la salud (anteriormente denominada hipocondría). Si los pacientes presentan únicamente la ansiedad relacionada con la salud en ausencia de síntomas somáticos, los cuales podrían ser diagnosticados de forma más adecuada por un trastorno de ansiedad.**

**XXX.3 trastorno de dolor. Esta clasificación está reservada para personas que presenten mayoritariamente quejas de dolor y que también comparten muchas de las características descritas en el criterio B. Los pacientes con otras presentaciones de dolor pudieran encajar mejor en otros diagnósticos psiquiátricos como el trastorno adaptativo o en el de factores psicológicos que afectan a una condición médica.**

#### ➤ JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La combinación del trastorno de somatización, la hipocondría, el trastorno somatomorfo indiferenciado, y el trastorno de dolor en una nueva categoría titulada "Trastorno complejo de Síntomas somáticos" (TCSS) hace hincapié en los síntomas somáticos y en las cogniciones erróneas de los pacientes (Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton and Ormel 1999; Katon, Sullivan and Walker 2001; Jackson and Passamonti 2005). El término "complejo" quiere dar a entender que para que este diagnóstico sea realizado, los síntomas deben ser persistentes y deben de incluir tanto los síntomas somáticos (Criterio A) como las distorsiones cognitivas (Criterio B).

Este es un gran cambio en la nomenclatura diagnóstica, y probablemente tendrá un impacto muy importante a nivel diagnóstico. Clarifica que el diagnóstico TCSS sería inapropiado con la presencia únicamente de síntomas sin explicación médica. Así mismo, en condiciones tales como el síndrome del intestino irritable, no debería ser codificado como TCSS a menos que el otro criterio (criterio B-atribuciones, etc) esté presente.

No está claro cómo estos cambios afectarán a la tasa base de los trastornos somatomorfos tal y como se conocen ahora. Podría anticiparse que la tasa de diagnóstico del TCSS caería, sobre todo si algunos trastornos somatomorfos actuales pasan a formar parte de otros grupos diagnósticos (tales como trastorno de adaptación). Por otro lado, también hay datos importantes que sugieren que los médicos evitan activamente el uso de los diagnósticos mayores porque los encuentran confusos o peyorativos. De tal forma que con la aparición de la categoría TCSS cabría esperar un aumento de los diagnósticos por parte de los médicos.

La propuesta consiste en agrupar estos tres trastornos hasta ahora reconocidos en categorías separadas ya que en realidad, existen 3 fuentes que sugiere un solapamiento considerable entre ellas.

1. Un estudio de 2009 encontró que el 52% de los encuestados indicó que había "mucha coincidencia" y un 38% adicional pensaba que había "cierta coincidencia" a través de estos trastornos. En contraste, menos del 2% de los médicos encuestados consideraron que se trataba

de "trastornos muy diferentes" (Dimsdale, Santiago, & Sharpe, sin publicar).

2. Hay muy pocos datos en relación a la superposición que procedan de entornos clínicos. Un estudio de atención primaria, por ejemplo, encontró que 20% de los pacientes con trastorno de somatización también tenía hipocondría (Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman and Compton 1998). En los pacientes de atención primaria, el trastorno de somatización fue de 5 veces (Fink, ornbol, Toft, Sparle, Frostholm and Olesen 2004) a 20 veces (Rief and Barsky 2005) más común en pacientes hipocondría, en comparación con los pacientes de atención primaria sin hipocondría.

3. Los tratamientos son similares para este grupo de trastornos. La Terapia cognitivo-conductual (TCC de aquí en adelante para el texto) y los antidepresivos parecen ser los enfoques terapéuticos más prometedores para la hipocondría, el trastorno somatomorfo y el trastorno de dolor (Barsky, Wyshak and Klerman 1992). A pesar de que se han empleado algunas variaciones de la TCC, todas ellas comparten muchos elementos en común. Estos incluyen la identificación y modificación de creencias disfuncionales y desadaptativas sobre los síntomas y las enfermedades, además de técnicas conductuales para modificar comportamientos sobre el rol de enfermo, y promover la forma más eficaz para hacer frente a la enfermedad. La literatura sobre el uso de antidepresivos es limitada, tampoco se evidencian respuestas terapéuticas relevantes a través de estos diferentes trastornos. Además de estos elementos comunes centrados en el tratamiento, todos estos trastornos se benefician de intervenciones específicas comunes desde Atención Primaria (por ejemplo, programar citas regulares en lugar de citas a demanda, limitar las pruebas diagnósticas e intervenciones médicas a menos que estén claramente indicados) (Kroenke 2007; Sumathipala 2007).

Una cuestión clave es si las nuevas directrices para el trastorno pueden describir un constructo válido y fiable. Una revisión sistemática reciente (Lowe,



presentada para su publicación), muestra que de todas las propuestas de diagnóstico, sólo el Trastorno de Síntomas Somáticos refleja todas las dimensiones de los actuales del modelo biopsicosocial para la somatización (validez de constructo) y yendo más allá de los recuentos de los síntomas somáticos, incluyendo los síntomas psicológicos y de comportamentales que son específicos de la somatización (validez descriptiva). La validez predictiva de la mayoría de las propuestas de diagnóstico no ha sido aún investigadas.

#### I.4.3.1.3.- Trastorno de Conversión (#300.11)

Los pacientes con trastorno de conversión (tabla 12) suelen presentarse con síntomas neurológicos, que después de una evaluación médica apropiada, son incompatibles con una enfermedad médica. Estas presentaciones pueden ser agudas o crónicas. Los síntomas típicos incluyen debilidad, manifestaciones parecidas a la epilepsia o síncope, movimientos anormales, síntomas sensoriales, mareos, dificultades del habla y de la deglución. Además, el diagnóstico suele ser apoyado por signos físicos confirmatorios o investigaciones coherentes con el diagnóstico (como por ejemplo, el signo de Hoover). Los factores psicológicos pueden estar asociados con la aparición de los síntomas, pero no son esenciales para el diagnóstico. Si hay pruebas de que los síntomas son intencionalmente fingidos, el diagnóstico más adecuado no sería el trastorno de conversión, sino más bien el trastorno facticio o simulación. Cuando el síntoma se limita al dolor o a una alteración en el funcionamiento sexual, normalmente es codificada en otras categorías del DSM (como un trastorno de síntoma somático diferente o un trastorno de la Sección de Enfermedades Sexuales).

#### Tabla 12. Criterios para el Trastorno de Conversión

**A. Uno o más síntomas se presentan o afectan a la función sensorial o motora.**

**B. El síntoma, tras una adecuada evaluación médica, no puede ser explicado por enfermedad orgánica alguna, por los efectos derivados del uso de una sustancia, o por comportamiento o experiencia culturalmente determinado.**

**C. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o interferencia en las áreas social, laboral u otras o garantías en la evaluación médica.**

Ambos grupos de trabajo, el de trastornos somatomorfos y el de ansiedad, espectro obsesivo compulsivo, postrauma y trastornos disociativos se encuentran trabajando sobre cómo el trastorno de conversión puede asociarse a los trastornos disociativos

#### ➤ JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

1º Cambiar el nombre de trastornos somatomorfos por el de Trastornos de síntomas somáticos y combinarlo con el de Factores Psicológicos que Afectan al Estado Físico (PFAMC) y el de trastornos facticios.

El grupo de trabajo sugiere que se combinen los Trastornos somatomorfos, los factores psicológicos que afectan al estado físico (PFAMC), y los trastornos ficticios en un grupo titulado "Trastornos de Síntomas somáticos " dado que la característica común de estos trastornos es la presencia clínica de síntomas físicos y / o preocupación acerca de la enfermedad médica. La agrupación de estos trastornos en una misma sección se basa en la utilidad clínica (estos pacientes, en general, se localizan en los centros médicos), en lugar de basarse en hipótesis sobre la etiología o los mecanismos compartidos.

2º Quitarle énfasis a la ausencia de explicación médica de los síntomas.

Eliminar el lenguaje relativo a síntomas inexplicables médicamente por razones especificadas anteriormente. La fiabilidad de estos juicios es baja (Rief

and Barsky 2005). Además, es evidente que muchos de estos pacientes tienen de hecho elevada comorbilidad médica. Los síntomas sin explicación médica son 3 veces más frecuentes en pacientes con enfermedades médicas generales( incluyendo el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias) en comparación con la población general (OR = 3,0 [IC 95%: 2,1 a 4,2] (Allen, Escobar, Lehrer, Gara and Woolfolk 2002). Esta descentralización en los síntomas sin explicación médica afectaría al trastorno de somatización, la hipocondría, el trastorno somatomorfo indiferenciado, y el trastorno de dolor. Ahora nos centramos en qué medida se presentan los síntomas de este tipo afectando al malestar subjetivo, alteraciones, a la disminución de la calidad de vida y a la disfuncionalidad acarreada.

### 3º Modificar los criterios para el trastorno de conversión.

Los cambios se realizan en un esfuerzo por simplificar los criterios de trastorno de conversión.

- En primer lugar, se sugiere eliminar el requisito de que el clínico activamente descarte que el paciente no está fingiendo. Esto se debe a que
  - a) Es probable que sea clínicamente imposible probar que un paciente no está fingiendo (Mayou, Levenson and Sharpe 2003) y
  - b) No hay evidencia de que la simulación de síntomas de conversión sea más común que la simulación de otros trastornos mentales. Sin embargo, como con otros trastornos la evidencia positiva de fingimiento continua siendo una exclusión, de esta forma se diferenciaría el trastorno de conversión del trastorno facticio y de la simulación.
- En segundo lugar, se sugiere eliminar el requisito de que el médico tiene que demostrar que existen factores psicológicos asociados. Esto se debe a que

- a) Como con el fingimiento, es muy difícil establecer de forma fiable que los factores psicológicos relevantes están presentes en todos los casos y
  - b) La evidencia aportada por las investigaciones sugiere que los factores psicológicos se pueden encontrar con frecuencia pero no son específicos y sólo tienen una asociación débil con el diagnóstico (Harter, Baumeister et al. 2007). La asociación con factores psicológicos se ha relegado al texto que acompaña al diagnóstico en lugar de permanecer como requisito para el diagnóstico clínico.
- En tercer lugar, hacemos hincapié en la importancia de obtener una evidencia positiva del diagnóstico a partir de una adecuada evaluación neurológica y tests. Los criterios diagnósticos actuales requieren que el síntoma, después de una evaluación médica adecuada, no se encuentre explicado por una enfermedad médica. En contraste con la mayoría de los otros síntomas somáticos, en el trastorno de conversión se puede determinar de forma fiable si los síntomas neurológicos se deben a una enfermedad orgánica (Roelofs, Spinhoven, Sandijck, Moene and Hoogduin 2005). Además también hay resultados fruto de la investigación sobre la evaluación neurológica que sugieren la identificación de los síntomas conversivos (como el signo de Hoover para la debilidad motora o la ausencia de la actividad convulsiva en el EEG durante las aparentes convulsiones) (Stone, Carson et al. 2009).

Se sugiere mantener el trastorno de conversión en la sección de trastornos de síntomas somáticos del DSM. La conversión se sigue definiendo por un síntoma somático que causa discapacidad o angustia y por lo tanto se asienta cómodamente en la nueva categoría de los síntomas somáticos que sustituye a los trastornos somatomorfos por motivos de utilidad. La alternativa sería ubicarla con los trastornos disociativos. El argumento para mover la conversión de categoría sería que los mecanismos mentales implicados son

similares. Sin embargo la disociación es un proceso hipotético y mover el diagnóstico de conversión de lugar supondría (a) correr el riesgo de hacer asunciones no justificadas acerca de la causa y (b) perder la utilidad de agruparla con otras condiciones que se presentan con un síntoma somático.

#### I.4.3.1.4.- Trastorno Facticio #300

Los trastornos facticios (tabla 13) implican a largo plazo, problemas persistentes relacionados con la enfermedad y la percepción de identidad. Pueden estar asociados con inesperados y/o inexplicables síntomas. Las personas con trastornos ficticios fingen quejas médicas y/o de carácter psicológico en sí mismos y/o en otros. El diagnóstico requiere demostrar que el paciente está tomando acciones subrepticias para causar o simular enfermedad en ausencia de recompensas obvias. Si bien puede existir una afección subyacente, el comportamiento engañoso asociado con este trastorno hace que los demás personas puedan ver al sujeto más enfermo o con más problemas de los que realmente son pudiendo conducir a un exceso de intervención clínica.

A las personas con trastorno facticio por poderes (tabla 14) se les identifica por fingir la enfermedad en niños de cualquier edad, adultos y mascotas. A la víctima no se le da el diagnóstico de trastorno facticio impuesto por otro. Cuando un trastorno facticio conduce al abuso de otro o a otros comportamientos delictivos, se aplican las denominaciones del código V para la víctima indicada.

Simular estar enfermo, definido como la información intencionada de síntomas para obtener beneficios personales (por ejemplo, dinero, tiempo fuera del trabajo, etc) no se considera un trastorno psiquiátrico.

**Tabla 13. Criterios para el Trastorno Facticio (#300.X)**

- 1. Patrón de falsificación de síntomas o signos físicos o psicológicos, asociados a una decepción identificada.**
- 2. Un patrón de presentación de sí mismo o de otros como enfermo o discapacitado**
- 3. El comportamiento es evidente incluso en ausencia de recompensas externas.**
- 4. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental como delirios en el sistema de creencias o psicosis aguda.**

**Tabla 14. Criterios para el Trastorno Facticio Impuesto por Otro (previamente conocido como trastorno facticio por poderes). Nota: el diagnóstico lo recibe el perpetrador no la víctima.**

- 1. Patrón de falsificación de síntomas o signos físicos o psicológicos en otro, asociados a una decepción identificada.**
- 2. Un patrón de presentación en otro (la víctima) como enfermo o discapacitado**
- 3. El comportamiento es evidente incluso en ausencia de recompensas externas.**
- 4. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental como delirios en el sistema de creencias o psicosis aguda.**

*I.4.3.1.5.- Trastorno de síntomas somáticos residual*

*1.4.3.1.5.1. Trastorno Simple (o Abreviado) de Síntomas Somáticos [XXXXX] por ejemplo dolor (#XXX)*

Estos trastornos son caracterizados por uno o más síntomas somáticos altamente estresantes o discapacitantes pero dónde no se cumplen los otros criterios para TCSS (cronicidad y pensamientos) y dónde las intervenciones desde salud mental se han mostrado eficaces.

*1.4.3.1.5.2. Pseudociesis*

La paciente tiene la falsa creencia de estar embarazada asociándolo a falsos signos de embarazo, entre los cuales se puede incluir el crecimiento abdominal, reducción del flujo menstrual, amenorrea, sensación subjetiva de movimiento fetal, náusea, crecimiento de las mamas y secreciones, y dolores de parto en la salida de cuentas. Cuando hay cambios endocrinos presentes, el síndrome no debería de ser explicado por enfermedad orgánica que pudiera explicar dichas cambios (por ejemplo, un tumor).

*1.4.3.1.5.3. Ansiedad por la Salud Aislada*

Estos trastornos están caracterizados por una elevada ansiedad por la salud en ausencia de síntomas somáticos y en ausencia de trastorno de ansiedad identificable.

*1.4.3.1.6.- Trastorno dismórfico corporal (tabla 15).*

Este trastorno está siendo revisado por el grupo de Trastornos de Ansiedad. Dependiendo de los criterios y las evidencias podría ser ubicado en la sección de Trastornos de Ansiedad o pudiera ser incorporado en el Trastorno Complejo de Síntomas Somáticos.

De momento se recomienda que este trastorno sea ubicado dentro del espectro del trastorno obsesivo compulsivo en el grupo de los trastornos de ansiedad.

#### **Tabla 15. Criterios para el Trastorno Dismórfico Corporal**

**A. Preocupación por un defecto percibido o real en el aspecto físico que no es observable o es apreciado ligeramente por los otros.**

**B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona ha llevado a cabo conductas repetitivas (por ejemplo, revisiones delante del espejo, excesivo acicalamiento, hurgarse la piel, o búsqueda de tranquilidad) o actos mentales (por ejemplo, compararse con otros) en respuesta a la preocupación por la defectos percibidos apariencia o defectos.**

**C. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo (por ejemplo, el estado de ánimo deprimido, ansiedad, vergüenza) o deterioro importante del funcionamiento social, laboral o de otro tipo (por ejemplo, escolar, relacional, familiar). Se propone como opción alternativa excluir ejemplos sobre angustia e incapacidad, que no están incluidos en otros conjuntos de criterios. O bien, otros trastornos podrían ser incluidos como ejemplos de este tipo.**

**D. La aparición de preocupaciones no se limitan a las preocupaciones por la grasa corporal o el peso propias de un trastorno alimentario.**



*Especificar si:*

**A. Es un trastorno dismórfico corporal tipo dismorfia muscular (la creencia de que la propia constitución corporal es demasiado pequeña o no está suficientemente musculada)**

*Especificar si actualmente las creencias del trastorno se caracterizan por:*

**A. Alta o media conciencia de enfermedad: Reconociendo que las creencias no son ni definitivamente ni probablemente verdaderas, o que pudieran no ser ciertas.**

**B. Poca conciencia de enfermedad: Piensa que las creencias son probablemente ciertas.**

**C. Ausencia de conciencia de enfermedad (es decir, ideas delirantes acerca de la apariencia): Completamente convencido de que las creencias son verdaderas.**

➤ JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

- En relación al criterio A: Los cambios se producen en el sentido de hacer los criterios más aceptables para los pacientes. Los cambios no pretender cambiar la causalidad.
- En relación al criterio B: Los ejemplos se añaden para ayudar en la diferenciación entre algunos tipos comunes de malestar o de deterioro en el funcionamiento.

- En relación al criterio C: Se recomendó que este criterio se limitara a los trastornos alimentarios, ya que consideraron que no existen otros trastornos que fácilmente pudieran confundirse con el trastorno dismórfico corporal. Antes de llegar a una recomendación final, sería interesante esperar a ver que se examinaran los criterios del DSM-V para los trastornos alimentarios, para determinar si el criterio C debería o no ser incluido entre los trastornos de alimentación no especificados.

La frase "no se explica mejor" parece ser confusa para algunos usuarios del DSM (por ejemplo, a veces es mal interpretada en el sentido de que el TDC no se puede diagnosticar si el paciente también tiene un trastorno de la alimentación, incluso cumpliendo los criterios para el TDC) . Se recomienda el texto alternativo "no se limita a" pudiendo aportar más claridad a esta situación.

Especificaciones: La forma del TDC por dismorfia muscular parece tener características diferenciales importantes respecto a las otras formas de TDC (por ejemplo, mayores tasas de suicidio y presencia de trastornos por uso de sustancias), de tal forma que el enfoque del tratamiento puede requerir de alguna modificación. Así, la adición de este diagnóstico pudiera tener utilidad clínica.

Parece que hay muchas más similitudes que diferencias entre el TDC delirante y el no delirante, por lo que se recomienda combinar ambas variantes en un solo trastorno y eliminar la variante delirante de la sección de la psicosis. La especificación propuesta refleja la amplia gama de visión (incluyendo el pensamiento delirante) que puede caracterizar a las creencias del TDC. Los niveles propuestos de "conciencia de la enfermedad" son similares a los utilizados ampliamente en las categorías de las escalas aplicadas para el TDC, siendo los mismos propuestos para el TOC y el síndrome de referencia olfativo.

## **I.5.- TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS**

### **I.5.1.- INTRODUCCIÓN.**

#### **I.5.1.1.- LA TERAPIA FARMACOLÓGICA**

Algunos estudios sugieren que los antidepresivos como la amitriptilina y los nuevos anticonvulsivos bajo ciertas condiciones de aplicación tienen una eficacia moderada, pero en líneas generales las intervenciones farmacológicas no parecen ofrecer evidencia alguna de su eficacia a largo plazo.

Existen múltiples investigaciones que han estudiado el impacto de los tratamientos farmacológicos en somatizadores, predominando los estudios en pacientes con síndromes funcionales. A pesar de que el gran corpus de la investigación se centra en estos síndromes pocos medicamentos parece proporcionar una mejoría clínica relevante. Vamos a comentar algunos de los ensayos clínicos controlados con fármacos en pacientes somatizadores. (Reuber, Pukrop, Bauer, Derfuss and Elger 2004; Shibasaki and Hallett 2005).

Aunque no se han realizado ensayos clínicos aleatorizados (son los que aportan la máxima evidencia empírica sobre eficacia de los tratamientos) sobre la eficacia de un agente farmacológico para el trastorno somatomorfo. Sí se ha estudiado la eficacia de medicaciones específicas sobre subsíndromes. Se ha estudiado la eficacia del escitalopram en el trastorno multisomatomorfo (Arnold, Keck and Welge 2000; Jailwala, Imperiale and Kroenke 2000; Whiting, Bagnall, Sowden, Cornell, Mulrow and Ramírez 2001). Los pacientes en la condición experimental mejoraban con superioridad en calidad de vida, estado de ánimo, dolor y funcionalidad, esto se evidenciaba a partir de la 6ª semana de tratamiento. En otro tipos de ensayos clínicos más recientes con pacientes diagnosticados de trastorno somatomorfo indiferenciado se ha comparado la eficacia entre medicamentos dónde no se ha

demostrado superioridad de unos principios activos frente a otros, por ejemplo comparando la venlafaxina frente a la mirtazapina (Muller, Wentzel, Koen, Niehaus, Seedat and Stein 2008) o bien la fluoxetina con la sertralina (Han, Pae et al. 2008), en sendas comparaciones se demostraba que las eficacias eran similares así como la tolerancia a los fármacos.

Existen tres ensayos clínicos de especial relevancia con subsíndromes que han sido realizados en Alemania e incluyeron pacientes que cumplían criterios CIE-10 para el trastorno somatomorfo indiferenciado, o disfunción autónoma somatomorfa. En el primer estudio, el tratamiento era con opipramol, un componente tricíclico, se redujeron los síntomas somáticos en comparación con el grupo placebo (Han, Pae et al. 2008). En el segundo y tercer estudio, los pacientes fueron tratados con hierba de San Juan, hyperico perforato, experimentaron una gran mejoría en los síntomas somáticos frente a los del grupo placebo (Volz, Möller, Reimann and Stoll 2000). Otro estudio reciente en Atención primaria con pacientes ansiosos y deprimidos que cumplían criterios para el trastorno somatomorfo sugiere que la venlafaxina es más efectiva para el dolor que el placebo (Volz, Murck, Kasper and Möller 2002; Müller, Mannel, Murck and Rahlfs 2004). Aunque las tres sustancias empleadas mostraron ser superiores al placebo, ninguno de estos estudios proporcionaron evidencia de que la mayoría de los participantes experimentaran mejoría clínicamente significativa o alivio duradero.

Por otro lado, la patología somatomorfa está, en muchas ocasiones, estrechamente vinculada con los trastornos de ansiedad así como con los del estado de ánimo, esto queda plasmado en estudios sobre esa eficacia asociada. En un metanálisis publicado hace cinco años (Kroenke, Messina, Benattia, Graepel and Musgnung 2006) sobre el uso de la duloxetina se demostraba que no existía suficiente cantidad de estudios que avalaran la eficacia de dicho fármaco como analgésico a la vez que antidepresivo. En base a la conclusión de dicho metanálisis,

posteriormente alguna publicación se ha añadido a esos otros escasos estudios, pasando a engrosar la lista de estudios que han demostrado esa bifuncionalidad de la duloxetina para tratar los síntomas físicos junto con sus propiedades antidepresivas (Spielmans 2008). A propósito de la venlafaxina, en un estudio muy reciente (Beesdo, Hartford, Russell, Spann, Ball and Wittchen 2009) utilizando una variante de este principio, la desvenlafaxina, se ha demostrado eficacia con mínimo impacto sobre el sistema enzimático del citocromo P450, de esta manera este derivado se abre camino como antidepresivo con propiedades analgésicas dejando atrás estudios que demostraban cierta eficacia de la Venlafaxina en el pasado (Seo, Sohi, Patkar, Masand and Pae 2010).

En relación a los síndromes funcionales, el tratamiento antidepresivo también ha recibido cierto respaldo de los ensayos clínicos. En general, los pacientes con síndrome de fatiga crónica no se benefician de la medicación antidepresiva (Stahl, Ahmed and Haudiquet 2007). Sin embargo, la evidencia para la eficacia de los antidepresivos para el síndrome de colon irritable es menos conclusiva. Los agentes tricíclicos aparentan una modesta efectividad en el alivio del dolor abdominal y en las diarreas (Whiting, Bagnall, Sowden, Cornell, Mulrow and Ramírez 2001), aunque también agravan el estreñimiento (Jackson, O'Malley, Tomkins, Balden, Santoro and Kroenke 2000).

Pocos ensayos controlados, usando placebo, han examinado la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) para el colon irritable como para garantizar las conclusiones al respecto (Talley 2004). La fibromialgia, por otro lado, parece tener mayor respuesta a los antidepresivos que otros síndromes funcionales. Los tricíclicos parecen reducir el dolor, la fatiga y las alteraciones del sueño en los pacientes de fibromialgia (Jailwala, Imperiale and Kroenke 2000; Talley 2004). La fluoxetina, un ISRS, puede conceder cierto alivio de la sintomatología de la fibromialgia, aunque los resultados con fluoxetina, no obstante han sido menos consistentes que los obtenidos de ensayos con tricíclicos (Arnold, Keck and Welge 2000). Tres ensayos publicados

sugieren que la duloxetina y la milnacipran, inhibidores de la recaptación de la serotonina y de la norepinefrina, alivian el malestar y el dolor asociados a la fibromialgia (O'Malley, Balden, Tomkins, Santoro, Kroenke and Jackson 2000). Actualmente no somos conscientes de que exista evidencia a medio y largo plazo sobre la eficacia de los diversos agentes farmacológicos (Arnold, Lu et al. 2004; Gendreau, Thorn et al. 2005).

Hay estudios que han investigado la inmunoterapia, los corticoesteroides y la hormona del crecimiento para el síndrome de fatiga crónica pero sin éxito para obtener mejoría (Carette, Bell et al. 1994). Además, esteroides, antiinflamatorios no esteroideos, hipnóticos, y relajantes musculares parecen aportar una mejoría ligeramente dudosa frente al placebo en pacientes fibromialgia (Whiting, Bagnall, Sowden, Cornell, Mulrow and Ramírez 2001); (Clark, Tindall and Bennett 1985; Moldofsky, Lue, Mously, Roth-Schechter and Reynolds 1996). El único grupo de medicamentos que parece que han mostrado algún alivio sobre el dolor en la fibromialgia, a parte de los antidepresivos, son la segunda generación de antiepilépticos, especialmente la pregabalina (Quijada-Carrera, Valenzuela-Castaño et al. 1996; Tofferi, Jackson and O'Malley 2004).

La investigación farmacológica para el síndrome de colon irritable aporta algunas evidencias para ciertos agentes. Los relajantes musculares suaves, agentes espesantes (de carga, volumétrico), agentes aticolinérgicos o antiespasmódicos, no han mostrado superioridad consistente frente al placebo (Klein 1988; Jailwala, Imperiale and Kroenke 2000; Crofford, Rowbotham et al. 2005). La loperamida, un opiáceo sin propiedades analgésicas, parece ser eficaz en la reducción de la diarrea, aunque no parecen reducir el dolor abdominal ni la distensión (Talley 2003). Igualmente, existen dos medicaciones serotoninérgicas, tesaregod y alosetron, sobre las que se ha investigado recientemente desde EE.UU, el primero indicado para el síndrome de colon irritable de tipo estreñido y el segundo para el de tipo

diarreico. El alivio sintomatológico asociado con el uso de sendos medicamentos parece ser relativamente modesto (Jailwala, Imperiale and Kroenke 2000).

De forma global, los datos obtenidos de los ensayos clínicos aleatorios proveen evidencia consistente para: la hierba de San Juan (para la somatización según criterios CIE-10), amitriptilina y duloxetina (para fibromialgia), y tegaserod y alosetron (para síndrome de colon irritable). Cada uno de ellos presentando una eficacia moderada a corto plazo en la reducción de los síntomas somáticos. En relación a la eficacia a largo plazo existe un vacío de evidencia.

### I.5.1.2.- LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

I.5.1.2.1.- La investigación desde los distintos paradigmas.

I.5.1.2.1.1.- Terapia Breve Dinámica

La teoría psicodinámica ha propuesto que los síntomas sin explicación médica se producen para proteger al paciente de experiencias traumáticas, temidas y/o que puedan suponer una amenaza a la estabilidad emocional del sujeto. Si un individuo es expuesto a un trauma, la emoción generada posteriormente se puede convertir en un síntoma físico (ANGEL 1959). La terapia Breve Dinámica se centró en explorar el estrés emocional asociado a los síntomas físicos en el síndrome de colon irritable. Un estudio consistió en “modificar el comportamiento desadaptativo y encontrar nuevas soluciones a problemas”, consiguieron grandes mejorías sintomatológicas frente al grupo control sometido a tratamiento estándar (Svedlund, Sjödin, Ottosson and Dotevall 1983) además se mantuvieron las diferencias entre ambos grupos durante el año de seguimiento. Otro ensayo iba dirigido a ayudar a los pacientes a explorar los vínculos entre los síntomas del

síndrome de colon irritable y los factores emocionales(Guthrie, Creed, Dawson and Tomenson 1991). El tratamiento fue complementado con audios de relajación dónde los pacientes eran instruidos en su uso. Inmediatamente después, tras tres meses de esta intervención, los pacientes informaban de una mejora significativa frente a aquellos pacientes que recibían el tratamiento médico estándar. Esta segunda intervención (en la que se añadía el entrenamiento en relajación) ha sido comparada más recientemente con farmacoterapia, usando paroxetina y tratamiento médico estándar (Creed, Fernandes et al. 2003). Aunque no hubo diferencias significativas entre las tres condiciones en relación a la información facilitada por los pacientes sobre el dolor abdominal, ambas intervenciones terapéuticas estaban relacionadas con una mejoría en el funcionamiento físico frente a la condición estándar que no informaba de mejoría alguna. Además la psicoterapia, cosa que no sucedía con la paroxetina, estaba asociada con mayores reducciones en costes de salud durante el año de tratamiento.

#### I.5.1.2.1.2.- Entrenamiento en relajación.

Algunos psicofisiólogos han descrito mecanismos que producen síntomas somáticos en ausencia de patología orgánica. Los mecanismos incluidos han sido incremento de actividad del sistema nervioso autónomo, contracciones musculares suaves, hiperactividad endocrina, e hiperventilación. Se han investigado en ensayos clínicos controlados una serie de técnicas destinadas a reducir el arousal fisiológico y el malestar físico asociado a los síntomas sin explicación médica. Algunos estudios han demostrado que las técnicas de relajación como el biofeedback electromiográfico y las



imágenes guiadas reducen el dolor asociado a la fibromialgia (Ferraccioli, Ghirelli et al. 1987; Fors, Sexton and Götestam 2002). En otro pequeño estudio con pacientes diagnosticados de colon irritable tratados con la relajación muscular progresiva se obtenía mayor alivio sintomatológico que en los pacientes del grupo control (Blanchard, Greene, Scharff and Schwarz-McMorris 1993).

La hipnoterapia, tanto para la fibromialgia como para el síndrome de colon irritable, se ha mostrado eficaz tanto a la hora de conseguir estados de relajación generalizada, como de dotar al paciente de mayor control intestinal respectivamente. En tres estudios diferentes se consiguió asociar la hipnoterapia con una reducción del dolor y en la normalización del hábito intestinal, siendo esta condición experimental superior tanto a la condición de terapia de apoyo más placebo (Whorwell, Prior and Faragher 1984), como a la condición de monitorización del síntoma (Galovski and Blanchard 1998; Palsson, Turner, Johnson, Burnett and Whitehead 2002). Por otro lado un estudio ha evaluado la eficacia de la hipnoterapia para el dolor en pacientes con fibromialgia, encontrando más alivio en la condición experimental frente a la terapia física (Haanen, Hoenderdos et al. 1991). En un intento de examinar los mecanismos de mejoría, Palsson y sus colegas (Palsson, Turner, Johnson, Burnett and Whitehead 2002), mostraron que las mejorías observadas en el síndrome de colon irritable tras la intervención en hipnosis estaban asociados a mejoría en somatizaciones y en ansiedad, pero sin embargo no estaban relacionadas con medidas fisiológicas del umbral del dolor rectal, tono muscular rectal, o el funcionamiento autónomo.

#### I.5.1.2.1.3.- Ejercicio físico.

Las intervenciones en ejercicio físico para somatizadores han sido desarrolladas en concordancia con las evidencias que sugieren que mejora el estado de ánimo, el sueño y los umbrales del dolor (Minor 1991; Weyerer and Kupfer 1994). Existe una teoría que explica los beneficios del ejercicio físico, propone que éste produce incrementos en los niveles serológicos de beta-endorfinas, adrenocorticotropina, prolactina y hormona de crecimiento (Harber and Sutton 1984). En la mayoría de los estudios, el ejercicio físico graduado ha sido relacionado con mejoría en la función física, fatiga y bienestar global en pacientes diagnosticados de fatiga crónica o fibromialgia (Powell, Bentall, Nye and Edwards 2001; Richards and Scott 2002). Algunos ensayos incluso han mostrado que el ejercicio supera a las intervenciones con relajación o estiramientos (McCain, Bell, Mai and Halliday 1988; Martin, Nutting, MacIntosh, Edworthy, Butterwick and Cook 1996; Fulcher and White 1997). Aunque hay evidencia de significación clínica y estadística, los resultados no son generalizables a todos los pacientes con síndrome de fatiga crónica o fibromialgia. Primero, algunos investigadores no han encontrado asociación entre ejercicio físico y alivio sintomatológico (Mengshoel, Komnaes and Førre 1992; King, Wessel, Bhambhani, Sholter and Maksymowych 2002). Segundo, muchos pacientes rechazan la práctica de ejercicio físico, y han desestimado participar de estos estudios. Finalmente, algunos estudios han producido elevados índices de desgaste (Martin, Nutting, MacIntosh, Edworthy, Butterwick and Cook 1996; Wearden, Morriss et al. 1998), indicando que incluso pacientes que estaban de acuerdo en participar en un programa de ejercicio físico finalmente no se han adherido al tratamiento.

#### I.5.1.2.1.4.- Terapia Conductista

La terapia basada en el condicionamiento operante manipula las consecuencias en el comportamiento de los pacientes fruto de la enfermedad con el objetivo de aliviar la asociación entre dolor y la disfuncionalidad (Fordyce and Wedgwood 1976). Los destinatarios de la terapia son premiados al desplegar “conductas saludables” e incrementos en los niveles de actividad. Tal y como incrementan esas actividades el resultado esperado es que establezcan interacciones positivas con el mundo externo, experiencias placenteras y se sientan más productivos. Las conductas relacionadas con el dolor, como tomar medicación, muecas de dolor, quejas, y búsquedas de tratamiento, son identificadas, etiquetadas y analizadas. Un estudio comparó la eficacia de este tipo de terapia para la fibromialgia (Thieme, Gromnica-Ihle et al. 2003). El grupo expuesto a terapia mostró niveles reducidos en la intensidad del dolor, en el uso de la medicación, y en el número de visitas al médico, estos resultados se mantuvieron a los seis y quince meses de seguimiento (Thieme, Gromnica-Ihle et al. 2003). Otro ensayo clínico aleatorizado con este tipo de terapia fue con pacientes que sufrían síndrome de colon irritable. En este estudio los sujetos recibieron entre seis y quince sesiones de terapia individual, los pacientes bajo esta condición mejoraban en comparación con los controles (Corney, Stanton et al. 1991). Las diferencias encontradas entre ambos estudios se atribuyen tanto al tipo de muestra al que han ido dirigidas las intervenciones como al tipo de intervención. Para atribuir méritos en este sentido se requiere de más investigaciones en sendas direcciones.

#### I.5.1.2.1.5.- Terapia Cognitiva.

Esta terapia se centra en intentar alterar los errores de pensamiento asociados con los síntomas somáticos funcionales. Existen tres ensayos con pacientes con síndrome de colon irritable que han asociado la intervención con una gran reducción sintomatológica frente a las condiciones de lista de espera y grupo de apoyo (Greene and Blanchard 1994; Payne and Blanchard 1994; Vollmer and Blanchard 1998). La terapia cognitiva también ha demostrado en otros ensayos controlados su capacidad para reducir la ansiedad en pacientes hipocondríacos (Clark, Salkovskis et al. 1998; Visser and Bouman 2001).

Por otro lado se han llevado a cabo varios estudios con técnicas de reatribución y pacientes con síntomas sin explicación médica. En un estudio se investigó qué papel podían jugar la aceptación y la motivación hacia una terapia psicológica en estos pacientes (Schweickhardt, Larisch, Wirsching and Fritzsche 2007). Los pacientes eran asignados aleatoriamente a un grupo de intervención, basado en el modelo de modificación atribucional, o a un grupo control, recibían material de lectura psicoeducativo. Inicialmente se valoró la motivación por iniciar una terapia y si habían contacto con algún terapeuta. Los pacientes del grupo de intervención mostraron mayor motivación y a los tres meses de seguimiento, el doble de sujetos que en el grupo control habían contactado ya con un terapeuta, a los seis meses se mantenía dicha proporción. Sin embargo la intensidad de los síntomas, la ansiedad y la calidad de vida mejoraba igualmente para ambos grupos. Otro ensayo clínico aleatorizado (Aiarzaguena, Grandes, Gaminde, Salazar, Sanchez and Arino 2007), indagaba sobre las intervenciones psicosociales y la comunicación con estos

pacientes. A nivel de atención primaria, 39 médicos de atención primaria fueron asignados aleatoriamente a dos grupos, los médicos del grupo de intervención abordó a los pacientes conforme a técnicas de comunicación que se focalizaban en dar un modelo explicativo de los síntomas, en este caso relacionado con las hormonas, y abordar indirectamente temas sobre la experiencia del paciente. El grupo control empleaba la técnica estándar de reatribución de Goldberg. De una muestra de 468 pacientes, 156 que cumplían criterios de somatización abreviada fueron seleccionados aleatoriamente (Escobar, Rubio-Stipec, Canino and Karno 1989; Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman and Compton 1998). Los pacientes en ambos grupos mejoraban en todas las dimensiones de calidad de vida, pero las técnicas de comunicación parecían tener más impacto clínico sobre el dolor corporal, así como en la percepción de utilidad y en el mantenimiento en el tiempo para el dolor corporal, salud mental, funcionamiento físico, vitalidad y funcionamiento social.

#### I.5.1.2.1.6.- Intervención psicosocial

En un estudio más reciente (Morriss, Gask et al. 2010), investigaron si el entrenamiento en reatribución incrementaba la comunicación de información psicosocial y disminuía la comunicación sobre los síntomas entre pacientes y médicos de atención primaria. En este ensayo clínico aleatorio por grupos de síntomas se comparó a los sujetos expuestos a las técnicas de reatribución con los que recibían la intervención habitual. Tras el entrenamiento en reatribución era más probable que los pacientes revelaran o discutieran problemas psicosociales, y proponían explicaciones psicosociales a sus síntomas. Los médicos no buscaban información psicosocial adicional

pero reducían el apoyo en pro de la intervención somática, esto no pareció suficiente como para mantener la reciprocidad en la comunicación que abría el paciente en un nivel más profundo que la simple queja física.

#### I.5.1.2.1.7.- Terapia Cognitivo Conductual

Hace cuatro años se elaboró una revisión exhaustiva de la literatura publicada en busca del máximo grado de evidencia sobre la eficacia de los tratamientos en pacientes con síntomas sin explicación médica (Sumathipala 2007). Se realizó una búsqueda comprehensiva entre las bases Cochrane, Medline, PsychInfo y Embase, abarcando publicaciones desde mitad de los 70 hasta el 2007. Recogía tanto intervenciones farmacológicas como psicológicas. Se centró en los estudios que habían sido llevados a cualquier nivel de intervención e independientemente de la categoría profesional de la persona que lo administraba. Obtuvo tres tipos de intervención (medicación antidepresiva, terapia cognitivo conductual y otras intervenciones inespecíficas) con evidencia empírica en relación a la eficacia. Concluyó que la terapia cognitivo conductual era eficaz para aquellos síntomas sin explicación médica reduciendo la cantidad de los mismos, el estrés psicológico y la disfuncionalidad que acarrear. Sin embargo no había estudios que compararan la eficacia de dicha terapia con fármacos, la mayoría de los ensayos habían tenido seguimientos a corto plazo, y la heterogeneidad entre los tratamientos era tan grande que dificultaba la comparación entre ellos.

Un año más tarde este mismo autor (Sumathipala, Siribaddana et al. 2008), con sus colaboradores llevó a cabo un ensayo clínico aleatorio con 150 pacientes (uno en

cada brazo de intervención) comparando la terapia cognitivo conductual con un cuidado estructurado de dichos pacientes desde atención primaria. El seguimiento se hizo a tres, seis, nueve y doce meses. No observó diferencias significativas entre los grupos en el nivel de salud en general ni en el número de quejas durante los tres primeros meses, a partir de ese mes se observaban mejorías manteniéndose a lo largo de los seguimientos.

Resumiendo, las intervenciones psicosociales han demostrado moderada eficacia en la reducción de los síntomas físicos asociados al espectro de los trastornos somatomorfos. Los investigadores que ha aportado datos a largo plazo sugieren que los beneficios no se mantienen más allá de un año tras el tratamiento. Aunque hay cierta carencia sobre los detalles de las intervenciones en los trabajos publicados, un examen más exhaustivo sobre la metodología de los mismos sugiere que existe un gran solapamiento entre los distintos tipos de intervenciones. Por ejemplo hay intervenciones de orientación dinámica que han utilizado alguna técnica de relajación, e incluso otras han incluido intervenciones de tipo directivo, o prescriptivo. La terapia cognitivo conductual con frecuencia incorporaba el entrenamiento en relajación o la asignación de tareas orientando al paciente hacia el ejercicio físico. Con tanto solapamiento entre tratamientos, quizás no sea tan sorprendente que ninguna de dichas intervenciones destaque frente a las otras.

#### 1.5.1.2.2.- La terapia Cognitivo-Conductual (TCC) sometida a examen.

En los últimos años se está haciendo un esfuerzo por demostrar empíricamente la idoneidad de la terapia de orientación cognitivo-conductual como vía de intervención preferente en el tratamiento psicológico de los pacientes somatizadores. En el máximo nivel de evidencia empírica se encuentran las revisiones

sistemáticas, Kroenke y Swindle (Kroenke and Swindle 2000) buscaron investigaciones realizadas entre 1966 y 1999. Los trabajos incluidos fueron ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados de TCC para somatizaciones (síntomas sin explicación médica pero que no cumplían los criterios del trastorno somatomorfo), trastornos somatomorfos o síndromes persistentes. Todos los estudios incluían un grupo control que no recibía TCC. Del total de los estudios recopilados 25 abordaban síndromes funcionales y sólo seis se centraban en somatizaciones generales. Las variables que se estudiaban en los ensayos eran el número de síntomas físicos, el estrés psicológico y el nivel funcional del paciente. Observaron que Los pacientes sometidos a TCC mejoraban más que los sujetos control en un 71% de los ensayos además la terapia grupal parecía mantener los beneficios hasta los doce meses de seguimiento. Los autores concluyeron que tanto la terapia individual como la grupal podrían ser eficaces para el tratamiento de estos pacientes refiriéndose a los tres grupos (somatizaciones, trastornos somatomorfos y síndromes funcionales). Apuntaban que la reducción de las quejas somáticas sucedía independientemente de que el estrés aminorara.

Blankenstein (Blankenstein 2001) se centró más en estudios aplicados en atención primaria, concluyó que la TCC podía ser un tratamiento eficaz tanto para las somatizaciones como para los síndromes funcionales, sin embargo su investigación se basaba en un número de estudios muy reducido, diez ensayos clínicos, y por lo tanto la validez de la conclusión queda bajo sospecha.

Looper y Kirmayer (Looper and Kirmayer 2002) revisaron estudios realizados desde 1970 a 2001. La diferencia con Kroenke y Swindle (Kroenke and Swindle 2000), investigación con la cual se solapa, radica en que el análisis fue dividido por



categorías diagnósticas: hipocondría, dismorfofobia, fatiga crónica, dolores en el pecho no cardíacos y síntomas sin explicación médica. Concluyeron que se daba un considerable progreso para establecer la eficacia de la TCC en trastornos somatomorfos, encontraron evidencias que apoyaban la eficacia de la modalidad individual para la hipocondría, dismorfofobia, fatiga crónica, dolores en el pecho no cardíacos y síntomas sin explicación médica. Sin embargo la eficacia de la modalidad grupal sólo quedaba demostrada para el trastorno somatomorfo y la dismorfofobia. Asimismo apuntaron que no se podía ser tan concluyente al valorar el seguimiento.

Estos autores aprovechan para resaltar algunas consideraciones metodológicas: no había accesibilidad a manuales de tratamientos estandarizados, no había enmascaramiento de las medidas de las variables observadas, y el uso del análisis por intención de tratar era otro de los puntos de interés.

Otros autores (Nezu A. M., Nezu and Lombardo 2001) revisaron 37 estudios de los cuales diecinueve eran randomizados. nueve abordaban síntomas físicos sin explicación médica, siete eran sobre fatiga crónica, dieciséis sobre fibromialgia y cinco sobre dolores en el pecho.. También hizo el análisis separando las categorías diagnósticas y los síndromes funcionales. Para los síntomas sin explicación médica, concluyeron que la TCC parecía eficaz a la hora de reducir el rango de molestias físicas e incrementar la funcionalidad física y social. Respecto a la fatiga crónica, la TCC parecía mejorar los síntomas propios del síndrome, la actividad, la funcionalidad y reducía el estrés. Para la fibromialgia parecía reducir los síntomas psicológicos y físicos en relación al estrés, e incrementaba la calidad de vida. En el grupo de trastornos indiferenciados (dolor en el pecho) la TCC reducía el dolor y el estrés. Se podría concluir

que la TCC era beneficiosa para mejorar el amplio rango de síntomas físicos y las alteraciones del estado de ánimo asociadas, y para algunas patologías incluso incrementaba la funcionalidad física y social del paciente. Existía un cierto descenso en síntomas tanto físicos como psicológicos incluyendo mejoras en la calidad de vida, en el dolor, en los tender points (puntos musculares sensibles al dolor empleados en el diagnóstico de la fibromialgia) , en el estrés emocional y en las creencias de autoeficacia en pacientes con fibromialgia, y descendía el dolor, la limitación en las actividades y el estrés emocional en pacientes con dolor en el pecho.

Allen, Escobar, Lehrer, Gara y Woolfolk (Allen, Escobar, Lehrer, Gara and Woolfolk 2002) emplean el término intervenciones psicosociales en lugar de psicológicas, dado que toman en consideración aspectos sociales en la intervención con los pacientes como por ejemplo tener presente en la terapia al acompañante en cierto número de sesiones, el rol de enfermo, etc. Valoraron la intensidad y frecuencia de los síntomas físicos, el estrés físico y psicológico, y la disfuncionalidad aparejada. Concluyen que aunque aparentemente benefician, los tratamientos todavía no han mostrado la influencia clínica definitiva deseable para las molestias físicas de los somatizadores polisintomáticos.

Descendiendo un nivel en la escala de evidencia empírica nos encontramos con los Ensayos Clínicos Aleatorizados. A nivel de atención primaria destaca el estudio de Larisch, Schweickhardt, Wirsching, Fritzsche (Schweickhardt, Larisch, Wirsching and Fritzsche 2007) con un grupo de 127 sujetos somatizadores evaluados en la práctica médica general, a quienes se les aplicaron intervenciones psicosociales basadas en el modelo de reatribución causal modificado, el grupo control tenía intervenciones no específicas desde el mismo nivel de atención.

No consiguieron grandes resultados frente al grupo control en lo que se refiere a sintomatología física.

A nivel de atención especializada cabe destacar el estudio de Allen, Woolfolk, Escobar, Gara y Hamer (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006), sobre el que se basa nuestro modelo de trabajo. En dicho estudio se trabajó con una muestra de 84 sujetos con trastorno somatomorfo durante diez sesiones de TCC individual protocolizadas, se compararon con el grupo control que recibió el tratamiento estándar al respecto (consulta psiquiátrica). Se realizó un seguimiento a los quince meses, en el que se encontró que las somatizaciones se redujeron considerablemente en el grupo TCC, la TCC se asociaba también a mejoras en el funcionamiento personal, en la reducción del número de síntomas somáticos y en un gran descenso de las costes médicas.

Por otro lado en este mismo nivel de atención, Smith et al (Smith and Gardiner 2006) compararon una muestra de 206 sujetos con síntomas sin explicación médica, sometidos a un tratamiento combinado que incluía TCC, farmacológico y otros cuidados desde enfermería, frente un grupo control que recibían cuidado habitual. Los resultados obtenidos fueron favorables con un riesgo relativo (RR) del 1.47 (1.05-2.07) y un número necesario a tratar (NNT) de 6,4 (95% IC 0.89-11.890) a favor de la intervención específica.

A nivel de atención terciaria, destacaría el estudio de Bleichardt, Timmer y Rief (Bleichhardt G, Timmer B and W 2004) quienes trabajaron con una muestra de 191 sujetos con síntomas propios del trastorno somatomorfo, se les aplicó terapia individual, terapia grupal focalizada en el problema y entrenamiento en asertividad. La comparación se realizó con 34 sujetos en lista de espera. Los resultados mostraron una mejoría a largo plazo en el

número de síntomas, en la percepción subjetiva de salud, satisfacción vital, visitas médicas, ansiedad y depresión.

Por otro lado se encuentra el tratamiento a nivel farmacológico, donde los antidepresivos logran una moderada eficacia en el tratamiento de los pacientes somatizadores y el tamaño de sus efectos se mantiene homogéneo a lo largo de los síndromes funcionales. Sin embargo, no se han detectado estudios clínicos aleatorizados que comparen esta intervención con la TCC. De los estudios recorridos anteriormente podríamos concluir que la TCC parece ser eficaz en la reducción de la amplitud del rango de los síntomas físicos y las alteraciones del estado de ánimo asociadas a la patología, además produce mejoría en el funcionamiento físico y social global. Sin embargo existen otros temas más allá de la eficacia y la evidencia empírica para poder decidirnos por el tratamiento TCC. Menos de un 50% de los pacientes con trastornos crónicos mantienen una fuerte resistencia al tratamiento farmacológico a largo plazo (House, Pendleton and Parker 1986). La resistencia es un problema característico de los pacientes somatizadores así como la búsqueda de múltiples tratamientos sanitarios. La TCC intenta acomodarse a cada factor que contribuye al estado patológico del paciente. El terapeuta intenta ir más allá del modelo médico que busca una causa para el síntoma físico y así poder prescribir un fármaco, esta acción lejos de ayudar a este tipo de pacientes genera un desgaste motivacional y un incremento notable de la indefensión aprendida.

Pero ¿Qué se considera TCC? Esta pregunta revela una dificultad importante. Algunas revisiones como la de Nezu, Nezu y Lombardo (Nezu A. M., Nezu and Lombardo 2001) consideran TCC a intervenciones como: entrenamiento en relajación, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, visualización, intervenciones conductuales,

incremento en actividades, entrenamiento en habilidades de coping, pedagógicas, biofeedback, ejercicio físico, o entrenamiento en respiración. Allen (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006) utiliza el término intervenciones psicosociales, donde incluyen: relajación, terapia cognitiva, terapia conductista, entre otras. Este parece que es uno de los puntos clave a determinar en un futuro inmediato, de ahí lo importante de poder sacar al exterior lo que se hace dentro de las consultas intentando superar los recelos profesionales en beneficio del avance.

### I.5.2.- UNA PROPUESTA TERAPÉUTICA.

Los pacientes a los que nos hemos referido a lo largo del texto, tienen múltiples síntomas físicos sin explicación médica. Estos síntomas tienden a cronificarse y hacerse resistentes al tratamiento (Kent, Tomasson and Coryell 1995; Craig, Cox and Klein 2002). Con frecuencia, estos pacientes están insatisfechos con la atención médica recibida y cambian habitualmente de profesional sanitario (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb and Bush 1991) . La investigación sugiere que el número de síntomas físicos sin explicación médica guardan correlación positiva directa con el grado de psicopatología del paciente y su disfunción física (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb and Bush 1991).

La conceptualización cognitiva-conductual de las somatizaciones proporciona un marco explicativo para el tratamiento de las mismas con terapia de la misma orientación. El modelo enfatiza la interacción entre fisiología, cognición, emoción, conducta y ambiente (Sharpe, Gill, Strain and Mayou 1996). Los pacientes somatizadores padecen altos niveles de arousal fisiológico y están menos habituados a tareas estresantes que los sujetos control (Rief, Shaw and Fichter 1998). Este arousal psicológico está compuesto por una tendencia a amplificar la información somatosensorial; es decir, estos pacientes son hipersensibles a las sensaciones corporales que experimentan como intensas, nocivas y molestas (Barsky, Wyshak and Klerman 1992).

Además los pacientes somatizadores tienen interpretaciones cognitivas desadaptativas sobre sus síntomas físicos (Rief, Hiller and Margraf 1998). Por ejemplo, ellos pueden llegar a creer que su dolor, fatiga y/o malestar de cualquier tipo pueden ser indicativos de una patología concreta. En relación a las interpretaciones tergiversadas de las sensaciones somáticas, algunos pacientes catastrofizan hasta el punto de imaginar que las repetidas sensaciones físicas son signo de un desenlace fatal. De este modo el excesivo arousal de los somatizadores produce sensaciones físicas que no sólo generan malestar sino también temor.

Los pensamientos negativos a su vez generan emociones negativas y comportamientos desadaptativos. Pensar en la posibilidad de tener una enfermedad desencadena respuestas de ansiedad y disforia que mantiene el arousal psicológico y la sintomatología física. Intentado prevenir la aparición o la exacerbación de los síntomas, los pacientes somatizadores, de forma característica, se enfrentan evitando las actividades (Smith, Monson and Ray 1986; Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb and Bush 1991). Al alejarse de las actividades se proporcionan oportunidades para focalizar la atención de forma adicional sobre la propia salud. Además, los pacientes que sufren estos síntomas físicos, distorsiones cognitivas y afectos negativos buscan repetidamente ayuda médica y evaluaciones diagnósticas (*doctor shopping*). Los médicos, por otro lado, al tratar de conducirlos hacia las evaluaciones y evitar malas prácticas médicas, pueden incrementar el comportamiento somatizador ordenando pruebas diagnósticas innecesarias. Estas pruebas, incluso con resultados negativos que descartan una patología, refuerzan la creencia desadaptativa de que cualquier síntoma físico es indicativo de patología/enfermedad. Del mismo modo, los tratamientos médicos innecesarios pueden resultar iatrogénicos para el paciente, es decir, causa o agravamiento de algunos síntomas.

Con base en lo antes expuesto, en el presente trabajo de investigación proponemos un abordaje multifacético que incluye un trabajo cognitivo, experiencial, interpersonal y conportamental. El tratamiento de referencia en el que nos basamos (Woolfolk and Allen 2007) incluye diez sesiones altamente

estructuradas proponiendo un abordaje comprensivo de la patología. Lo componen técnicas de relajación para reducir el estrés, como gestión de las actividades y habilidades de comunicación para paliar las funciones del rol de enfermo, incluso un pequeño entrenamiento en conciencia emocional y reestructuración cognitiva para modificar y eliminar las creencias disfuncionales. El presente abordaje tiene de característico, frente a otras propuestas el énfasis que hace en las emociones y la aceptación de las mismas por parte de los pacientes. También se desarrolla de forma más sistemática el abordaje del rol de enfermo, haciendo un análisis de las funciones significativas que desempeña para el paciente a través de las somatizaciones, el refuerzo que obtiene de las consecuencias derivadas y las relaciones interpersonales que se establecen, así como las estructuras vitales que proveen los contextos para poder activar y mantener dicho rol. Esta parte surge de abordajes más relacionados con la terapia sistémica, la terapia interpersonal y el condicionamiento operante. La TCC tradicional ha errado en los aspectos relacionados con el campo emocional, intentando controlarlo (Westen and Shedler 2000). En el abordaje propuesto se hace énfasis en el plano emocional buscando la exploración, la diferenciación, la expresión y la aceptación emocional.

A continuación se describe cada uno de los componentes del abordaje multifacético propuesto.

#### I.5.2.1.- INTERVENCIONES CONDUCTUALES:

##### ✓ ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

La relajación cumple diferentes funciones en el tratamiento: Interrumpir el ciclo tensión-dolor muscular (Linton 1994), reducir el arousal fisiológico (Rief, Shaw and Fichter 1998) y dar la sensación de tener cierto control sobre los síntomas. Se proponen dos técnicas de relajación: la respiración diafragmática (Fried 1993), y la relajación muscular progresiva (Bernstein and Carlson 1993).

Los métodos se plantean al inicio del tratamiento para optimizar el beneficio de las mismas durante el abordaje. Al obtener beneficio tempranamente se reduce el escepticismo del paciente y facilita la adherencia al tratamiento. La respiración diafragmática es fácil de aprender, de practicar y de generalizar a las situaciones cotidianas. El control de la respiración se basa en técnicas de yoguis tradicionales. Es una respiración profunda y lenta, focalizada en la zona abdominal, se coloca la mano sobre el abdomen y la otra sobre el tórax, se toma aire, lenta y profundamente, por la nariz y se hace llegar hasta el abdomen levantando la mano que se había colocado sobre él. El tórax se moverá sólo un poco y a la vez que el abdomen. Cuando se haya relajado la persona inhala aire por la nariz y lo saca por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Las respiraciones son largas, lentas y profundas que eleven y descendan el abdomen. Uno se focaliza en el sonido y las sensaciones que produce la respiración a medida que va relajándose el sujeto progresivamente. Al paciente se le propone una práctica diaria de un par de veces durante quince minutos y mantenerla a lo largo de todo el tratamiento. Se le plantea una práctica escalona desde contextos no estresantes (viendo TV, baño,...), hacia situaciones más estresantes (hablar en público, etc.). Frente a las resistencias a la práctica siempre conviene recordar que es preferible una práctica pobre que una ausencia total de la misma.

La relajación muscular progresiva que se propone está basada en el método de Jacobson (Jacobson 1938) pero de forma abreviada, no se es fiel al protocolo propuesto por el autor ya que muchos pacientes somatizadores presentan problemas con el sistema muscular (contracturas, distensiones, etc.) y suelen tener muy poca tolerancia a la tensión muscular. Se pretende conseguir con esta práctica más concienciación, discriminación y reducción de tensión en vez de inducir a la relajación. Los 16 grupos musculares quedan reducidos a 12 (antebrazos y brazos, pantorrillas y muslos, estómago, pecho y parte superior de la espalda, hombros, cuello, boca y paladar, ojos, parte alta



de la frente y parte baja). Se propone una práctica diaria que le llevara entre 20 y 30 minutos al paciente. Se siguen las instrucciones verbales originales del método para cada grupo muscular.

No existe eficacia demostrada superior de una técnica frente a la otra, se pueden aplicar de forma combinada o por separado. Se trata de dotar al paciente del aprendizaje de ambas técnicas para que posteriormente las aplique según sus preferencias, necesidades o demandas. La elección de estas técnicas frente a otras es por motivos prácticos, permiten aprenderse sin tener que asistir a una prolongada instrucción

#### ✓ INCREMENTO DE LAS ACTIVIDADES GRATIFICANTES

Se persigue incrementar gradualmente las actividades gratificantes que han abandonado los pacientes y de esta forma mejorar el estado de ánimo, la autoestima y la fortaleza física. Se evalúan las actividades que formaban parte del pasado y que actualmente se han abandonado, se dividen en 4 categorías: actividades significativas (voluntariados, etc.); tareas (limpiar la casa, etc); actividades de ocio (hobbies, etc.); y ejercicio físico (pasear, etc.). Posteriormente se sugieren cambios en las actividades que nos permitan retomarlas o sustituirlas por otras. Frente a la resistencia a practicarlas se propone realizar un contraste adaptativo comparando el hecho de practicarlas frente al de no practicarlas. Se hace especial hincapié en la actividad física ya que están demostrados los beneficios directos para estas patologías. En ocasiones para convencer al paciente de la necesidad de incrementar el número de actividades es necesario utilizar técnicas de reestructuración cognitiva que veremos posteriormente.

#### ✓ PLANIFICACIÓN DEL RITMO DE LA ACTIVIDAD

Muchos de estos pacientes presentan dificultades para moderar su nivel de actividad unas veces por exceso y otras veces por defecto. Está muy relacionado con una interpretación perfeccionista de su

desempeño, lo cual les hace caer en el exceso de actividad o en la impotencia e indefensión que acarrea la evitación total de actividad. Se monitorizan todos los cambios que se van llevando a cabo semana tras semana a través de autorregistros. Hay que hacer hincapié en que los cambios han de ser pequeños y graduales. Ir ajustándolos en función a la realización de lo planteado, para que las expectativas se vayan ajustando a niveles de la realidad.

#### ✓ LA CONDUCTA DE ENFERMEDAD

Se recomienda no abordar este punto hasta que el paciente haya adquirido cierto nivel en las habilidades cognitivas. Uno de los puntos comunes a este tipo de pacientes son las visitas repetidas a los profesionales de la salud, esto hace que estén focalizados continuamente en el cuerpo, hipervigilando, generando ansiedad ante los cambios corporales y sufriendo estrés ante la interpretación de las sensaciones, todo ello hace que desarrollen cierta sensibilidad al dolor y a la amplificación de los síntomas. Esto hace que la relación con los médicos se deteriore, añadiendo un factor de frustración, el paciente no se siente escuchado, el médico cree que está perdiendo el tiempo y se incrementa el ciclo antes comentado.

Se intenta reestructurar la idea de conseguir una seguridad 100% respecto a la salud de uno mismo. Se puede trabajar con la inmediatez en la búsqueda de visitas y la monitorización de los síntomas para obtener una visión más realista de la aparición y magnitud de los mismos. Para muchos pacientes el rol de enfermo y la búsqueda de ayuda se ha convertido en el “sentido” de su vida, lo cual plantea una difícil modificación si estos no adquieren previamente un “plan” alternativo.

#### ✓ ABORDANDO LAS DIFICULTADES EN EL SUEÑO

Muchos pacientes somatizadores advierten de problemas de insomnio (Affleck, Urrows, Tennen and Higgings 1996). Las alteraciones

en el sueño hacen que se exacerbe considerablemente muchas patologías psiquiátricas. En los somatizadores la pérdida de sueño suele coincidir con el empeoramiento de los síntomas. Se considera que un abordaje oportuno de esta alteración puede facilitar el tratamiento de estos pacientes (Woolfolk and Allen 2007).

Se puede abordar con un entrenamiento breve psicoeducativo en higiene del sueño y técnicas de control de estímulos. Se pueden seguir las recomendaciones de Bootzin y Rider (Bootzin and Rider 1997) o las de Morin (Morin 1993), algunas indicaciones son:

- Establecer una rutina agradable para ir a la cama; el entorno debe ser oscuro, seguro y confortable; los ejercicios de relajación, la meditación o una conversación intrascendente con el compañero de cama pueden ser útiles para conciliar el sueño.
- Acuéstese y despiértese cada día a la misma hora. Establezca primero la hora de levantarse en base a ésta la de acostarse.
- Determine la cantidad de horas de sueño necesarias para sentirse bien y limite a éstas el tiempo total de permanencia en la cama.
- Haga ejercicio de forma regular: favorece e incrementa la profundidad del sueño. Sin embargo debe tener en cuenta que el ejercicio antes de dormir puede ser perturbador.
- Tome el sol o expóngase a una luz intensa durante 30 minutos al despertarse. Evite la luz brillante si se despierta durante la noche.
- Antes de acostarse dedique un tiempo para “preocupaciones”. Esto le ayudará a controlar pensamientos esporádicos que puedan perturbarle el sueño.

#### I.5.2.2.- COGNICIONES Y EMOCIONES

- ✓ IDENTIFICAR, EXPRESAR Y MONITORIZAR.

El objetivo es ayudar a los pacientes a diferenciar y comprender sus pensamientos y sentimientos para que puedan interactuar más eficazmente con su ambiente. Esta parte es más psicoterapéutica que la anterior que tiene un cariz más psicoeducativo.

Comenzamos por registrar los pensamientos y emociones asociados (tipo de emoción e intensidad de 0 a 100 siendo 0 nada y 100 máxima intensidad) a los cambios físicos sintomatológicos. Para ello empleamos hojas de registro análogas a las que propone Beck (Beck 1976) para registrar los pensamientos de pacientes deprimidos.

	Día/hora	Síntomas físicos	Situación	Emoción (0-100)	Pensamiento
Momento incómodo					
Momento relativamente aliviado					

Basado en Woolfolk y Allen (2007)

Pedimos que nos registren 2 momentos específicos cada día: cuando los síntomas están exacerbados y cuando los síntomas están aminorados y sienten una leve mejoría. La meta es incrementar la conciencia que tiene el paciente en vez evaluar la gravedad del síntoma. Se han de rellenar en el momento preciso en el que sucede la sintomatología.

Los autorregistros se usan para detectar patrones sintomatológicos y para ver las relaciones que se establecen entre síntomas, pensamientos y emociones. El objetivo no es dotar al sujeto de un elemento de autoevaluación corporal más, sino incrementar su conciencia sobre los cambios físicos y el contexto psicosocial en el que se producen, es útil para establecer relaciones entre los síntomas y el estrés. Previo a ello los pacientes deben ser entrenados en distinguir sensaciones físicas y emociones e igualmente saber distinguir entre pensamientos y emociones. Por ejemplo saber identificar la ansiedad

como una emoción y no identificarla con las sensaciones físicas que desencadena.

Los pacientes somatizadores suelen presentar dificultades a la hora de diferenciar entre pensamientos y emociones, sea cual sea la causa de ello (alexitimia o la represión emocional) nuestros esfuerzos irán dirigidos a despertar la conciencia y la aceptación de sus pensamientos y emociones. La dificultad de muchos pacientes estriba en el hecho de haber aprendido a ignorar las emociones o pensamientos creyendo que esto les ahorraría sufrimiento, si tenemos constancia de que eso está siendo así, hay que intentar confrontar al paciente con dicha información sobre todo interpretando los signos no verbales que expresan esa emoción o pensamiento oculto. Otra forma de enseñarle al paciente a identificar emociones es proporcionándole una lista de las más habituales para que las pueda identificar en su cotidianidad (Woolfolk and Allen 2007).

Una vez que el paciente reconoce un patrón cognitivo y emocional característico hay que animarle a que identifique, etiquete, y quizás exprese esa emoción que ha sido inhibida. Cuando la emoción es incontrolable hay que enseñarle a emplear estrategias de autorregulación; relajación, distracción, reestructuración cognitiva, etc. Es importante que adquieran estas capacidades antes de pasar a las técnicas de reestructuración cognitiva, no podemos pretender cambiar algo si no sabemos diferenciarlo.

#### ✓ TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN

Los pacientes somatizadores tienden a focalizar la atención en su cuerpo y a amplificar las sensaciones corporales. La experiencia clínica demuestra que muchos pacientes experimentan sus mayores molestias cuando abandonan las actividades que habitualmente desempeñaban y focalizan su atención en las molestias corporales (Woolfolk and Allen 2007). El objetivo de la distracción es ayudar a los pacientes a desplazar el foco de atención lejos de sus sensaciones corporales. La exposición

de este tema ha de llevarse con mucho cuidado dado que puede ser interpretada la información de forma defensiva, pensando el paciente que le estamos acusando de inventarse las molestias. El terapeuta debe insistir en que la atención puede modular la intensidad de las molestias, además, si un síntoma es lo suficientemente fuerte como para hacernos descansar y focalizar la atención en las molestias, los pensamientos negativos y sentimientos sobre los síntomas pueden aflorar y exacerbarlos. Los autorregistros pueden servir para demostrarle al paciente como cuando se ha encontrado físicamente peor es cuando más se ha focalizado en las molestias.

Es conveniente crear una lista con el paciente de actividades distractoras (llamar por teléfono, leer algo que le enganche, jugar con el perro, entre otras cosas) para pedirle que durante la siguiente semana aplique estas actividades en lugar de quedarse en la cama o tumbado en el sillón prestando atención a las molestias. Hay que plantearle la tarea como si se tratara de un experimento, un método que va a ser probado y evaluado, dónde se va a demostrar o no a sí mismo si esas actividades son eficaces

#### ✓ REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Los pacientes somatizadores tienden a tener creencias disfuncionales sobre las sensaciones corporales y con frecuencia sobre su capacidad para obrar eficazmente. Algunas veces, los errores de pensamiento les hacen actuar de forma que agudizan su dolor y malestar. Un componente importante del tratamiento consiste en ayudar a los pacientes a examinar sus tendencias de pensamiento. Tras revisar con ellos durante algún tiempo los autorregistros, el terapeuta tendrá una idea aproximada de cómo distorsiona el paciente. Las distorsiones cognitivas más frecuentes en estos pacientes suelen ser: el perfeccionismo, los pensamientos catastrofistas, la sobrestimación de resultados negativos, los deberías y el pensamiento dicotómico. Algunos pacientes reaccionan de forma negativa cuando sus pensamientos son descritos como irracionales o cuando los cuestionamos, para evitarlo

hemos de describir esta actividad como un “análisis más profundo” de los pensamientos o como la obtención de diferentes perspectivas.

La finalidad de la tarea consiste en examinar junto con el paciente los pensamientos desde diferentes perspectivas. Inicialmente buscando evidencias que sostengan su creencia, después buscando evidencias en contra. Otra manera es preguntando qué es lo que le dirían ellos a un amigo que pensara lo mismo. También se le puede invitar al paciente a hacer un análisis coste-beneficio de pensar así o de cambiar a pensar de otra manera. Para los catastrofistas el terapeuta les puede invitar a imaginar y “asumir lo peor que pudiera pasar”, esto hace que la situación se vea indeseable o inconveniente pero no desastrosa.

El trabajo es interesante que continúe en casa examinando dichos pensamientos de forma más profunda, Woolfolk y Allen (Woolfolk and Allen 2007) proponen una serie de preguntas guía al respecto:

1. ¿Qué indicaría que este pensamiento es cierto?
2. ¿Qué indicaría que este pensamiento no es cierto?
3. ¿Existe alguna otra explicación?
4. ¿Qué me diría un amigo/a que me cuide al que le importe sobre este pensamiento?
5. ¿Qué le diría a un amigo/a si él/ella estuviese en esta situación?
6. ¿Cuál es el efecto de mi creencia en relación a la veracidad e importancia del pensamiento?
7. ¿Cómo me afectaría cambiar esta forma de pensar?
8. ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Cuáles serían las consecuencias?
9. ¿Qué es lo mejor que me puede pasar?
10. ¿Cuál es el resultado más probable /realista?

Conviene advertirle al paciente que la evaluación y modificación de los pensamientos es una tarea que requiere mucha práctica y entrenamiento

### I.5.2.3.- MÉTODOS INTERPERSONALES

#### ✓ EL ROL DE ENFERMO

La meta de esta tarea es conseguir que los pacientes se den relativa cuenta de cualquier ganancia secundaria derivada del hecho de sentir dolor o malestar y valorar la posibilidad de que la conducta de enfermedad se instaure como habitual. Una vez identificadas esas ventajas el terapeuta y el paciente han de buscar métodos alternativos para alcanzar esos mismos beneficios que lograba a través del rol de enfermo. Es un tema muy delicado dado que familiares, amigos y médicos pueden haber acusado al paciente de cuentista, exagerado o fantasioso respecto de sus síntomas. El terapeuta ha de tener cuidado de no insinuar que el paciente elige la experiencia sintomatológica. Si la discusión despierta las defensas del paciente será estéril el trabajo al respecto. Es recomendable abordar este tema en un momento avanzado de la terapia cuando la alianza terapéutica esté bien instaurada. La forma de abordarlo sería descentralizar al paciente de su propia experiencia y analizar el rol de enfermo a través de otras figuras donde el paciente haya hecho de cuidador, posteriormente intentar trasladar los paralelismos a la situación presente.

Generalmente al abordar este trabajo ya se abre una línea de justificación a la hora de plantear la asertividad como camino alternativo y más adaptativo para obtener algunos de los beneficios derivados del rol de enfermo.

#### ✓ ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD

Los pacientes somatizadores suelen tener dificultades a la hora de comunicar sus pensamientos y sentimientos en determinadas situaciones. Woolfolk y Allen (Woolfolk and Allen 2007) definen la asertividad como una expresión abierta y honesta de los pensamientos y los sentimientos de uno mismo sin sentir vergüenza o temer el ataque de los otros. Inicialmente requiere de la identificación de los pensamientos y los sentimientos, para proseguir con la evitación del desbordamiento



emocional, y así, finalmente se comunican los pensamientos y sentimientos, deseos o necesidades con la primera persona del singular. Se puede sugerir el siguiente verbatim (Woolfolk and Allen 2007): “Yo me siento \_\_\_\_\_ cuando tú \_\_\_\_\_”.

La forma de practicarlo en la terapia es a través del *rol playing* y rol reversal. Se puede hacer una jerarquía de situaciones para poder organizar la práctica fuera de consulta. El terapeuta debe de hacer una advertencia muy importante al respecto; incrementar la asertividad no se corresponde a veces con una respuesta positiva por parte del interlocutor.

#### I.5.2.4.- LA INCLUSIÓN DEL OTRO SIGNIFICATIVO EN LA TERAPIA

Los objetivos perseguidos con este punto son: obtener información adicional sobre el paciente, obtener el apoyo desde casa de ese “coterapeuta” y alterar comportamientos que refuerzan la conducta de enfermedad y la sintomatología del paciente. Para ello se recomienda un diálogo abierto y conjunto, la alianza terapéutica muchas veces no se haya plenamente instaurada como para tolerar un encuentro por separado con el familiar, así que para evitar suspicacias se anuncia esta participación lo antes posible y se demora dicho encuentro a cuando esté más avanzada la terapia. Conviene resaltarle al paciente los beneficios de estos encuentros, ya que facilitará el posterior trabajo. En las sesiones conjuntas se aborda el tema del estrés vivido y manejado por el paciente, se clarifica en qué consiste la ayuda que se va a prestar desde la terapia, se invita a reflexionar sobre como la enfermedad ha alterado las actividades de la pareja y se les guía en cómo ir recuperándolas y adaptándolas, también se puede trabajar con la comunicación: cómo evitar el monotema de la enfermedad y sugerir temáticas alternativas, cómo instaurar la asertividad en la pareja, entro otros puntos. Se pueden dedicar entre una y tres sesiones de trabajo conjuntas por cada 10 con el paciente.

### I.5.2.5.- FINALIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Al paciente se le debe recordar que cada avance en la mejoría se debe al esfuerzo durante el tratamiento en el trabajo realizado entre sesiones. La expectativa es continuar con él y en ningún momento abandonarlo. Insistimos en que todo lo que se ha aprendido durante la terapia se tiene que animar a llevarlo a cabo en las situaciones cotidianas. Hay que hacer mucho énfasis en el mantenimiento de lo aprendido. También se le ha de recordar al paciente que el objetivo de la terapia era ayudarlo a hacer cambios en su estilo de vida y que aquellos que haya realizado persistirán más allá del tratamiento, de tal forma que traslademos cierta autonomía sobre sus logros y no se vea dependiente del terapeuta. Conviene hacer una revisión con el paciente de qué técnicas aplicaría para situaciones específicas, y es adecuado elaborar un plan de cómo usarlas. Por último, es interesante analizar la necesidad de buscar una terapia adicional a lo abordado o llevar a cabo un seguimiento que complementen los objetivos abordados con el presente tratamiento.

## I.6.- MOTIVACIÓN.

Desde que empecé mi formación de postgrado en Madrid colaborando con el Dr. Gimillo en la organización de lo que eran las Jornadas Internacionales de Patología Psicosomática que organizaba el Hospital Gregorio Marañón, siempre ha habido cierto interés especial hacia este tipo de patologías. Muchos de los fenómenos que se dan en esta área siguen siendo un misterio, todavía es un desafío comprender lo que hay detrás de la queja corporal representando la tierra de nadie entre la medicina y la psicología.

El paciente somatizador sufre y lucha insistentemente para que el médico y sus familiares reconozcan la realidad de su sufrimiento. Siente sus molestias corporales tan reales como cualquier enfermo orgánico. La comprensión, la sensibilidad e intuición del médico deberían ir más allá de sus conocimientos académicos y sumergirse en la problemática interna del paciente, incluso

transcendiendo a los acontecimientos externos, para poder descubrir la fuerza patógena. Los enfermos somatizadores requieren de un tratamiento especial basado en la comprensión existencial de una enfermedad que ciertamente padecen, aunque muchas veces la asistencia médica niegue el estatus de realidad a sus variados síntomas y quejas.

Afortunadamente hoy ya hemos comprendido y aceptado que la enfermedad es algo más que la alteración de variables físicas u orgánicas. Por lo tanto, necesitamos enfoques más abarcativos que engloben toda la realidad compleja del ser humano. La queja somática tiene que dejar de ser un hecho aislado en la vida del paciente, para ser estudiada como un acontecimiento que tiene su por qué y significado en el contexto vital del enfermo.

A su vez, otro motivo que me resulta interesante para trabajar sobre el fenómeno es la altísima frecuencia de estos padecimientos en nuestra sociedad, máxime cuando muchos de estos pacientes evolucionan hacia un estado crónico como consecuencia de la falta de conocimientos que sobre este tipo de enfermedades existe entre los profesionales sanitarios.

Creo que a través de la somatizaciones es dónde realmente se percibe el concepto bio-psico-social del individuo, todo interactúa y todo influye. De ello resulta un mundo complejo pero bonito y apasionante al mismo tiempo. Patología con muchas preguntas esperando a ser respondidas.

En el presente trabajo se plantea estudiar la eficacia de un abordaje cognitivo–conductual entendiendo, y siendo coherentes con lo anteriormente expuesto, que es el que mejor enfatiza la interacción entre aspectos fisiológicos, cogniciones, emociones, conducta y medio ambiente. La realización del presente investigación se basa en un proyecto realizado en EEUU por el equipo del Prof. Escobar (Allen, Woolfolk, Lehrer, Gara and Escobar 2001), que ha demostrado su eficacia para el tratamiento de pacientes somatizadores en atención primaria.

Las características específicas de este proyecto frente a otros previamente realizados son las siguientes:

- Originalidad: Es el primer estudio en España y uno de los primeros a nivel internacional que pretende realizar un estudio de intervención psicológica en una muestra amplia de pacientes (tamaño muestral = 168 pacientes) con trastornos somatomorfos. Además, el tratamiento se enmarca en pacientes vistos en atención primaria.
- Tratamiento individual vs. grupal: Hasta la actualidad no existe ningún estudio a nivel internacional que analice, con una muestra amplia, las diferencias entre el tratamiento cognitivo –conductual individual vs. global en términos de eficacia que recoja una amplia muestra de pacientes con estos trastornos.
- Impacto clínico: Se calcula que en torno al 22% de las consultas de atención primaria se deben a síntomas de etiología desconocida relacionados con el estrés u otras variables psicosociales.
- Utilidad práctica: El desarrollo de protocolos asistenciales efectivos permitirá una mejor planificación de los recursos humanos y técnicos así como la formación y sensibilización de los profesionales sociosanitarios sobre el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

Los directores de este trabajo, el Dr. García Campayo y la Dra. Magallón Botaya, iniciaron hace años una línea de investigación en el campo de la epidemiología en Salud Mental, gracias a una beca de investigación concedida por el Gobierno de Aragón (SAMAR 86) (Allen, Woolfolk, Lehrer, Gara and Escobar 2001) esta línea derivó hacia el desarrollo del “Estudio Zaragoza”, que constituye uno de los estudios transversales y de seguimiento sobre morbilidad psíquica en atención primaria más importante de los realizados a nivel internacional (Lou Arnal and Magallón Botaya 1990; Seva Diaz, Sarasola and R. 1990; Magallón Botaya and A. 1992; Magallón Botaya and A. 1992; García-

Campayo J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echeverría MJ and A 1996; Lobo A, García-Campayo J, Campos R and MJ 1996; García-Campayo J, Larrubia J, Lobo A, Pérez-Echeverría MJ and R 1997; Garcia-Campayo, Lobo, Perez-Echeverria and Campos 1998; Garcia-Campayo, Sanz-Carrillo and Arevalo de Miguel 1998; García-Campayo J, Claraco LM and JM 1999; Garcia-Campayo and Sanz-Carrillo 1999; Garcia-Campayo and Sanz-Carrillo 2000; García-Campayo and Sanz-Carrillo 2000; Garcia-Campayo, Claraco, Sanz-Carrillo, Arevalo and Monton 2002). Este trabajo ha estado avalado y promovido por el Comité Científico de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Actividades para la Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria del Instituto de Salud Carlos III (G03/170). El Dr. García Campayo es el responsable del área de salud mental de la REDIAPP, siendo el investigador principal en esta misma red.

El estudio ha contado con el asesoramiento científico del Prof. Javier Escobar, director del Departamento de Psiquiatría del Robert Wood Johnson Medical School (University of Medicine & Dentistry of New Jersey, NJ, EEUU), referencia a nivel mundial en la investigación de los trastornos somatomorfos y con la colaboración del Prof. Winfried Rief de la Universidad de Groningen (Alemania).

Este trabajo pretende ser el germen de un futuro grupo internacional multidisciplinar de estudio e intervención sobre los trastornos somatomorfos.

## **I.7.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS**

1. Los pacientes asignados al programa de tratamiento cognitivo – conductual mejorarán significativamente en medidas relacionadas con los síntomas somáticos, calidad de vida y psicopatología.
2. Las personas involucradas en la condición de tratamiento grupal mostrarán una mejoría más intensa y mantenida en el tiempo que los participantes en la terapia individual.

3. Los cambios observados tras la finalización de la terapia se mantendrán durante la fase de seguimiento, un año tras la finalización del tratamiento, en al menos 1/3 de los pacientes.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general:

- ✚ Evaluar la efectividad y aplicabilidad de un programa de tratamiento cognitivo –conductual (en versión individual y grupal) para trastornos somatomorfos frente al tratamiento habitual.

Objetivos específicos:

- Conocer la efectividad de la intervención frente a la no intervención
- Conocer la efectividad de la intervención grupal frente a la individual.
- Identificar las variables que predicen una mayor efectividad del tratamiento cognitivo –conductual en pacientes somatizadores.
- Identificar un perfil de “pacientes resistentes al tratamiento” con elementos que permitan al clínico orientar a estos pacientes a tratamientos psiquiátricos especializados de una manera precoz y eficaz

*“La cuestión está en cómo transformar dificultades en posibilidades”  
Paulo Freire(1921-1997) Pedagogo.*

## ***II.- MATERIAL Y MÉTODOS***





## **II.1.- DISEÑO:**

Ensayo clínico controlado, aleatorio, multicéntrico, abierto. Con asignación aleatoria de los pacientes a cada una de las tres alternativas de intervención: Tratamiento estándar (Aplicación de las normas de Smith por el médico de Atención Primaria); Terapia cognitivo conductual individual; Terapia cognitivo conductual en grupo.

El protocolo de este estudio ha sido publicado previamente (Magallon, Gili et al. 2008).

## **II.2.- TAMAÑO MUESTRAL**

Para el cálculo del tamaño muestral tuvimos en cuenta la existencia de dos grupos de tratamiento. Al primer grupo se le iba a aplicar una intervención a nivel individual; mientras que al segundo se le aplicaría a nivel grupal. La asignación de cada individuo a cada uno de los dos posibles grupos se hizo de manera aleatoria. Nuestro objetivo era evaluar si con el tratamiento más específico (grupo donde se aplica la intervención grupal) conseguimos mejorar los resultados que se obtienen mediante la intervención que se realiza, a nivel individual, en las consultas de Atención Primaria.

Sabemos que la eficacia del tratamiento individual habitual es muy baja, estimada en menos del 10% en la mayoría de las variables y, consideramos clínicamente relevante que la nueva intervención sería al menos un 25% mas efectiva que la habitual.

Suponiendo un error del 5% y una potencia del 80%, realizando el analisis con dos colas, bajo las hipótesis anteriores obtuvimos un tamaño muestral de 43 personas con trastorno de somatización abreviado en cada uno de los grupos a evaluar. Además, esperando obtener un 10% de pérdidas; es decir, personas que no completarían el periodo de estudio, el tamaño muestral final necesario se situó en 48 pacientes para cada grupo, es decir, una muestra total de 144 pacientes. En nuestro estudio llegamos a 168 pacientes, es decir un 116,7% de lo inicialmente calculado.

## **II.3.- PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN, ALEATORIZACIÓN Y ENMASCARAMIENTO**

Los médicos de familia de los centros de salud adscritos al estudio, ante la sospecha de trastorno de somatización, para determinar si cumplían los criterios de inclusión pasaban a los pacientes una entrevista de screening, test de Othmer y DeSouza (Othmer and DeSouza 1985; Garcia-Campayo, Sanz-Carrillo, Perez-Echeverria, Campos and Lobo 1996). Los pacientes que cumplían estos criterios eran derivados al proyecto. En el plazo máximo de diez días un miembro del equipo investigador (entrevistador estandarizado) realizaba la entrevista de evaluación y confirmación diagnóstica, Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente (EPEP) (Lobo, Campos et al. 1993), así como la línea base.

Se consideraban casos los pacientes que cumplían con los siguientes criterios: tener una edad comprendida entre 18 y 65 años; poseer el castellano como lengua materna; cumplir los criterios de Escobar para el Trastorno de Somatización Abreviado (SSI 4,6): cuatro síntomas físicos no explicables médicamente en su totalidad en hombres o seis síntomas físicos no explicables médicamente en su totalidad en mujeres. Así mismo se les requería tener pautado un tratamiento farmacológico estable durante el último mes e intención de mantenerlo estable (salvo necesidad grave) durante los próximos tres meses.

Se asignaban aleatoriamente a las tres condiciones experimentales: tratamiento cognitivo–conductual individual, tratamiento cognitivo–conductual en grupo o seguimiento convencional en atención primaria.

El sistema de aleatorización estaba centralizado y generado por ordenador (Anexo VII 3.1). No se utilizaron técnicas para muestreo por bloques ni estratificado. La unidad de aleatorización era una persona independiente, perteneciente a la Red Temática de Investigación en Actividades Preventivas en Atención Primaria del Instituto de Salud Carlos III (06/18) la cual no estaba implicada en el estudio. El método utilizado para implementar dicha secuencia de aleatorización era un teléfono móvil centralizado en el personal sanitario que atendían al mismo grupo de pacientes. La secuencia permanecía oculta hasta

el momento de asignación al tratamiento. Los pacientes tenían que expresar su consentimiento en participar previamente a realizarse la aleatorización, sin conocer a que tipo de tratamiento iban a ser asignados.

Los tratamiento psicológicos eran conducidos por seis psicólogos especialistas en psicoterapia con un nivel de master y con al menos tres años de entrenamiento supervisado en terapia cognitivo-conductual, además en cada sesión había un observador externo, en total seis, que garantizaba el seguimiento del protocolo. Todos fueron entrenados en el protocolo por un investigador del equipo que había realizado una estancia de tres meses en el Hospital de New Jersey con el equipo de Escobar. Cada terapeuta recibía supervisión semanal por el investigador que les había entrenado en el protocolo, las supervisiones de Mallorca se hicieron mediante videoconferencia.

Los investigadores que administraron los tests psicológicos desconocían en que grupo estaban incluidos los pacientes.

## **II.4.- DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN**

### **II.4.1.- RAMAS DE INTERVENCIÓN**

- **Para el grupo control o seguimiento habitual en Atención Primaria.**

Seguimiento normalizado en atención primaria tras carta al médico de familia con las “Normas mínimas de Smith” que incluye (Smith, Monson and Ray 1986):

- 1.- Centralizar el seguimiento en un solo profesional.
- 2.- Revisión mensual.
- 3.- Evitar pruebas complementarias innecesarias.
- 4.- Guiarse por los signos, no por los síntomas.
- 5.- Evitar diagnósticos y tratamientos ambiguos.

6.- Derivar a salud mental solo cuando hay patología psiquiátrica grave

Evaluación en cuatro momentos temporales. Recogida de datos.:

Tiempo 1 (selección e inclusión del paciente),

Tiempo 2 (postratamiento),

Tiempo 3 (a los 6 meses del final de la intervención),

Tiempo 4 (a los 12 meses del final de la intervención).

- **Para el grupo experimental o de intervención:**

Instauración del protocolo de intervención desarrollado por el equipo de la Universidad de New Jersey, Prof. Escobar (Woolfolk and Allen 2007), 10 sesiones de tratamiento de frecuencia semanal, y evaluación en cuatro momentos temporales: tiempo 1 (selección del paciente), tiempo 2 (postratamiento), tiempo 3 (a los 6 meses del final de la intervención), tiempo 4 (al año de terminar la intervención).

Existían dos condiciones de tratamiento distintas: individual y grupal. Diferenciadas en cuanto al número de participantes y el tiempo de la sesión pero siguiendo exactamente el mismo protocolo. Las sesiones de terapia en la modalidad individual tenían una duración de una hora, las sesiones de terapia en grupo duraban dos horas. Las sesiones tenían una frecuencia semanal. Un terapeuta que conducía la terapia y otro que ejercía de observador externo. El tamaño de los grupos que seguían la modalidad de terapia en grupo fue de entre siete y diez miembros, La inclusión en una u otra condición fue aleatorizada mediante ordenador, como anteriormente se ha comentado.

#### II.4.2.- PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

El tratamiento aparece descrito en detalle y de forma muy estructurada en el ANEXO VII.3.2. La intervención incluye entrenamiento en relajación, modificaciones conductuales, concienciación emocional, reestructuración cognitiva, y habilidades sociales, es un compendio

abreviado de las habilidades terapéuticas que se emplean con pacientes somatizadores. La intervención está conceptualizada bajo el paradigma cognitivo conductual, con especial énfasis en la modificación de la conducta de enfermedad y en las cogniciones asociadas a ello.

El manual no está diseñado para la aplicación por profesionales legos en la materia. El uso de la intervención resultante diseñada queda justificado por las consideraciones de coste efectividad omnipresentes en el sistema de salud actual y por garante que ofrece de cara a los resultados que se obtuvieron de la investigación empírica (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006; Escobar, Gara et al. 2007), nunca se ha planteado este protocolo como una versión más reducida de otra intervención más amplia que obtuviera resultados clínicos más significativos y estables con pacientes somatizadores. Anteriormente se ha descrito los métodos concretos empleados en estas diez sesiones, además de otros que se pueden emplear en terapias a más largo plazo. En el ANEXO VII.3.2. se detalla específicamente sesión a sesión los procedimientos seguidos para evaluar la eficacia de esta versión de diez sesiones del tratamiento (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006; Escobar, Gara et al. 2007). En la siguiente tabla se mencionan los objetivos generales de la terapia cognitivo conductual para pacientes somatizadores. Posteriormente se comenta de forma muy resumida el trabajo de las sesiones que pretende cubrir dichos objetivos.

#### **Tabla 15. OBJETIVOS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PACIENTES SOMATIZADORES**

- Reducir el arousal fisiológico por medio de técnicas de relajación
  
- Mejorar la actividad a través de:
  - Incrementar el ejercicio y las actividades gratificantes
  - Pautar dichas actividades

- Incrementar la conciencia sobre las emociones
- Modificar las creencias disfuncionales
- Mejorar la comunicación de pensamientos y emociones
- Reducir los refuerzos a la conducta de enfermedad que se producen por el entorno social inmediato

### SESIÓN 1

En la primera sesión intentamos cubrir los siguientes objetivos: empezar a establecer el rapport con el paciente, proporcionar una perspectiva global y racional del tratamiento, revisar con el paciente sus síntomas físicos en el contexto en el que aparecen, introducirle en el registro y monitorización de los mismos, y enseñarle la respiración diafragmática.

Esta sesión se espera que dure entre 75 y 90 minutos, el resto de las sesiones se estima que duren al menos 60 minutos. Si por cualquier motivo no se llega a cubrir las actividades de la sesión en ese tiempo, se puede dejar el último objetivo para la sesión siguiente.

### SESIÓN 2

Los objetivos de la segunda sesión son: abordar la respuesta inicial que ha tenido el paciente hacia la sesión, revisar las tareas para casa (registro de síntomas y la respiración diafragmática), evaluar el nivel de actividad del paciente y, si procede, animar a incrementar las actividades y/o la frecuencia de las mismas.

### SESIÓN 3

El objetivo principal de esta sesión es incrementar la probabilidad de que la persona que está al lado del paciente habitualmente apoye y no voicotee el tratamiento. En el encuentro con el acompañante, el

terapeuta puede recoger información adicional sobre los síntomas y el funcionamiento del paciente. Finalmente, si el tiempo de sesión lo permite, el terapeuta intentará animar a la pareja a hacer pequeños cambios en su comportamiento y/o en sus interacciones.

#### SESIÓN 4

Entre los objetivos de esta sesión está por un lado corregir la higiene del sueño para proporcionar un mejor descanso al organismo, se le facilita al paciente una serie de pautas en papel para que pueda aplicarlas en casa. Por otro lado, se trabaja con técnicas de distracción para poder descentralizar el foco sobre el síntoma somático.

#### SESIÓN 5

El objetivo principal de esta sesión es aprender a examinar con mayor profundidad los pensamientos disfuncionales que suelen aparecer y poder cuestionarlos.

#### SESIÓN 6

Se le enseña al paciente la segunda técnica de relajación, la relajación muscular progresiva de Jacobson (Jacobson 1938). Se entrena en la sesión varias veces y en distintas posiciones. En otro orden de cosas, se revisa el trabajo que ha hecho durante la semana sobre el cuestionamiento de los pensamientos.

#### SESIÓN 7

En esta sesión se cuenta con la presencia del acompañante significativo. se revisa qué actividades agradables han incorporado a su día a día. Por otro lado, como objetivo principal se analiza el tipo de comunicación que tienen y se plantean cambios en la misma con el fin de descentralizarla sobre los síntomas físicos. Se intentará discutir sobre la conducta de enfermo del paciente y el papel mantenedor de la misma por parte del acompañante.

## SESIÓN 8

Se analiza el rol de enfermo con el paciente. Se plantean conductas alternativas para satisfacer ciertas necesidades que se cubren desde ese rol.

## SESIÓN 9

De nuevo y por última vez en el proceso, está presente la persona significativa. Se revisa lo planteado en las otras sesiones conjuntas: las actividades agradables introducidas en la convivencia, los cambios en la comunicación y el papel de la persona significativa como factor mantenedor del rol de enfermo en el paciente.

Se comenta la posible idoneidad de continuar el trabajo desde una terapia familiar o de pareja, analizando objetivos y expectativas asociadas a esa posible elección.

Se agradece y refuerza la participación de la persona significativa animándole a continuar desde casa con lo entrenado en consulta.

## SESIÓN 10

Se expone y comenta un plan de mantenimiento, con el objetivo de enseñarle a formular expectativas realistas al paciente y conseguir adherencia a lo aprendido reforzándole la práctica continuada de lo planteado en las sesiones.

Como se hizo en la sesión anterior con la persona significativa se comenta la posible idoneidad de continuar el trabajo con un tratamiento psicológico adicional.

## **II.5.- EVALUACIÓN. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA.**

### II.5.1.- EVALUACIÓN.

Las evaluaciones fueron enmascaradas, los evaluadores no eran conocedores de a qué tratamiento habían sido asignados los pacientes. Las evaluaciones de seguimiento tuvieron lugar en cuatro momentos temporales:



Tiempo 1 (línea base), momento 2 (post tratamiento), momento 3 (tras los 6 meses de la intervención), momento 4 (al año de haber recibido el tratamiento). En los diversos momentos temporales se evaluaron las variaciones habidas tanto en las características clínicas como en las socioeconómicas y demográficas a través de los mencionados cuestionarios (a excepción del test de screening).

Todas las entrevistas fueron realizadas por cuatro personas entrenadas específicamente para ello. Para asegurar la calidad de la estandarización los entrevistadores fueron reevaluados a los seis meses y se consideró su reestandarización cuando el índice de acuerdo interexaminadores disminuía respecto al inicio del estudio. Para determinar la fiabilidad entre entrevistadores, las sesiones de evaluación fueron grabadas en audio y examinadas por un evaluador experimentado. Cuando se comparó la fiabilidad interexaminadores el estadístico kappa fue de 0.92. Los diagnósticos psiquiátricos se realizaron mediante consenso con un psiquiatra miembro del equipo investigador.

## II.5.2.- VARIABLES

La variable dependiente es el efecto consecuente de la variable independiente, la cual es considerada antecedente o causa de aquélla. Desde un punto de vista empírico, la variable dependiente es el fenómeno de conducta, que generalmente se manifiesta en forma de respuestas de los sujetos, cuantificadas en función del criterio de medida previamente acordado en la definición operacional de la misma. Por lo tanto, la variable dependiente es cualquier fenómeno de conducta que:

- Puede ser medido y cuantificado.
- No puede ser manipulado o controlado
- Y que en virtud de la medida aplicada se manifiesta en diferencias o variaciones observables en las que basar la aceptación o rechazo de la hipótesis del experimento.

Atendiendo a estos criterios, serían variables dependientes de nuestro estudio las siguientes:

- Número de síntomas somáticos, intensidad de los síntomas, catastrofización, calidad de vida, evolución declarada, ansiedad, depresión e impresión clínica global.

La variable independiente sería el antecedente, la causa de las variaciones observadas en el fenómeno de conducta estudiado (en este caso, la mejora en la salud de la persona).

En la investigación, es la variable “manipulada”, en el sentido de que se le asignan valores diferentes, mutuamente excluyentes, a la espera de que dichos valores afecten diferencialmente a la variable dependiente.

Desde un punto de vista empírico, es cualquier variable relevante, que afecta al fenómeno de conducta objeto de estudio, de manera que influye directa o

indirectamente sobre él. El número de factores que pueden afectar a una conducta es muy elevado, y depende de la conducta en cuestión y de múltiples circunstancias. El investigador elegirá de todos esos factores sus variables independientes, y el resto deberá controlarlas debido precisamente a su poder o influencia sobre la conducta. Estas últimas se conocen como variables extrañas, contaminadoras o de confusión.

En nuestro estudio, actuaría como variable independiente la clasificación en función del tratamiento dispensado, pudiendo tener esta variable tres valores de asignación: (1) tratamiento estándar (Normas de Smith), (2) terapia cognitivo conductual Individual y (3) terapia cognitivo conductual en Grupo.

Para controlar la influencia de las variables extrañas, contaminadoras o de confusión, decidimos evaluar y cuantificar diversos aspectos que consideramos que podrían influir en los resultados obtenidos. De este modo, en un análisis posterior podríamos controlar estas variables, dejando de ser variables de confusión. Estas variables que posteriormente controlaríamos serían:

- Nivel de ansiedad y depresión (evaluado mediante el HADS).
- Puntuación basal

- Sexo
- Edad

Sin duda, nuestro experimento no es un “experimento puro de laboratorio”, por lo que no podemos controlar otra serie de variables que pueden estar actuando como variables extrañas. Estas variables pueden ser orgánicas (como los rasgos de personalidad, el nivel cultural, la motivación, etc.), ambientales (luz, temperatura, ruidos...), del material (presentación diferencial de los estímulos, instrucciones diferentes, etc.), del experimentador (personalidad, apariencia, sexo, efecto de las expectativas del experimentador o efecto Rosenthal, etc.). En la medida de lo posible se han intentado disminuir las variables extrañas, siguiendo las siguientes normas:

- Seis investigadores dispensaron los tratamiento con un proceso muy riguroso de estandarización.

- El material ha sido el mismo para todos los pacientes y se ha aplicado siempre en el mismo orden y siguiendo las mismas instrucciones (las indicadas en el manual de aplicación).

- El horario de aplicación ha sido siempre el mismo, realizando las terapias preferentemente a las 10 de la mañana y evitando las interrupciones (teléfono, entradas al despacho, etc.).

- El lugar dónde se realizaba la intervención fue siempre el mismo, uno por cada nodo participante. Fue elegido el Centro de Salud más céntrico y accesible para el conjunto de la población.

Sin duda, variables orgánicas como los rasgos de personalidad serán variables a evaluar en posteriores estudios, para comprobar su influencia en los resultados. Sin embargo, debido a la extensión y complejidad del estudio, se decidió no incluir un test de personalidad en la evaluación.

### II.5.3.- INSTRUMENTOS DE MEDIDA

- ***Para las variables principales:***

➤ Número de síntomas somáticos.

Medido a través del **SOMS Questionnaire and Functional Assumptions (somatic symptoms)** (Rief, Hiller and Heuser 1997). Listado de 53 síntomas basado en el DSM-IV y en la clasificación CIE - 10. Este instrumento hace un recuento de los síntomas somáticos que padece el paciente, incluidos los que se manifiestan de forma moderada. Esta puntuación nos permite hacer estimaciones del número de síntomas por tipo, los cuales pudieran ser relevantes a la hora de establecer un diagnóstico. Otra información que nos facilita es al suma de todos los ítems, lo que determina el denominado “índice de gravedad somática”. Esta variable es sensible a los cambios cuando utiliza como instrumento de evaluación. Este cuestionario está en proceso de validación con población española.

➤ Gravedad del síntoma somático.

Medido a través de la **Visual Analog Scale of somatic symptoms SSS (severity of somatic symptoms scale)** (Woolfolk and Allen 2007). Escala tipo likert de 40 ítems evaluado a través de una escala visual de 8 puntos, dónde 0 indica la ausencia del síntoma y 7 una intensidad tan elevada que la molestia apenas se puede tolerar. Se pide al sujeto que puntúe el malestar del síntomas si lo ha sufrido durante el último mes. Los 40 ítems están seleccionados de las secciones de trastornos somatomorfos del DSM-IV-TR y del CIE-10. La escala está en proceso de validación con población española.

➤ Nivel de Castastrofización.

Medido a través de la **PCS (Pain Catastrophizing Scale – Escala de Castastrofización del Dolor)** versión validada con población española (Garcia Campayo, Rodero, Alda, Sobradíel, Montero and Moreno 2008). Los sujetos toman como referencia sus experiencias dolorosas pasadas e indican el grado en el cual experimentaban determinados pensamientos o sentimientos.

La escala consta de tres subescalas:

1) Reflexión repetida o rumiación (4 ítems): hace referencia a un estado o sensación de preocupación constante, y la incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor.

2) Magnificación (3 ítems): Hace referencia a la exageración de lo desagradable de las situaciones de dolor y a las expectativas de consecuencias negativas. Se acerca al concepto de exageración y hace referencia al traspaso de los límites de lo normal.

3) Sentirse impotente o desesperanza (6 ítems): Se manifiesta cuando se ha perdido la esperanza por lograr algo, o porque desaparezca algún aspecto físico y/o psicológico que es perjudicial para la salud.

Los rangos de sus componentes oscilan entre: Rumiación: 0-16; Magnificación: 0-12; Impotencia: 0-24; Global: 0-52.

**- Para las variables secundarias:**

➤ Variables sociodemográficas.

Edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel de rentas o ingresos medios, cualificación laboral, profesión, situación laboral actual. Medido a través de una encuesta para el médico de familia sobre características clínicas del paciente (a rellenar por el entrevistador con la historia clínica).

➤ Diagnóstico de patología mental y de enfermedad somática.

Atribución causal de los síntomas (causa psiquiátrica u orgánica) según el médico. Evaluado a través de la EPEP (psychiatric diagnosis DSM-IV and ICD-10). **Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente (EPEP):** Entrevista psiquiátrica diseñada por nuestro grupo (Lobo, Campos et al. 1993) específicamente para el diagnóstico de patología psiquiátrica en atención primaria, y que ha sido utilizada en el "Estudio Zaragoza" y en los estudios epidemiológicos de la Red de Investigación Cooperativa: "Psiquiatría de Enlace. La interfase entre

psiquiatría y otras disciplinas médicas” (Nº Expediente: G03/128), del Instituto de Salud Carlos III. Permite realizar diagnósticos psiquiátricos DSM-IV y CIE-10. Se considera puntuación positiva en la EPEP y, por tanto, "caso psiquiátrico", cuando la puntuación global de cualesquiera de las secciones descritas es igual o mayor de 2 (caso leve).

➤ Nivel de ansiedad y depresión.

Evaluados a través de **Test de Hamilton para la Ansiedad y la Depresión (HAM –A y HAM –D)** (Hamilton 1959).

- Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale): Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico a través de una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Frecuentemente los trastornos somatomorfos llevan asociados síntomas propios de los trastornos afectivos, por lo que es esencial su evaluación.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (Kellner, Kelly and Sheffield 1968; Maier, Buller, Philipp and Heuser 1988; Lozano, Crespo et al. 1990). Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques.

En estos casos se ha propuesto de forma orientativa (Bech 1993): 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Otra propuesta (Kobak, Greist and Reynolds 1993) considera una puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta. En un estudio (Beneke 1987) se utilizó esta escala para valorar ansiedad en pacientes con otras patologías concomitantes (depresión, psicosis, neurosis, desórdenes orgánicos y psicósomáticos) obteniendo puntuaciones medias similares en todos ellos, con una media, considerando todas las situaciones, de alrededor de 25 puntos.

- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale, HDRS)

Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems (Hamilton 1960), posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems (Hamilton 1967), que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva (Ramos-Brieva 1986). Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas (Ramos-Brieva 1986; Ramos-Brieva and Cordero Villafafila 1986) como ambulatorios (Ramos-Brieva 1988). Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4

respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	Estado normal
8-12	Depresión menor
13-17	Menos que depresión mayor
18-29	Depresión mayor
30-52	Más que depresión mayor

La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), guía de alta calidad y "muy recomendada" según el instrumento AGREE de evaluación de guías de práctica clínica, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

➤ Calidad de vida:

El **Cuestionario de Salud SF-36** es la adaptación realizada para España (Alonso, Prieto and Antó 1995) del SF-36 Health Survey (McHorney, Ware and Raczek 1993; McHorney, Ware, Lu and Sherbourne 1994). El cuestionario SF-36 fue diseñado originalmente a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación.



Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de cumplimentación es de 5 a 10 minutos.

Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones: Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal -intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (2), Salud General (6).

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental.

Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

➤ Evolución Declarada:

Se trata del ítem 2 de la escala SF-36, descrita en el apartado anterior. Es la valoración que el sujeto hace sobre su salud en el momento actual en comparación con la de hace un año. Es una escala tipo Likert de 5 puntos dónde las puntuaciones van desde 1 para indicar la persona que se encuentra mucho mejor que hace un año a 5 para indicar que en esa comparación se ve mucho peor.

➤ Impresión Clínica Global:

Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cuantitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto a un punto anterior.

Consta de dos subescalas que evalúan respectivamente, la gravedad del cuadro clínico y la mejoría del cuadro clínico debido a las intervenciones terapéuticas.

Ambas son escalas tipo Likert de 7 puntos, la puntuación 0 se utiliza para indicar “no evaluado”. En la subescala de mejoría se considera que ha habido mejoría debido al tratamiento si el clínico puntúa al paciente como “moderadamente mejor” o “mucho mejor”(Guy 1976; Lobo 2002).

## **II.6.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El tratamiento estadístico se ha ajustado al cumplimiento de los objetivos y ha contado con el apoyo de la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (REDIAPP), lo cual ha permitido disponer del asesoramiento especializado oportuno sobre el siguiente proceso descrito.

Se han realizado los siguientes análisis:

➤ Un análisis descriptivo de las variables definidas.

Para comprobar la asociación de las variables categóricas se empleó el test chi-cuadrado (sexo y nivel de estudios), usando el test exacto de Fisher cuando existía más del 20% de casillas con frecuencias esperadas inferiores a 5 (nivel de renta, estado civil, situación laboral, comorbilidad, duración de las molestias y fuente de derivación) . Para las variables categoricas ordinales y cuyo número de datos lo permitía, además se usó la versión de Cochran Mantel Haenszel (CMH) (nivel de estudios) ya que es un test que está indicado para comprobar la asociación entre variables categóricas teniendo en cuenta el orden.

Para testear la edad entre los grupos de tratamiento se uso un Anova con los tres grupos de tratamiento como variable explicativa.

- Para contrastar las diferencias entre los grupos de tratamiento (como objetivo principal del estudio) se usaron los siguientes análisis, dependiendo de la naturaleza de las variables:

Para todas las variables de eficacia se ha usado un modelo de análisis de covarianza (ANCOVA) con la puntuación de la variable en los momentos Post, Mes 6 y Mes 12 como variable dependiente y las opciones de tratamiento como variables independientes. Las variables demográficas (edad y sexo), puntuación basal en ansiedad y depresión y la puntuación de la variable a estudiar en el momento basal se consideraron variables confusoras a las que se ajustó el análisis. Las variables dependientes de eficacia ansiedad y depresión solo fueron ajustadas por las variables demográficas y su situación basal. Se proporcionaron los valores de la media ajustada y el intervalo de confianza al 95% para la media de la puntuación de cada variable en cada momento de observación. La diferencia entre los grupos de tratamiento se contrastó con un análisis de covarianza (test F, suma de cuadrados tipo 3).

En algunas variables (rol físico y rol emocional) para ver si los resultados diferían del análisis principal, y al no poder trabajar bajo el supuesto de normalidad se les sometió a un test no paramétrico de Kruskal-Wallis, no ajustado por las variables definidas en el Ancova.

Para las variables de naturaleza categórica y ordinal se utilizó un test de la familia Cochran Mantel Haenszel (CMH) para comprobar la asociación entre variables. Este test es el más indicado y es análogo a un test no paramétrico de Kruskal-Wallis (o ANOVA basado en rangos de puntuaciones).

Aunque una metodología de análisis por medidas repetidas estaba indicada en este estudio, no se cumplían los requisitos mínimos de aplicación (normalidad y esfericidad) por lo que se desechó esta opción.

Se uso una metodología Last Observation Carried Forward, arrastre de valores desde Post a mes 6 y desde mes 6 a mes 12 en

caso de ausencia, para compensar las pérdidas de datos entre evaluaciones.

Los análisis se realizaron usando el software SAS 8.2 y SPSS 15.0, los gráficos con Excel 2007.

## **II.7.- ASPECTOS ÉTICOS**

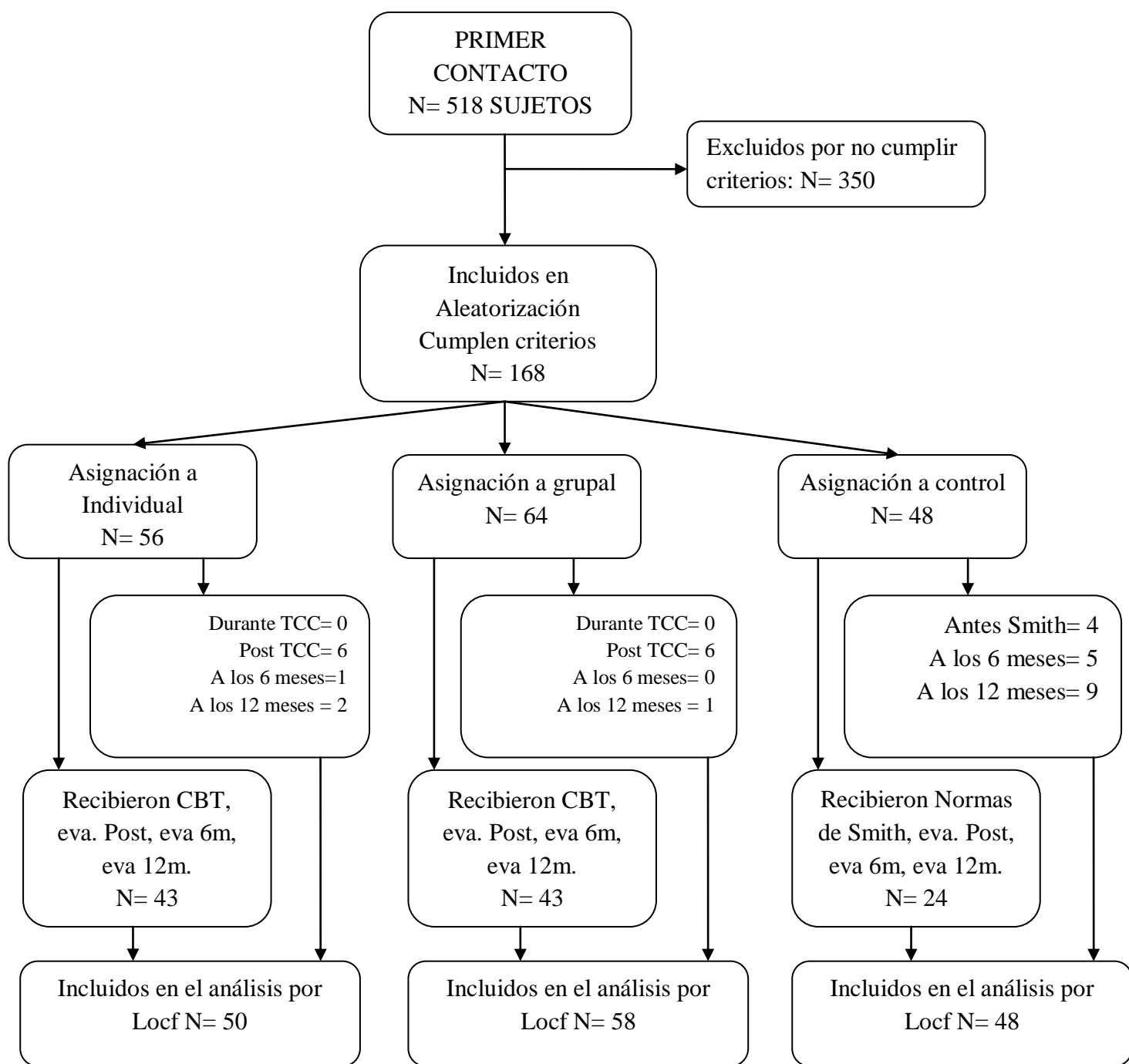
- ✓ El estudio sigue las normas de la Convención de Helsinki y sus posteriores modificaciones y de la Declaración de Madrid de la World Psychiatric Association
- ✓ A los pacientes se les solicitó su consentimiento informado para participar en el estudio según modelo que se adjunta, Anexo VII.1.2. Tras la entrevista se informará al médico de familia de los pacientes a los que se les detecte 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 participen en el estudio firmaron 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 encriptada.
- ✓ El proyecto fue evaluado y aceptado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón. CEICA: Ref. Estudio PI 05/27

### ***III.- RESULTADOS***



### III.1 .- DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA

Inicialmente fueron evaluados 518 sujetos, de los cuales 168 (32,41%) cumplían los criterios de inclusión definidos previamente y se aleatorizaron para el estudio. Los pacientes fueron reclutados desde veintinueve centros de salud en Zaragoza, cinco en Huesca y tres en Mallorca. Desde los servicios de Atención Primaria por los médicos que habitualmente les atienden, sin cuota previa asignada por centro de salud.

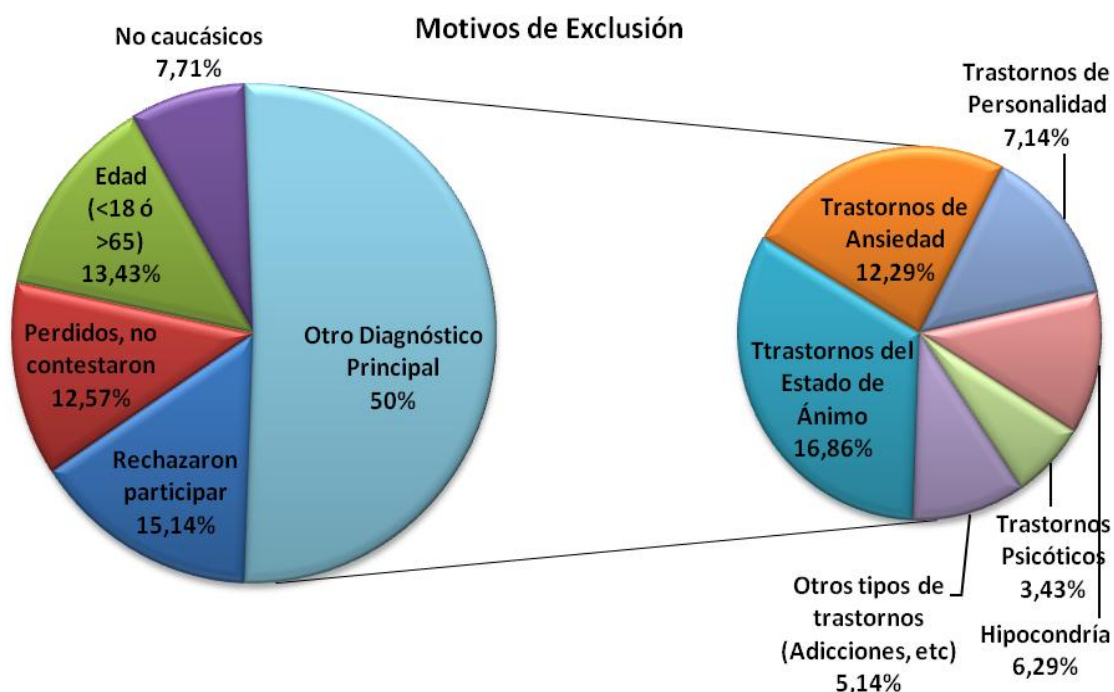


Se consideraron incluidos en el estudio los pacientes que cumplían con los siguientes criterios: tener una edad comprendida entre 18 y 65 años; poseer el castellano como lengua materna; cumplir los criterios de Escobar para el Trastorno de Somatización Abreviado (SSI 4,6): 4 síntomas físicos no explicables médicamente en su totalidad en hombres o 6 síntomas físicos no explicables médicamente en su totalidad en mujeres. Así mismo se les requería tener pautado un Tratamiento farmacológico estable durante el último mes e intención de mantenerlo estable (salvo necesidad grave) durante los próximos tres meses;

Por otro lado un 67,58% de la muestra inicial quedaron excluidos. De estos 350 sujetos, 179 pacientes (51,14 %) quedaron excluidos por presentar un diagnóstico primario explicativo de la patología distinto al de trastorno de somatización abreviado (SSI 4,6). De esos 179 pacientes: 59 (32,96%) presentaban diagnósticos primarios de patología del estado de ánimo, 43 sujetos ( 24%) patología ansiosa, 25 (14%) trastornos de personalidad, 22 (12,29%) hipocondría, 12 sujetos ( 6,7%) alteraciones del espectro psicótico y finalmente 18 pacientes (10,05%) presentaban otro tipo de patología como adicciones, etc. Volviendo a los 350 excluidos, 53 sujetos (15,14%) de la muestra inicial declinó la invitación a participar en el estudio manifestando su ausencia de interés en el mismo. Entre las razones esgrimidas sobre la ausencia de interés estaban: la falta de confianza en los profesionales a lo largo de sus quejas, la escasa expectativa de que se les pudiera ayudar o la escasa conciencia sobre la etiología del problema atribuyendo a factores orgánicos su malestar sintomatológico. Otros 44 pacientes (12,57%) se perdieron no pudiendo volver a contactar con ellos por lo tanto se desconocen los motivos de su ausencia, y otros 47 sujetos (13,42%) no cumplía con el requisito de la edad, es decir, sobrepasaban los 65 años. Finalmente 27 sujetos ( 7,71%) de los que se pusieron en contacto pertenecían a otras etnias distintas a la caucásica estando éstas excluidas en la participación del estudio para salvar las diferencias culturales y lingüísticas que hubieran complejizado mucho el estudio.



Motivos de exclusión	Nº Sujetos	Porcentaje
<b>Otros diagnósticos principales:</b>	179	51,14
<b>Trastornos del Estado de Ánimo</b>	59	32,96
<b>Trastornos de Ansiedad</b>	43	24
<b>Trastornos de Personalidad</b>	25	14
<b>Hipocondría</b>	22	12,29
<b>Trastornos Psicóticos</b>	12	6,7
<b>Otros Tipos de Trastornos (adicciones)</b>	18	10,05
<b>Rechazaron participar</b>	53	15,14
<b>Perdidos, no contestaron</b>	44	12,57
<b>Edad (&lt;18 ó &gt;65)</b>	47	13,42
<b>Etnias no caucásicas</b>	27	7,71

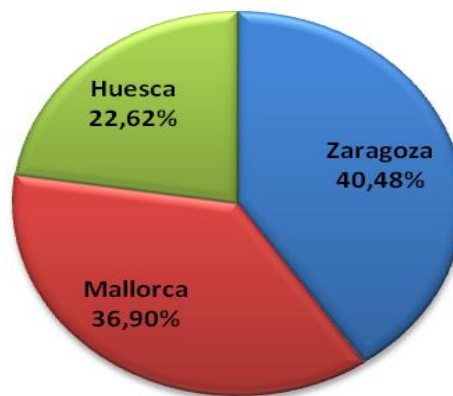


### III.1.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

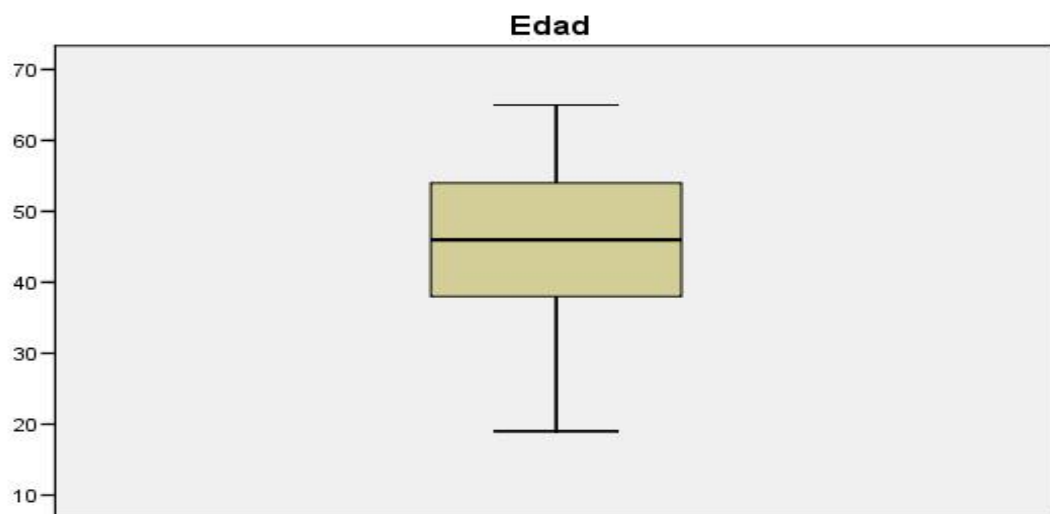
168 pacientes fueron incluidos en el estudio procedentes en un 40,48 % de Zaragoza, en un 36,90% de Mallorca y en un 22,62% de Huesca.

Origen de los pacientes	Nº Sujetos	Porcentaje
Zaragoza	68	40,48
Mallorca	62	36,90
Huesca	38	22,62

Origen de los pacientes



El rango de edad de los pacientes fue muy amplio de 19 a 65 años con una edad media de 45,63 años y desviación típica de 10,71. La mediana estaba en 46 años, lo cual demuestra ser consistente con las investigaciones que abogan a favor de la asociaciones establecidas con la edad (Swartz, Blazer, George and Landerman 1986; Gureje, Simon, Ustun and Goldberg 1997; Kleinstauber, Witthoft and Hiller 2011).



La muestra la componían un 86,31% de mujeres y un 13,69% de hombres, dato coherente con el hecho de considerarse tradicionalmente una patología característicamente femenina. En nuestro estudio hemos tenido una proporción de 6:1 lo cual se acerca bastante a lo mencionado en la literatura científica (Escobar, Rubio-Stipec, Canino and Karno 1989; Kroenke, Spitzer et al. 1997).

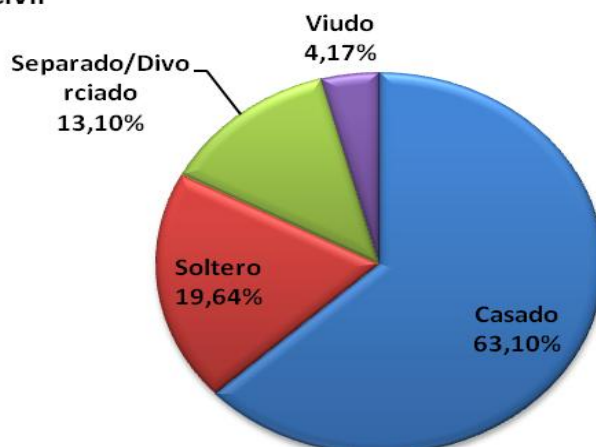
Género	Nº Sujetos	Porcentaje
Hombres	23	13,69
Mujeres	145	86,31



En relación al estado civil, observamos que los casados corresponden, según se observa en el gráfico siguiente, al mayor grupo, concretamente un 63,09 %. Solteros y separados o divorciados son los grupos que los siguen, con un porcentaje muy similar entre ambos, 19,64 % y 13,09 %.

Estado Civil	Nº Sujetos	Porcentaje
Casado	106	63,09
Soltero	33	19,64
Separado/Divorciado	22	13,09
Viudo	7	4,18

### Estado Civil



Los participantes en este estudio eran prácticamente individuos con estudios primarios y secundarios. Escasamente un 20 % de individuos tienen estudios superiores, como se puede ver en la tabla inferior.

Nive de estudios	Nº Sujetos	Porcentaje
<b>Estudios Primarios</b>	80	47,61
<b>Secundaria, FP o equivalente</b>	55	32,73
<b>Universitarios</b>	33	19,64

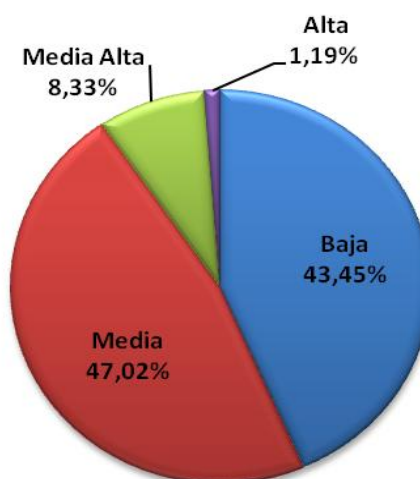
### Nivel de Estudios



El nivel de renta baja y media son los grupos más frecuentes. El primero de ellos con un 43,45 % y el siguiente con un porcentaje algo superior, un 47,02%. Los individuos con una renta media-alta o alta están muy poco representados en este trabajo, aunque bien es cierto que la distribución no es muy similar a la existente en la población.

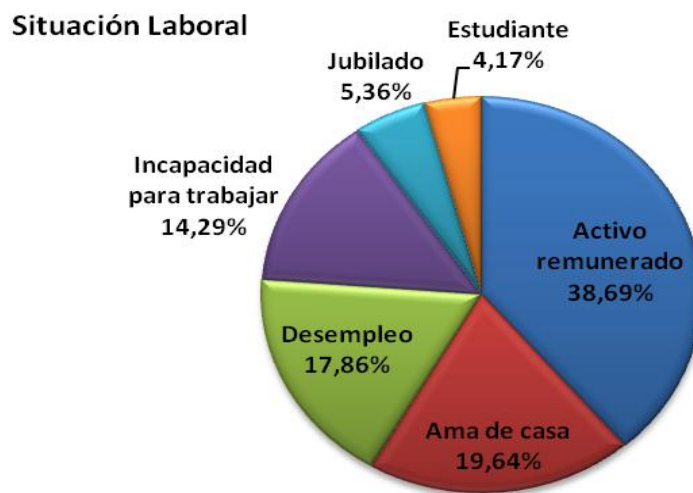
Nivel de renta	Nº Sujetos	Porcentaje
<b>Baja (0,00 € - 17.707,20 €)</b>	73	43,45
<b>Media (17.707,20 € - 33.007,20 €)</b>	79	47,02
<b>Media Alta (33.007,20 € - 53.407,20 €)</b>	14	8,33
<b>Alta (+ 53.407,20 €)</b>	2	1,19

Nivel de Renta



En cuanto a la situación laboral de los participantes la cual aparece a continuación. Observamos que los activos remunerados solamente conforman un 38,69 % de los pacientes. No obstante el porcentaje de sujetos que no desempeñan un trabajo por encontrarse en situación de desempleo o incapacidad en nuestra muestra no supera el 33%, quedando por debajo de lo estimado en otras investigaciones que sitúan dicho porcentaje entre un 36% y un 86% (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006). Entre los 24 individuos no capacitados para trabajar había 16 bajas laborales temporales y 8 definitivas.

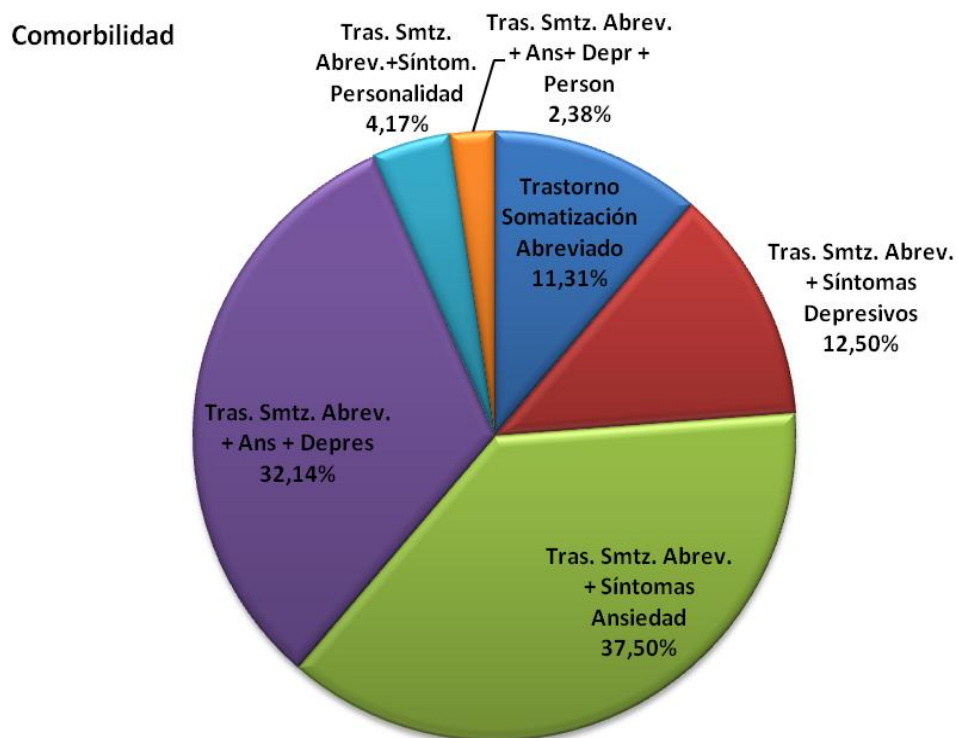
Situación laboral	Nº Sujetos	Porcentaje
Activo remunerado	65	38,69
Ama de casa	33	19,64
Desempleo	30	17,85
Incapacidad para trabajar	24	14,28
Jubilado	9	5,35
Estudiante	7	4,16



Para paliar el posible sesgo de la incapacidad, que habría actuado como variable de confusión en el análisis de los datos, a lo largo de todo el proyecto se evaluó la situación laboral de los pacientes que participaron en la intervención, preguntándoles en cada sesión si había cambiado su situación (finalización de la baja laboral, juicio por incapacidad...). De esta manera se intentó controlar estadísticamente la influencia de esta variable en el análisis de los datos estadísticos

Finalmente, respecto a la comorbilidad, la mayor parte de los sujetos presentaban trastorno de somatización con ansiedad y trastorno de somatización con ansiedad y depresión. Aunque el diagnóstico principal fuera el de trastorno de somatización abreviado (SSI 4, 6), se recogieron comorbilidades secundarias dónde un 37,50% presentaban sintomatología ansiosa secundaria, un 12,50% sintomatología anímica secundaria y un 32,14% ambas. Sólo un 11,31% no presentaban comorbilidad.

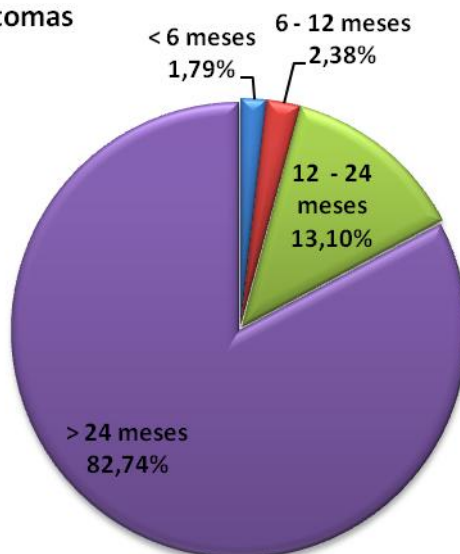
Comorbilidad	Nº Sujetos	Porcentaje
<b>Trastorno Somatización Abreviado</b>	19	11,31
<b>Tras. Smtz. Abrev. + Síntomas Depresivos</b>	21	12,50
<b>Tras. Smtz. Abrev. + Síntomas Ansiedad</b>	63	37,50
<b>Tras. Smtz. Abrev. + Ans + Depres</b>	54	32,14
<b>Tras. Smtz. Abrev.+Síntom. Personalidad</b>	7	4,17
<b>Tras. Smtz. Abrev. + Ans+ Depr + Person</b>	4	2,38



En relación a la duración de las molestias, la mayor parte de los sujetos, un 82,74% de la muestra, las llevaban padeciendo más de dos años.

Duración de los Síntomas	Nº Sujetos	Porcentaje
<b>Menos de 6 meses</b>	3	1,79
<b>Entre 6 y 12 meses</b>	4	2,38
<b>Entre 12 y 24 meses</b>	22	13,1
<b>Más de 24 meses</b>	139	82,74

Duración de los Síntomas



### III.1.2.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA POR TIPO DE INTERVENCIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, se recogieron un total de 168 individuos en las provincias de Zaragoza, Huesca y Baleares, de los cuales 48 pertenecen al grupo de pacientes controles, 56 individuos pertenecen al grupo de intervención individual y 64 individuos pertenecen al grupo de intervención grupal.

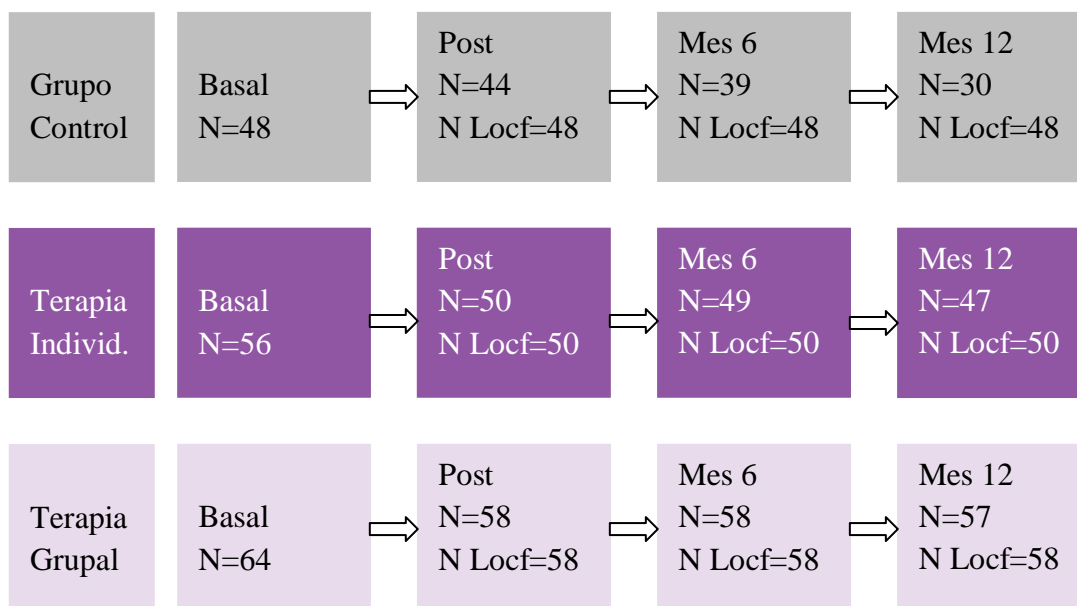
Se realizó el estudio en tres nodos para garantizar el tamaño muestral. Se intentó mantener el mismo número de sujetos asignados a cada intervención. Se produjeron más o menos el mismo porcentaje (11-16%) de pérdidas entre las condiciones experimentales con terapia asignada, en la condición control el porcentaje era superior al doble de esas cantidades. A nivel global, las pérdidas rondaban el 20%, cifra inferior a la de otros estudios publicados (Allen, 2006, Escobar, 2007).

La distribución de tres grupos por zona, así como el porcentaje de pérdidas generadas en cada momento se observa en la siguiente tabla:



Origen de la muestra	Pre	Post	6 meses	12 meses	Porcentaje Pérdidas
<b>Zaragoza</b>	<b>68</b>				
Individual	27	26	26	26	3,70
Grupal	22	22	22	21	4,55
Controles	19	19	16	11	42,11
<b>Mallorca</b>	<b>62</b>				
Individual	19	14	13	12	36,84
Grupal	28	22	22	22	21,43
Controles	15	13	13	12	20,00
<b>Huesca</b>	<b>38</b>				
Individual	10	10	10	9	10,00
Grupal	14	14	14	14	0,00
Controles	14	12	10	7	50,00
<b>TOTALES</b>					
Individual	56	50	49	47	<b>16,07</b>
Grupal	64	58	58	57	<b>10,94</b>
Controles	48	44	39	30	<b>37,50</b>
<b>MUESTRA TOTAL</b>	<b>168</b>	<b>152</b>	<b>146</b>	<b>134</b>	<b>20,23</b>

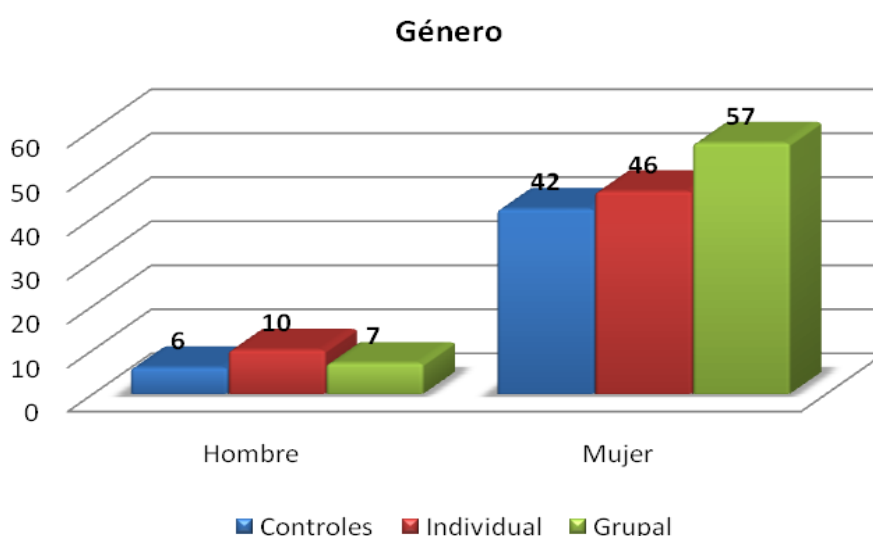
### III.1.2.1.- Diagrama de Participación



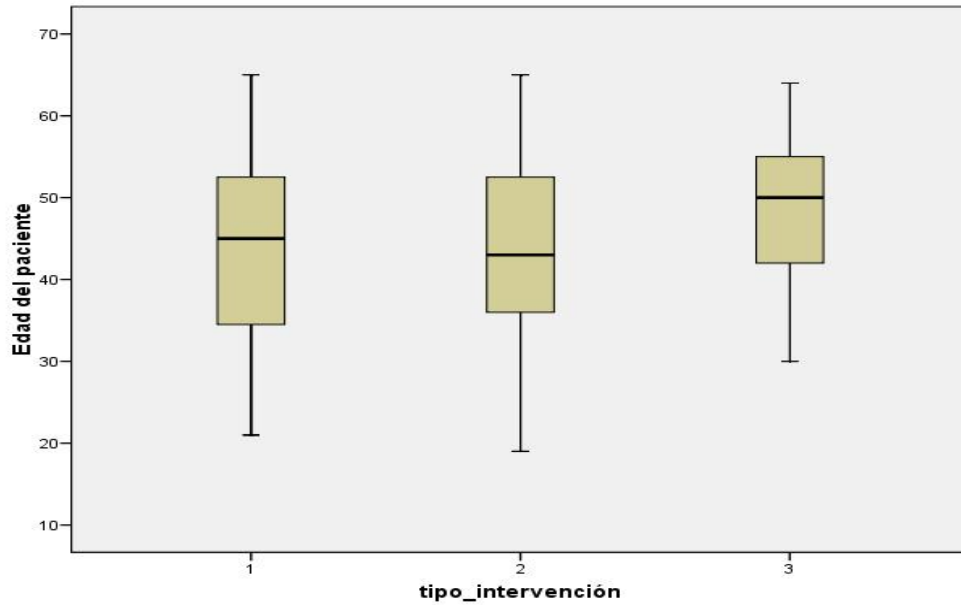
### III.1.2.2.- Características sociodemográficas por tipo de intervención.

Todas las variables se analizaron para un nivel de significación menor de 0.05.

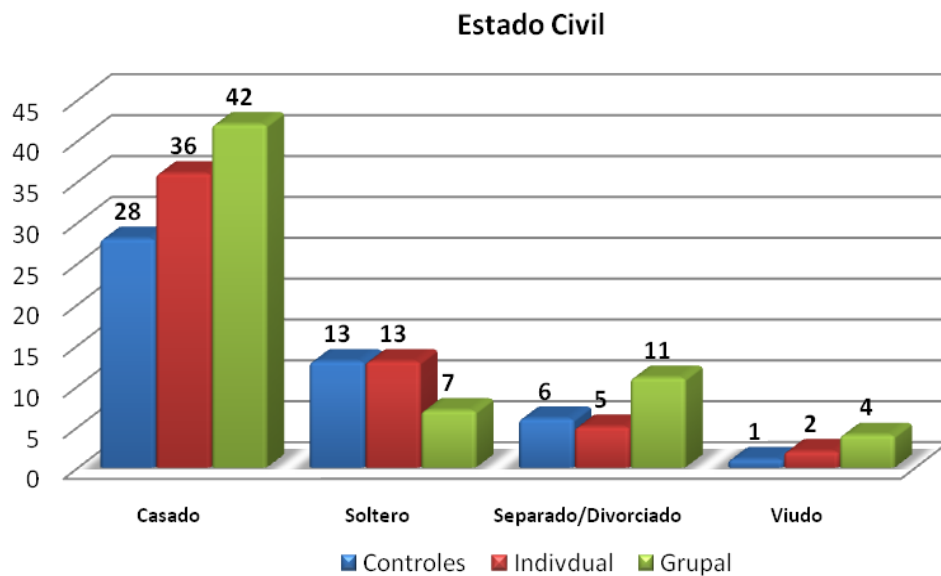
La muestra recogida en este trabajo está formada mayoritariamente por mujeres. Concretamente, como se observa en la tabla inferior, el 86.3 % de los pacientes fueron mujeres. Hombres y mujeres se distribuían de la misma manera en cada tipo de intervención ( $\chi^2:1.29, p=0.524$ ).



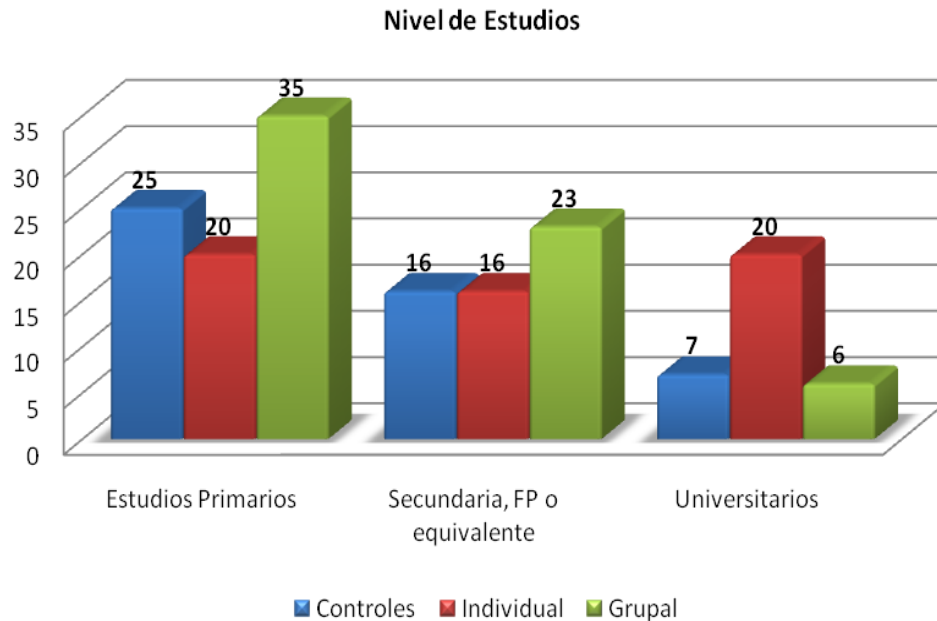
La edad de los sujetos asignados terapia grupal (48,94 años de media) era algo mayor respecto a los otros grupos (44,10 años para el grupo control y 43,19 años para la terapia individual), pero no fue una diferencia estadísticamente significativa (Anova F: 5.30,  $p=0.06$ ) tal y como muestra el siguiente diagrama de cajas. La edad media se situó en 45,63 (10,71) años con el grueso de los individuos (el 75%) entre los 38 y 54 años, aunque se registraron máximos en torno a 65 años aparecieron distribuidos por igual entre los tratamientos.



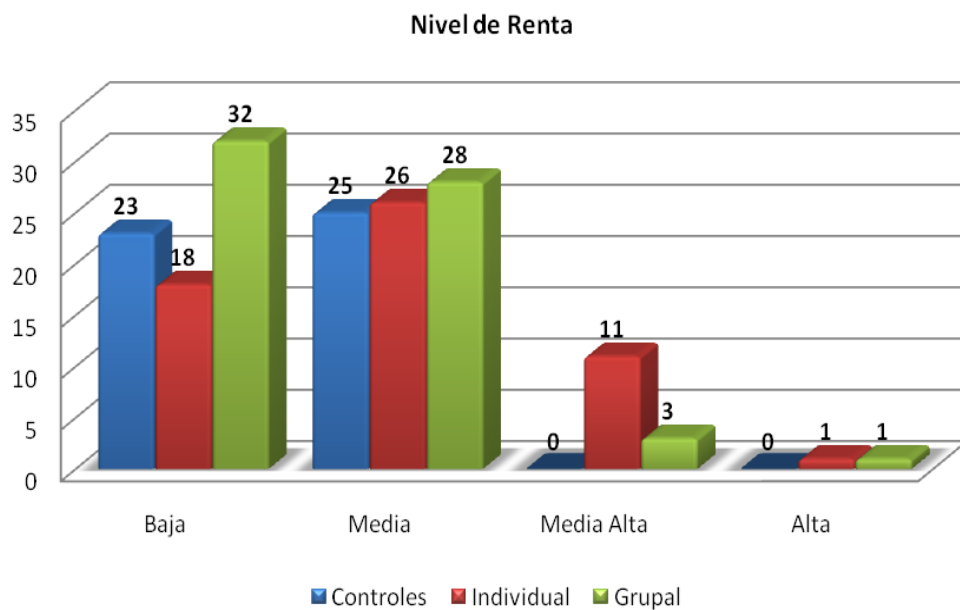
Con respecto a la distribución del estado civil, tampoco se observaron diferencias significativas entre los grupos ( $\chi^2:4.925$ ,  $gl=6$ ,  $p=0.539$ ).



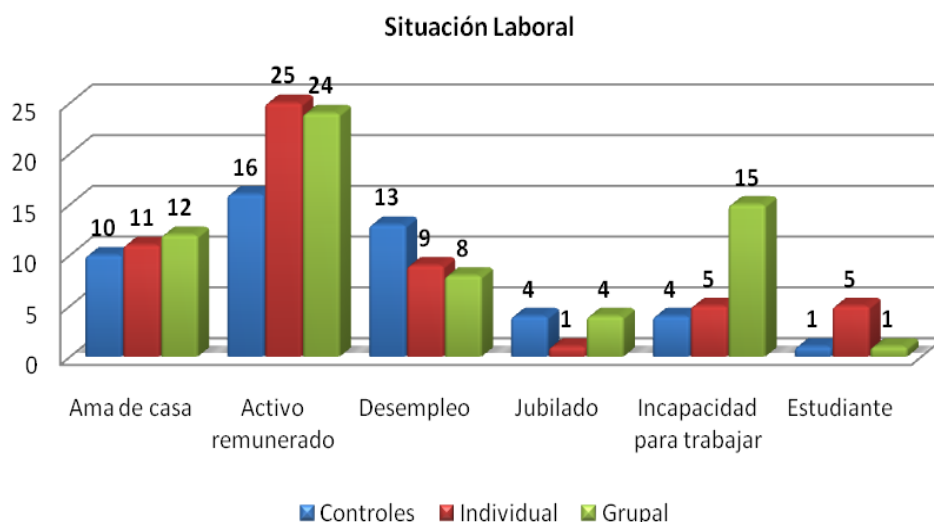
Aunque parece que predominaban los universitarios en la intervención grupal y los niveles de estudios más bajos se concretaban en los controles, en realidad no se encontraron diferencias significativas al respecto ( $\chi^2:9.173$ ,  $gl=4$ ,  $p=0.057$ ). El análisis realizado con el Cochran Mantel Haenszel mostró resultados similares (CMH:9.08,  $gl=4$ ,  $p=0,590$ ).



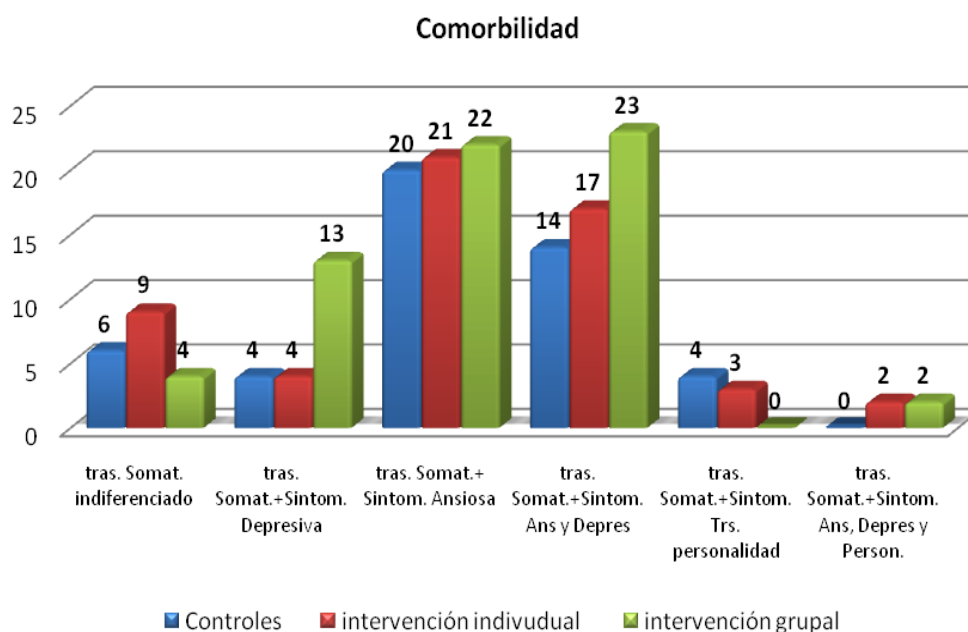
Predominaban los niveles de renta media y baja. El nivel más elevado de los asignados a terapia individual no representó diferencias significativas en relación a la distribución de la muestra entre las ramas de intervención ( $\chi^2:11.555$ ,  $gl=6$ ,  $p=0.056$ ).



Finalmente, se obtuvo la distribución sobre la situación laboral de los pacientes, la cual aparece a continuación. No se observaron diferencias significativas entre los grupos ( $\chi^2:11.036$ ,  $gl=10$ ,  $p=0.431$ ).

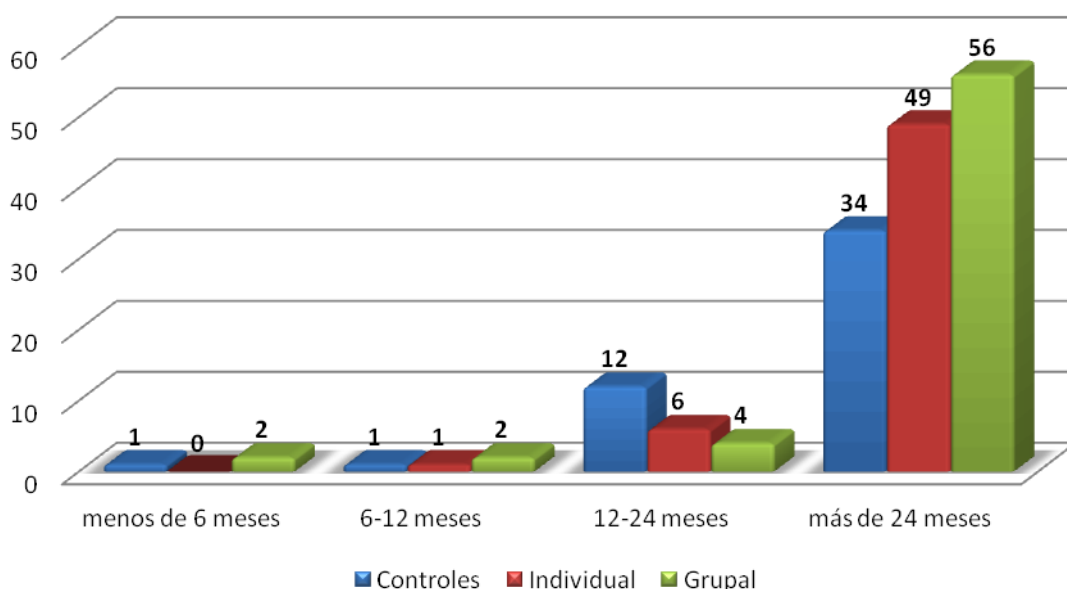


Respecto a la comorbilidad, la mayor parte de los sujetos presentaban trastorno de somatización con ansiedad y trastorno de somatización con ansiedad y depresión. Pero no existieron diferencias significativas en relación a su distribución en las diferentes modalidades de intervención ( $\chi^2:15.3$ ,  $gl=10$ ,  $p=0.122$ ).



En relación a la duración de las molestias, la mayor parte de los sujetos las llevaban padeciendo más de dos años. Tampoco los sujetos se distribuían de manera diferente entre los grupos en esta variable ( $\chi^2:10.795$ ,  $gl=6$ ,  $p=0.053$ ).

Duración de las molestias



La tabla 7 de la página siguiente muestra la distribución de frecuencias de las características sociodemográficas y de comorbilidad de los pacientes asignados a los distintos grupos de tratamiento. El contraste utilizado para comparar el porcentaje de cada una de las variables en los diferentes grupos fue el test chi-cuadrado (sexo y nivel de estudios), usando el test exacto de Fisher cuando existía más del 20% de casillas con frecuencias esperadas inferiores a 5 (nivel de renta, estado civil, situación laboral, comorbilidad, duración de las molestias y fuente de derivación) . Para las variables categoricas ordinales y cuyo número de datos lo permitía, además se usó la versión de Cochran Mantel Haenszel (CMH) (nivel de estudios) ya que es un test que está indicado para comprobar la asociación entre variables categóricas teniendo en cuenta el orden.

Observamos que la distribución es equitativa en los tres grupos diseñados en esta investigación (p-valor mayor a 0,05 en todos los casos), a excepción de la fuente de derivación donde se observa que un porcentaje muy alto de los asignados a intervención individual procedían derivados de los médicos de las consultas de atención primaria.

**Tabla 7. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR TIPO DE INTERVENCIÓN**

VARIABLE		controles	intervención individual	intervención grupal	p-valor (*)
<b>Edad</b>	<b>Media</b>	44,10	43,11	49,23	0,06
	<b>(desviación típica)</b>	(11,72)	(11,43)	(8,64)	
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	12,50	17,86	10,94	0,524
	<b>Mujer</b>	87,50	82,14	89,06	
<b>Estado civil</b>	<b>Soltero</b>	27,08	21,43	10,94	0,539
	<b>Casado</b>	58,33	62,50	64,06	
	<b>Separado/divorciado</b>	12,50	8,93	18,75	
	<b>Viudo</b>	2,08	3,57	6,25	
<b>Nivel de estudios</b>	<b>Estudios Primarios</b>	52,08	35,71	54,68	0,057
	<b>Secundaria, FP o equivalente</b>	33,33	28,57	35,93	
	<b>Universitarios</b>	14,58	35,71	9,37	
<b>Nivel de renta</b>	<b>Baja (0,00 € - 17.707,20 €)</b>	47,92	32,14	50,00	0,056
	<b>Media (17.707,20 € - 33.007,20 €)</b>	52,08	46,43	43,75	
	<b>Media Alta (33.007,20 € - 53.407,20 €)</b>	0,00	19,64	4,68	
	<b>Alta (+ 53.407,20 €)</b>	0,00	1,79	1,56	
<b>Situación laboral</b>	<b>Ama de casa</b>	20,83	19,64	18,75	0,431
	<b>Activo remunerado</b>	33,33	44,64	37,50	
	<b>Desempleo</b>	27,08	16,07	12,50	
	<b>Jubilado</b>	8,33	1,79	6,25	
	<b>Incapacidad para trabajar</b>	8,33	8,93	23,43	
	<b>Estudiante</b>	2,08	8,93	1,56	
<b>Comorbilidad</b>	<b>Tras. Somat. indiferenciado</b>	31,58	47,37	21,05	0,122
	<b>Tras. Somat.+Sintom. Depresiva</b>	19,05	19,05	61,9	
	<b>Tras. Somat.+ Sintom. Ansiosa</b>	31,75	33,33	34,92	
	<b>Tras. Somat.+Sintom. Ans y Depres</b>	25,93	31,48	42,59	
	<b>Tras. Somat.+Sintom. Trs. personalidad</b>	57,14	42,86	0	
	<b>Tras. Somat.+Sintom. Ans, Depres y Person.</b>	0	50	50	
<b>Duración Molestias</b>	<b>Menos de 6 meses</b>	2,08	0,00	3,12	0,053
	<b>6 a 12 meses</b>	2,08	1,78	3,12	
	<b>12 a 24 meses</b>	25,00	10,71	6,25	
	<b>Más de 24 meses</b>	70,83	87,50	87,50	
<b>Fuente de derivación</b>	<b>Médico Atención Primaria</b>	31,25	58,93	19,64	0,001*
	<b>Cartel</b>	68,75	39,29	91,07	
	<b>Otros</b>	0,00	1,79	3,57	

\*p valor<0,005

## III.2.- EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES TRAS EL TRATAMIENTO

En los siguientes apartados se presentan las diferentes comparaciones entre los tres grupos descritos a lo largo del tiempo de observación. Para todas las variables se ha usado un modelo de análisis de covarianza con la puntuación de la variable en los momentos Post, Mes 6 y Mes 12 como variable dependiente y las variables demográficas (edad y sexo), puntuación basal en ansiedad y depresión y la puntuación de la variable a estudiar en el momento basal como variables independientes, excepto para ansiedad y depresión que solo fueron ajustadas por las variables demográficas y su situación basal.

A continuación se muestran los valores de la media y el intervalo de confianza al 95% para la media de la puntuación de cada variable en cada momento de observación. La diferencia entre los grupos de tratamiento se contrastó con un análisis de covarianza (test F, suma de cuadrados tipo 3). También se presenta el p-valor para ese test (g.l.=2 en todos los casos)

### III.2.1.- NÚMERO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Se utilizó el cuestionario SOMS para el análisis cuantitativo de los distintos síntomas somáticos. El listado de 53 síntomas basado en el DSM-IV y en la clasificación CIE – 10 permite hacer un recuento de los síntomas somáticos que padece el paciente, incluidos los que se manifiestan de forma moderada. Esta puntuación nos permite hacer estimaciones del número de síntomas, los cuales pudieran ser relevantes a la hora de establecer un diagnóstico.

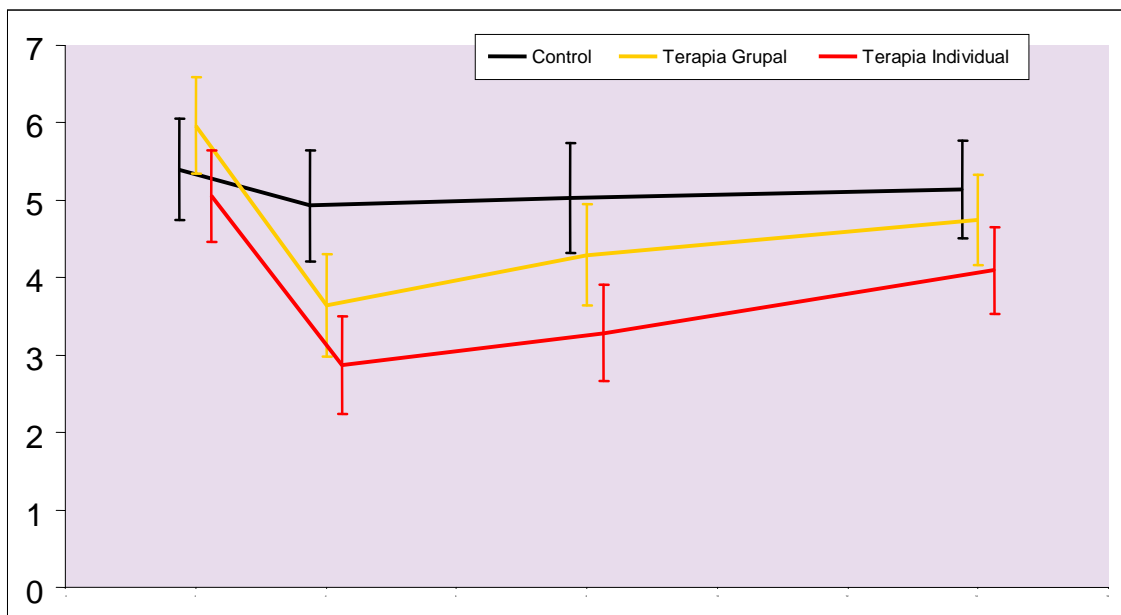
#### **Dolor**

La primera variable que registra el cuestionario es la referida a los síntomas dolorosos, aparecen nueve ítems haciendo referencia a tales manifestaciones.



	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	5.39 [4.74-6.05]	5.96 [5.34-6.59]	5.06 [4.46-5.65]	2.56	0.0823
Post*	4.93 [4.21-5.65]	3.64 [2.98-4.31]	2.86 [2.23-3.49]	11.04	<.0001
Mes 6*	5.03 [4.31-5.74]	4.29 [3.64-4.95]	3.28 [2.66-3.91]	8.17	0.0005
Mes 12*	5.14 [4.51-5.77]	4.74 [4.16-5.33]	4.10 [3.54-4.65]	3.76	0.0268

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



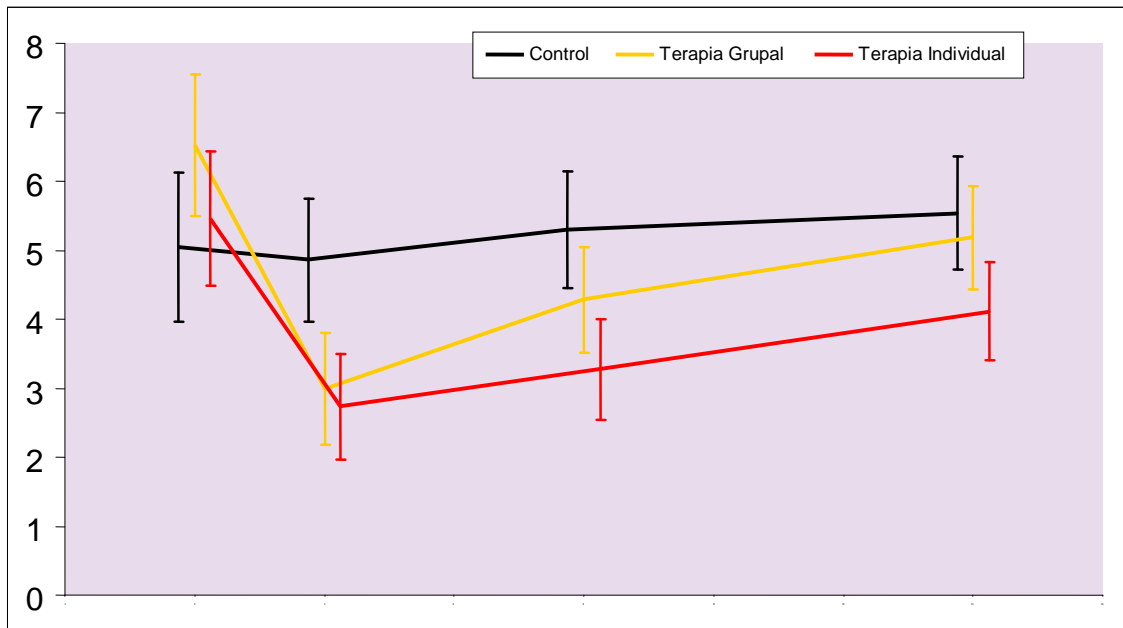
Todos los grupos parten de puntuaciones basales parecidas. Los individuos sometidos a terapia consiguen mejorar tras el tratamiento diferenciándose significativamente de los controles. De las dos intervenciones únicamente la terapia individual mantiene las mejorías estadísticamente significativas frente a los controles tras un año de seguimiento. La terapia grupal no mantiene esa mejoría frente a los controles pero no alcanza a los 12 meses las puntuaciones basales con las que comenzaron.

## Gastrointestinal

Bajo esta variable se agrupan doce ítems que hacen referencia a molestias en el aparato gastrointestinal.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	5.04 [3.97-6.12]	6.53 [5.5-7.55]	5.46 [4.49-6.44]	2.43	0.0932
Post*	4.86 [3.97-5.75]	2.99 [2.19-3.8]	2.73 [1.97-3.5]	8.64	0.0004
Mes 6*	5.30 [4.45-6.14]	4.28 [3.51-5.05]	3.27 [2.55-4]	7.9	0.0007
Mes 12*	5.53 [4.71-6.35]	5.18 [4.43-5.93]	4.11 [3.4-4.82]	4.71	0.0112

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



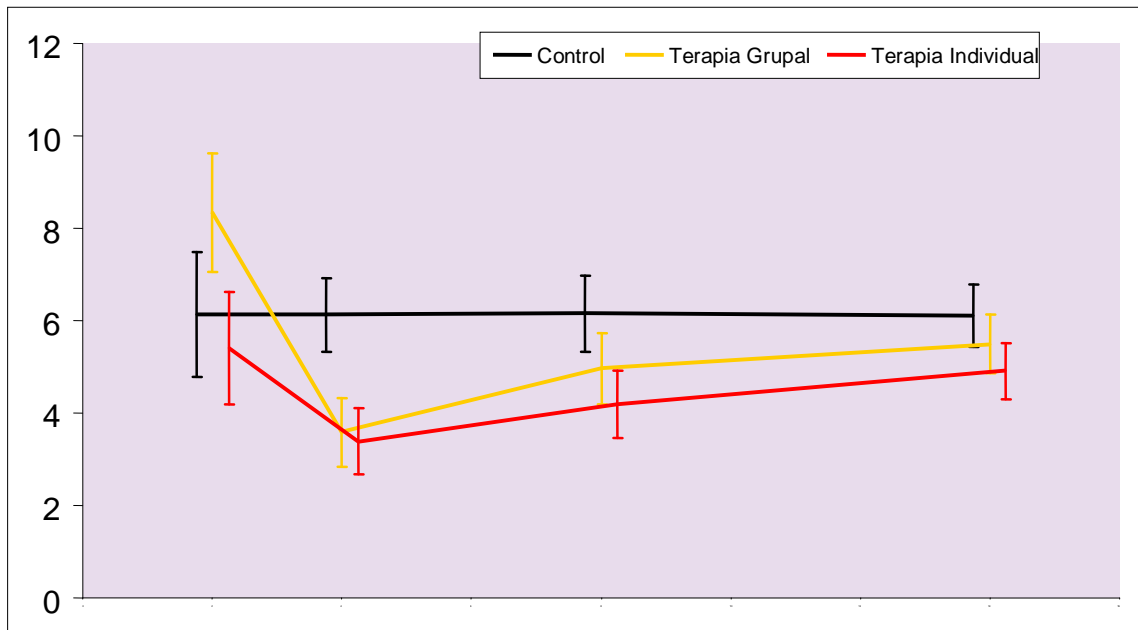
Todos los grupos parten de las mismas puntuaciones basales, no existen diferencias significativas en sus puntuaciones antes de comenzar las intervenciones. Tras el tratamiento los pacientes sometidos a la terapia, ya sea en modalidad individual o grupal, mejoran significativamente frente a los controles. De nuevo sólo los sujetos que siguieron la terapia individual mantiene diferencias significativas con los controles pasado un año de seguimiento. Los pacientes que siguieron una terapia grupal equiparan sus puntuaciones a los controles tras un año de seguimiento, aunque de nuevo, dichas puntuaciones continúan estando por debajo de sus propias puntuaciones basales.

### Pseudoneurológico

Agrupar a diecinueve síntomas o déficits que sugieren un trastorno neurológico no limitado a dolor. En algunos estudios tener más de cuatro síntomas pseudoneurológicos se asociaba a mayor gravedad del trastorno (Interian, Gara et al. 2004).

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	6.14 [4.79-7.48]	8.34 [7.06-9.62]	5.41 [4.19-6.63]	6.57	0.0021
Post*	6.13 [5.33-6.93]	3.59 [2.85-4.34]	3.39 [2.68-4.1]	18.51	<.0001
Mes 6*	6.15 [5.32-6.98]	4.97 [4.2-5.74]	4.20 [3.46-4.93]	7.49	0.001
Mes 12*	6.12 [5.45-6.8]	5.49 [4.85-6.12]	4.91 [4.31-5.52]	4.28	0.0166

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



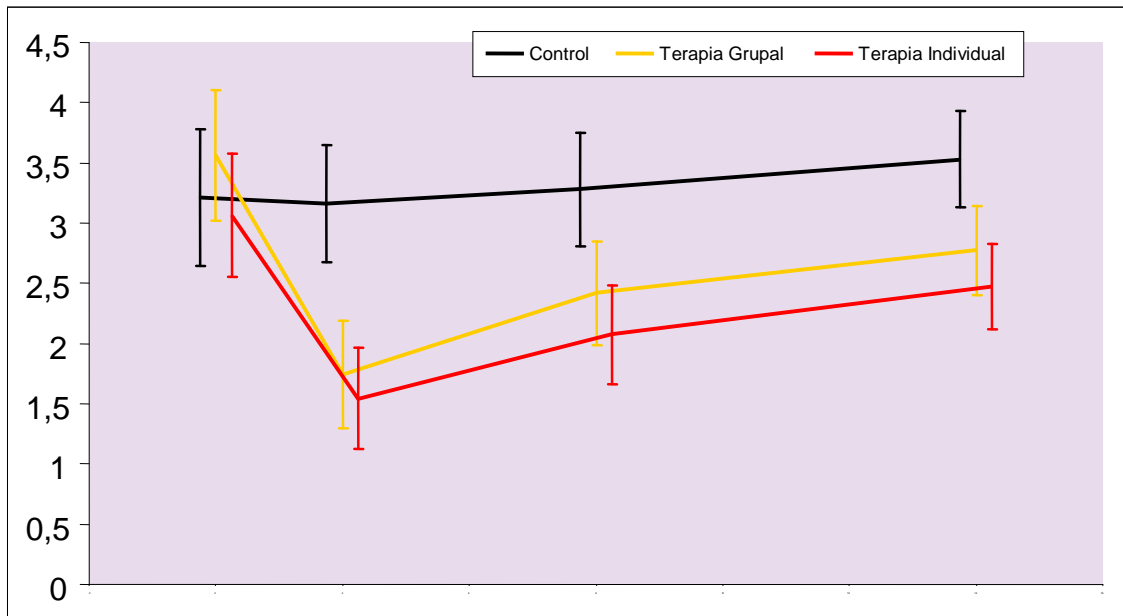
Es en el único grupo de síntomas dónde se parten de puntuaciones basales con diferencias significativas. Curiosamente los controles muestran casi una línea recta constante a lo largo de la evaluación. La terapia grupal que partía con las peores puntuaciones de los tres grupos mejoran enormemente tras la intervención alcanzando puntuaciones parecidas a las de los sujetos sometidos a terapia individual. Sin embargo, aún a pesar de que ninguno de los dos grupos logran mantener dicha mejoría al año de seguimiento, el grupo de terapia individual al menos mantiene la mejoría de forma significativa seis meses después de haber recibido el tratamiento.

### Cardiopulmonar

Bajo esta etiqueta se recogen cinco quejas o molestias relacionadas con el aparato respiratorio y cardíaco.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	3.21 [2.65-3.78]	3.56 [3.02-4.1]	3.07 [2.55-3.58]	1.05	0.3544
Post*	3.17 [2.68-3.65]	1.75 [1.3-2.19]	1.55 [1.12-1.97]	16.6	<.0001
Mes 6*	3.28 [2.81-3.75]	2.42 [1.99-2.85]	2.08 [1.66-2.49]	9.01	0.0003
Mes 12*	3.53 [3.13-3.93]	2.77 [2.4-3.14]	2.47 [2.12-2.82]	9.57	0.0002

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



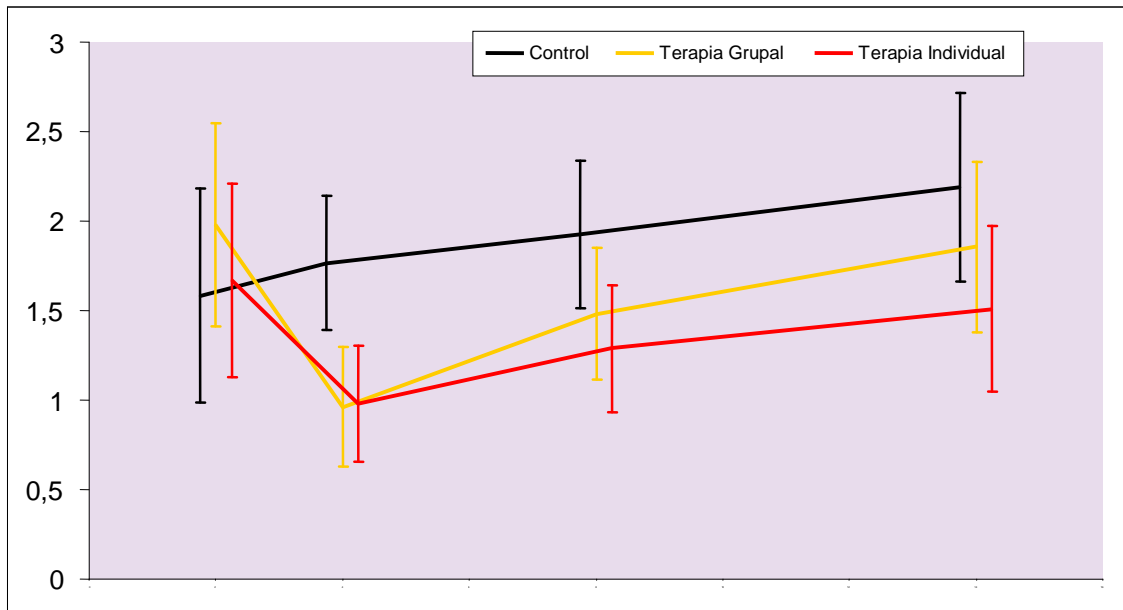
Vuelven a partir los tres grupos de puntuaciones basales similares. En este caso, ambos grupos sometidos a intervención mejoran significativamente tras el tratamiento frente a los controles y mantienen esa mejoría significativa doce meses después del mismo.

## Sexual

Esta variable hace referencia a ocho síntomas sexuales, uno específico para el hombre, tres para las mujeres.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	1.58 [0.99-2.18]	1.98 [1.41-2.55]	1.67 [1.13-2.21]	0.59	0.5559
Post*	1.77 [1.39-2.14]	0.96 [0.63-1.3]	0.98 [0.66-1.3]	7.82	0.0007
Mes 6*	1.93 [1.51-2.34]	1.48 [1.11-1.85]	1.29 [0.93-1.64]	3.44	0.0362
Mes 12*	2.19 [1.66-2.72]	1.86 [1.38-2.33]	1.51 [1.05-1.97]	2.32	0.1034

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



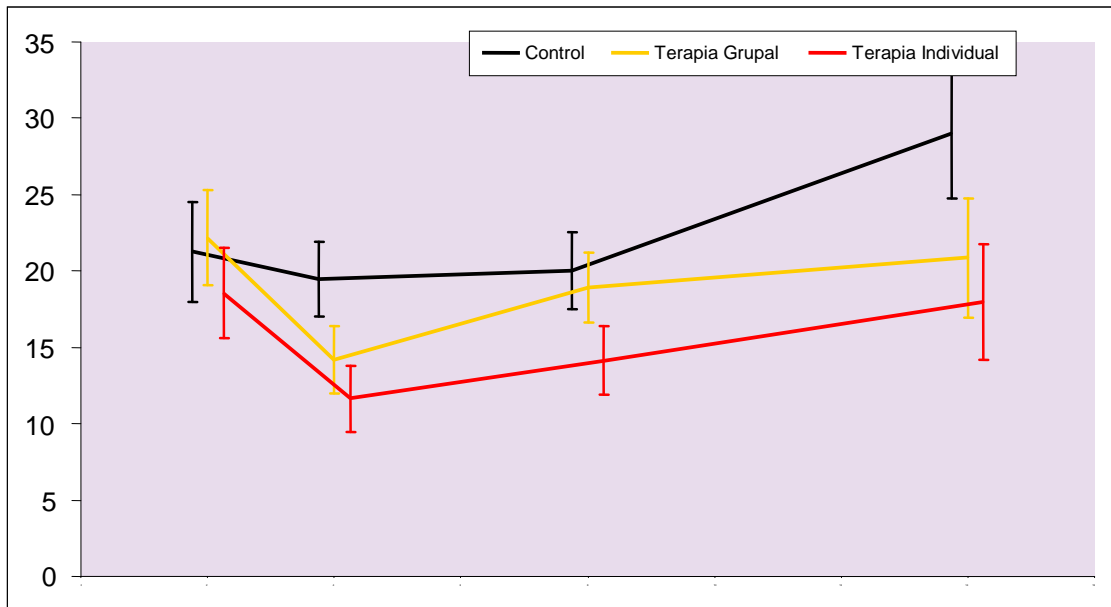
El punto de partida vuelve a ser similar para los tres grupos. Los grupos que siguen la terapia psicológica mejoran significativamente frente a los controles tras el tratamiento. Lamentablemente no consiguen mantener esa mejoría de forma significativa, no obstante la terapia individual se muestra superior en resultados a la terapia grupal, ésta con el paso del tiempo acerca sus puntuaciones a las del grupo control.

### Número Total de Síntomas

La suma de todos los ítems determina el “índice de gravedad somática”. Esta variable es sensible a los cambios a lo largo del tiempo. Estaríamos hablando de un total de 53 síntomas recogidos en el cuestionario.

	Control		Terapia Grupal		Terapia Individual		Ancova F	p valor
Basal	21.26	[18.01-24.51]	22.17	[19.08-25.27]	18.55	[15.61-21.5]	1.78	0.1744
Post*	19.47	[17.06-21.88]	14.17	[11.97-16.37]	11.63	[9.49-13.76]	14.22	<.0001
Mes 6*	20.04	[17.51-22.58]	18.92	[16.6-21.23]	14.13	[11.89-16.37]	8.48	0.0004
Mes 12*	29.02	[24.77-33.28]	20.86	[16.94-24.78]	17.96	[14.17-21.76]	9.29	0.0002

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



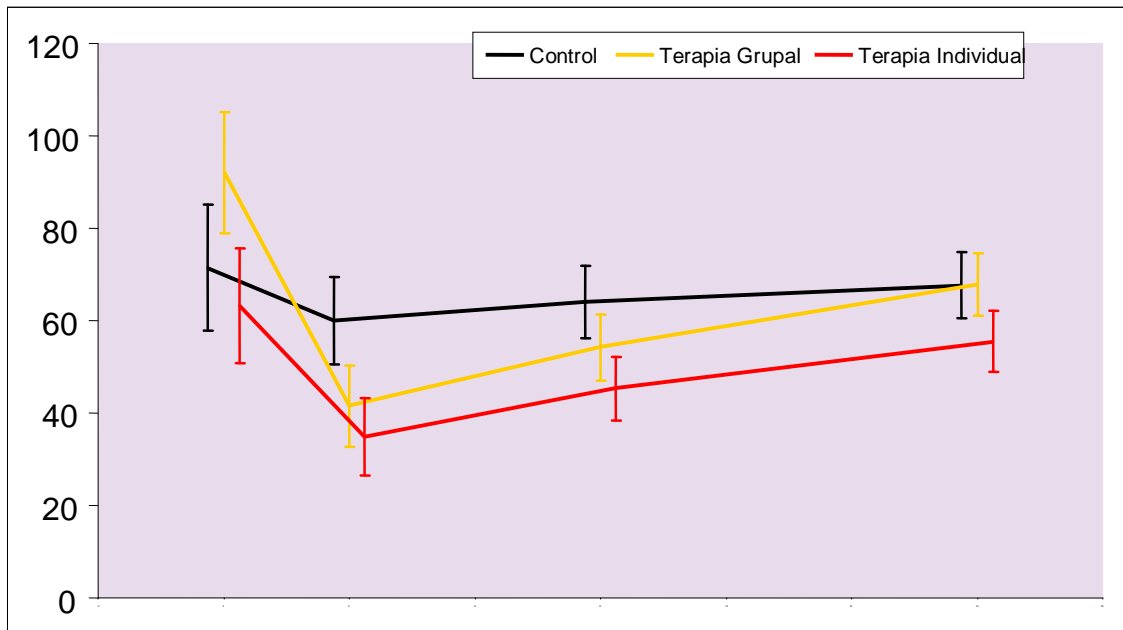
En estas variables se parte de una situación basal similar entre los grupos de tratamiento (excepto para la variable Pseudoneurológico) aunque los valores corregidos muestran que los grupos de terapia grupal e individual son los que disminuyen sus puntuaciones de forma estadísticamente significativa, mostrando este último siempre puntuaciones más bajas que en la terapia grupal. Además el grupo de terapia individual es el único que mantiene sus diferencias con el control al mes seis y mes doce.

### III.2.2.- GRAVEDAD DEL SÍNTOMA

La gravedad de los síntomas es el sumatorio de 40 ítems, medidos a través de una escala visual analógica de ocho puntos (0 era la no experiencia del síntoma y 7 una intenso malestar). La puntuación total sería sobre 280 puntos.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	71.48 [57.78-85.19]	92.06 [79.02-105.1]	63.26 [50.87-75.65]	6.03	0.0034
Post*	59.98 [50.44-69.51]	41.52 [32.69-50.35]	34.9 [26.42-43.38]	9.71	0.0001
Mes 6*	64.02 [56.24-71.8]	54.27 [47.06-61.47]	45.31 [38.39-52.23]	7.8	0.0007
Mes 12*	67.7 [60.42-74.98]	67.84 [61.03-74.65]	55.53 [49-62.06]	5.11	0.0078

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



Aunque se observa en la gráfica que los sujetos asignados a terapia grupal parten de peores puntuaciones antes del tratamiento estas no son significativas en relación a los controles, pero sí lo son comparándolas con las de los sujetos asignados a la terapia individual. Ambos grupos sometidos a terapia mejoran significativamente frente a los controles tras el tratamiento, pero únicamente los pacientes asignados a la terapia individual logran mantener dicha mejoría frente a los controles durante el año de seguimiento. Cabe reseñar que aunque los sujetos sometidos a terapia grupal no mantienen la mejoría de forma significativa, sí que estos mejoran muchísimo sus puntuaciones basales lo que hace que al año todavía no alcancen ese nivel inicial

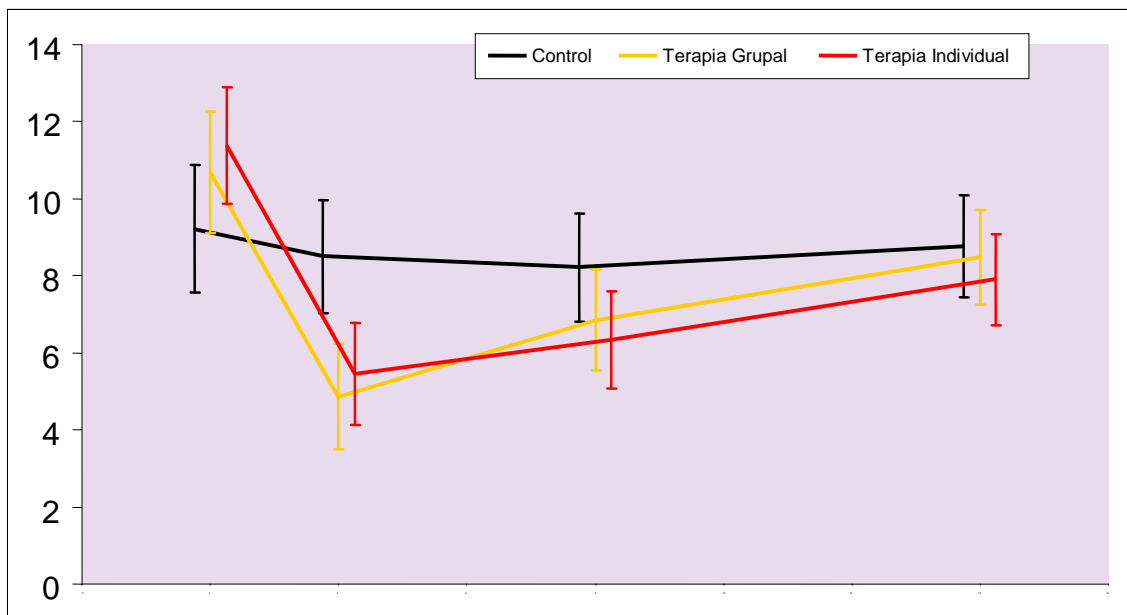
### III.2.3.- CATASTROFIZACIÓN

#### Rumiación

La rumiación hace referencia a un estado o sensación de preocupación constante, y la incapacidad para inhibir pensamientos relacionados con la molestia. La puntuación es sobre 16 puntos.

	Control		Terapia Grupal		Terapia Individual		Ancova F	p valor
Basal	9.22	[7.56-10.88]	10.69	[9.1-12.27]	11.38	[9.87-12.88]	2.17	0.1192
Post*	8.50	[7.02-9.97]	4.87	[3.49-6.25]	5.47	[4.14-6.79]	8.25	0.0005
Mes 6*	8.22	[6.82-9.63]	6.86	[5.54-8.18]	6.35	[5.08-7.61]	2.31	0.1048
Mes 12*	8.77	[7.46-10.07]	8.49	[7.26-9.72]	7.91	[6.73-9.08]	0.57	0.5651

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



En relación a la rumiación, todos los sujetos parten de puntuaciones basales similares aunque formen cierta escalera las diferencias no son significativas. Los sujetos sometidos a terapia psicológica, independientemente de la modalidad, mejoran significativamente tras el tratamiento pero no mantienen dicha diferencia frente a los controles a lo largo del seguimiento. Tanto las puntuaciones que muestran los sujetos que siguieron una u otra modalidad de terapia caminan a la par a lo largo de todo el estudio sin predominar significativamente la una sobre la otra.

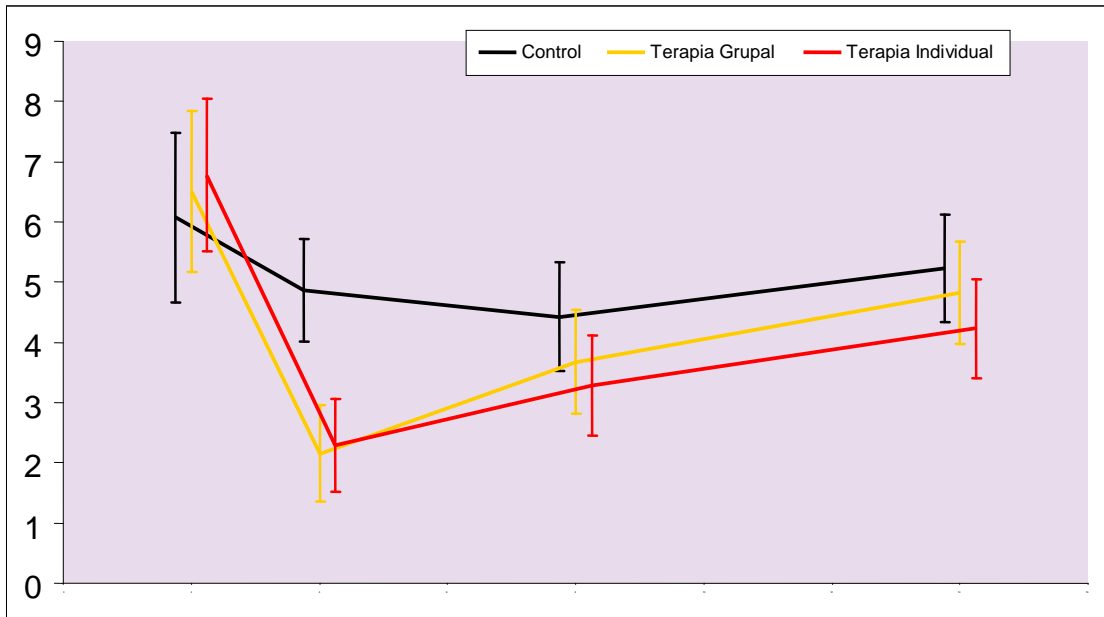
### Magnificación

La magnificación hace referencia a la exageración de lo desagradable de las situaciones de molestas, así como las expectativas de consecuencias negativas entorno a ellas. La puntuación es sobre 12 puntos.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	6.08 [4.67-7.48]	6.5 [5.17-7.84]	6.78 [5.5-8.05]	0.31	0.7315
Post*	4.86 [4.02-5.71]	2.16 [1.35-2.96]	2.28 [1.51-3.06]	15.62	<.0001
Mes 6*	4.43 [3.52-5.33]	3.67 [2.81-4.54]	3.29 [2.46-4.12]	2.01	0.1394
Mes 12*	5.23 [4.34-6.13]	4.82 [3.97-5.68]	4.24 [3.41-5.06]	1.58	0.2112

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados





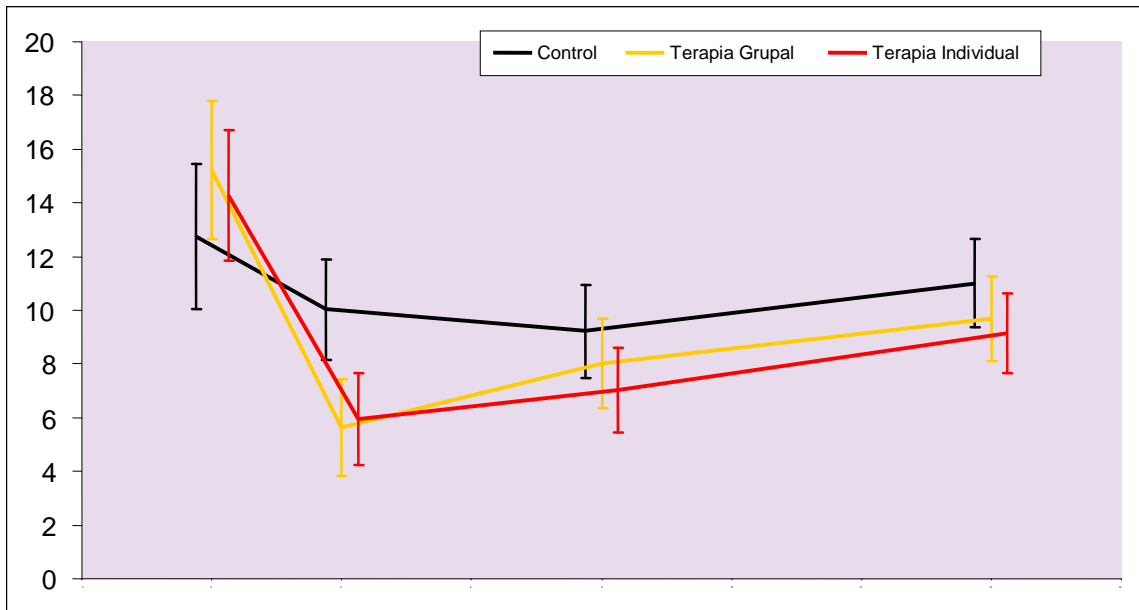
Aquí sucede lo mismo que para la anterior dimensión de la catastrofización pero la magnitud de la mejoría parece ser mucho mayor tras el tratamiento indiferentemente del tipo de terapia que se siga. Esa diferencia significativa frente a los controles no se mantiene en el tiempo.

### Desesperanza

La desesperanza se manifiesta cuando se ha perdido la esperanza por lograr algo, o porque desaparezca algún aspecto físico y/o psicológico que es perjudicial para la salud. La puntuación es sobre 24 puntos.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	12.75 [10.04-15.46]	15.23 [12.65-17.81]	14.28 [11.82-16.73]	1.01	0.3685
Post*	10.03 [8.16-11.91]	5.64 [3.85-7.43]	5.93 [4.23-7.64]	8.09	0.0006
Mes 6*	9.22 [7.48-10.96]	8.02 [6.35-9.69]	7.02 [5.43-8.61]	2.00	0.1403
Mes 12*	11 [9.35-12.64]	9.67 [8.09-11.24]	9.14 [7.64-10.63]	1.66	0.1954

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



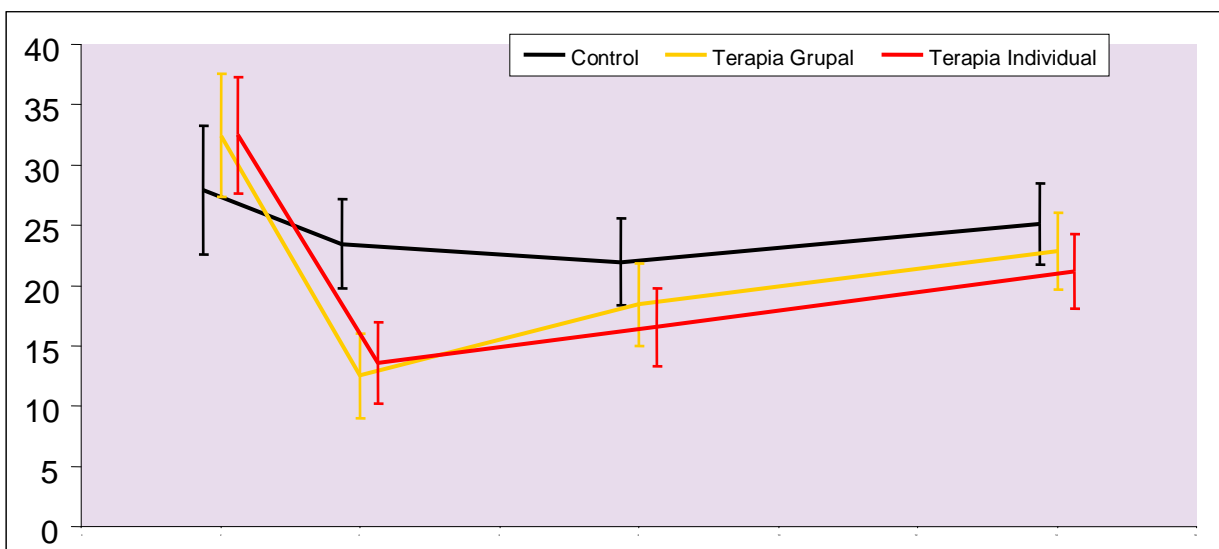
Asistimos al mismo patrón. La puntuaciones describen el mismo dibujo que en las dimensiones anteriores.

### Catastrofización total

El nivel global de catastrofización del sujeto viene dado por una puntuación total sobre 52, podemos valorar hasta qué punto el sujeto piensa que la situación es insoportable fruto de la interpretación que hace del malestar que sufre.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	27.91 [22.54-33.28]	32.44 [27.33-37.55]	32.47 [27.62-37.33]	1.15	0.3216
Post*	23.47 [19.77-27.16]	12.52 [9.01-16.03]	13.58 [10.22-16.94]	12.54	<.0001
Mes 6*	21.96 [18.36-25.55]	18.44 [15.02-21.86]	16.54 [13.27-19.81]	2.86	0.0618
Mes 12*	25.13 [21.78-28.49]	22.84 [19.65-26.04]	21.17 [18.12-24.22]	1.74	0.1809

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



De nuevo son los grupos de terapias individual y grupal los que muestran valores estadísticamente significativamente más bajos que el grupo control, aunque las puntuaciones en el grupo individual siempre muestran los valores más bajos. Estas diferencias solo se observan en momento Post y no se mantienen al mes 6 ni al mes 12.

### III.2.4.- CALIDAD DE VIDA

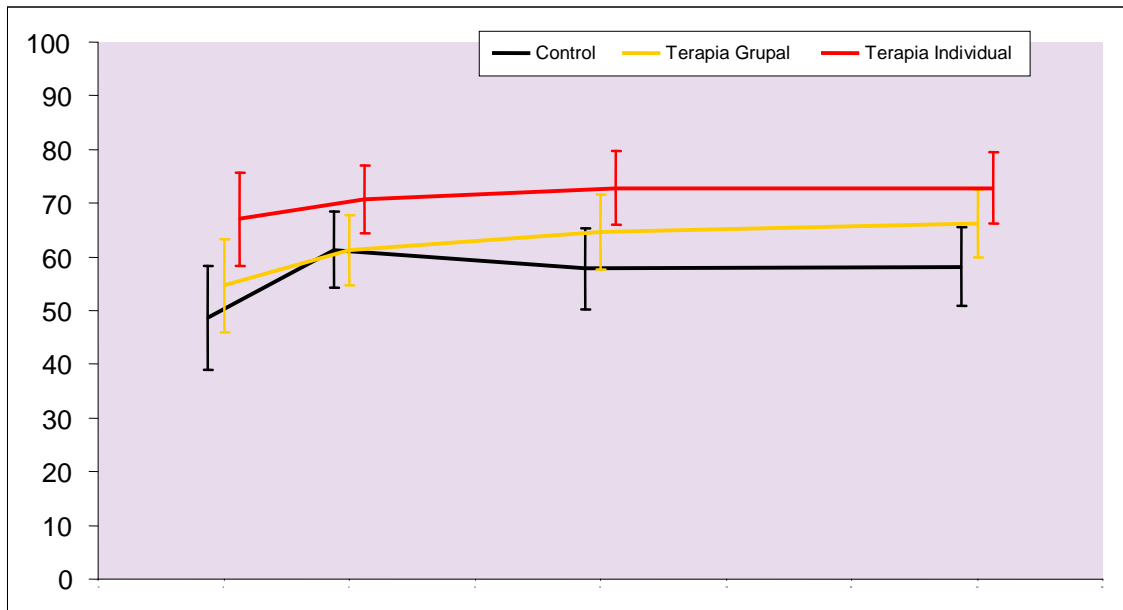
Aunque todos los grupos parten de una situación basal similar, es el grupo de terapia individual el que muestra puntuaciones más altas en la escala SF-36 estandarizada en valores 0-100, pero solo en las dimensiones físicas. En este caso los sujetos de terapia grupal muestran unos valores no diferentes a los del grupo control. Sin embargo en el resto de dimensiones, las diferencias entre los grupos no son tan claras. En este caso, el grupo control muestra valores intermedios.

#### Función física

Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos. Las puntuaciones bajas indican mucha limitación para realizar las actividades físicas.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	48.58 [38.89-58.27]	54.65 [46.05-63.26]	67.04 [58.45-75.63]	5.63	0.0043
Post*	61.36 [54.35-68.37]	61.31 [54.72-67.9]	70.75 [64.46-77.03]	3.4	0.0366
Mes 6*	57.8 [50.27-65.33]	64.65 [57.75-71.55]	72.85 [65.94-79.76]	5.51	0.005
Mes 12*	58.14 [50.82-65.46]	66.18 [59.88-72.49]	72.82 [66.11-79.53]	5.41	0.0055

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



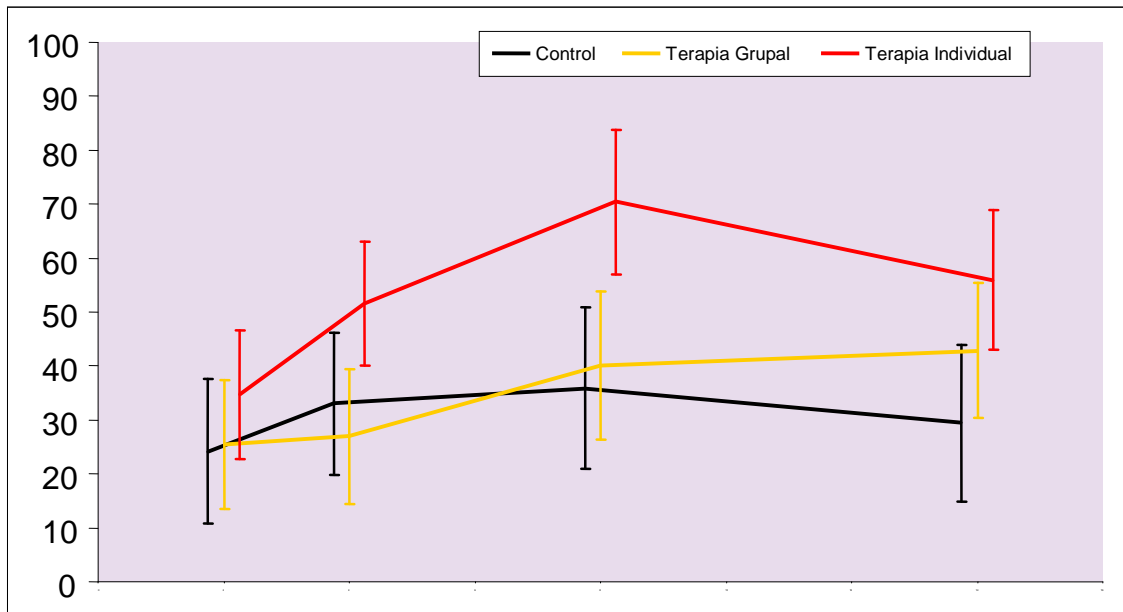
El grupo de terapia individual parte de puntuaciones basales diferentes estadísticamente significativas frente a los otros dos grupos. Éstas se mantienen a lo largo de toda la evaluación respecto al grupo control. Frente a la terapia en grupo, aunque sus puntuaciones están por encima de las de dicha modalidad, partían de puntuaciones basales diferentes y la trayectoria de la evolución de las mismas aparece en paralelo.

## Rol físico

Grado en que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. Las puntuaciones bajas significan problemas con el trabajo u otras actividades diarias.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	24.14 [10.75-37.54]	25.41 [13.51-37.31]	34.72 [22.84-46.6]	1.14	0.3214
Post*	33.03 [19.87-46.19]	26.92 [14.52-39.32]	51.6 [40.02-63.17]	5.59	0.0048
Mes 6*	35.9 [20.94-50.86]	40.07 [26.34-53.81]	70.41 [57.02-83.8]	9.45	0.0001
Mes 12*	29.44 [14.97-43.9]	42.84 [30.35-55.33]	55.89 [42.92-68.86]	4.73	0.0103

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



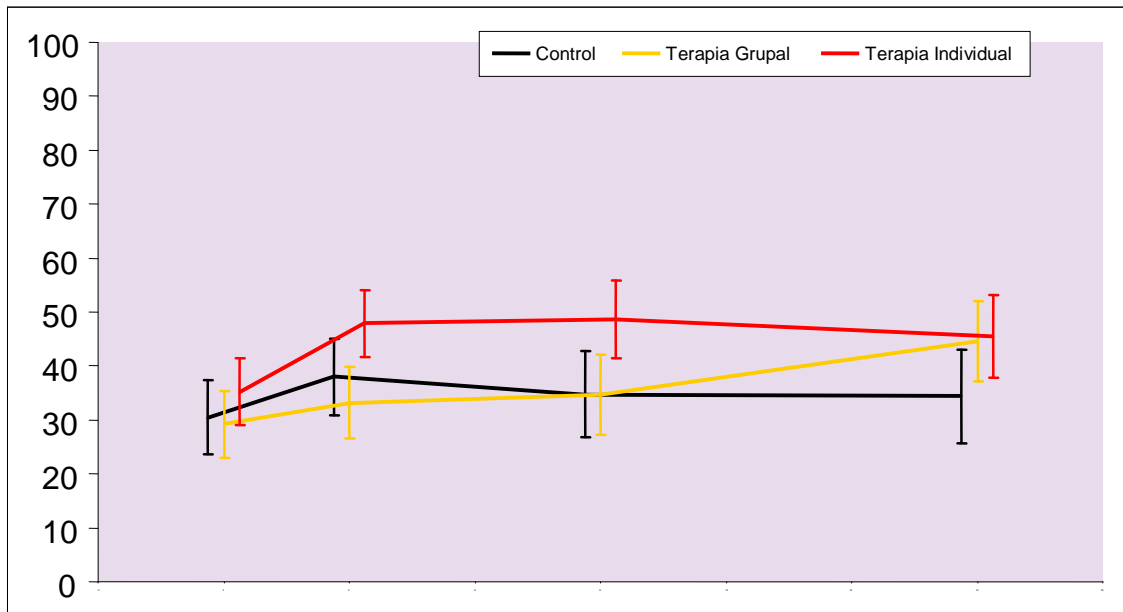
Dada la naturaleza de esta variable que aún siendo variables continuas sólo toman cuatro valores en la práctica y por lo tanto no cumplen el criterio de normalidad, se sometió también a un test no paramétrico de Kruskal-Wallis, no ajustado por las variables definidas en el Ancova, siendo los resultados similares a los del análisis principal: aparecen diferencias significativas en el momento Post ( $\text{Chi}^2=6.76$ ,  $\text{gl}=2$ ,  $p=0.0340$ ), que se mantienen en el Mes 6 ( $\text{Chi}^2=10.0$ ,  $\text{gl}=2$ ,  $p=0.0067$ ). En el Mes 12 no se aprecian diferencias entre los tres grupos de tratamiento ( $\text{Chi}^2=3.62$ ,  $\text{gl}=2$ ,  $p=0.1635$ ).

### Dolor corporal

Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar. Las puntuaciones altas indican ausencia de dolor o limitaciones debidas al dolor.

	Control		Terapia Grupal		Terapia Individual		Ancova F	p valor
Basal	30.48	[23.55-37.41]	29.21	[23.05-35.36]	35.21	[29.06-41.35]	1.33	0.2674
Post*	37.97	[30.91-45.02]	33.17	[26.49-39.84]	47.87	[41.65-54.08]	6.5	0.0021
Mes 6*	34.75	[26.73-42.78]	34.74	[27.36-42.11]	48.68	[41.5-55.86]	6	0.0032
Mes 12*	34.39	[25.77-43.01]	44.49	[37.06-51.93]	45.44	[37.73-53.15]	2.85	0.0611

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



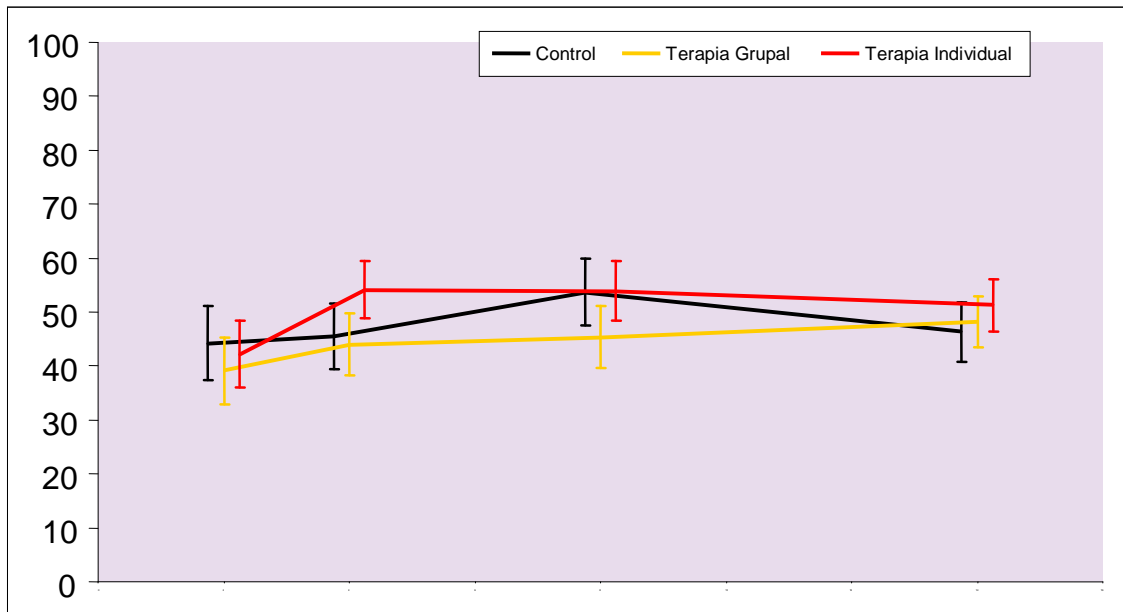
No existen diferencias significativas entre los grupos en las puntuaciones basales. Después del tratamiento y manteniéndolo hasta los seis meses la terapia individual demuestra ser significativamente más eficaz que la terapia en grupo y que los controles. Esto no logra mantenerse hasta los doce meses. Las puntuaciones de la terapia en grupo discurren muy parejas a las de los controles.

## Salud General

Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. A mayor puntuación mejor valoración de la propia salud.

	Control		Terapia Grupal		Terapia Individual		Ancova F	p valor
Basal	44.25	[37.36-51.15]	39.08	[32.95-45.2]	42.21	[36.1-48.32]	0.87	0.4209
Post*	45.48	[39.45-51.51]	43.96	[38.2-49.71]	54.12	[48.84-59.41]	4.89	0.009
Mes 6*	53.61	[47.41-59.81]	45.32	[39.57-51.07]	53.87	[48.35-59.39]	3.63	0.0291
Mes 12*	46.34	[40.81-51.86]	48.18	[43.36-53]	51.27	[46.35-56.19]	1.18	0.3095

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



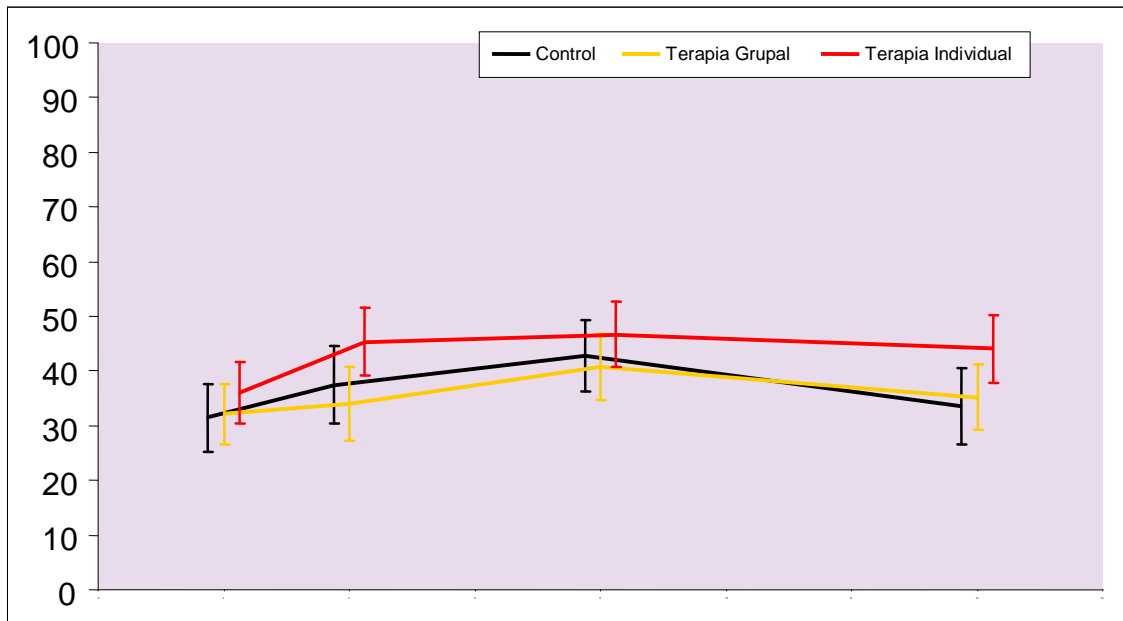
De nuevo parten todos los grupos de puntuaciones similares antes del tratamiento. La terapia individual, igual que en la variable anterior, logra diferenciarse significativamente de los otros dos grupos de comparación. Esta diferenciación no logra mantenerse a los doce meses dónde todas las puntuaciones se vuelven a equiparar.

## Vitalidad

Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo. Las puntuaciones bajas indican cansancio, agotamiento. Mientras que las puntuaciones elevadas denotan entusiasmo y energía la mayor parte del tiempo.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	31.45 [25.19-37.72]	32.15 [26.58-37.72]	36.04 [30.48-41.6]	0.95	0.3884
Post*	37.45 [30.34-44.57]	33.96 [27.25-40.67]	45.37 [39.08-51.65]	3.91	0.0227
Mes 6*	42.85 [36.28-49.41]	40.72 [34.7-46.75]	46.72 [40.82-52.61]	1.3	0.2764
Mes 12*	33.57 [26.68-40.45]	35.21 [29.28-41.15]	44.08 [37.9-50.25]	3.97	0.0211

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



Las tres ramas parecen comportarse de forma paralela a lo largo del tiempo. La terapia individual parece mostrarse superior significativamente frente a la grupal después del tratamiento, a los seis meses todas las puntuaciones vuelven a concurrir y a los doce meses se vuelve a diferenciar significativamente la terapia individual de las otras dos intervenciones.

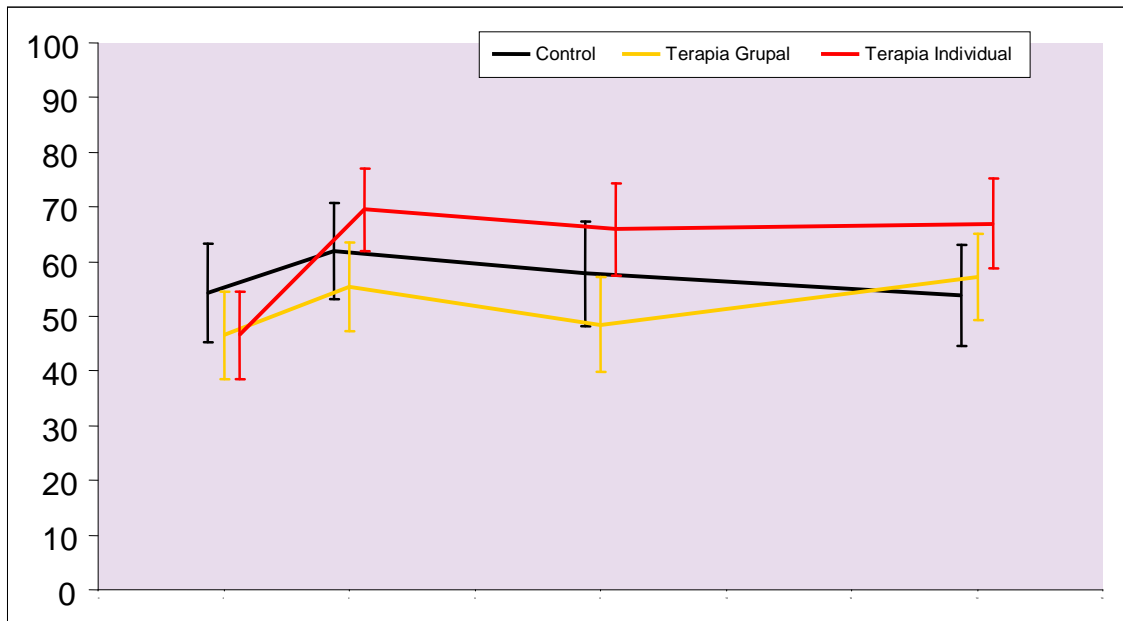
### Función social

Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual. Las puntuaciones bajas indican mayor grado de interferencia.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	54.25 [45.21-63.29]	46.58 [38.55-54.62]	46.54 [38.52-54.56]	1.37	0.2562
Post*	62 [53.26-70.74]	55.38 [47.19-63.56]	69.52 [61.91-77.13]	3.89	0.0229
Mes 6*	57.85 [48.27-67.43]	48.51 [39.76-57.27]	65.92 [57.44-74.39]	5.14	0.0071
Mes 12*	53.88 [44.63-63.12]	57.2 [49.27-65.13]	67 [58.82-75.18]	3.23	0.0427

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados





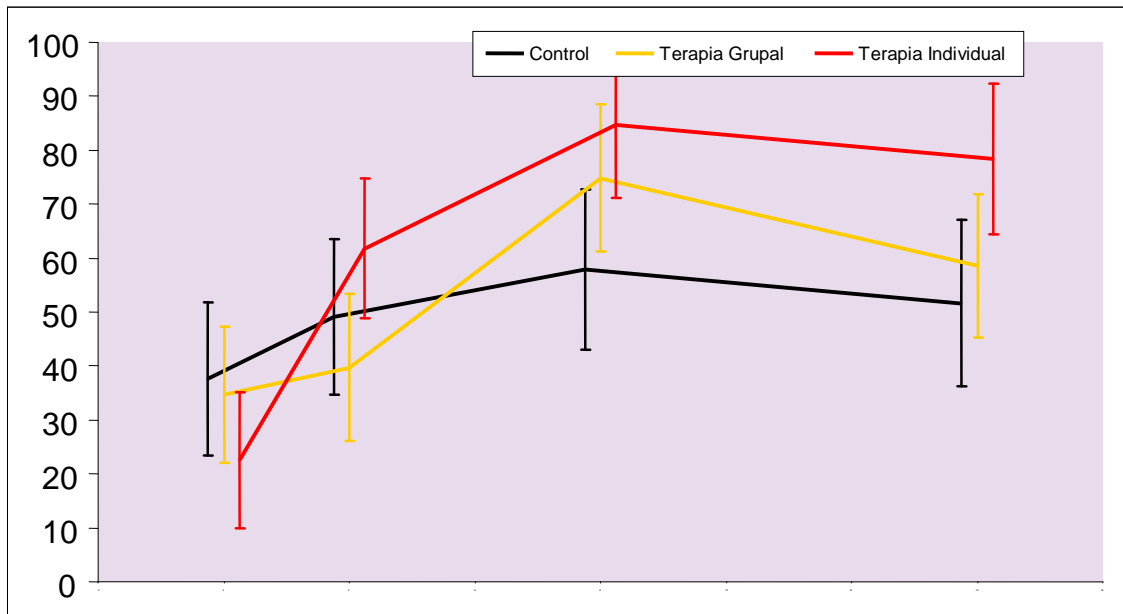
En esta variable cabe destacar que las puntuaciones de los sujetos sometidos a terapia en grupo discurren por debajo y en paralelo de la de los controles. La terapia individual, sin embargo, se comporta como habitualmente, mejoran significativamente tras el tratamiento frente a la terapia en grupo, no en este caso frente a los controles, y mantienen esas diferencias hasta los doce meses de seguimiento.

### Rol emocional

Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y a otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo. Las puntuaciones bajas significan mayor presencia de problemas en el trabajo o en la vida diaria derivados de las dificultades emocionales.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	37.69 [23.52-51.86]	34.75 [22.16-47.34]	22.55 [9.98-35.11]	1.95	0.145
Post*	49.1 [34.6-63.59]	39.67 [26.03-53.31]	61.8 [48.85-74.76]	3.38	0.0372
Mes 6*	57.88 [42.97-72.79]	74.89 [61.2-88.57]	84.74 [71.2-98.27]	4.64	0.0113
Mes 12*	51.68 [36.27-67.09]	58.59 [45.29-71.9]	78.38 [64.42-92.34]	4.64	0.0113

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



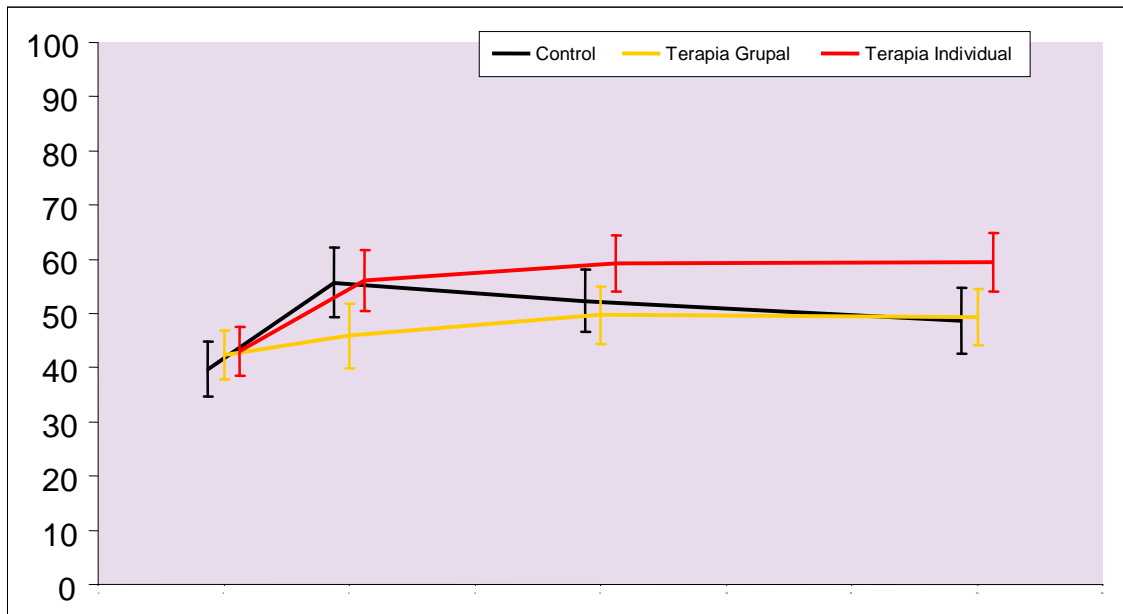
Dada la naturaleza de esta variable, sucediendo lo mismo que con la variable rol físico, se sometió también a un test no paramétrico de Kruskal-Wallis, no ajustado por las variables definidas en el Ancova, siendo los resultados coherentes con el análisis principal: aparecen diferencias significativas en el momento Post ( $\chi^2=12.2$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.0022$ ), Mes 6 ( $\chi^2=20.7$ ,  $gl=2$ ,  $p<0.0001$ ) y ahora también el Mes 12 ( $\chi^2=15.7$ ,  $gl=2$ ,  $p=0.0004$ ).

## Salud mental

Valoración de la salud mental en general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general. A mayor puntuación, mayor sensación de paz, felicidad, calma.

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	39.67 [34.58-44.77]	42.41 [37.88-46.93]	42.92 [38.41-47.44]	0.67	0.513
Post*	55.7 [49.27-62.14]	45.84 [39.83-51.84]	56.15 [50.55-61.75]	4.65	0.0113
Mes 6*	52.33 [46.51-58.14]	49.69 [44.39-54.98]	59.3 [54.15-64.44]	4.55	0.0123
Mes 12*	48.64 [42.56-54.72]	49.32 [44.1-54.55]	59.39 [54-64.78]	5.97	0.0033

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



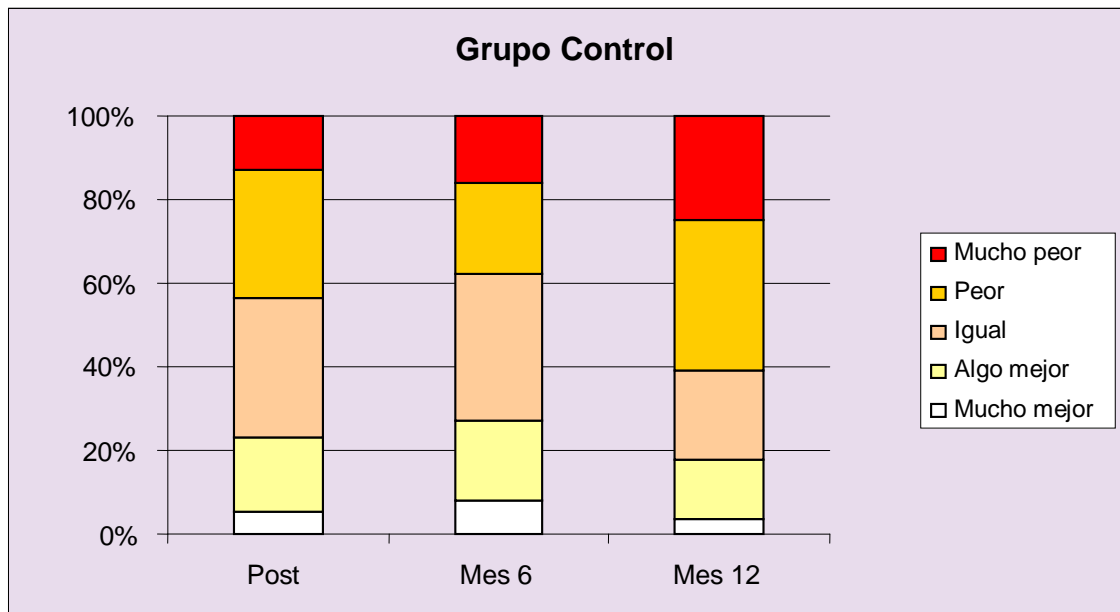
Todos los grupos parten de puntuaciones iniciales similares. La terapia grupal consigue diferenciarse del resto de intervenciones consiguiendo puntuaciones superiores significativas frente a la terapia en grupo hasta los doce meses. Ésta modalidad sin embargo no remonta por encima de los controles estando parejas las puntuaciones a lo largo del seguimiento.

### **Evolución Declarada (SF36)**

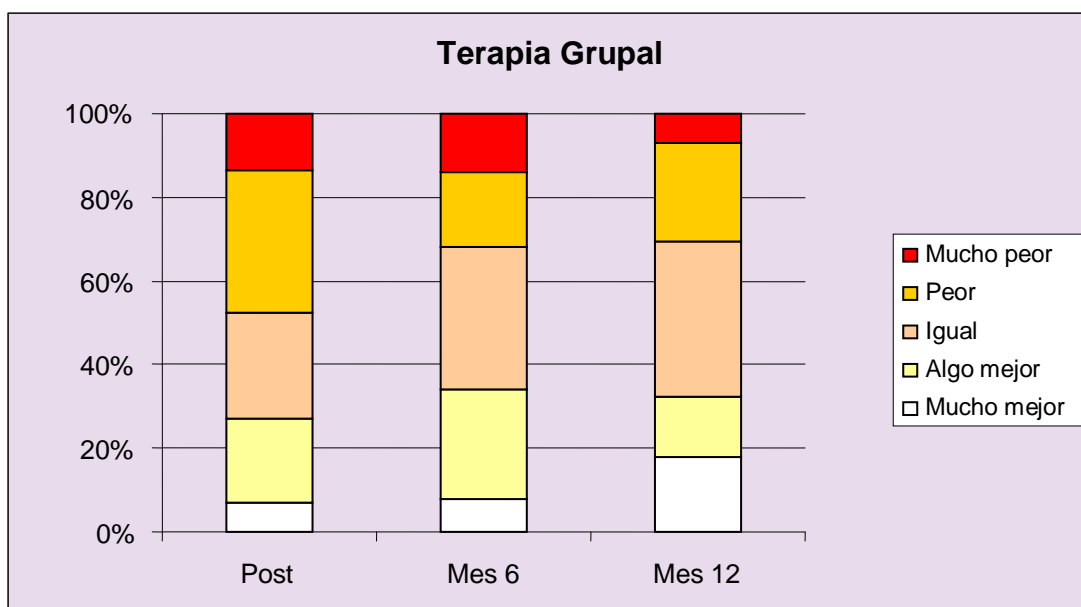
Es la valoración que el sujeto hace sobre su salud en el momento actual en comparación con la de hace un año. Las puntuaciones bajas significan que el sujeto considera que su salud es mucho mejor ahora que hace un año.

Dada la naturaleza ordinal de la variable no se ofrecen gráficos con medias ajustadas como en casos anteriores ni análisis de covarianza ajustados, sino test de CMH para comprobar la asociación entre la mejoría percibida en la salud durante el último año y el tratamiento y gráficos apilados sobre la frecuencia de cada categoría.

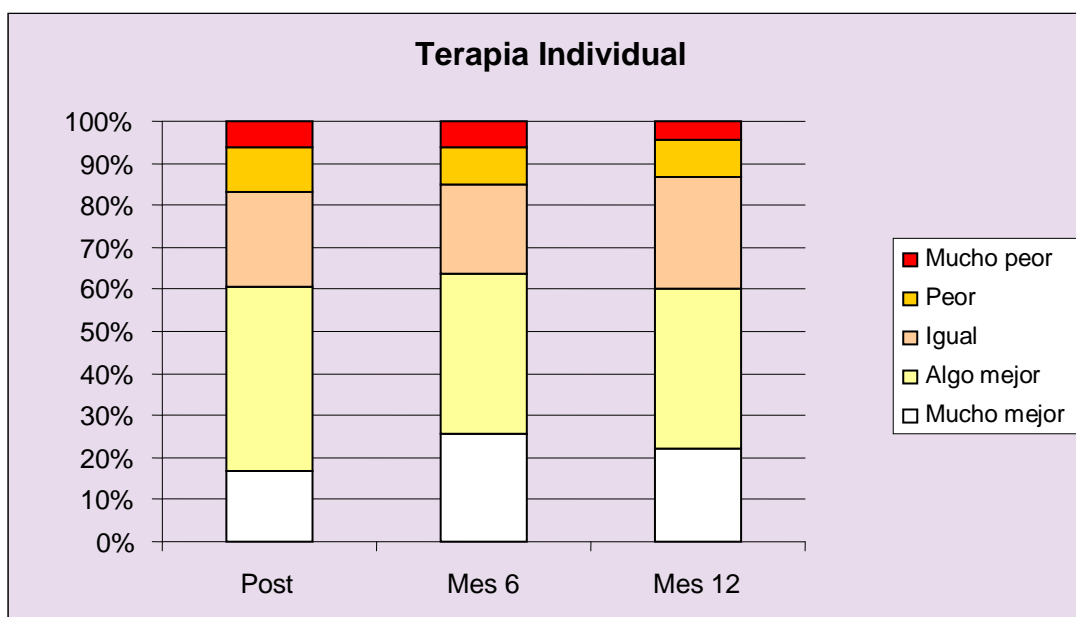
Los test muestran diferencias entre grupos ya en el momento Post (CMH=18.4, gl=8, p=0.0183), también se observan en el momento Mes 6 (CMH=15.7, gl=8, p=0.0475) que vuelven a constatarse a los 12 meses (CMH=27.0, gl=8, p=0.0007).



Los sujetos informan encontrarse peor, categorías “peor” y “mucho peor” conforme avanza el tiempo, a los doce meses llegan a ser un 60% de los sujetos de este grupo. El porcentaje de sujetos que informan de mejorías, categorías “algo mejor” y “mucho mejor”, se mantiene a lo largo del tiempo siendo aproximadamente un 20% de los sujetos.



Los sujetos que se sienten peor disminuyen a lo largo del tiempo, llegando a ser finalmente un 30% del grupo. Este porcentaje es simétrico a los que informan sentirse mejor, siendo también un 30% aproximadamente.



Los sujetos que informan de una evolución desfavorable se sitúan de manera constante en torno a un 15% por ciento. La inmensa mayoría de los sujetos, en torno a un 60% de los participantes, informan encontrarse mejor a lo largo del proceso de evaluación.

Si se tratara la variable como numérica y se aplicara un test de Kruskal-Wallis para detectar diferencias entre grupos de tratamiento los resultados serian similares:  $p=0.0003$ ,  $p=0.0008$  y  $p<0.0001$  para los momentos post, mes 6 y mes 12 respectivamente.

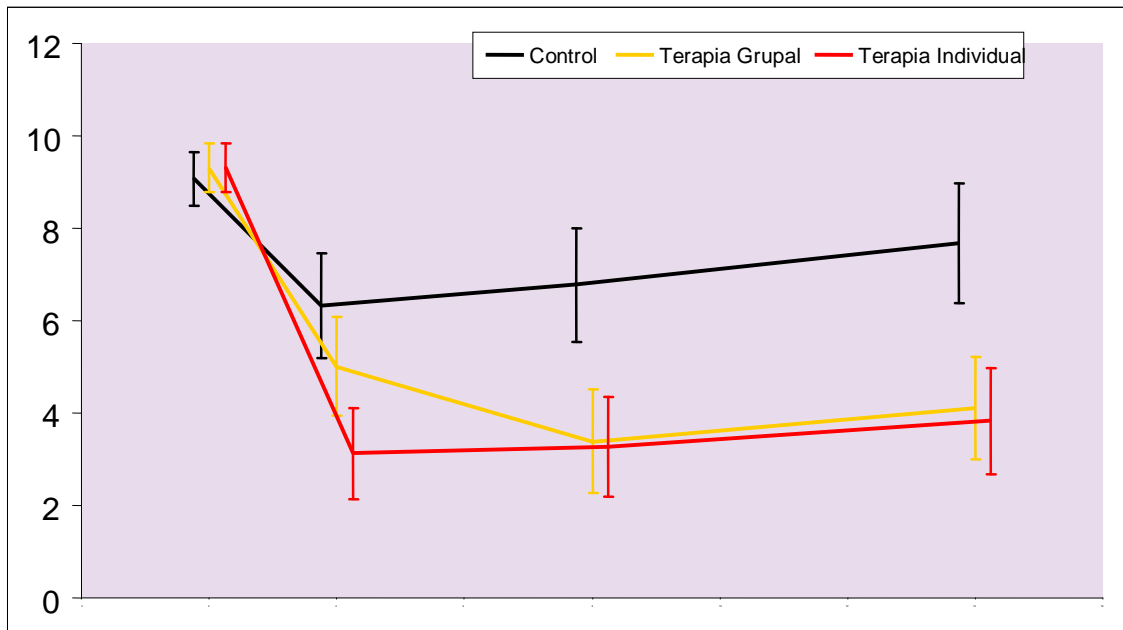
### III.2.5.- ANSIEDAD

#### Ansiedad Somatizada

La ansiedad somatizada es aquella que recoge las quejas físicas relacionadas con la ansiedad.

	Control		Terapia Grupal		Terapia Individual		Ancova F	p valor
Basal	9.07	[8.48-9.66]	9.31	[8.78-9.83]	9.31	[8.79-9.83]	0.31	0.7309
Post*	6.31	[5.18-7.45]	5.01	[3.94-6.08]	3.12	[2.13-4.11]	11.63	<.0001
Mes 6*	6.77	[5.55-7.99]	3.39	[2.27-4.51]	3.27	[2.19-4.35]	15.09	<.0001
Mes 12*	7.67	[6.38-8.97]	4.11	[2.99-5.22]	3.83	[2.67-4.98]	15.55	<.0001

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



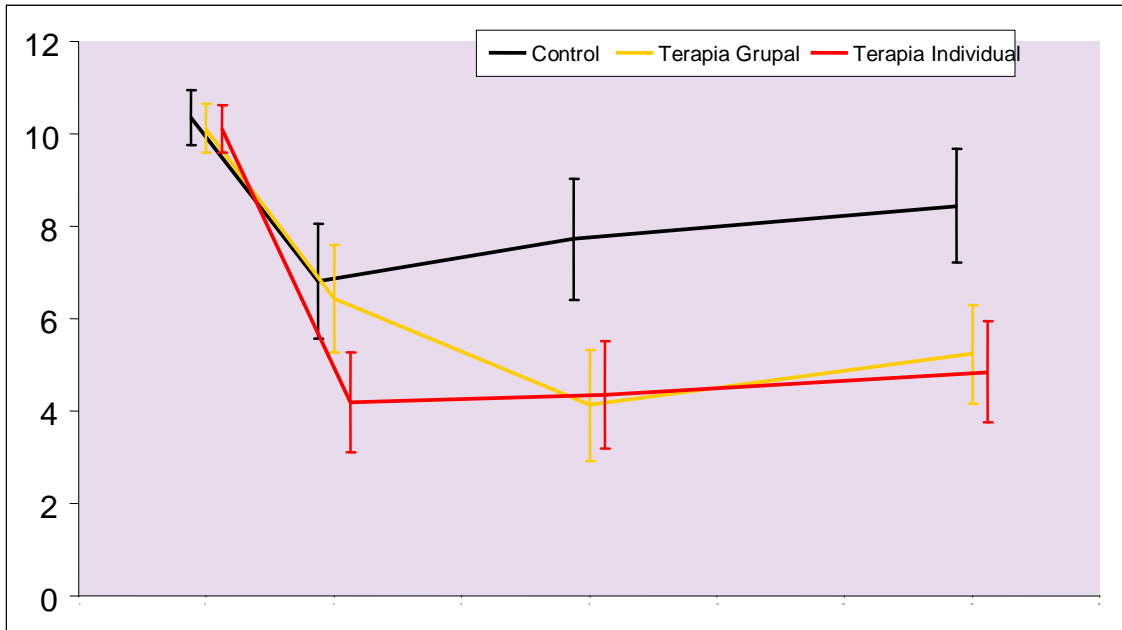
No existen diferencias significativas entre los grupos al comienzo de la intervención, todas las puntuaciones basales son muy parecidas. Ambas terapias consiguen mejorías estadísticamente significativas frente a los controles tras el tratamiento manteniéndolas a lo largo del año de seguimiento. La superioridad de la terapia individual frente a la grupal sólo queda demostrada estadísticamente para el momento postintervención, posteriormente caminan parejas en la evolución de las puntuaciones.

## Ansiedad Psicológica

Aquella que está relacionada con la agitación mental y los procesos cognitivos (desasosiego, inquietud, ...).

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	10.35 [9.76-10.94]	10.11 [9.59-10.64]	10.11 [9.58-10.63]	0.31	0.7309
Post*	6.81 [5.58-8.05]	6.42 [5.26-7.58]	4.2 [3.12-5.27]	7.74	0.0007
Mes 6*	7.73 [6.41-9.04]	4.12 [2.92-5.33]	4.36 [3.19-5.53]	13.33	<.0001
Mes 12*	8.44 [7.21-9.67]	5.23 [4.17-6.29]	4.84 [3.75-5.94]	14.55	<.0001

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados

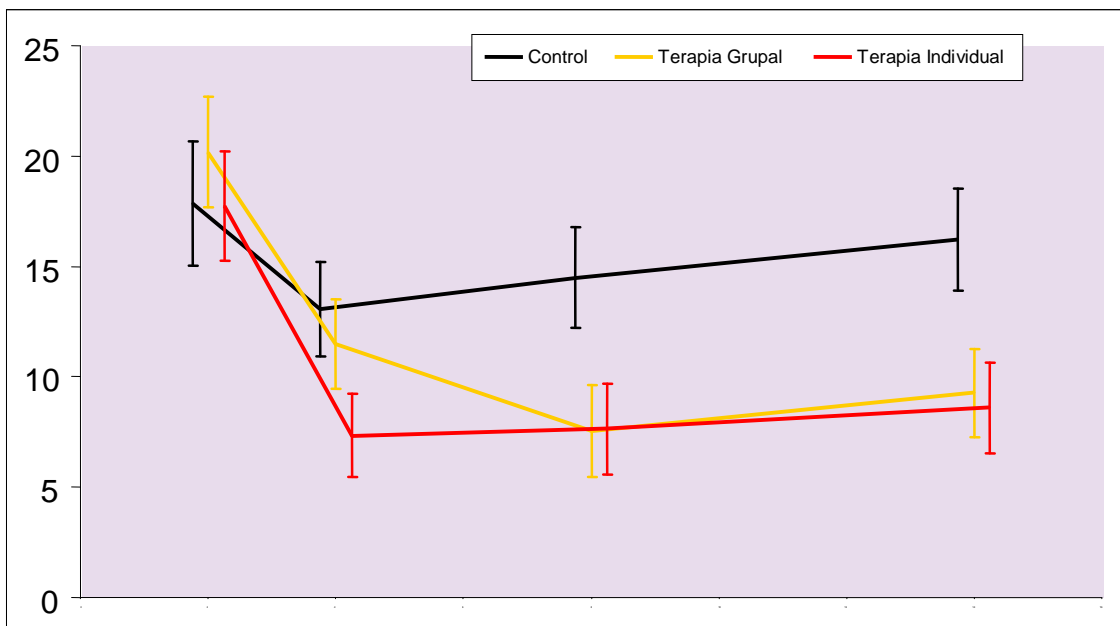


La descripción de la evolución de las puntuaciones es análoga a la de la anterior variable, salvo que la terapia en grupo no parece diferenciarse estadísticamente de los controles hasta los seis meses de haber terminado la intervención.

### Ansiedad Total

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	17.84 [15.04-20.64]	20.18 [17.69-22.68]	17.71 [15.23-20.19]	1.61	0.204
Post*	13.07 [10.93-15.22]	11.47 [9.45-13.49]	7.33 [5.45-9.21]	11.2	<.0001
Mes 6*	14.48 [12.19-16.76]	7.53 [5.43-9.63]	7.63 [5.6-9.67]	17.26	<.0001
Mes 12*	16.22 [13.91-18.53]	9.28 [7.28-11.27]	8.6 [6.55-10.66]	18.91	<.0001

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



Tal y como sucedía en las dos dimensiones anteriores de esta variable. La intervención es estadísticamente superior a la no intervención, manteniendo los resultado a lo largo de todo el seguimiento. Entre intervenciones, la terapia individual parece ser estadísticamente superior a la grupal únicamente tras haber finalizado el tratamiento, no siendo así a lo largo del seguimiento.

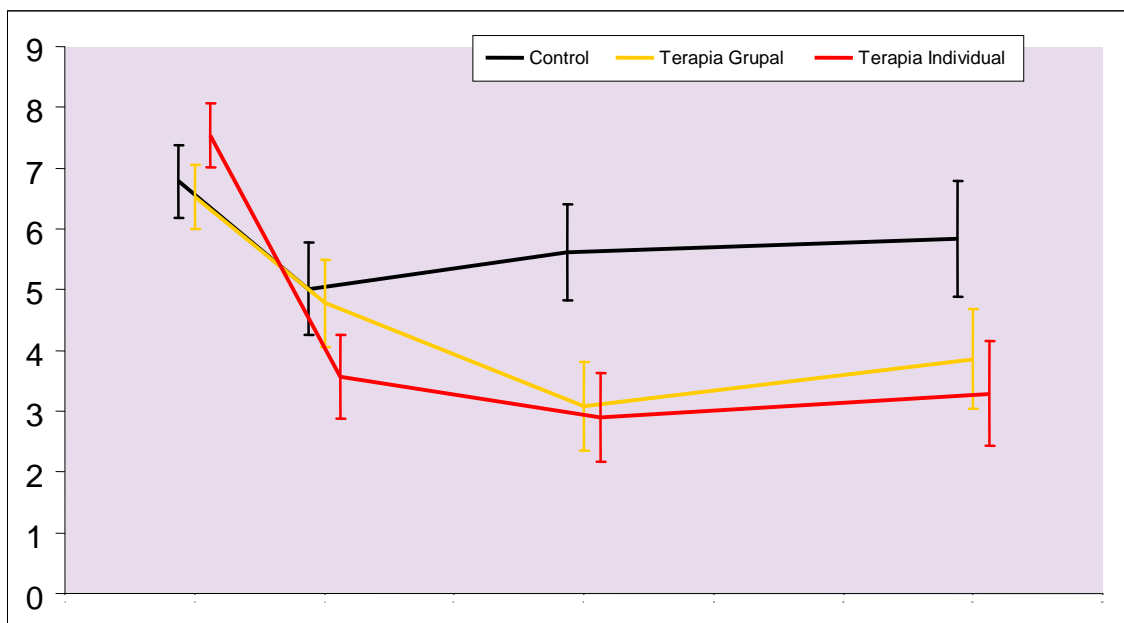
### III.2.6.- DEPRESIÓN

#### Depresión Somatizada

Recoge la sintomatología física relacionada con la depresión

	Control		Terapia Grupal		Terapia Individual		Ancova F	p valor
Basal	6.79	[6.19-7.38]	6.52	[5.99-7.05]	7.53	[7.01-8.06]	5.03	0.0076
Post*	5.02	[4.26-5.77]	4.78	[4.06-5.5]	3.56	[2.88-4.25]	5.95	0.0034
Mes 6*	5.62	[4.82-6.41]	3.09	[2.36-3.82]	2.89	[2.16-3.62]	20.74	<.0001
Mes 12*	5.83	[4.88-6.79]	3.86	[3.04-4.68]	3.29	[2.43-4.16]	10.73	<.0001

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



De nuevo es la terapia individual la que demuestra superioridad frente a sus competidoras. Partiendo de puntuaciones estadísticamente significativas peores frente a los controles y la terapia en grupo, consigue mejorar

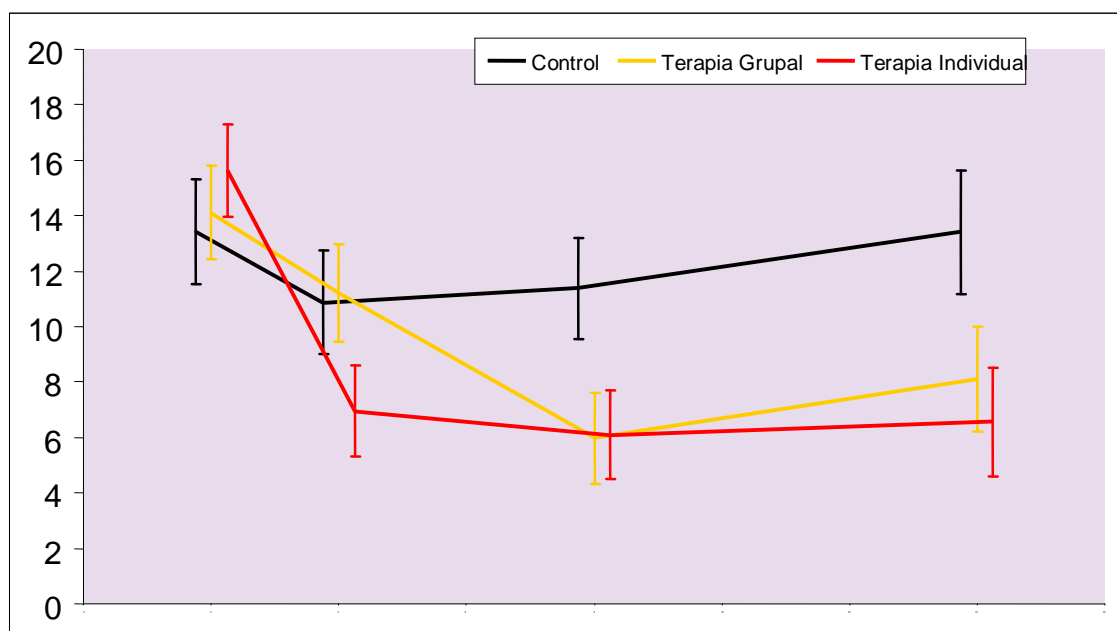


significativamente tras la terapia y mantienen esa mejorías significativa a lo largo del seguimiento. La terapia en grupo consigue diferenciar estadísticamente de los controles desde el comienzo del seguimiento llegándose a igualar a los resultados de la terapia individual a los seis meses de seguimiento.

## Depresión Total

	Control	Terapia Grupal	Terapia Individual	Ancova F	p valor
Basal	13.43 [11.55-15.32]	14.12 [12.44-15.8]	15.63 [13.95-17.31]	2.15	0.1194
Post*	10.87 [9-12.74]	11.22 [9.46-12.98]	6.96 [5.32-8.6]	9.49	0.0001
Mes 6*	11.38 [9.57-13.19]	5.97 [4.3-7.63]	6.1 [4.48-7.71]	16.46	<.0001
Mes 12*	13.41 [11.19-15.63]	8.1 [6.2-10.01]	6.56 [4.62-8.5]	15.03	<.0001

\*Media e Intervalo de confianza al 95% para valores ajustados



Tal y como hemos comentado para la dimensión anterior de esta variable, la terapia individual es la que muestra una superioridad estadísticamente significativa a lo largo de todo el seguimiento frente al grupo control. Frente a la terapia grupal consigue mejores resultados tras terminar el tratamiento pero a los 6 meses la terapia en grupo consigue alcanzar la ventaja que había logrado la terapia individual, desde este punto ambas intervenciones se diferencian estadísticamente del grupo control.

### III.2.7.- IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL

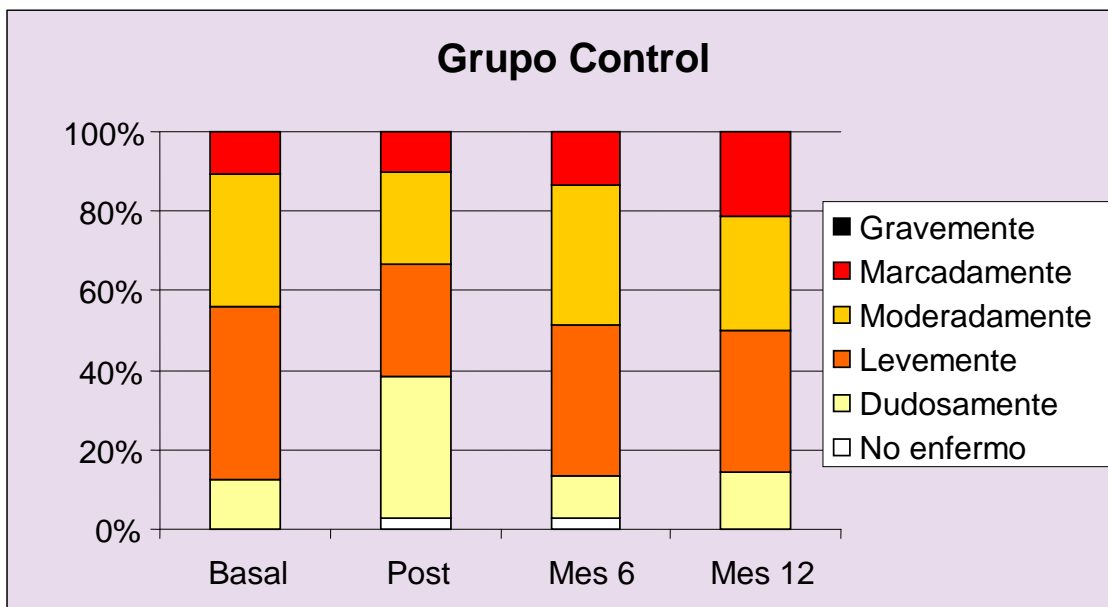
#### **Gravedad de la enfermedad**

Se evalúa la gravedad del cuadro clínico en ese momento de observación. Las puntuaciones van desde la no apreciación de enfermedad (normal) a gravemente enfermo, se reserva la categoría que puntúa 0 para indicar que no se ha evaluado. Dada la naturaleza ordinal de la variable gravedad no se ofrecen gráficos con medias ajustadas como en los casos anteriores ni análisis de covarianza ajustados, sino el test de CMH para comprobar la asociación entre la gravedad de la escala CGI y el tipo de tratamiento. Aparecen gráficos apilados sobre la frecuencia de cada categoría.

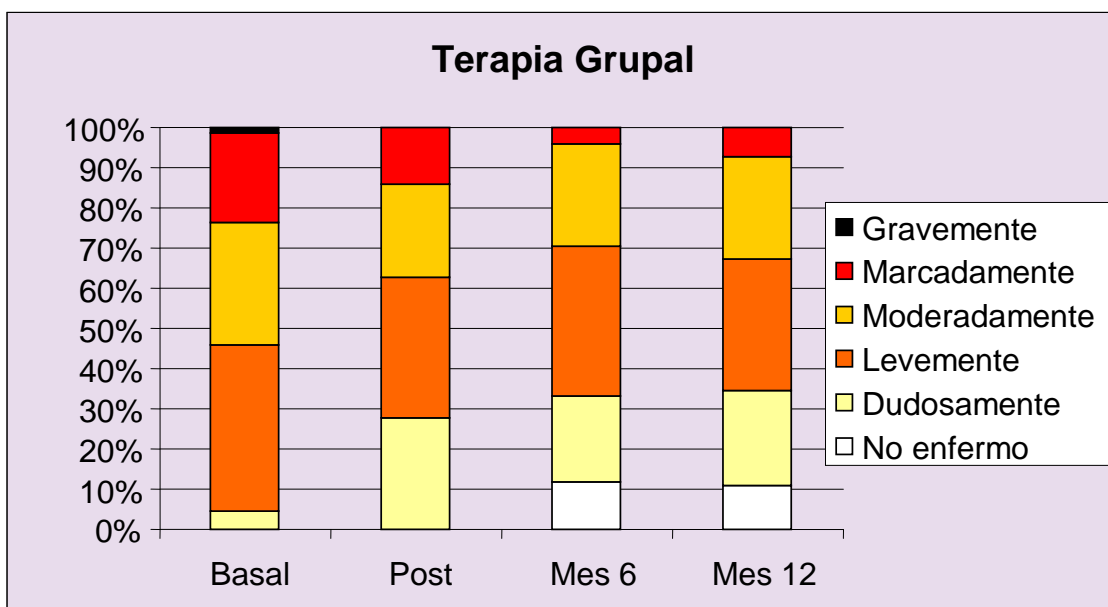
En los gráficos puede verse un aumento de los niveles de mayor gravedad a medida que transcurre el tiempo para el grupo control, un mantenimiento de esos niveles en la terapia grupal y una clara reducción en la terapia individual

Los test no muestran diferencias basales entre grupos (CMH=13.7, df=8, p=0.0905), tampoco en el momento Post (CMH=13.9, df=8, p=0.0843) aunque aparecen en los meses 6 (CMH=22.0, df=8, p=0.0050) y 12 (CMH=21.6, df=8, p=0.0058).

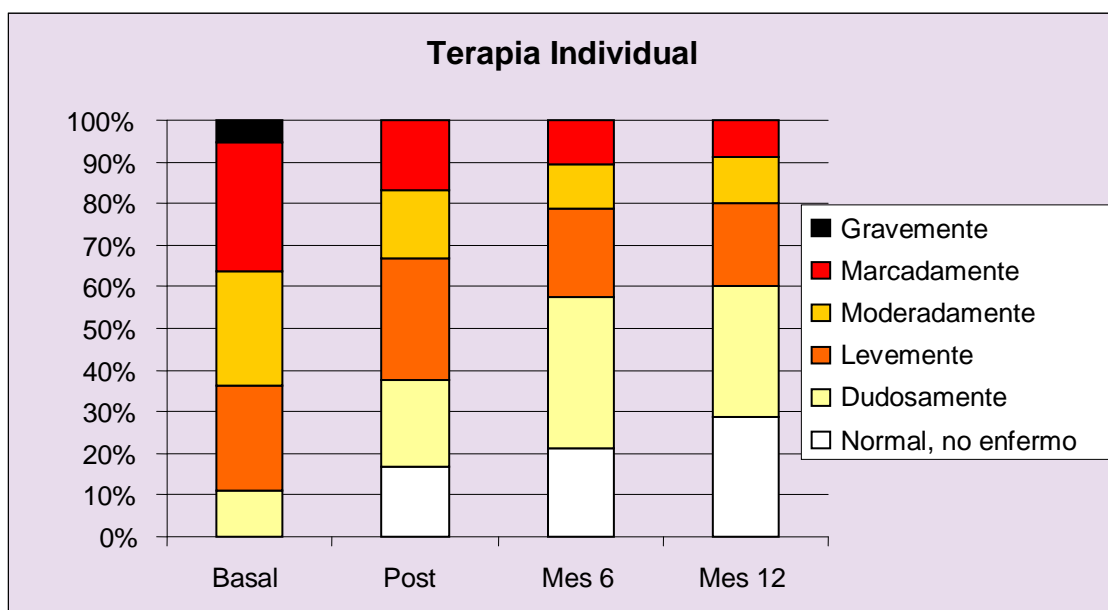
Si se tratara la variable como numérica y se aplicara un test de Kruskal-Wallis para detectar diferencias entre grupos de tratamiento los resultados serían similares: p= 0.0300, p=0.5387, p= 0.0007 y p= 0.003 para los momentos basal, post, mes 6 y mes 12 respectivamente.



Como cabría esperar los pacientes del grupo control no varían significativamente respecto a la gravedad de sus dolencias. Se van manteniendo las proporciones de la distribución a lo largo del tiempo



Los pacientes que siguieron la terapia en grupo fueron evolucionando de presentaciones más severas, un 55% de ellos al inicio se mostraban enfermos, incluyendo en esta etiqueta las categorías: “moderadamente”, “marcadamente” y “gravemente”, llegando a ser aproximadamente un 30% al finalizar el seguimiento. Simétricamente, un 5% estaban “dudosamente” enfermos al inicio, éstos pasaron a ser un 35% al finalizar el seguimiento, incluyendo en ese porcentaje a un 15% que se evaluaba como “normal” o “no enfermo”.



Siendo la modalidad que mejores resultados ha obtenido, observamos como el porcentaje de sujetos etiquetados de enfermos, recordamos incluyendo las categorías: “moderadamente”, “marcadamente” y “gravemente”, se reduce de un 65% a un 40% a lo largo de todo el proceso. Simétricamente el porcentaje de sujetos que dudosamente pudieran estar enfermos se incrementa de un 10% a un 60% a los 12 meses de seguimiento, en este último porcentaje casi la mitad son calificados como “no enfermos” por el evaluador clínico.

### Mejoría global de los síntomas

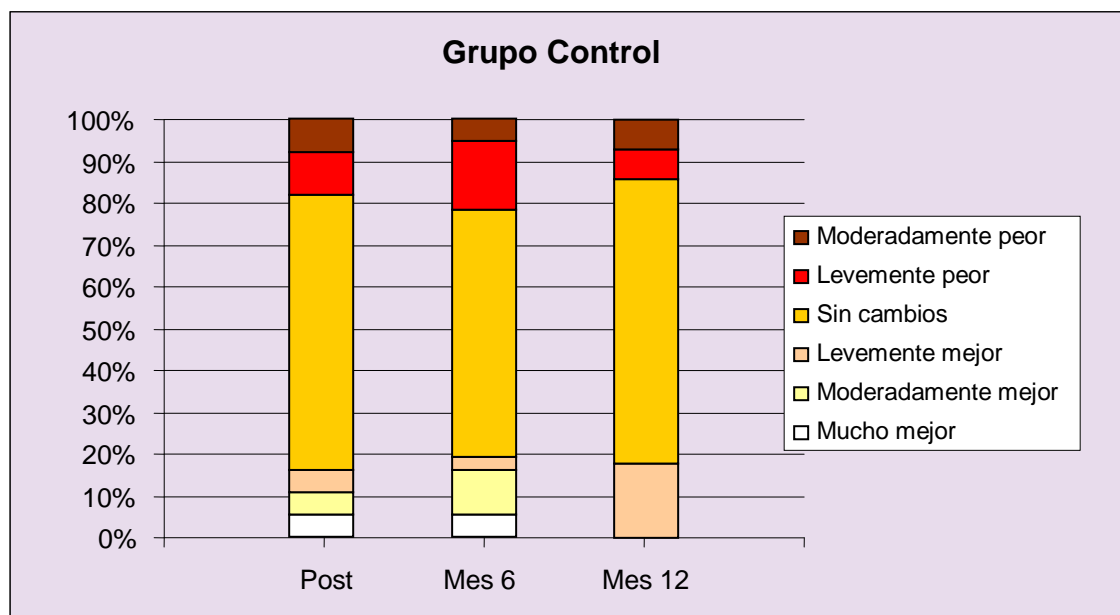
El clínico observa cuánto ha mejorado o empeorado el paciente a lo largo del tiempo respecto a la línea base. Las puntuaciones pueden ir desde la percepción de una notable mejoría a la percepción de un marcado empeoramiento. No se ofrecen gráficos con medias ajustadas como en los casos anteriores ni análisis de covarianza ajustados, sino el test de CMH para comprobar la asociación entre la mejoría medida con la escala CGI y el tipo de tratamiento asignado. Aparecen gráficos apilados sobre la frecuencia de cada categoría.

Puede verse en el grupo control una gran cantidad de sujetos Sin cambios incluso en los momentos Post, mes 6 y mes 12. En los grupos de

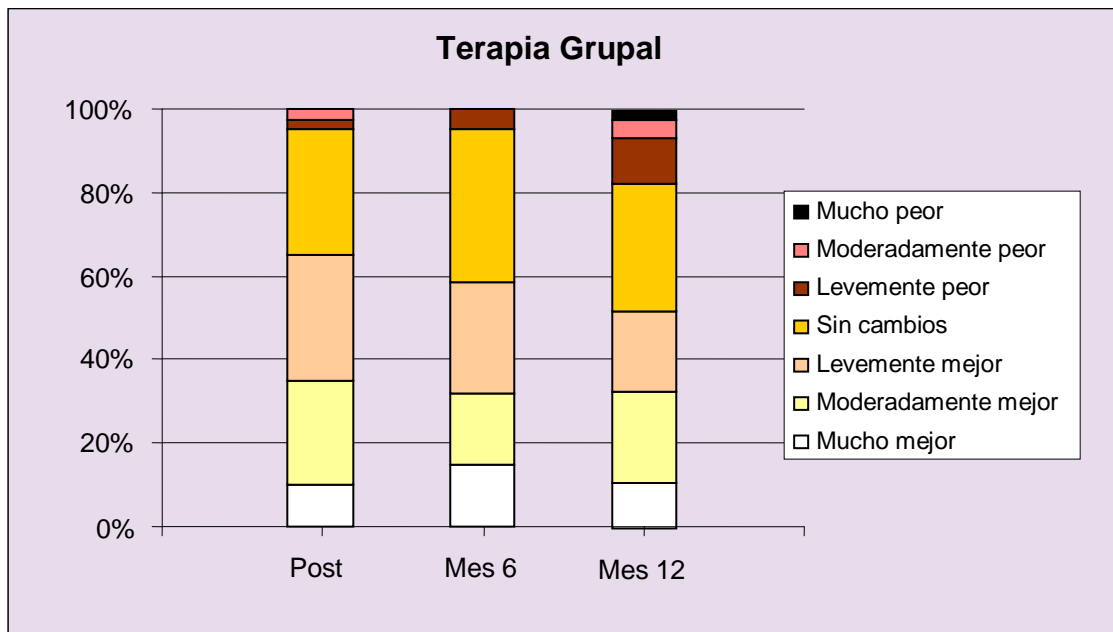
terapia individual y grupal se observa una reducción significativa de los sujetos Sin cambios a favor de las categorías 'cambio a mejor'. Esto es más acusado en el grupo de terapia individual aunque en el mes 12 no se mantiene la tendencia.

Los test muestran diferencias entre grupos en el momento Post (CMH=49.4, df=10,  $p<0.0001$ ), a los meses 6 (CMH=32.3, df=10,  $p=0.0004$ ) y 12 (CMH=24.2, df=12,  $p=0.0189$ ).

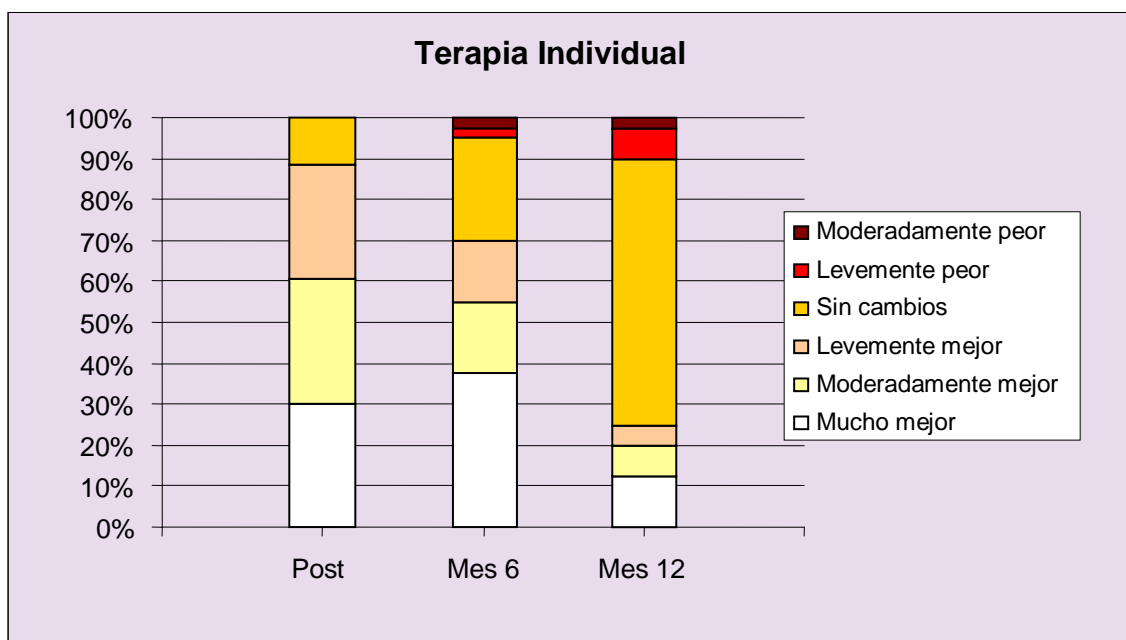
Si se tratara la variable como numérica y se aplicara un test de Kruskal-Wallis para detectar diferencias entre grupos de tratamiento los resultados serian similares:  $p<0.0001$ ,  $p<0.0001$  y  $p=0.0497$  para los momentos basal, post, mes 6 y mes 12 respectivamente.



Todas las puntuaciones se mantienen paralelas desde el inicio a lo largo del tiempo, tal y como cabría esperar en el grupo que no ha recibido ningún tipo de intervención.



El evaluador clínico observa que un 10% de los pacientes asignados a la terapia en grupo parecen empeorar a lo largo del tiempo, para esta etiqueta se consideran las categorías “moderadamente peor” y “mucho peor”. Sin embargo el porcentaje de sujetos que han mejorado tras el tratamiento (35% aproximadamente) se mantienen a lo largo del tiempo, se consideran las categorías “moderadamente mejor” y “mucho mejor”.



Respecto a los sujetos que siguieron la terapia individual se observa cómo un 60% han mejorado tras haber recibido el tratamiento y podríamos

decir que se mantienen durante el tiempo ya que a partir del 6 mes se incrementa el porcentaje de pacientes en los que no se perciben cambios. Es decir, los sujetos no seguirían mejorando a lo largo del tiempo pero mantendrían lo conseguido tras el tratamiento. Por el contrario, se observa que un 10% de pacientes empeoran con el paso del tiempo, porcentaje similar al de la terapia en grupo.





## ***IV.- DISCUSSION***



## IV.1.- DISCUSSION

In a recently published meta-analysis (Kleinstauber, Witthoft and Hiller 2011), it was shown that research on the effectiveness of therapies for abridged somatization disorder has been taking place over the last decade, which leads to the consideration that this is a subject of recent and growing interest. This thesis, together with the articles derived from it, will position Spain as one of the countries that publishes most in relation to the treatment of these disorders, only behind Germany and the US, with 12 and 5 studies published, respectively (Kleinstauber, Witthoft and Hiller 2011).

Whereas an average of 11 sessions were employed in other studies (the range being between 1 and 72 sessions), we decided on 10 sessions because we were replicating the intervention model of proven effectiveness proposed by Woolfolk and Allen (Woolfolk, 2007 #8090). A number of studies associate the number of sessions with the reduction in somatic symptoms, considering 11 sessions to be too few to achieve such improvements. Our study joins others (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006; Escobar, Gara et al. 2007) in contradicting this conclusion. Most therapies have shown to be moderately effective after the treatment period in relation to somatic symptoms, but with limited maintenance over time. Cognitive behavioural therapy has shown to be effective in other studies with somatizers by improving mood symptoms associated with other secondary psychopathological symptoms and in reducing health service use (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006; Escobar, Gara et al. 2007; Sumathipala, Siribaddana, Hewege, Sumathipala, Prince and Mann 2008). In line with the findings of other authors (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006; Escobar, Gara et al. 2007), this study has been able to demonstrate that the proposed therapy is effective for reducing the number and intensity of somatic symptoms.

Finally, 168 patients took part in our study, with an average of 55 patients for each branch of the intervention. This means that the sample size of our study is above the average of those in published trials (Kleinstauber, Witthoft and Hiller 2011). This study has assessed the degree of patient involvement and satisfaction. A strict criterion was utilized to establish the compliance with

the treatment – attendance at a minimum of 80% of sessions – and no differences were made between treatment groups in this variable. There were no withdrawals during the intervention, nor were there any differences in the average number of sessions the patients attended.

Average attendance at group sessions was 93.75% and average attendance at individual therapy was 94.44%, both percentages being very similar to those of other studies (Lidbeck 2003). Compliance with intra- and inter-session tasks was used as an indicator for the degree of involvement by patients in the treatment. Patients in the individual therapy group were seen to be more involved with their treatment than those assigned to group therapy were. Similarly, Sanderson and Bruce {Sanderson, 2007 #8756} found that lack of involvement by patients in behavioural trials was the main cause of their resistance to cognitive behavioural therapy. This may provide an explanation to the highly differentiated results we obtained for effectiveness, with individual therapy shown to have greater effectiveness than group therapy.

Withdrawals occurred during follow-up, particularly at 12 months by patients in the control group. Evidently, given their worsening, their motivation to participate in the study declined. Nevertheless, only 23.22% of the data was lost on the whole, which is a lower proportion than the 25% occurring in other published trials .

The therapeutic alliance and therapeutic bond, which were taken as indicators of the therapeutic process, were the same in both experimental situations. Regardless of intervention type, almost all the subjects expressed their wish to have been able to continue with more sessions. Initiatives arose in both treatment groups to request an extension of the intervention programme.

This thesis presents the results of the effectiveness of cognitive behavioural therapy applied at individual and group levels for patients with abridged somatization (SSI 4, 6). It was not an original work, being based on the intervention proposed by Prof. Escobar (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006) for which satisfactory results were obtained. However, that work did not experiment with both types of therapy. In addition to this variation, we have also modified some of the more specific interventions proposed in the

protocol in order to adapt them to our cultural environment. Also, as an innovation, relapse prevention in the last session was introduced to the protocol.

There were a similar number of somatic symptoms in the treatment groups at baseline, although the subjects in group therapy had worse starting scores for pseudoneurological symptoms than those in the individual therapy group. This detail is worthy of note because there are studies that have associated the number of pseudoneurological symptoms with a more acute somatizing disorder (Interian, Gara et al. 2004), although we are unable to support such a hypothesis in light of our results, given that both comorbidity and the remaining scores did not seem to show significant differences between the groups at baseline level. In any event, the corrected values show that the group therapy and individual therapy groups are those that reduced their scores in a statistically significant manner, with the latter group always showing lower scores than those of group therapy. Additionally, the individual therapy group was the only one to maintain differences with the control group at 6 and 12 months follow-up. Both groups showed greatest improvements with regard to cardiopulmonary symptoms, with their corresponding maintenance over time, possibly owing to these symptoms being associated with anxiety, an area in which the groups that underwent therapy also improved notably.

For intensity of somatic symptoms, the corrected Post scores were statistically lower for group and individual therapy groups (41.5 and 34.9, respectively) compared to the control group (60.0), although these were only lower at 6 and 12 months for the individual group. The group therapy group maintained intermediate values.

For catastrophization associated with the interpretation of symptoms, a coherent relation was demonstrated between catastrophization and distress reactions to painful stimuli. Once again, the individual and group therapy groups showed lower statistically significant values than those of the control group, although the scores of the individual therapy group always showed lower values. These differences were only observed post-treatment and were not maintained at either 6 or 12 months. It should be pointed out that the most

desirable cognitive changes to be maintained over time (Garcia-Campayo, Serrano-Blanco et al. 2009) did not last beyond post-treatment. Therefore, there did not seem to have been cognitive changes with therapy, at least ones that were statistically significant between the groups. Perhaps this is due to the cognitive intervention not being specific to catastrophization, but to the general analysis of cognitive distortions produced by the disorder itself. In quantitative terms, there were significant differences within each intervention group. There were lower scores for rumination, symptom magnification and helplessness than those initially reported at baseline. Although these scores exceeded those of the initial improvement when measured at 12 months follow-up, they did not return to pre-treatment values.

In relation to patient quality of life, although all the groups started with a similar situation at baseline, the individual therapy group showed the highest scores on the SF-36 scale standardized for 0-100 values, but only in the physical dimensions (physical functioning, physical role functioning, bodily pain, general health perceptions and vitality). Subjects in group therapy showed values similar to those of the control group. Nevertheless, the differences between groups for the other dimensions (social role functioning, emotional role functioning and mental health) are not so clear. In this case, the control group showed intermediate values. What is striking in this regard is that for the social role functioning dimension, the subjects assigned to group therapy had scores even below those of the control group and did not exceed the control group scores until 12 months after the intervention. Group dynamics was found to be difficult at the outset. However, after the intervention period, intra-group cohesion was very good, with some members of the different groups continuing to meet with some regularity. This phenomenon was repeated for all the patients in group therapy.

Declared evolution, measured by means of a dimension of the SF-36, showed an increase in levels of poor self-perceived health over time for the control group, maintenance of those levels in group therapy and maintenance in individual therapy, although with better results. It is surprising that the assessment made by subjects over time was more positive than it was post-intervention.

If anxiety is analysed as a dependent variable, we see that there was a large improvement, which was statistically significant for the patients assigned to interventions, regardless of the form of intervention. The superiority of individual interventions over group therapy is not so clearly demonstrated in this regard; they were practically the same. The same can be said for depressive symptoms associated with the disorder.

The clinical impressions made on the evaluators showed that they appreciated an increase in levels of greater acuteness over time for the control group, maintenance of those levels in group therapy and a clear reduction in individual therapy. With regard to the perception of improvement or evolution observed in patients, there were a large number of subjects in the control group with no change, even at post-intervention, 6 months and 12 months follow-up. The individual and group therapy groups were observed to have a significant reduction in subjects with no change in favour of the “better” categories. This was more pronounced in the individual therapy group, although this trend was not maintained at 12 months. If we consider the “somewhat better” and “much better” categories to be those representing the significant changes observed in the subjects’ health, we see how these categories are reduced in the control group and tend to disappear, there is an increase in the group therapy group after treatment which is maintained at the point reached, while subjects assigned to individual therapy show a great increase that decreases after post-treatment. However, there is an increase in the no change category, which leads us to believe that the patients who improved notably after the intervention maintained those improvements.

## **IV.2.- STUDY STRENGTHS**

- No study to date has compared the two intervention types. Until now, either one intervention or the other has been compared to patients on a waiting list, with conventional treatment and/or Smith’s approach (Kroenke and Swindle 2000; Allen, Escobar, Lehrer, Gara and Woolfolk 2002; Sumathipala 2007; Kleinstauber, Witthoft and Hiller 2011). In the light of the results presented in our study, we can state that by applying

the same therapy protocol, individual intervention is more effective than group intervention.

- However, while studies evaluating the effectiveness of individual cognitive behavioural therapy predominate, very few studies have used group therapy to verify the effectiveness of CBT in somatizing patients (Kroenke and Swindle 2000; Allen, Escobar, Lehrer, Gara and Woolfolk 2002; Sumathipala 2007; Kleinstauber, Witthoft and Hiller 2011).

Of these studies, the intervention manual was not published in several cases (Hellman CJ, Budd M, Borysenko J, McClelland DC and H. 1990; Kashner, Rost, Cohen, Anderson and Smith 1995), while others (Lidbeck 1997) barely provide an outline of the contents covered in the sessions. Hellman's study ((Hellman CJ, Budd M, Borysenko J, McClelland DC and H. 1990) shows group therapy to be effective for the reduction of symptoms, anxiety and visits to doctors. It involved 42 subjects in 6 CBT sessions (cognitive therapy and relaxation techniques) of 90 minutes in duration with follow up at 6 months. The other study (Kashner, Rost, Cohen, Anderson and Smith 1995), of which we are unfamiliar with the protocol, was made with 70 subjects under group CBT over eight 2-hour sessions. Patients improved their physical functioning and mental health. As we have no detailed record of what was done in those sessions, we are unable to draw comparisons between the lines of research in order to draw conclusions on the commonalities and/or differences in the results obtained. This has a bearing on a very important aspect of our study. Any researcher can replicate our protocol in order to study it in depth or to improve it, which would assist in generating scientific knowledge. Lidbeck's study (Lidbeck 1997; Lidbeck 2003) had 32 subjects undergo group therapy with a control group taken from a waiting list. The therapy consisted of eight 3-hour sessions. Some of the contents of their intervention programme that was specific to stress management coincided with our protocol, such as the sessions on lifestyle, physiology of relaxation and an explanatory model dealing with stress and analysis of irrational thinking. Follow-up was made at 18 months. They achieved a reduction in visits to the doctor and good results in relation with illness



behaviour, an aspect reflected in our case in physical functioning. However, as in our case, they did not achieve any results for emotional functioning. The difference is that our study achieved significant improvements in anxiety and depression, which their study was unable to do.

- An interesting aspect derived from our study and one that will require greater investigation is related to the somatizing patients' illness behaviour during the treatment process. Few studies report the degree of satisfaction these patients have with the treatment.

The subjective perception of illness is the result of psychological, psychosocial, physiological and cultural factors, regardless of the genetic, physiological or biological bases of disease (Osterweis, Kleinman and Mechanic 1987). The behaviour of the individual who repeatedly seeks medical assistance is characterized by self-perception, the definition and ideas and beliefs sustained by individuals of what is happening to their bodies (Di Silvestre 1998). Mechanic and Volkart (Mechanic and Volkart 1960) define "illness behaviour" as "the ways in which given symptoms may be differentially perceived, evaluated, and acted (or not acted) upon by different kinds of people". The same illness can cause different subjective reactions and functional difficulties (Barsky 1979; Katon and Dengerink 1983). This would correspond to our results. The patients who underwent intervention reported having developed favourably because of the treatment, whereas the controls continued with a negative perception of their own evolution, as was expected.

Seeking medical help, which is the result of the experience of illness behaviour, is the last stage of the overall process of the subjective experience of illness. This process begins with a perception of the changes in bodily functions; there is a realization that something is happening in an unfamiliar way and this is interpreted in accordance with the reference for individual functioning (Osterweis, Kleinman and Mechanic 1987). In this cognitive processing, bodily symptoms are interpreted and the individual attributes special significance to them

(McHugh and Vallis 1985). The interpretation and significance the individual attributes to symptoms or distress are influenced by different variables such as previous personal experiences with the symptom, experiences by family members or significant others, learned models, beliefs and social norms. Not only do all these factors influence the perception held by individuals, but, at the same time, they also mould how their subsequent reactions to the symptoms as the result of cognitive processing. Hence, the multi-componential nature of the intervention protocol used in our work, which includes sessions that work on the explanatory model of the illness, symptom interpretation, relationships with significant others – present in one third of sessions – and other psychosocial aspects that complement the programme.

By means of the patients' declared evolution (Item 2 from SF-36 questionnaire, a 5-point Likert-type scale) in our study, we found that the proportion of patients in the control group with a worse perception of their health increased to more than 60% over time. However, the clinical evaluator did not observe this worsening in the control group and scored more than 50% of these subjects as unchanged. Of the subjects who underwent individual therapy, 60% saw themselves as much better during follow-up period, 25% of them felt the same and 15% of them reported worsening. The clinical evaluator coincided with these improvements, considering that 60% had improved after treatment. This proportion maintained this feeling during follow-up. If we add the subjects who felt somewhat better to this group, the proportion rises to 90% of these patients. Approximately 10% of subjects were reported to have worsened, a similar figure to the patients' self-perception. We could say that there is a good fit in this group between the subjects' self-perceived evolution and that appreciated by clinicians. Finally, the percentage of group therapy patients who felt worse was reduced over time from 45% to 30%. Barely 30% of subjects in this group reported feeling better after the treatment, a proportion that maintained this perception over time. The clinicians partially coincided with this perception. They considered that about 30% of the patients were unchanged by the intervention. They

observed that about 30% benefited greatly from this treatment and added another 20% who benefited at least slightly. This would mean that the proportion of patients who were able to improve with therapy, according to the clinicians, was 50-60%.

Kleinman (Kleinman 1982) introduced the term “explanatory model” in reference to the ideas and beliefs concerning illness and to the treatment employed by those involved in the clinical process. Explanatory models provide explanations for the aetiology of an illness, the natural course it takes and the way its symptoms begin to manifest themselves, the pathophysiological processes involved, the natural history of the illness, its severity and the proper treatment to deal with the condition (Helman 1984). The non-professional’s explanatory model bears no relation to the clinician’s explanatory model: the former is vague and with multiple meanings; it is not permanent and it combines past experiences with ideas. The latter, however, is based on science: it only changes with evidence and it is constantly being contrasted with new evidence.

Just as the subjective realization of the illness experience takes place in a specific social framework, there should be agreement between the subject’s perception and the perceptions and definitions of the people who in the subject’s environment: which signs or symptoms are considered normal and which are not socially defined, and their interpretation. Becoming ill is a social process; it implies social labelling of a person’s status that allows him to behave like an ill individual.

The concepts of “illness behaviour” and “medically evaluated illness” are important components in the health context that are not always contingent: there may be medical evidence of an illness, but the patient feels well and does not take medical advice or prescriptions into account and continues to carry out his normal activities. This is what Helman (Helman 1984) termed “disease without illness”, where examinations find organic anomalies, but the patient does not feel “ill”. When the latter is the case, medical treatment is not successful owing to the differences between the medical approach and the patient’s subjective model

regarding what is happening to him. On the other hand, it is possible to find “illness without disease”, which is the condition of the somatizer. The discrepancy between the subjective perception of illness and its medical evaluation can cause a lack of commitment, abandoning of treatment or recurrent visits to a medical practice everytime the patient is dissatisfied with the treatment, even when the doctor has wanted to assure him (Di Silvestre 1998).

In the light of our results, we can state that patients who followed treatment where a whole session was dedicated to the role of illness and the role of the patient, etc. achieved greater accuracy for self-assessment with relation to their conditions, and managed to adjust these perceptions even more when they coincided with the evaluation of a clinician, enabling them to act differently in dealing with the ailments that accompany them as the result of their disorder.

### **IV.3.- STUDY LIMITATIONS**

- The trial conducted in this study, as in others (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara and Hamer 2006; Escobar, Gara et al. 2007), demonstrates that psychosocial interventions can work, but it is necessary to examine how the gains achieved can be maintained after therapy.
- This study was conducted at outpatient level, not in the professional framework of primary care.
- It has been observed in a number of studies (Kroenke and Swindle 2000) that importance is given to the practitioner applying the therapy. It has been shown (Kleinstauber, Witthoft and Hiller 2011) that when CBT is applied by a practitioner from outside of the sphere of mental health, results do not seem to be as guaranteed effective as they are when it is applied by a psychologist or psychiatrist. This variable was beyond our control and skewed our study, as all the therapists were highly experienced psychologists trained in psychotherapy. It would be interesting to research this subject in greater depth and to see what would happen if the protocol were applied by nurses, social workers or

primary care general practitioners. This research would have great practical value.

- The initially estimated sample calculation was not achieved.
- Important variables associated with costs to the health system were not evaluated. This currently forms part of a second project that follows on from this one.
- Group processes were not controlled, nor was any group dynamics that may have affected the effectiveness of the therapy. The intervention protocol was not adapted to those processes. Its purpose was to verify whether the same protocol could be used simultaneously for several patients, thus making the treatment more cost effective.
- The expectations held by the subjects regarding the therapy or their belief in the intervention were not evaluated. This would have allowed non-specific factors related to the therapy to have been controlled.
- Another limitation lies in the treatment format and the type of therapeutic relations that were established. The demonstrated effectiveness of common factors such as therapeutic alliance, cohesion in group therapy, empathy and the search for consensus and collaboration is known. We know that the therapeutic alliances contribute substantially and consistently to the results of psychotherapy regardless of the specific type of treatment. However, to date, there is no sufficient evidence available that would allow the assumption to be made that therapeutic alliance works identically in all types of psychotherapy or with all patients. The emotional and relational quality of the bond between patient and therapist is an essential part of the success of the psychotherapy process (Lambert and Barley 2001), but estimating its effect is no simple matter.

#### **IV.4.- LINES OF IMPROVEMENT AND PROSPECTS**

There is a need to undertake more in-depth study of the explanatory factors for the failure of group therapy, to control them and to replicate the study, given that it is a cost-effective form of treatment by definition. Future

research should attempt to use more complex and systemized designs in order to assess the components of psychotherapy, so that explanations can be obtained as to why things that should work *a priori* in fact do not work.

Preliminary evidence prior to this study suggest that, aside from benefiting patients with improvements in symptoms, these interventions can also reduce the excessive use of health services by these patients. Additional and complementary research on the cost-effectiveness of this study is presently being carried out by the same research team presenting these results.

One aspect in which our study coincides with the study by Lidbeck (Lidbeck 1997) is that of feedback provided by patients. Lidbeck's study surveyed patients to evaluate their satisfaction with the therapy and we asked patients during follow-up what had been most useful for them. Both studies coincided on one point: close to 95% of the patients in Lidbeck's study reported that they had benefited from relaxation techniques; our patients showed that they had preferred relaxation techniques by far over the others.

This leads us to propose that the psychophysiological part of the protocol should be revised. These types of techniques are better accepted by these patients than purely cognitive ones, given that these patients tend to believe that the problem is located in their body, not in their mind (Bridges, Goldberg, Evans and Sharpe 1991; Kirmayer and Robbins 1996; Wickramasekera, Kolm, Pope and Turner 1998; Wickramasekera 1999). Studies have already been published that work along these lines (Katsamanis, Lehrer, Escobar, Gara, Kotay and Liu 2011). This study argues that more visible progress would be achieved than with CBT, as these techniques would overcome the initial resistance by these patients to believe that their problem has a psychological base, and they would therefore achieve greater adherence and acceptance of further treatment. We believe that these techniques would give patients certain control over some symptoms, which would create a noticeable perception of control over the illness in the patient, in addition to relief. Consequently, a very important underlying aim would be accomplished for these types of disorders.

This point and the fact that desirable results were not obtained for the modification of catastrophization in these patients lead us to think that it would

be advisable to base our work on other recently published studies (Garcia-Campayo, Serrano-Blanco et al. 2009) by modifying the design of the cognitive part of the intervention in order to make these interventions more specific to the cognitive constructs that have been shown to influence these disorders.





## ***V.- CONCLUSIONS***



The results obtained in the study allowed the following conclusions to be drawn:

1. Irrespective of the type that is followed, cognitive behavioural therapy is superior to no intervention at all.
2. Cognitive behaviour therapy is effective for the relief of somatization, reducing both the number of somatic symptoms, particularly those affecting the cardiopulmonary system, and their intensity.
3. Cognitive behaviour therapy is shown to be effective in improving patients' physical quality of life: they are seen to be less limited for physical activities of daily life; their health creates less interference in their habitual occupations; they perceive pain and its effects on their daily lives to be less intense; and they have a more positive outlook on their state of health. The subjects are aware of these improvements.
4. Cognitive behaviour therapy is shown to be effective in reducing the symptoms related to anxiety and depression.
5. Individual cognitive behaviour therapy is superior to group cognitive behaviour therapy. Individual therapy obtains better results; it achieves greater changes post-treatment and manages to stabilize them over time, both in relation to main and secondary variables. As many as 60% of the subjects assigned to this intervention benefited from it.
6. However, it appears that cognitive behaviour therapy does not achieve very stable results in changing cognitive aspects related to the catastrophization associated with symptoms. It is very effective post-treatment, but those results are not maintained throughout the follow-up period.
7. Likewise, the results for cognitive behaviour therapy with regard to emotional quality of life do not appear to be very conclusive. Individual cognitive behaviour therapy is shown to be effective in improving quality of life for patients in relation to the interference that

symptoms cause in their social lives and to reduce the degree in which emotional problems affect their daily activities. However, it does not improve the individuals' feeling of energy and/or vitality. Group cognitive behaviour therapy does not appear to contribute anything in relation to these variables.

## ***VI.- BIBLIOGRAFÍA***



- Aaron, L. and D. Buchwald. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med.* 2001 May;134(9 Pt 2):868-881.
- Aaron, L. A., L. A. Bradley, et al. Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia. Associations with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis Rheum.* 1997 Mar;40(3):453-460.
- Affleck, G., S. Urrows, et al. Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with FM. *Pain.* 1996;68:5.
- Aiarzaguena, J. M., G. Grandes, et al. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med.* 2007 2007 Feb (Epub 2006 Dec;37(2):283-294.
- Alexander, F. *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications.* 2nd ed. editor^editors. New York; London: Norton; 1987.
- Alonso, J., L. Prieto, et al. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica.* 1995;104:5.
- Allen, L. A., J. I. Escobar, et al. Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosom Med.* 2002 Nov-Dec;64(6):939-950.
- Allen, L. A., M. A. Gara, et al. Somatization: a debilitating syndrome in primary care. *Psychosomatics.* 2001 2001;42(1):63-67.
- Allen, L. A., R. L. Woolfolk, et al. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2006 2006 Jul;166(14):1512-1518.

- Allen, L. A., R. L. Woolfolk, et al. Cognitive behavior therapy for somatization disorder: a preliminary investigation. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2001 2001;32(2):53-62.
- Arnold, L., P. J. Keck, et al. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics*. 2000 2000 Mar-Apr;41(2):104-113.
- Arnold, L., Y. Lu, et al. A double-blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. *Arthritis Rheum*. 2004 Sep;50(9):2974-2984.
- Avia, M. D. Hipocondría. ed. editor^editors. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
- Avila, L. A. and M. Winston. Georg Groddeck: Originality and Exclusion. *History of Psychiatry*. 2003;14(1):83-101.
- Bair, M., R. Robinson, et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003 Nov;163(20):2433-2445.
- Barsky, A. J., 3rd. Patients who amplify bodily sensations. *Ann Intern Med*. 1979 Jul;91(1):63-70.
- Barsky, A. J. and J. F. Borus. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med*. 1999 Jun 1;130(11):910-921.
- Barsky, A. J., G. Wyshak, et al. Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Feb;49(2):101-108.
- Bass, C. and M. Murphy. Somatisation disorder in a British teaching hospital. *Br J Clin Pract*. 1991 Winter;45(4):237-244.
- Beck, A. *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. ed. editor^editors. New York: International University Press; 1976.
- Bech, P. *Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life*. ed. S.-V. B. Heidelberg, editor^editors. New York: 1993.



- Beesdo, K., J. Hartford, et al. The short- and long-term effect of duloxetine on painful physical symptoms in patients with generalized anxiety disorder: results from three clinical trials. *J Anxiety Disord.* 2009 Dec;23(8):1064-1071.
- Beneke, M. Methodological investigations of the Hamilton Anxiety Scale. *Pharmacopsychiatry.* 1987 Nov;20(6):249-255.
- Bernstein, D. A. and C. R. Carlson. Progressive relaxation: Abbreviated methods. In: Lehrer and Woolfolk, editor.^editors. Principles and practice of stress management. ed. New York: Guilford Press; 1993. p.
- Birket-Smith, M. and E. Mortensen. Pain in somatoform disorders: is somatoform pain disorder a valid diagnosis? *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Aug;106(2):103-108.
- Blakely, A. A., R. C. Howard, et al. Psychiatric symptoms, personality and ways of coping in chronic fatigue syndrome. *Psychol Med.* 1991 May;21(2):347-362.
- Blanchard, E., B. Greene, et al. Relaxation training as a treatment for irritable bowel syndrome. *Biofeedback Self Regul.* 1993 Sep;18(3):125-132.
- Blankenstein, N. Somatising patients in general practice, reattribution, a promising approach. . ed. editor^editors.: Amsterdam: Ipskamp; 2001.
- Bleichhardt G, Timmer B, et al. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms - a randomised controlled trial in tertiary care. *J Psychosom Res.* 2004;56:5.
- Bootzin, R. R. and S. P. Rider. Behavioral techniques and biofeedback for insomnia. In: P. a. Orr, editor.^editors. Understanding sleep: the evaluation and treatment of sleep disorders. ed. Washington DC: American Psychological association; 1997. p.

- Boss, J. M. The seventeenth-century transformation of the hysteric affection, and Sydenham's Baconian medicine. *Psychol Med.* 1979 May;9(2):221-234.
- Bridges, K., D. Goldberg, et al. Determinants of somatization in primary care. *Psychol Med.* 1991 May;21(2):473-483.
- Brown, R. J., A. Schrag, et al. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *Am J Psychiatry.* 2005 2005;162(5):899-905.
- Burckhardt, C. S. and A. Bjelle. Perceived control: a comparison of women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus using a Swedish version of the Rheumatology Attitudes Index. *Scand J Rheumatol.* 1996;25(5):300-306.
- Burton, C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract.* 2003 Mar;53(488):231-239.
- Caballero-Plasencia, A. M., S. Sofos-Kontoyannis, et al. Irritable bowel syndrome in patients with dyspepsia: a community-based study in southern Europe. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1999 May;11(5):517-522.
- Camilleri, M. and M. G. Choi. Review article: irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 1997 Feb;11(1):3-15.
- Canino, G., H. Bird, et al. The epidemiology of mental disorders in the adult population of Puerto Rico. *P R Health Sci J.* 1997 1997;16(2):117-124.
- Carette, S., M. Bell, et al. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind clinical trial. *Arthritis Rheum.* 1994 Jan;37(1):32-40.
- Clark, D., P. Salkovskis, et al. Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 1998 Sep;173:218-225.

- Clark, S., E. Tindall, et al. A double blind crossover trial of prednisone versus placebo in the treatment of fibrositis. *J Rheumatol.* 1985 Oct;12(5):980-983.
- Clarke, D. M. and G. C. Smith. Consultation-liaison psychiatry in general medical units. *Aust N Z J Psychiatry.* 1995 1995;29(3):424-432.
- Corruble, E. and J. D. Guelfi. Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology.* 2000 Nov-Dec;33(6):307-309.
- Craig, T. K. J., A. D. Cox, et al. Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychol Med.* 2002 2002;32(5):805-816.
- Creed, F. and A. Barsky. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004 Apr;56(4):391-408.
- Creed, F., L. Fernandes, et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2003 Feb;124(2):303-317.
- Crofford, L., M. Rowbotham, et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2005 Apr;52(4):1264-1273.
- De Gucht, V. and B. Fischler. Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics.* 2002 2002;43(1):1-9.
- de Waal, M., I. Arnold, et al. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry.* 2004 Jun;184:470-476.
- Deary, I. A taxonomy of medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res.* 1999 Jul;47(1):51-59.

- Di Silvestre, C. Somatización y percepción subjetiva de enfermedad. Cinta de Moebio. Revista electrónica de epistemología en ciencias sociales. 1998;4.
- Dickinson, W. P., L. M. Dickinson, et al. The somatization in primary care study: a tale of three diagnoses. Gen Hosp Psychiatry. 2003 2003;25(1):1-7.
- Dongier, M. Briquet and Briquet's syndrome viewed from France. Can J Psychiatry. 1983 Oct;28(6):422-427.
- Drossman, D. A., J. Leserman, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. Ann Intern Med. 1990 Dec 1;113(11):828-833.
- Engel, C. Explanatory and pragmatic perspectives regarding idiopathic physical symptoms and related syndromes. CNS Spectr. 2006 Mar;11(3):225-232.
- Epstein, R. M., T. E. Quill, et al. Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. Arch Intern Med. 1999 1999 Feb;159(3):215-222.
- Escobar, J. and M. Gara. DSM-IV somatoform disorders: do we need a new classification? Gen Hosp Psychiatry. 1999 1999 May-Jun;21(3):154-156.
- Escobar, J., M. Gara, et al. Somatisation disorder in primary care. Br J Psychiatry. 1998 Sep;173:262-266.
- Escobar, J., A. Interian, et al. Idiopathic physical symptoms: a common manifestation of psychiatric disorders in primary care. CNS Spectr. 2006 Mar;11(3):201-210.
- Escobar, J., M. Rubio-Stipec, et al. Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. J Nerv Ment Dis. 1989 Mar;177(3):140-146.

- Escobar, J. I., M. A. Burnam, et al. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Aug;44(8):713-718.
- Escobar, J. I., G. Canino, et al. Somatic symptoms after a natural disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 1992 Jul;149(7):965-967.
- Escobar, J. I., M. Gara, et al. DSM-IV hypochondriasis in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998 1998;20(3):155-159.
- Escobar, J. I., M. A. Gara, et al. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Ann Fam Med*. 2007 Jul-Aug;5(4):328-335.
- Escobar, J. I., M. Rubio-Stipec, et al. Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis*. 1989 Mar;177(3):140-146.
- Escobar, J. I., H. Waitzkin, et al. Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosom Med*. 1998 1998;60(4):466-472.
- Fava, G., H. Freyberger, et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom*. 1995;63(1):1-8.
- Feighner, J. P., E. Robins, et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*. 1972 Jan;26(1):57-63.
- Ferraccioli, G., L. Ghirelli, et al. EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 1987 Aug;14(4):820-825.
- Fink, P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients *Journal of Psychosomatic Research*. 1992;36:8.
- Fink, P. Somatization--beyond symptom count. *J Psychosom Res*. 1996 1996;40(1):7-10.

- Fink, P., E. Ørnbøl, et al. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2004 Sep;161(9):1680-1691.
- Fink, P., E. ornbol, et al. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2004 2004;161(9):1680-1691.
- Fink, P., M. Rosendal, et al. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005 2005;39(9):772-781.
- First, M., H. Pincus, et al. Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2004 Jun;161(6):946-954.
- Fors, E., H. Sexton, et al. The effect of guided imagery and amitriptyline on daily fibromyalgia pain: a prospective, randomized, controlled trial. *J Psychiatr Res*. 2002 2002 May-Jun;36(3):179-187.
- Fried, R. The role of respiration in stress and stress control: Toward a theory of stress as hypoxic phenomenon. . In: P. M. Lehrer and R. Woolfolk, editor.^editors. *Principles and practice of stress management*. ed. New York: Guilford Press; 1993. p. 301-331.
- Fulcher, K. and P. White. Randomised controlled trial of graded exercise in patients with the chronic fatigue syndrome. *BMJ*. 1997 Jun;314(7095):1647-1652.
- Galovski, T. and E. Blanchard. The treatment of irritable bowel syndrome with hypnotherapy. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 1998 Dec;23(4):219-232.
- Gara, M., R. Silver, et al. A hierarchical classes analysis (HICLAS) of primary care patients with medically unexplained somatic symptoms. *Psychiatry Res*. 1998 Oct;81(1):77-86.
- García-Campayo, J. Fenómenos de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento. *Rev. esp. sanid. penit*. 2007;9(3):7.

- García-Campayo J, Campos R, et al. GMPPZ. Somatisation in primary care in Spain. II. Differences between somatisers and psychologisers. *British Journal of Psychiatry* 1996;168:5.
- García-Campayo J, Claraco LM, et al. Somatoform disorders unit. The Spanish model. *Psychiatric Networks* 1999;2:11.
- García-Campayo J, Larrubia J, et al. GMPPZ. Attribution in somatisers: stability and relationship to outcome at 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95:5.
- García-Campayo, J., L. M. Claraco, et al. Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002 Mar-Apr;24(2):101-105.
- García-Campayo, J., A. Lobo, et al. Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. *J Nerv Ment Dis*. 1998 1998;186(9):554-560.
- García-Campayo, J. and C. Sanz-Carrillo. A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29(3):337-345.
- García-Campayo, J. and C. Sanz-Carrillo. New indices for transcultural comparisons in somatization. *Can J Psychiatry*. 2000 2000;45(2):199.
- García-Campayo, J. and C. Sanz-Carrillo. Efectividad de la psicoterapia analítica grupal en enfermos somatizadores. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2000;28:11.
- García-Campayo, J., C. Sanz-Carrillo, et al. Somatization and family: Intervention of the primary care physician. *Aten Primaria*. 1998 1998 May;21(8):545-552.
- García-Campayo, J., A. Serrano-Blanco, et al. Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of catastrophization in

patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Trials*. 2009  
2009 Apr;10:24.

Garcia-Campayo, J. J., C. Sanz-Carrillo, et al. Screening of somatization disorder: validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza test. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 1996;94(6):411-415.

Garcia Campayo, J., B. Rodero, et al. [Validation of the Spanish version of the Pain Catastrophizing Scale in fibromyalgia]. *Med Clin (Barc)*. 2008 Oct 18;131(13):487-492.

Gendreau, R., M. Thorn, et al. Efficacy of milnacipran in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2005 Oct;32(10):1975-1985.

Gili, M. (2006) "Trastornos Mentales e hiperfrecuentación en Atención Primaria." [Infocop online](#).

Golding, J. M. Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. *Health Psychol*. 1994 Mar;13(2):130-138.

Greene, B. and E. Blanchard. Cognitive therapy for irritable bowel syndrome. *J Consult Clin Psychol*. 1994 Jun;62(3):576-582.

Groddeck, G., Ed. The Meaning of Illness: Selected Psychoanalytic Writings Including his Correspondence with Sigmund Freud. The International Psycho-Analytical Library (1977).

Gureje, O. and G. Simon. The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med*. 1999 May;29(3):669-676.

Gureje, O., G. Simon, et al. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997 Jul;154(7):989-995.

Gureje, O. and G. E. Simon. The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med*. 1999 1999;29(3):669-676.



- Gureje, O., G. E. Simon, et al. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997 1997;154(7):989-995.
- Guthrie, E., F. Creed, et al. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1991 Feb;100(2):450-457.
- Guy, W., Ed. Clinical global impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. (1976). National Institute of Mental Health.
- Guze, S. B. The diagnosis of hysteria: what are we trying to do? *Am J Psychiatry*. 1967 Oct;124(4):491-498.
- Guze, S. B. and M. J. Perley. Observations on the natural history of hysteria. *Am J Psychiatry*. 1963 Apr;119:960-965.
- Guze, S. B., R. A. Woodruff, Jr., et al. Sex, age, and the diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome). *Am J Psychiatry*. 1972 Dec;129(6):745-748.
- Haanen, H., H. Hoenderdos, et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1991 Jan;18(1):72-75.
- Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*. 1959;32:5.
- Hamilton, M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960 Feb;23:56-62.
- Hamilton, M. Development of a rating scale for primary depressive illness *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;6:18.
- Han, C., C.-U. Pae, et al. Venlafaxine versus mirtazapine in the treatment of undifferentiated somatoform disorder: a 12-week prospective, open-label, randomized, parallel-group trial. *Clin Drug Investig*. 2008 2008;28(4):251-261.
- Han, C., C.-U. Pae, et al. Fluoxetine versus sertraline in the treatment of patients with undifferentiated somatoform disorder: a randomized, open-

- label, 12-week, parallel-group trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008 Feb 15 (Epub 2007 Sep;32(2):437-444.
- Harber, V. and J. Sutton. Endorphins and exercise. *Sports Med*. 1984 Mar-Apr;1(2):154-171.
- Harrop-Griffiths, J., W. Katon, et al. The association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses, and childhood sexual abuse. *Obstet Gynecol*. 1988 Apr;71(4):589-594.
- Harter, M., H. Baumeister, et al. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom*. 2007;76(6):354-360.
- Helman, C. *Culture, Health and Illness*. ed. editor^editors. USA: John Wright & Sons Ltd.; 1984.
- Hellman CJ, Budd M, et al. A study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaints. *Behavioral Medicine*. 1990;16(4):8.
- Hiller, W. and W. Rief. Why DSM-III was right to introduce the concept of somatoform disorders. *Psychosomatics*. 2005 Mar-Apr;46(2):105-108.
- Hobbis, I. C., G. Turpin, et al. A re-examination of the relationship between abuse experience and functional bowel disorders. *Scand J Gastroenterol*. 2002 Apr;37(4):423-430.
- Hotopf, M., R. Mayou, et al. Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. Results from a national birth cohort. *Br J Psychiatry*. 1998 Sep;173:255-261.
- House, W. C., L. Pendleton, et al. Patients' versus physicians' attributions of reasons for diabetic patients' noncompliance with diet. *Diabetes Care*. 1986;9.

- Hudson, J. I., L. M. Arnold, et al. Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biol Psychiatry*. 2004 Dec 1;56(11):884-891.
- Interian, A., M. Gara, et al. The value of pseudoneurological symptoms for assessing psychopathology in primary care. *Psychosom Med*. 2004 2004 Jan-Feb;66(1):141-146.
- Interian, A., M. A. Gara, et al. The value of pseudoneurological symptoms for assessing psychopathology in primary care. *Psychosom Med*. 2004 2004;66(1):141-146.
- Jackson, J., M. Fiddler, et al. Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res*. 2006 2006;60(4):357-363.
- Jackson, J., P. O'Malley, et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med*. 2000 Jan;108(1):65-72.
- Jackson, J. and M. Passamonti. The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *J Gen Intern Med*. 2005 Nov;20(11):1032-1037.
- Jacobson, E., Ed. Progressive Relaxation. (1938). Chicago, University of Chicago Press.
- Jailwala, J., T. Imperiale, et al. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med*. 2000 Jul;133(2):136-147.
- Jason, L. A., J. A. Richman, et al. A community-based study of chronic fatigue syndrome. *Arch Intern Med*. 1999 Oct 11;159(18):2129-2137.
- Jason, L. A., L. Wagner, et al. Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome among nurses. *Am J Med*. 1998 Sep 28;105(3A):91S-93S.

- Kapoor, W. N., M. Fortunato, et al. Psychiatric illnesses in patients with syncope. *Am J Med.* 1995 1995;99(5):505-512.
- Kashner, T. M., K. Rost, et al. Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics.* 1995 1995;36(5):462-470.
- Katon, W. and H. Dengerink. Somatization in Primary Health Care. In: J. E. C. P. D and H. Dengerink, editor.^editors. *Behavioral Science in the Practice of Medicine.* ed. Netherlands: Elsevier Science Publishing Co. Inc.; 1983. p.
- Katon, W., E. Lin, et al. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007 2007 Mar-Apr;29(2):147-155.
- Katon, W., E. Lin, et al. Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry.* 1991 Jan;148(1):34-40.
- Katon, W., M. Sullivan, et al. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med.* 2001 May;134(9 Pt 2):917-925.
- Katsamanis, M., P. M. Lehrer, et al. Psychophysiologic treatment for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychosomatics.* 2011 May-Jun;52(3):218-229.
- Kellner, R., A. V. Kelly, et al. The assessment of changes in anxiety in a drug trial: a comparison of methods. *Br J Psychiatry.* 1968 Jul;114(512):863-869.
- Kent, D. A., K. Tomasson, et al. Course and outcome of conversion and somatization disorders. A four-year follow-up. *Psychosomatics.* 1995 1995;36(2):138-144.

- King, S., J. Wessel, et al. The effects of exercise and education, individually or combined, in women with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2002 Dec;29(12):2620-2627.
- Kirmayer, L. J. and J. M. Robbins. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis.* 1991 Nov;179(11):647-655.
- Kirmayer, L. J. and J. M. Robbins. Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychol Med.* 1996 1996;26(5):937-951.
- Kisely, S., D. Goldberg, et al. A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med.* 1997 Sep;27(5):1011-1019.
- Klein, K. Controlled treatment trials in the irritable bowel syndrome: a critique. *Gastroenterology.* 1988 Jul;95(1):232-241.
- Kleinman, A. Neurasthenia and Depression: A Study of Somatization and Culture in China. *Cult Med Psychiatry* 1982;6:73.
- Kleinstauber, M., M. Witthoft, et al. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2011 Feb;31(1):146-160.
- Kobak, K. A., J. H. Greist, et al. Computerised assessment of depression in the medically ill. *Br J Psychiatry.* 1993 May;162:709-710.
- Kroenke, K. Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *J Psychosom Res.* 2006 2006;60(4):335-339.
- Kroenke, K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med.* 2007 2007;69(9):881-888.

- Kroenke, K., N. Messina, 3rd, et al. Venlafaxine extended release in the short-term treatment of depressed and anxious primary care patients with multisomatoform disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006 2006;67(1):72-80.
- Kroenke, K. and J. Rosmalen. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am*. 2006 Jul;90(4):603-626.
- Kroenke, K. and J. G. M. Rosmalen. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am*. 2006 2006;90(4):603-626.
- Kroenke, K., R. Spitzer, et al. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Apr;54(4):352-358.
- Kroenke, K., R. Spitzer, et al. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*. 1998 1998 May-Jun;39(3):263-272.
- Kroenke, K., R. Spitzer, et al. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002 2002 Mar-Apr;64(2):258-266.
- Kroenke, K., R. Spitzer, et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med*. 1994 Sep;3(9):774-779.
- Kroenke, K., R. L. Spitzer, et al. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 1997;54(4):352-358.
- Kroenke, K., R. L. Spitzer, et al. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*. 1998 1998;39(3):263-272.

- Kroenke, K. and R. Swindle. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom.* 2000 2000;69(4):205-215.
- Labott, S. M., R. C. Preisman, et al. Screening for somatizing patients in the pulmonary subspecialty clinic. *Psychosomatics.* 1996 1996;37(4):327-338.
- Lackner, J. M., G. D. Gudleski, et al. Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients. *Behav Res Ther.* 2004 2004;42(1):41-56.
- Lambert, M. J. and D. E. Barley. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2001;38(4):4.
- Leiknes, K., A. Finset, et al. Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. *J Psychosom Res.* 2006 Aug;61(2):169-179.
- Leiknes, K. A., A. Finset, et al. Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. *J Psychosom Res.* 2006 2006;61(2):169-179.
- Levenson, J. L. A rose by any other name is still a rose. *J Psychosom Res.* 2006 2006;60(4):325-326.
- Lidbeck, J. Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatr Scand.* 1997 1997;96(1):14-24.
- Lidbeck, J. Group therapy for somatization disorders in primary care: maintenance of treatment goals of short cognitive-behavioural treatment one-and-a-half-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 2003 2003;107(6):449-456.

- Lieb, R., P. Zimmermann, et al. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry*. 2002;17(6):321-331.
- Linton, S. J. Chronic back pain: integrating psychological and physical therapy--an overview. *Behav Med*. 1994 Fall;20(3):101-104.
- Lipowski, Z. J. Linking mental and medical health care: an unfinished task. *Psychosomatics*. 1988 Summer;29(3):249-253.
- Lipowski, Z. J. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988 Nov;145(11):1358-1368.
- Liu, G., M. Clark, et al. Structural factor analyses for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *Psychol Med*. 1997 May;27(3):617-626.
- Lobo, A. Escala de Impresión Global Clínica. *Medicina Clínica*. 2002;118(13):6.
- Lobo A, García-Campayo J, et al. GMPPZ. Somatisation in primary care in Spain. I. Estimates of prevalence and clinical characteristics. *British Journal of Psychiatry* 1996;168:168.
- Lobo, A., R. Campos, et al. A new interview for the multi-axial assessment of psychiatric morbidity in medical settings. *Psychol Med*. 1993 May;23(2):505-510.
- Looper, K. J. and L. J. Kirmayer. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(3):810-827.
- Lou Arnal, S. and R. Magallón Botaya. Estudio epidemiológico en salud mental en una zona de salud. *Atención Primaria*. 1990;7:5.
- Lozano, Crespo, et al. [Open clinical study of the efficacy and safety of Halazepam in anxiety disorders]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1990 Jul-Aug;18(4):205-211.



- Lynch, D., A. McGrady, et al. Somatization in Family Practice: Comparing 5 Methods of Classification. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1999 Jun;1(3):85-89.
- Magallón Botaya, M. and S. A. Enfermedades en población anciana en población urbana aragonesa en relación con determinantes de salud. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1992;20(1):6.
- Magallón Botaya, M. and S. A. Psychiatric diseases in the elderly in an urban aragonesa population (spain) and their relación to health determinants. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1992;20:6.
- Magallon, R., M. Gili, et al. Cognitive-behaviour therapy for patients with Abridged Somatization Disorder (SSI 4,6) in primary care: a randomized, controlled study. *BMC Psychiatry*. 2008 2008 Jun;8:47.
- Mai, F. M. and H. Merskey. Briquet's Treatise on hysteria. A synopsis and commentary. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Dec;37(12):1401-1405.
- Maier, W., R. Buller, et al. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. 1988 Jan-Feb;14(1):61-68.
- Manning, A. P., W. G. Thompson, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J*. 1978 Sep 2;2(6138):653-654.
- Martin, A. and F. Jacobi. Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. *Psychosom Med*. 2006 2006 Sep-Oct;68(5):770-777.
- Martin, L., A. Nutting, et al. An exercise program in the treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1996 Jun;23(6):1050-1053.
- Martin, R. The somatoform conundrum: a question of nosological values. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 1999 May-Jun;21(3):177-186.
- Mayou, R., L. Kirmayer, et al. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2005 May;162(5):847-855.

- Mayou, R., J. Levenson, et al. Somatoform disorders in DSM-V. *Psychosomatics*. 2003 2003 Nov-Dec;44(6):449-451.
- McCain, G., D. Bell, et al. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1988 Sep;31(9):1135-1141.
- McCauley, J., D. E. Kern, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Jama*. 1997 1997 May;277(17):1362-1368.
- McHorney, C. A., J. E. Ware, Jr., et al. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care*. 1994 Jan;32(1):40-66.
- McHorney, C. A., J. E. Ware, Jr., et al. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993 Mar;31(3):247-263.
- McHugh, S. and M. Vallis. Illness Behaviour: Operationalization Of the Biopsychological Model. In: editor.^editors. *Illness Behaviour, A Multidisciplinary Model*. ed. New York: Plenum Press; 1985. p. 30.
- Mechanic, D. and E. Volkart. Illness Behavior and Medical Diagnoses. *J Health Hum Behav* 1960;1:8.
- Mengshoel, A., H. Komnaes, et al. The effects of 20 weeks of physical fitness training in female patients with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 1992 1992 Jul-Aug;10(4):345-349.
- Micale, M. S. On the "Disappearance" of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis. *Isis* 1993;84:30.
- Minor, M. Physical activity and management of arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*. 1991;13:117-124.

- Moldofsky, H., F. Lue, et al. The effect of zolpidem in patients with fibromyalgia: a dose ranging, double blind, placebo controlled, modified crossover study. *J Rheumatol.* 1996 Mar;23(3):529-533.
- Morin, C. *Insomnia: Psychological assessment and management.* ed. editor^editors. New York: Guilford Press; 1993.
- Morrison, J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *Am J Psychiatry.* 1989 Feb;146(2):239-241.
- Morriss, R., L. Gask, et al. Randomized trial of reattribution on psychosocial talk between doctors and patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med.* 2010 2010 Feb (Epub 2009 Jul;40(2):325-333.
- Morse, D. R. Stress: clarification of a confused concept. *Int J Psychosom.* 1995 1995;42(1-4):4-24.
- Muller, J., I. Wentzel, et al. Escitalopram in the treatment of multisomatoform disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol.* 2008 Jan;23(1):43-48.
- Müller, T., M. Mannel, et al. Treatment of somatoform disorders with St. John's wort: a randomized, double-blind and placebo-controlled trial. *Psychosom Med.* 2004 2004 Jul-Aug;66(4):538-547.
- Nezu A. M., C. M. Nezu, et al. Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms: A critical review of the treatment *Behavior Therapy.* 2001;32(3):46.
- Noyes, R., Jr., D. R. Langbehn, et al. Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics.* 2001 2001;42(4):320-329.
- O'Malley, P., E. Balden, et al. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2000 Sep;15(9):659-666.
- Osterweis, M., A. Kleinman, et al. *Illness Behavior and the Experience of Pain.* In: editor^editors. *Pain Disability.* ed. Washington: National Academy Press; 1987. p.

- Othmer, E. and C. A. DeSouza. A screening test for somatization disorder (hysteria). *American Journal of Psychiatry*. 1985;142:3.
- Palsson, O., M. Turner, et al. Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: investigation of mechanism and effects on symptoms. *Dig Dis Sci*. 2002 Nov;47(11):2605-2614.
- Parsons, T. Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1951;21:8.
- Payne, A. and E. Blanchard. A controlled comparison of cognitive therapy and self-help support groups in the treatment of irritable bowel syndrome. *Journal of Consultin and Clinical Psychology*. 1994;63:779-786.
- Perley, M. J. and S. B. Guze. Hysteria--the stability and usefulness of clinical criteria. A quantitative study based on a follow-up period of six to eight years in 39 patients. *N Engl J Med*. 1962 Mar 1;266:421-426.
- Pilowsky, I. Abnormal Illness behaviour. *British Journal of Psychiatry*. 1969;113:4.
- Powell, P., R. Bentall, et al. Randomised controlled trial of patient education to encourage graded exercise in chronic fatigue syndrome. *BMJ*. 2001 Feb;322(7283):387-390.
- Pribor, E. F., S. H. Yutzy, et al. Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. *Am J Psychiatry*. 1993 Oct;150(10):1507-1511.
- Purtell, J. J., E. Robins, et al. Observations on clinical aspects of hysteria; a quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects. *J Am Med Assoc*. 1951 Jul 7;146(10):902-909.
- Quijada-Carrera, J., A. Valenzuela-Castaño, et al. Comparison of tenoxicam and bromazepan in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain*. 1996 1996 May-Jun;65(2-3):221-225.

- Ramos-Brieva, J. A. [Predictive validity of the Beck Depression Inventory in Castillian]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1986 Jan-Feb;14(1):47-50.
- Ramos-Brieva, J. A. and A. Cordero Villafafila. [Relation between the validity and reliability of the Castillian version of the Hamilton Rating Scale for Depression]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1986 Jul-Aug;14(4):335-338.
- Ramos-Brieva, J. C. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res*. 1988;22:7.
- Reuber, M., R. Pukrop, et al. Multidimensional assessment of personality in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004 May;75(5):743-748.
- Reyes-Ortiz, C. A. Psychosocial interventions in coronary artery disease. *Arch Intern Med*. 1997 1997 Jan;157(1):130.
- Richards, S. and D. Scott. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ*. 2002 Jul;325(7357):185.
- Rief, W. and A. J. Barsky. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Nov;30(10):996-1002.
- Rief, W., A. Hessel, et al. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med*. 2001 2001;63(4):595-602.
- Rief, W., J. Heuser, et al. The classification of multiple somatoform symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 1996 Nov;184(11):680-687.
- Rief, W., J. Heuser, et al. The classification of multiple somatoform symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 1996 1996;184(11):680-687.
- Rief, W. and W. Hiller. Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 1999 1999;46(6):507-518.

- Rief, W. and W. Hiller. Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res.* 1999 Jun;46(6):507-518.
- Rief, W., W. Hiller, et al. SOMS-Das Screening fu" r Somatoforme Sto" rungen: Manual zum Fragebogen (SOMS-The Screening for Somatoform Symptoms). ed. editor^editors. Bern: Huber-Verlag; 1997.
- Rief, W., W. Hiller, et al. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol.* 1998 1998;107(4):587-595.
- Rief, W. and M. Sharpe. Somatoform disorders-new approaches to classification, conceptualization, and treatment. *J Psychosom Res.* 2004 Apr;56(4):387-390.
- Rief, W., R. Shaw, et al. Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosom Med.* 1998 1998;60(2):198-203.
- Robbins, J., L. Kirmayer, et al. Latent variable models of functional somatic distress. *J Nerv Ment Dis.* 1997 Oct;185(10):606-615.
- Robbins, J. M., L. J. Kirmayer, et al. Latent variable models of functional somatic distress. *J Nerv Ment Dis.* 1997 1997;185(10):606-615.
- Robins, L. N., J. E. Helzer, et al. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry.* 1981;38:8.
- Robins, L. N. and D. Rieger. *Psychiatric disorder in America: The Epidemiologic Catchment Area Study.* New York: Free Press. 1991.
- Roelofs, K., P. Spinhoven, et al. The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2005 Aug;193(8):508-514.
- Rost, K., W. Dickinson, et al. Multisomatoform disorder: agreement between patient and physician report of criterion symptom explanation. *CNS Spectr.* 2006 May;11(5):383-388.

- Russell, I. The Fibromyalgia Syndrome: A Clinical Case Definition for Practitioners. ed. editor^editors.: The Haworth Medical Press; 2004.
- Schweickhardt, A., A. Larisch, et al. Short-term psychotherapeutic interventions for somatizing patients in the general hospital: a randomized controlled study. *Psychother Psychosom.* 2007 2007;76(6):339-346.
- Seo, H., M. Sohi, et al. Desvenlafaxine succinate: a newer antidepressant for the treatment of depression and somatic symptoms. *Postgrad Med.* 2010 Jan;122(1):125-138.
- Seva Diaz, A., A. Sarasola, et al. Analysis of the positive mental health in the urban population of Saragossa (Spain). *European Journal of Psychiatry.* 1990;4:12.
- Sharpe, M. and A. Carson. "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med.* 2001 2001 May;134(9 Pt 2):926-930.
- Sharpe, M., D. Gill, et al. Psychosomatic medicine and evidence-based treatment. *J Psychosom Res.* 1996 1996;41(2):101-107.
- Shibasaki, H. and M. Hallett. Electrophysiological studies of myoclonus. *Muscle Nerve.* 2005 Feb;31(2):157-174.
- Shorter, E. Somatization and chronic pain in historic perspective. *Clin Orthop Relat Res.* 1997 1997(336):52-60.
- Simon, G., R. Gater, et al. Somatic symptoms of distress: an international primary care study. *Psychosom Med.* 1996 1996 Sep-Oct;58(5):481-488.
- Simon, G. and M. VonKorff. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry.* 1991 Nov;148(11):1494-1500.
- Simon, G., M. VonKorff, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med.* 1999 Oct;341(18):1329-1335.

- Simon, G. E. and O. Gureje. Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 1999;56(1):90-95.
- Simon, G. E., J. Heiligenstein, et al. Long-term outcomes of initial antidepressant drug choice in a "real world" randomized trial. *Arch Fam Med*. 1999 Jul-Aug;8(4):319-325.
- Simon, G. E. and M. VonKorff. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry*. 1991 Nov;148(11):1494-1500.
- Simon, G. E. and M. VonKorff. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med*. 1995 Feb;4(2):99-105.
- Simon, G. E., M. VonKorff, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999 1999 Oct;341(18):1329-1335.
- Smith, G. R., Jr., K. Rost, et al. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 1995;52(3):238-243.
- Smith, G. R., R. A. Monson, et al. Patients with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*. 1986;149:3.
- Smith, R., J. Gardiner, et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosom Med*. 2005 2005 Jan-Feb;67(1):123-129.
- Smith, R. C. and J. C. Gardiner. Administrative database screening to identify somatizing patients. *Med Care*. 2006 2006;44(9):799-802.
- Smith, R. C., J. C. Gardiner, et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosom Med*. 2005 2005;67(1):123-129.



- Spielmans, G. Duloxetine does not relieve painful physical symptoms in depression: a meta-analysis. *Psychother Psychosom.* 2008;77(1):12-16.
- Stahl, S., S. Ahmed, et al. Analysis of the rate of improvement of specific psychic and somatic symptoms of general anxiety disorder during long-term treatment with venlafaxine ER. *CNS Spectr.* 2007 Sep;12(9):703-711.
- Stone, J., A. Carson, et al. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain.* 2009 Oct;132(Pt 10):2878-2888.
- Stone, J., W. Wojcik, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ.* 2002 Dec;325(7378):1449-1450.
- Sullivan, M., M. R. Clark, et al. Psychiatric and otologic diagnoses in patients complaining of dizziness. *Arch Intern Med.* 1993 Jun 28;153(12):1479-1484.
- Sumathipala, A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med.* 2007 2007;69(9):889-900.
- Sumathipala, A., S. Siribaddana, et al. Cognitive-behavioural therapy v. structured care for medically unexplained symptoms: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2008 2008;193(1):51-59.
- Sumathipala, A., S. Siribaddana, et al. Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: a Sri Lanka Study. *BMC Psychiatry.* 2008 2008 Jul;8:54.
- Svedlund, J., I. Sjödin, et al. Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet.* 1983 Sep;2(8350):589-592.

- Swartz, M., D. Blazer, et al. Somatization disorder in a community population. *Am J Psychiatry*. 1986 Nov;143(11):1403-1408.
- Swartz, M., D. Blazer, et al. A study of somatization disorder in a community population utilizing grade of membership analysis. *Psychiatr Dev*. 1987;5(3):219-237.
- Sykes, R. Somatoform disorders in DSM-IV: mental or physical disorders? *J Psychosom Res*. 2006 2006;60(4):341-344.
- Talley, N. Evaluation of drug treatment in irritable bowel syndrome. *Br J Clin Pharmacol*. 2003 Oct;56(4):362-369.
- Talley, N. Antidepressants in IBS: are we deluding ourselves? *Am J Gastroenterol*. 2004 May;99(5):921-923.
- Talley, N. J., P. M. Boyce, et al. Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? A population based study. *Gut*. 1998 Jan;42(1):47-53.
- Taylor, R. R. and J. A. Leonard. Sexual abuse, physical abuse, chronic fatigue, chronic fatigue syndrome: A community based study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001;189:6.
- Thompson WG, Dotevall G, et al. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. *Gastroenterology International*. 1989; 2:92-95.
- Thompson, W. G., G. F. Longstreth, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*. 1999 Sep;45 Suppl 2:II43-47.
- Tofferi, J., J. Jackson, et al. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. *Arthritis Rheum*. 2004 Feb;51(1):9-13.
- Visser, S. and T. Bouman. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behav Res Ther*. 2001 Apr;39(4):423-442.

- Volz, H., H. Möller, et al. Opipramol for the treatment of somatoform disorders results from a placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2000 May;10(3):211-217.
- Volz, H., H. Murck, et al. St John's wort extract (LI 160) in somatoform disorders: results of a placebo-controlled trial. *Psychopharmacology (Berl).* 2002 Nov;164(3):294-300.
- Vollmer, A. and E. Blanchard. Controlled comparison of individual versus group cognitive therapy for irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy.* 1998;29:19-33.
- W.H.O. International Classification of Diseases (ICD-10). ed. editor^editors. Geneve: 1990.
- Walker, E. A. Medically unexplained physical symptoms. *Clin Obstet Gynecol.* 1997 1997;40(3):589-600.
- Walker, E. A., A. N. Gelfand, et al. Medical and psychiatric symptoms in female gastroenterology clinic patients with histories of sexual victimization. *Gen Hosp Psychiatry.* 1995 1995;17(2):85-92.
- Walker, E. A., W. J. Katon, et al. Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics.* 1995 1995;36(6):531-540.
- Wearden, A., R. Morriss, et al. Randomised, double-blind, placebo-controlled treatment trial of fluoxetine and graded exercise for chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry.* 1998 Jun;172:485-490.
- Westen, D. and J. Shedler. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *J Pers Disord.* 2000 Summer;14(2):109-126.
- Weyerer, S. and B. Kupfer. Physical exercise and psychological health. *Sports Med.* 1994 Feb;17(2):108-116.

- White, K. P., M. Speechley, et al. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol*. 1999 Jul;26(7):1570-1576.
- Whiting, P., A. Bagnall, et al. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. *JAMA*. 2001 Sep;286(11):1360-1368.
- Whorwell, P., A. Prior, et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet*. 1984 Dec;2(8414):1232-1234.
- Wickramasekera, I. How does biofeedback reduce clinical symptoms and do memories and beliefs have biological consequences? Toward a model of mind-body healing. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 1999 Jun;24(2):91-105.
- Wickramasekera, I. E., P. Kolm, et al. Observation of a paradoxical temperature increase during cognitive stress in some chronic pain patients. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 1998 Dec;23(4):233-241.
- Wise, T. and M. Birket-Smith. The somatoform disorders for DSM-V: the need for changes in process and content. *Psychosomatics*. 2002 2002 Nov-Dec;43(6):437-440.
- Wool, C. A. and A. J. Barsky. Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics*. 1994 Sep-Oct;35(5):445-452.
- Woolfolk, R. and L. Allen. *Treating Somatization: A Cognitive-Behavioral Approach*. ed. editor^editors. New York, London: Guilford Press; 2007.
- Woolfolk, R. L., L. A. Allen, et al. New directions in the treatment of somatization. *Psychiatr Clin North Am*. 2007 2007;30(4):621-644.
- Yutzy, S. H., C. R. Cloninger, et al. DSM-IV field trial: testing a new proposal for somatization disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 1995;152(1):97-101.

Zwaigenbaum, L., P. Szatmari, et al. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics*. 1999 1999;103(6 Pt 1):1203-1209.



## ***VII.- ANEXOS***





## **VII.1.- ANEXOS INFORMACIÓN AL PACIENTE**



## ANEXO VII.1.1. Hoja de Información al paciente

Apreciado Sr/Sra:

El Instituto de Ciencias de la Salud del Gobierno de Aragón va a realizar el estudio titulado:

### **TRATAMIENTO COGNITIVO –CONDUCTUAL DE PACIENTES CON TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir:

#### **Objetivo del estudio:**

Es un estudio multicentrico cuyo objetivo es evaluar la efectividad y aplicabilidad de un programa de tratamiento cognitivo conductual para pacientes diagnosticados de Trastorno de Somatización (pacientes que tienen múltiples síntomas físicos como dolores, fatiga, problemas de concentración, etc. sin que las pruebas médicas salgan alteradas) realizado desde atención primaria, analizando la eficacia del programa de intervención a nivel individual y grupal.

Este estudio ya ha sido realizado en EEUU, por lo que un objetivo de este estudio es comparar los resultados obtenidos en nuestro país con los resultados obtenidos en EEUU con el realizado anteriormente por el equipo del Prof. Escobar en el Robert Wood Johnson Medical School (New Jersey).

#### **Número de pacientes:**

Los pacientes que participan en el estudio serán 210 personas residentes en Zaragoza o alrededores, que se asignaran aleatoriamente a: tratamiento individual cognitivo-conductual, tratamiento grupal cognitivo-conductual y tratamiento habitual de su médico de familia.

En las Islas Baleares también se está desarrollando este proyecto, con el mismo número de participantes.

#### **Participación del paciente en el estudio:**

El estudio consiste en realizar a los participantes 4 entrevistas (al entrar en el estudio, a los 3 meses, a los 9 meses y a los 12 meses) donde recogerán datos sobre su estado de salud general.

A dos tercios de los participantes en el estudio se les invitará a participar en un programa de tratamiento cognitivo-conductual individual o grupal. La elección de las personas es aleatoria. Dicho tratamiento consistirá en 10 sesiones de aproximadamente 90 minutos de duración, bien individual o grupal en la que se le enseñaran distintas técnicas para aprender a manejar sus síntomas y su repercusión en mi vida diaria.

En caso de que sea elegido para participar en el programa de tratamiento, un psicólogo@ especializado se pondrá en contacto conmigo por teléfono para concertar las citas.

#### **Beneficios/riesgos:**

El principal beneficio para usted, será el poder recibir un tratamiento psicológico cognitivo-conductual totalmente gratuito y de eficacia ya comprobada, que le ayudará a manejar sus síntomas y su repercusión en mi vida diaria.

#### **Participación voluntaria:**

Su participación en el estudio es enteramente voluntaria. Usted decide si quiere participar o no. Incluso si decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. En ningún caso esto afectará su atención médica posterior.

**Confidencialidad:**

Toda la información que se recoge de usted, y que se guardará y analizará mediante un sistema informático, manteniéndose la estricta confidencialidad de acuerdo a la legislación nacional vigente de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999 y Real Decreto 561/93). Por ello el investigador que lleve a cabo el estudio recogerá esta información sin su nombre en el cuaderno de recogida de datos, en el que tan solo aparecerá un número de identificación. Los resultados del estudio siempre se presentarán de forma global y nunca, bajo ningún concepto, de forma individualizada.

**Revisión Etica:**

Un Comité Etico Independiente ha revisado los objetivos y características del estudio y ha dado su aprobación favorable.

**Preguntas/Información:**

Si usted o su familia tiene alguna pregunta con respecto al estudio puede contactar con el médico que realiza el estudio.

Si precisa más información, por favor, pregunte a medico o a

Dra. Rosa Magallón Botaya

Fecha .....

Teléfono 976 258095

ANEXO VII.1.2. Hoja de Consentimiento Informado

**Título del PROYECTO: TRATAMIENTO COGNITIVO –CONDUCTUAL DE PACIENTES CON TRASTORNO DE SOMATIZACION ABREVIADO (SSI 4,6) EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Yo, ..... (nombres y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: .....(nombre del investigador/becario)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Doy mi conformidad para participar en este proyecto de investigación, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha: .....

.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha: .....

.....

Consentimiento informado estudio PI052185

Fecha



## **VII.2.- ANEXOS EVALUACIÓN**





**ANEXO VII.2.1. Entrevista Psiquiátrica Estructurada Polivalente**

N ° Encuestado .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entrevistador .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

**ENCUESTA DE SALUD  
(E.P.E.P.)**

## **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)

- 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. Hipersomnía .....  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.....  EP058

¿Y, cómo ve su futuro, cree que se puede solucionar su problema?

Desesperanza .....  EP059

¿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.....  EP060

GLOBAL PENSAMIENTOS DEPRESIVOS .....  EP061

(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 .....  EP062

¿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. \* Náuseas/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 PD.—)  EP069

SÍNTOMAS AUTONÓMICOS/VEGETATIVOS (Valoración)  EP070

*(Si las respuestas anteriores sugieren claramente ansiedad, continuar)*

¿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

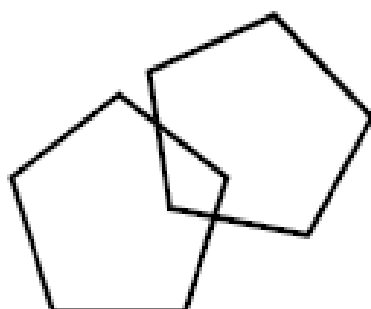
(1)

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) .....	<input type="checkbox"/>	EP152
SUSPICAZ .....	<input type="checkbox"/>	EP153
HISTRIÓNICO .....	<input type="checkbox"/>	EP154
DEPRIMIDO .....	<input type="checkbox"/>	EP155
ANSIOSO/ANGUSTIADO (o tenso) .....	<input type="checkbox"/>	EP156
EUFÓRICO .....	<input type="checkbox"/>	EP157
APLANADO/INCOHERENTE .....	<input type="checkbox"/>	EP158

Para calcular el puntaje Total de la sección de fenómenos "observados", anotar además los siete últimos ítems, los puntajes son:

Delirios .....	<input type="checkbox"/>	
Alucinaciones .....	<input type="checkbox"/>	
Deterioro intelectual.....	<input type="checkbox"/>	
Hipocondriasis (en la 1.ª parte) .....	<input type="checkbox"/>	
(Excesiva preocupación por funciones corporales)		
Pensamientos depresivos (en la primera parte).....	<input type="checkbox"/>	
PUNTAJE TOTAL FENÓMENOS "OBJETIVOS" ...	<input type="checkbox"/>	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 .....	<input type="checkbox"/>	EP172
Personalidad anormal.....	<input type="checkbox"/>	EP173
Oligofrenia.....	<input type="checkbox"/>	EP174
Trastornos somatoformes .....	<input type="checkbox"/>	EP175
Otros .....	<input type="checkbox"/>	EP176
GLOBAL, antec. psiq. Familiares (1.-NO, 2.-SÍ, leve, 3.-SÍ, grave).....	<input type="checkbox"/>	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 .....	<input type="checkbox"/>	EP194
Duración en meses.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP195
<b>¿Tiene algún problema en sus relaciones íntimas (sexuales)?</b>		
<i>(Preguntar con tacto y hacer breve descripción que permita diagnóstico)</i>		
Problemas sexuales .....	<input type="checkbox"/>	EP196
Duración en meses.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP197
<b>** ¿Tiene algún otro problema en su vida, algo que no hayamos comentado hasta ahora?</b>		
Problemas de vivienda.....	<input type="checkbox"/>	EP198
Duración en meses.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP199
Problemas legales.....	<input type="checkbox"/>	EP200
Duración en meses.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP201
Problemas ambientales para la salud psíquica .....	<input type="checkbox"/>	EP202
Duración en meses.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP203
Creencias personales que puedan ser peligrosas para la salud .....	<input type="checkbox"/>	EP204
Duración en meses.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP205
Otras (especificar) .....	<input type="checkbox"/>	EP206
Duración en meses.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP207
GLOBAL, PROBLEMÁTICA SOCIAL.....	<input type="checkbox"/>	EP208

## **CARENCIA DE SOPORTES SOCIALES**

\*\* ¿Se encuentra Vd. apoyado cuando tiene problemas? ¿Qué me dice, por ejemplo, de su pareja?

CSS. de la pareja .....	<input type="checkbox"/>	EP209
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP210
CSS. de padres-hijos .....	<input type="checkbox"/>	EP211
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP212
CSS. de otros familiares .....	<input type="checkbox"/>	EP213
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP214
CSS. de otras personas (amigos, vecinos, etc...) .....	<input type="checkbox"/>	EP215
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP216
Buena vivienda .....	<input type="checkbox"/>	EP217
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP218
Buena situación económica .....	<input type="checkbox"/>	EP219
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP220
Buena situación laboral .....	<input type="checkbox"/>	EP221
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP222
"Ventajas" educativas .....	<input type="checkbox"/>	EP223
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP224
"Ventajas" legales .....	<input type="checkbox"/>	EP225
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP226

Factores ambientales que puedan ser beneficiosos para la salud .....	<input type="checkbox"/>	EP227
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP228
Creencias personales que puedan ser ventajosas para la salud .....	<input type="checkbox"/>	EP229
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP230
Otros. Especificar .....	<input type="checkbox"/>	EP231
Duración en meses .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP232
GLOBAL CARENCIA SOPORTE SOCIAL .....	<input type="checkbox"/>	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?)



**\*\* ¿Piensa Vd. que siempre ha sido una persona nerviosa?**  
"Nervioso" .....  EP237

**\*\* ¿Ha tenido siempre muchos altibajos de ánimo, se desanima fácilmente?** .....  EP238

**GLOBAL NEUROTICISMO** .....  EP239

(Anotar los rasgos que, independientemente del neuroticismo, se desvíen de la norma, especificándolos)

Clave 1 .....

Clave 2 .....

Clave 3 .....

**GLOBAL TRASTORNO DE PERSONALIDAD** .....  EP240



## **JUICIO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**

### Diagnóstico médico

- 1 .....  EP242
- 2 .....  EP243
- 3 .....  EP244
- 4 .....  EP245

“Caso” global (actual) .....  EP246

Duración en meses .....  EP247

Si NO es “caso”, pero lo sería sin el tratamiento  
psiquiátrico que ya lleva, puntuar además:

“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, DSM-III o “Del proyecto”).
  - El tratamiento del trastorno psíquico aliviaría o eliminaría los síntomas somáticos.
4. Trastorno psiquiátrico exclusivamente.



Diagnóstico del "estudio / proyecto"		
1. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP250
2. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP251
Diagnóstico ICD-10		
1. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP252
2. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP253
Diagnóstico DSM-IV. Eje I		
1. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP254
2. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP255
Eje II		
1. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP256
2. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EP257
Eje IV .....	<input type="checkbox"/>	EP258
Eje V .....	<input type="checkbox"/>	EP259
<b>TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO RECOMENDABLE.....</b>	<input type="checkbox"/>	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.		

### **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

<b>Lenguaje:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	EP286	
Intubado, mutismo, etc.	1. SÍ		2. NO		<input type="checkbox"/>	EP287	
<b>Curso del pensamiento:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	EP288	
Intubado, mutismo, etc.	1. SÍ		2. NO		<input type="checkbox"/>	EP289	
<b>Agitación motora:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	EP290	
En contención	1. SÍ		2. NO		<input type="checkbox"/>	EP291	
Tipo de contención:					<input type="checkbox"/>	EP292	
<b>Retardo psicomotor:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	EP293	
En contención	1. SÍ		2. NO		<input type="checkbox"/>	EP294	
<b>Orientación:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	EP295	
Fecha:					<input type="checkbox"/>	EP296	
Lugar:					<input type="checkbox"/>	EP297	
Persona:					<input type="checkbox"/>	EP298	
<b>Atención:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	EP299	
<b>Memoria a corto plazo:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	EP300	
Número de ensayos hasta memorizar los ítems:					<input type="checkbox"/>	EP301	
Capaz de recordar con ayuda	1. SÍ		2. NO		<input type="checkbox"/>	EP302	
<b>Memoria a largo plazo:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	EP303	
Capaz de recordar con ayuda	1. SÍ		2. NO		<input type="checkbox"/>	EP304	
<b>Capacidad visoespacial:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	EP305	
Incapaz de utilizar las manos	1. SÍ		2. NO		<input type="checkbox"/>	EP306	
<b><u>Ítem de diagnóstico:</u></b>							
<b>Forma de inicio de los síntomas</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	EP307	
Los síntomas pueden pertenecer a otra psicopatología:							
1. SÍ			2. NO		<input type="checkbox"/>	EP308	
<b>Fluctuación de la severidad de los síntomas</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>		<input type="checkbox"/>	EP309	
Hay síntomas que sólo aparecen durante la noche:							
1. SÍ			2. NO		<input type="checkbox"/>	EP310	
<b>Patología médica</b>			<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	EP311
Enfermedades implicadas:							



## ANEXO VII.2.2. Screening para trastornos somatomorfos (SOMS-2).

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 <b>últimos 2 años</b> , He sufrido de las siguientes dolencias:		(25) Molestias estomacales o sensación de revolverse 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"/>	Ⓢ	
(9) Dolor al orinar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(32) Indiferencia sexual (pérdida de libido)	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"/>	Ⓢ	
(11) Hinchado o abotargado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(34) Dificultades de coordinación o equilibrio (torpeza)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(12) Molestias alrededor de la zona del corazón	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(35) Parálisis o debilidad localizada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(13) Vómitos (excluidos los motivados por embarazo)	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"/>
(14) Reflujo gástrico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(37) Afonía (pérdida de voz)	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"/>	(38) Retención urinaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(16) Intolerancia a los alimentos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(39) Alucinaciones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(17) Pérdida de apetito	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(40) Pérdida de tacto o sensación de dolor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(18) Mal sabor de boca, o lengua pastosa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(41) Sensación desagradable de entumecimiento u hormigueo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(19) Boca seca	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(42) Doble Visión	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(20) Frecuentes diarreas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(43) Ceguera	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(21) Secreción de fluidos por el ano	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(44) Sordera	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(22) Orina con mucha frecuencia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(45) Ataques	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(23) Frecuentes evacuaciones (de vientre)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(46) Amnesia (pérdida de memoria)	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      Sí  No
- (49) Menstruación irregular      Sí  No
- (50) Excesiva hemorragia menstrual      Sí  No
- (51) Continuos/frecuente vómitos durante el embarazo      Sí  No
- (52) Inusual o abundante flujo vaginal      Sí  No

**Para Hombres:**

- (53) Disfunción eréctil o eyaculatoria      Sí  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











#### ANEXO VII.2.4. Escala de Catastrofización

Nombre:.....  
 Edad:..... Género: ..... Fecha: .....

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas.

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de trece frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

**0** Nada en absoluto   **1** Un poco   **2** Moderadamente   **3** Mucho   **4** Todo el tiempo

<i>Quando siento dolor...</i>	<i>PUNTUACIÓN (0-4)</i>
<b>1.- Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá.</b>	
<b>2.- Siento que ya no puedo más.</b>	
<b>3.- Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar.</b>	
<b>4.- Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo.</b>	
<b>5.- Siento que no puedo soportarlo más.</b>	
<b>6.- Temo que el dolor empeore.</b>	
<b>7.- No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor.</b>	
<b>8.- Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor.</b>	
<b>9.- No puedo apartar el dolor de mi mente.</b>	
<b>10.- No dejo de pensar en lo mucho que me duele.</b>	
<b>11.- No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor.</b>	
<b>12.- No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor.</b>	
<b>13.- Me pregunto si me puede pasar algo grave.</b>	
<b>Total</b>	



## ANEXO VII.2.5. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud

*Instrucciones:* Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

*Sí, me limita    Sí, me limita    No me  
Actividades*

	<i>mucho</i>	<i>un poco</i>	<i>limita</i>
a. <i>Esfuerzos intensos</i> (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. <i>Esfuerzos moderados</i> (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <i>varios</i> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar <i>1 km o más</i>	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar <i>una sola manzana</i> (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de su salud física?*

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de algún problema emocional* (estar triste, deprimido o nervioso)

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por <i>algún problema emocional?</i>	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por <i>algún problema emocional?</i>	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por <i>algún problema emocional?</i>	1	2

6. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante *las 4 últimas semanas*?

- No, ninguno 1
- Sí, muy poco 2
- Sí, un poco 3
- Sí, moderado 4
- Sí, mucho 5
- Sí, muchísimo 6

8. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto *el dolor* le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante *las últimas 4 semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante *las últimas 4 semanas*, ¿cuánto tiempo...

	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Sólo alguna vez</i>	<i>Nunca</i>
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Algunas veces 3
- Sólo algunas veces 4
- Nunca 5

11. Por favor, diga si le parece *cierta* o *falsa* cada una de las siguientes frases:

	<i>Totalmente cierta</i>	<i>Bastante cierta</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Bastante falsa</i>	<i>Totalmente falsa</i>
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

## ANEXO VII.2.6. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

### Ítems

### Criterios operativos de valoración

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. Ligeramente 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

11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones</li> <li>• Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias</li> <li>• Respiratorios: hiperventilación, suspiros</li> <li>• Frecuencia urinaria</li> <li>• Sudoración</li> </ul>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la libido</li> <li>• Trastornos menstruales</li> </ul>
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>



## ANEXO VII.2.7. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

### Definición operativa de los ítems

	Puntos				
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>	0	1	2	3	4
– 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, exoftalmía, mioclonías palpebrales					



## ANEXO VII.2.8. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

### **Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)**

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

### **Mejoría global (CGI-GI)**

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor



### **VII.3.- ANEXOS INTERVENCIÓN**



ANEXO VII.3.1. Tabla de Aleatorización

SUJETO	TTO	SUJETO	TTO	SUJETO	TTO	SUJETO	TTO	SUJETO	TTO	SUJETO	TTO
1	3	37	2	73	1	109	1	145	2	181	1
2	3	38	3	74	2	110	2	146	1	182	1
3	2	39	1	75	2	111	3	147	3	183	2
4	2	40	2	76	3	112	1	148	3	184	3
5	3	41	3	77	3	113	1	149	1	185	2
6	2	42	1	78	2	114	2	150	3	186	2
7	1	43	2	79	1	115	3	151	2	187	1
8	1	44	1	80	1	116	3	152	1	188	1
9	1	45	1	81	2	117	1	153	2	189	1
10	3	46	1	82	1	118	3	154	1	190	3
11	2	47	3	83	1	119	3	155	3	191	2
12	2	48	2	84	3	120	1	156	2	192	3
13	3	49	2	85	1	121	1	157	2	193	2
14	3	50	2	86	2	122	1	158	1	194	3
15	3	51	2	87	2	123	3	159	3	195	2
16	1	52	1	88	3	124	3	160	2	196	3
17	3	53	1	89	1	125	3	161	1	197	2
18	3	54	3	90	3	126	2	162	3	198	1
19	3	55	1	91	1	127	1	163	1	199	2
20	2	56	2	92	2	128	3	164	3	200	2
21	3	57	1	93	3	129	1	165	3	201	1
22	1	58	2	94	2	130	1	166	1	202	3
23	1	59	3	95	3	131	2	167	2	203	2
24	3	60	2	96	3	132	2	168	3	204	3
25	3	61	1	97	1	133	1	169	2		
26	2	62	2	98	1	134	2	170	1		
27	2	63	3	99	1	135	3	171	1		
28	1	64	2	100	3	136	3	172	2		
29	2	65	3	101	3	137	2	173	2		
30	3	66	2	102	1	138	1	174	2		
31	3	67	1	103	3	139	3	175	2		
32	2	68	3	104	2	140	1	176	1		
33	3	69	2	105	1	141	3	177	1		
34	1	70	3	106	2	142	3	178	2		
35	1	71	2	107	1	143	3	179	2		
36	1	72	2	108	2	144	3	180	1		





## SESIÓN 1: paciente

### 1. Establecimiento del rapport

Como se mencionó con anterioridad, adherir al paciente al tratamiento es fundamental. Si el terapeuta siente que el paciente está con un pie fuera durante la primera sesión, es necesario que éste se centre en “venderle” la terapia al paciente. Es decir, inicialmente el terapeuta ha de priorizar la escucha empática con el paciente cuando describe su malestar físico y emocional en su día a día. Después, el terapeuta debería dar reconocimiento a las molestias del paciente y la angustia, así como a los esfuerzos del paciente para hacer frente a los síntomas. En último lugar, el terapeuta debería describir el tratamiento y su lógica sin contradecir el modelo comprensivo que trae el paciente sobre sus síntomas.

### 2. Racionalidad del tratamiento y discusión sobre:

- 2.1. Exacerbación de los síntomas ante situaciones estresantes
- 2.2. Consecuencias fisiológicas del estrés
- 2.3. La reducción del estrés puede mejorar el malestar físico
- 2.4. Preguntarle al paciente sobre el modo en que el estrés ha afectado a su salud

En un primer momento dar la bienvenida al proyecto y explicar por qué pensamos que este tratamiento puede producir una mejoría en su calidad de vida.

*“Seguramente habrá notado cómo cuando tiene una preocupación o un problema importante sus síntomas empeoran (le duele más la cabeza, le sienta peor la comida...). Eso se debe a que en el funcionamiento de nuestro cuerpo influyen mucho nuestras emociones.”*

Puede ayudar el tener algún gráfico sencillito para explicar qué es lo que sucede cuando una persona “somatiza”.

También resulta interesante aclarar que cuando las pruebas de laboratorio salen normales eso no quiere decir que la persona “se invente” los síntomas, sino que hoy en día no se ha descubierto totalmente el mecanismo que regula el dolor y otros síntomas y que por lo tanto no existen las pruebas necesarias “para que salga algo”.

Se puede utilizar la metáfora de que “su cuerpo es más sensible a la información que mandan los órganos”.

Explicar también que el objetivo del tratamiento no es “la curación” sino mejorar la calidad de vida mediante técnicas que le ayuden a manejar mejor el estrés diario.

*“Es difícil que pueda mejorar un 100%, pero nuestra experiencia clínica y los estudios que hay sobre su enfermedad nos sugieren que aprendiendo ciertas técnicas podrá mejorar no sólo su estado de ánimo sino también sus síntomas”*

Apuntes teóricos:

- Anexo 3.2.1. Componentes del triple sistema de respuesta en la somatización

### **3. Revisión del tratamiento:**

- 3.1. Explicación del tratamiento: 10 sesiones (3 con una persona significativa que se invitará a participar) una por semana
- 3.2. El tratamiento está focalizado en las técnicas concretas
- 3.3. El aprendizaje de las técnicas requiere practicar entre las sesiones y después de que haya terminado el tratamiento
- 3.4. El tratamiento es colaborativo

Recalcar que es necesaria la asistencia regular para que el programa sea efectivo. También explicar que será necesario que acuda la pareja o una persona significativa a las sesiones 3, 6 y 9. La razón es poder explicarle a una persona cercana qué es lo que le sucede y cómo puede ayudarle a mejorar.

Decirle cómo se puede poner en contacto con el equipo si necesita cambiar el horario de alguna de las citas (de manera excepcional...).

Uno de los problemas que pueden surgir es que la persona no practique las técnicas y haga las tareas para casa. Resulta esencial motivar al paciente y explicarle que para que cambie una “manera de funcionar” es necesaria la práctica (*“es como cuando usted aprendió a nadar: necesitó varios ensayos durante una temporada para que posteriormente, al meterse en el agua, le saliese de manera automática”*)

### **4. Revisión de los síntomas físicos**

- 4.1. Lista de síntomas: registrar los síntomas (anexo 3.2.2: “Conociendo los síntomas del paciente: la línea de la vida”)
- 4.2. Desarrollo y curso de esos síntomas
- 4.3. Hipótesis sobre las causas de los síntomas
- 4.4. Reacciones cognitivas y emocionales a los síntomas físicos

Para este apartado resultará útil la dinámica que aparece en el anexo 3.2.2, que puede servir de guía para ahondar sobre la historia de los síntomas físicos del paciente.

El objetivo principal es sondear la relación entre los síntomas y las situaciones estresantes, así como las reacciones cognitivas y emocionales que el paciente tiene ante los síntomas.

### **5. Autorregistros de síntomas**

- 5.1. Explicar los fundamentos racionales y adaptativos por los que se rellenan los autorregistros
- 5.2. Ejemplo: completar un autorregistro con los síntomas del día anterior

Material para el paciente: Anexo 3.2.3

### **6. Respiración abdominal**

- 6.1. Explicar los fundamentos racionales de la respiración abdominal
- 6.2. Practicar la respiración abdominal

Apuntes teóricos:

- Anexo 3.2.4 . Técnicas de respiración.

## **7. Trabajo para casa**

7.1. Instruir al paciente para que complete los autorregistros

7.2. Instruir al paciente para que practique la respiración abdominal dos veces al día en intervalos de 15 min.

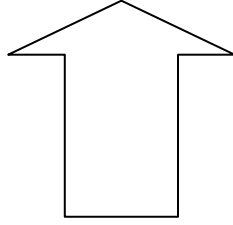


## ANEXO VII.3.2.1 COMPONENTES EN EL TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTA (Basado en Avia, 1993)

### ANTECEDENTES

#### A) REMOTOS

- Enfermedad Física en la infancia
- Actitud de los familiares
- Creencias



### COGNITIVO

Preocupación por el cuerpo

Autoobservación

Atención al problema

Descuido de las áreas Sanas y Acumulación de info negativa

### EMOCIONAL

Activación fisiológica → Cambios corporales, dolores diversos

Temor "irracional" o distorsionado

Posible alteración de ánimo (depresión, hostilidad)

### CONDUCTUAL

Verbalización Preferente: temas enfermedad, consulta al médico, ctas típica de enfermo (guardar cama, usar termómetro, modificar dieta, tomar medicación)

De salud (comer, beber, salir, viajar)

Responsabilidad (social y laboral)

### CONSECUENCIAS HABITUALES

- ✓ Refuerzo positivo (atención)
- ✓ Refuerzo Negativo (reducción temporal y transitoria de):
- ✓ Signos físicos
- ✓ Estímulos de estrés desencadenantes
- ✓ Escape y evitación de escenarios conflictivos
- ✓ Castigo Negativo: Retirada de reforzadores potenciales por conductas activas (bienestar, energía, autonomía, refuerzo social)
- ✓ Potencial retirada de la atención de personas próximas

### VARIABLES ORGÁNICAS SUGERIDAS

- Factores sociales y culturales relacionados con la expresión emocional de enfermedades
- Posible capacidad incrementada de percibir signos físicos internos
- Déficit en el repertorio de recursos ante sucesos desencadenantes de estrés relacionados con la historia personal (aserción-expresión de emociones-autogratificación)

#### B) PRÓXIMOS

- Signos de malestar físico no explicables
- Conflictos personales

•

### ANEXO VII.3.2.2. Conociendo los síntomas del paciente: “la línea de la vida”

Para conocer la evolución de los síntomas puede resultar interesante utilizar la técnica de la línea vital.

Pedirle al paciente que dibuje “la línea de su vida” señalando los acontecimientos positivos y negativos con subidas y bajadas (fallecimientos de seres queridos, primer trabajo, relaciones sentimentales, etc.). Habrá que apuntar también la edad que tenía en cada momento o el año en que ocurrió cada evento. Explicarle que la razón es conocer un poco por encima la evolución de su vida.

Posteriormente, preguntarle por cómo aparecieron los síntomas, en qué momento, cómo los afrontó... (y situarlos en la línea vital).

Normalmente observaremos que coinciden con situaciones vitales estresantes... aunque puede ser que no ocurra!





**ANEXO VII.3.2.3. Autorregistro**

<b>DÍA/HORA</b>	<b>MOLESTIA</b>	<b>LUGAR</b>	<b>INTENSIDAD</b>	<b>SITUACIÓN</b>	<b>PENSAMIENTO</b>	<b>SENTIMIENTO</b>	<b>CONDUCTA</b>



#### ANEXO VII.3.2.4. Respiración

##### **Síntomas sobre los que actúa**

Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, de la depresión, de la irritabilidad, de la tensión muscular y de la fatiga. Se utilizan en el tratamiento y la prevención de la apnea, de la hiperventilación, la respiración superficial y la frialdad de las manos y de los pies.

##### **Observación de la respiración**

1. Tiéndase en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta, y colóquese en la posición de «cuerpo muerto», esto es, piernas estiradas, ligeramente separadas una de otra; las puntas de los pies mirando ligeramente hacia afuera, los brazos a los lados del cuerpo sin tocarlo y con las palmas de las manos mirando hacia arriba; los ojos cerrados.
2. Dirija la atención a su respiración. Coloque una mano en el lugar del cuerpo que vea que sube y baja cada vez que inspira y expira. Fíjese si este lugar se encuentra situado en el tórax; si es así, esto significa que no está ventilando totalmente los pulmones. Las personas que están nerviosas tienden a hacer respiraciones cortas y superficiales que sólo alcanzan la parte más alta del tórax.
3. Coloque suavemente las dos manos sobre el abdomen y observe los movimientos que realiza al respirar. Observe cómo su abdomen se eleva en cada inspiración y desciende en cada espiración.
4. Es preferible respirar por la nariz más que por la boca; por tanto, mantenga sus fosas nasales tan libres como pueda antes de realizar los ejercicios.
5. ¿Se mueve su tórax al compás de su abdomen o, por el contrario,

está rígido? Dedique uno o dos minutos a dejar que el tórax siga los movimientos del abdomen.

### **Respiración profunda**

1. Aunque este ejercicio puede practicarse en distintas posiciones, la más recomendable es la que describimos a continuación: Tiéndase en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta. Doble las rodillas y separe los pies unos 20 cm, dirigiéndolos suavemente hacia afuera. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta.
2. Explore su cuerpo en busca de signos de tensión.
3. Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.
4. Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá sólo un poco y a la vez que el abdomen.
5. Cuando se haya relajado en la forma que indica el punto 4, sonría un poco, inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ello, su boca y su lengua se relajarán. Haga respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y desciendan el abdomen. Fíjese en el sonido y en la sensación que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más.
6. Continúe con 5 a 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante unas cuantas semanas; luego, si lo desea, puede prolongarlo hasta 20 minutos.
7. Al final de cada sesión de respiración, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más en busca de signos de tensión. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía al empezarlo.
8. Una vez que se sienta familiarizado con la forma de respiración que se describe en el punto 4, practíquela siempre que le apetezca

tanto si está sentado como si está de pie. Concéntrese en el movimiento ascendente y descendente de su abdomen, en el aire que sale de los pulmones y en la sensación de relajación que la respiración profunda le proporciona.

Cuando haya aprendido a relajarse mediante la respiración profunda, practíquela cada vez que note que va a ponerse tenso.



## **SESIÓN 2: paciente**

### **1. Reacciones a la sesión inicial**

- 1.1. Indagar sobre las reacciones en relación al inicio del tratamiento
- 1.2. Revisar la lógica del tratamiento y las reacciones del paciente a ello

### **2. Revisión de los autorregistros**

- 2.1. Discutir las reacciones del paciente al completar los autorregistros
  - 2.1.1. Legitimar las frustraciones y dificultades del paciente al completar la hoja de autorregistros
  - 2.1.2. Revisar la lógica de completar los autorregistros
  - 2.1.3. Si fuera necesario, discutir sobre los obstáculos que interfieren en la tarea
- 2.2. El terapeuta lee en voz alta los contenidos de 2 o 3 días
  - 2.2.1. El terapeuta hace las correcciones necesarias
- 2.3. Discutir sobre los patrones que hay en los autorregistros y que consecuencias ha tenido la tarea en la semana (por ejemplo, si sus síntomas han empeorado por las noches o después de discutir, etc.)
- 2.4. Si el paciente es resistente... hablar de los pros y contras de completar los autorregistros

Es especialmente importante empezar revisando los autorregistros. Es la única manera de que la persona comprenda la importancia de completarlos durante la semana.

### **3. Revisión de la respiración diafragmática:**

- 3.1. Discutir sobre las reacciones del paciente al hacer los ejercicios
- 3.2. Discutir sobre cuándo, dónde y durante cuánto tiempo practicó
- 3.3. Indagar sobre las reacciones físicas y emocionales que tiene el paciente al practicar la respiración
- 3.4. El paciente y el terapeuta realizan juntos los ejercicios de respiración abdominal durante dos o tres minutos
- 3.5. Si es necesario el terapeuta hace sugerencias para mejorar la técnica
- 3.6. Si el paciente es resistente... hablar sobre los pros y contras de realizar los ejercicios de respiración

Apuntes teóricos:

- Anexo 3.2.5. Pros y contras de realizar los ejercicios de respiración.

### **4. Revisión sobre las actividades diarias del paciente**

- 4.1. Lista detallada de las actividades diarias
- 4.2. El terapeuta apunta las actividades en las siguientes áreas: ejercicio, actividades sociales, trabajo y actividades significativas
  - Ejercicio: cualquier actividad física (pasear, nadar, etc)
  - Actividades sociales: cualquier actividad que se realiza en colaboración o acompañamiento de otra persona
  - Trabajo: se incluyen todo tipo de tareas (hogar, profesionales, etc)

- Actividades significativas: aquellas que se realizan de manera individual que tienen un alto nivel reforzante y gratificante para el sujeto
- 4.3. Preguntar sobre la influencia de los síntomas físicos en la realización de dichas actividades

Preguntar al paciente sobre su nivel de actividad “normal” y apuntarlo en la ficha (anexo 3.2.6).

En caso de que la persona se quede bloqueada y no sepa contestarnos, puede servirnos de guía el “registro de actividades individuales” (anexo 3.2.7).

## **5. Fomentar la introducción de un plan gradual de incremento de ejercicio, actividades sociales y trabajo /actividades significativas**

- 5.1. Discutir sobre que la meta del tratamiento es incrementar la actividad en las tres áreas
- 5.2. El terapeuta analiza un área: ejercicio (si el paciente ya está realizando actividad física empezar por otra área)
- 5.3. Asignar una actividad específica para la próxima semana (mediante acuerdos)
- 5.4. Discutir sobre la probabilidad de que el paciente realice la actividad
- 5.5. Si el paciente es resistente... discutir sobre los pros y contras de realizar la actividad asignada
- 5.6. Enfatizar la necesidad de realizar la actividad poco a poco, a un ritmo razonable

## **6. Trabajo para casa**

- 6.1. Instruir al paciente para que complete los autorregistros
- 6.2. Instruir al paciente para que practique la respiración abdominal 15 min. al día
- 6.3. Asignar una actividad (cambio específico en las actividades diarias del paciente)



ANEXO VII.3.2.5. Pros y contras de los ejercicios de respiración.

**Ventajas de una respiración lenta y profunda:**

- **Se ha asociado a una disminución de la tensión arterial**
- **Proporciona un estado de relajación de una forma sencilla**
- **Se puede realizar en cualquier lugar (en el autobús, viendo la televisión, etc.)**
- **No requiere mucho entrenamiento, es sencilla de aprender**
- **Tener un ritmo de respiración lento favorece la disminución de la sintomatología ansioso –depresiva.**
- ...

**Inconvenientes de no realizar una respiración lenta y profunda:**

- ...



### ANEXO VII.3.2.6. Registro del nivel de actividad del paciente

Completar con las actividades que habitualmente realiza el paciente. Apuntar también cuánto tiempo suele dedicar a dicha actividad (por ejemplo, “piscina: 90 min/ 3 días a la semana”; “limpiar: 1 hora/ día”) y el grado de placer que proporciona dicha actividad.

Ejercicio físico	Actividades sociales	Trabajo	Actividades significativas



### ANEXO VII.3.2.7. Cuestionario de actividades gratificantes

Nos interesa conocer cómo le resultan de agradables cada una de las siguientes actividades. Para ello, valórelas en la columna placer-displacer según la siguiente escala:

<b>Muy Desagradable</b>	<b>Desagradable</b>	<b>Normal</b>	<b>Agradable</b>	<b>Muy Agradable</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Ahora también, poniendo una cruz en la columna correspondiente, si le gustaría ver aumentado (+) o disminuido (-) ese tipo de actividades

ACTIVIDAD	Valoración Placer - Displacer	Solo		Con Otros	
		+	-	+	-
1. Ir a comer a un restaurante					
2. Ir a tomar una copa					
3. Ir a bailar					
4. Ir de compras					
5. Ver la TV					
6. Oír música					
7. Cocinar					
8. Decorar la casa					
9. Coleccionar algo (qué?)					
10. Pasar el fin de semana fuera de casa					
11. Estar con amigos					
12. Hacer algún deporte (cuál?)					
13. Tomar copas con amigos					
14. Charlar					
15. Invitar amigos a casa					
16. Viajar					
17. Interpretar música con un instrumento					
18. Ir al teatro o cine					
19. Arreglar o reparar objetos					
20. Cantar					
21. Pintar					
22. Dibujar					
23. Hacer trabajos manuales					
24. Ir al campo					
25. Jugar a juegos de sobremesa					
26. Construir objetos					
27. Cuidar las plantas					
28. Hacer labores					
29. Arreglar la casa					
30. Observar un paisaje bonito					
31. Ir a una exposición					
32. Ir a una conferencia					

33. Ir a un concierto					
ACTIVIDAD	Valoración Placer - Displacer	Solo		Con Otros	
		+	-	+	-
34. Ir al rastro					
35. Dar un paseo					
36. Acudir a una fiesta					
37. Participar en una asociación					
38. Realizar actividades políticas					
39. Visitar a unos familiares					
40. Visitar a unos amigos					
41. Organizar en casa una fiesta					
42. Ir a un museo					
43. Ir a un recital de música					
44. Aprender algo					
45. Ir de camping					
46. Hacer fotografías					
47. Ir de excursión					
48. Ir al zoo					
49. Ir a una verbena					
50. Ir a una fiesta de barrio					
51. Ir a los toros					
52. Ir al parque de atracciones					
53. Ir al fútbol					
54. Realizar actividades de ocio con los hijos					
55. Ir al parque					
56. Cuidar animales					
57. Planear u organizar algo					
58. Cuidar una huerta					
59. Visitar ruinas o monumentos históricos					
60. Escribir					
61. Estudiar					
62. Ir a tomar el aperitivo					
63. Ir a merendar					
64. Leer					
65. Pasear					
OTROS					

### **SESIÓN 3: paciente y persona significativa (pareja)**

#### **1. Revisión de la racionalidad del tratamiento con la persona significativa:**

- 1.1. Exacerbación de los síntomas ante situaciones estresantes
- 1.2. Consecuencias fisiológicas del estrés
- 1.3. La reducción del estrés puede mejorar el malestar físico
- 1.4. El terapeuta pregunta sobre la percepción de la persona significativa acerca del impacto del estrés en la salud y en los síntomas físicos del paciente

Suele ser frecuente que las parejas o familiares de los pacientes somatizadores actúen de una de estas dos maneras:

- (a) Sin creerse los síntomas → reprochando al paciente que “está todo el día enfermo”.
- (b) Sobreprotegiendo al paciente → en este caso se potencia el rol de enfermo, impidiéndole que desarrolle actividades, que introduzca cambios vitales, etc.

Habría que intentar detectar qué tipo de relación se establece entre el paciente y la persona significativa.

#### **2. Revisión de los autorregistros de síntomas, la respiración diafragmática y los cambios en las actividades:**

- 2.1. Discutir sobre la racionalidad de cada uno de los ejercicios
- 2.2. Practicar la respiración con el paciente y la persona significativa
- 2.3. Analizar los deberes del paciente (autorregistros y práctica de la respiración)
- 2.4. Hablar sobre los cambios en la actividad diaria

#### **3. Discusión sobre las actividades agradables realizadas en pareja**

- 3.1. Preguntar sobre las actividades recientes
- 3.2. Preguntar sobre las actividades agradables que hacían juntos en el pasado

#### **4. Fomentar e incrementar las actividades agradables en pareja**

- 4.1. Discutir sobre la racionalidad de incrementar las actividades agradables
- 4.2. Pros y contras de comprometerse a incrementar las actividades
- 4.3. Preguntar a cada miembro de la pareja una posible actividad
- 4.4. Realizar un plan para una actividad en pareja para el mes.
- 4.5. Explicar el objetivo: al menos una actividad agradable a la semana

#### **5. Trabajo para casa**

- 5.1. Instruir al paciente para que complete los autorregistros diariamente
- 5.2. Instruir al paciente para que practique la respiración abdominal 15 min. al día
- 5.3. Asignar una actividad (cambio específico como se planeó en la sesión 2)
- 5.4. Pareja: dedicarse a realizar una actividad agradable juntos





## **SESIÓN 4: paciente**

### **1. Revisión de los autorregistros**

- 1.1. Discutir las reacciones del paciente al completar los autorregistros
- 1.2. El terapeuta lee en voz alta los contenidos de 2 o 3 días
- 1.3. Discutir sobre los patrones que hay en los autorregistros

### **2. Revisión de la respiración abdominal:**

- 2.1. Discutir sobre cuándo, dónde y durante cuánto tiempo practicó durante la última semana
- 2.2. Animar al paciente a que realice la respiración diafragmática durante la sesión cada 5-10 minutos
- 2.3. Al final de la sesión, revisar con el paciente la experiencia de atender a esta tarea durante la sesión
- 2.4. Planificar situaciones específicas en las que el paciente combinará la respiración diafragmática con otras actividades

### **3. Revisión de las actividades asignadas:**

- 3.1. Breves comentarios sobre las reacciones del paciente a la sesión pasada
- 3.2. Continuar incrementando las actividades (ejercicio, actividades sociales y trabajo)
- 3.3. Discutir sobre la probabilidad de que el paciente complete las tareas asignadas
- 3.4. Enfatizar la necesidad de hacer las cosas paso a paso, a un ritmo razonable

### **4. Higiene del sueño:**

- 4.1. Analizar los hábitos de sueño. Si el paciente parece no tener dificultades para dormir, se puede omitir este apartado.
- 4.2. Hablar sobre la necesidad de mantener un sueño adecuado y su impacto en la salud
- 4.3. Enseñar /discutir sobre pautas para la higiene del sueño
- 4.4. Animar al paciente a emplear la respiración diafragmática para relajarse a la hora de irse a dormir

Material para el paciente:

- Anexo 3.2.8. Pautas de higiene del sueño

### **5. Técnicas de distracción**

- 5.1. Revisar los autorregistros para notar la evidencia del incremento de síntomas cuando el paciente está pendiente de ellos
- 5.2. Analizar la racionalidad del uso de la distracción
- 5.3. Enseñar técnicas de distracción
- 5.4. Planear el uso de las técnicas de distracción enseñadas

### **6. Trabajo para casa**

- 6.1. Instruir al paciente para que complete los autorregistros
- 6.2. Instruir al paciente para que practique la respiración diafragmática 15 min. al día

- 6.3. Pedir a los pacientes practicar la relajación diferencial mientras ven la TV, etc.
- 6.4. Asignación de actividades (especificar los cambios de los pacientes en las actividades diarias planteadas – como en la segunda sesión)
- 6.5. Animar al paciente a que lleve a cabo las recomendaciones para la higiene del sueño
- 6.6. Fomentar que el paciente use técnicas de distracción al menos una vez al día

### ANEXO VII.3.2.8. Pautas de higiene del sueño

#### LO QUE **SÍ** HAY QUE HACER:

- Establezca una rutina agradable para ir a la cama. EL entorno debe ser oscuro, seguro y confortable. Los ejercicios de relajación, la meditación o una conversación intrascendente con el compañero de cama pueden ser útiles para conciliar el sueño.
- Acuéstese y despiértese cada día a la misma hora. Establezca primero la hora de levantarse en base a ésta la de acostarse.
- Determina la cantidad de horas de sueño necesarias para sentirse bien y limite a éstas el tiempo total de permanencia en la cama.
- Haga ejercicio de forma regular: favorece e incrementa la profundidad del sueño. Sin embargo debe de tener en cuenta que el ejercicio antes de dormir puede ser perturbador.
- Tome el sol o expóngase a una luz intensa durante 30 minutos al despertarse. Evite la luz brillante si se despierta durante la noche.
- Antes de acostarse dedique un tiempo para “preocupaciones”. Esto le ayudará a controlar pensamientos esporádicos que puedan perturbarle el sueño
- Utilice la cama y el dormitorio sólo para dormir y tener relaciones sexuales.

#### LO QUE **NO** HAY QUE HACER:

- Si tienen insomnio no duerma la siesta.
- Si está despierto, no permanezca más de 20 minutos en la cama. Salga del dormitorio y vuelva cuando tenga sueño.
- No tome café ni fume por la tarde, son estimulantes. El alcohol ingerido antes de dormir altera el sueño.
- No utilice hipnóticos de forma regular, sólo ocasionalmente y cuando lo mande el médico.
- Evite las comidas pesadas o la ingestión de grandes cantidades de líquido antes de acostarse.
- Si se despierta no realice actividades interesantes o entretenidas, éstas aumentarán su alerta. Mejor lea algo poco interesante y breve fuera del dormitorio.
- No lea, oiga la radio o vea la televisión en la cama, especialmente si le cuesta conciliar el sueño.
- Si se despierta, evite mirar el reloj por la noche.
- No se altere si no puede dormir; esto le aumentará la situación de alerta. Relájese



## **SESIÓN 5: paciente**

### **1. Revisión de las actividades asignadas:**

- 1.1. Discutir sobre cuándo, dónde y durante cuánto tiempo practicó la respiración diafragmática
- 1.2. Continuar incrementando las actividades (ejercicio, actividades sociales,...)
- 1.3. Discutir sobre la probabilidad de que el paciente complete las tareas asignadas
- 1.4. Enfatizar la necesidad de hacer las cosas paso a paso, a un ritmo razonable
- 1.5. Comentar la experiencia que ha tenido el paciente con el cambio de hábitos de sueño
- 1.6. Revisar las técnicas de distracción

Aquí puede ser interesante tener preparada una lista de actividades para distraer la atención del funcionamiento físico.

### **2. Trabajo con las cogniciones**

- 2.1. Autorregistros para identificar los pensamientos disfuncionales, enseñar a los pacientes a “examinar sus pensamientos con mayor profundidad”
- 2.2. Seleccionar un pensamiento de los autorregistros para modificarlo. Se intenta escoger el que más presente está
- 2.3. Cuestionar los pensamientos (técnica de Beck)
- 2.4. Dar al paciente la lista de preguntas para que practique en casa. Se le anima al paciente a leer en alto e ir contestando en Anexo 4.9.
- 2.5. Si el tiempo lo permite, se trabaja con un segundo pensamiento negativo

Material para el paciente:

- Anexo 3.2.3. Autorregistro para el paciente
- Anexo 3.2.9. Evaluando los pensamientos negativos
- Anexo 3.2.10. Los pensamientos negativos
- Anexo 3.2.11. Las diez modalidades de pensamiento negativo (si se elige entregar esta lista, borrar los tipos de pensamiento negativo del anexo 3.2.10)

### **3. Trabajo para casa**

- 3.1. Instruir al paciente para que complete los autorregistros de síntomas y de pensamientos (que cuestione un pensamiento al día)
- 3.2. Instruir al paciente para que practique la respiración abdominal 15 min. al día
- 3.3. Asignar una actividad
- 3.4. Pedir al paciente que practique la relajación diferencial mientras ve la televisión, etc.
- 3.5. Animar al paciente a que lleve a cabo las recomendaciones para la higiene del sueño
- 3.6. Fomentar que el paciente use técnicas de distracción al menos una vez al día



ANEXO VII.3.2.9. Evaluando los pensamientos automáticos

<b>Pensamiento:</b> _____
<b>1.-¿Qué indicaría que este pensamiento es cierto?</b>
<b>2.-¿Qué indicaría que este pensamiento no es cierto?</b>
<b>3.-¿Existe alguna otra explicación?</b>
<b>4.-¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Podría soportarlo o me mataría?</b>
<b>5.-¿Qué es lo mejor que me puede pasar?</b>
<b>6.-¿Cuál es el resultado más probable /realista?</b>
<b>7.-¿Cómo me hace sentir este pensamiento?</b>
<b>8.-¿Cómo me afectaría cambiar esta forma de pensar?</b>
<b>9.-¿Qué debo hacer sobre esto?</b>
<b>10.-¿Qué le diría a (un amigo/a) si él/ella estuviese en esta situación?</b>





### ANEXO VII.3.2.10. Los pensamientos negativos

Cuando una persona está triste o cuando siente dolor, se producen en ella una serie de pensamientos automáticos, que generalmente son negativos, y que además no suelen ser ciertos al 100%, aunque la persona que los piensa no llega a plantearse esto.

En el caso de las personas con síntomas físicos inexplicables, al igual que ocurre en otras enfermedades crónicas, los pensamientos negativos están muy presentes. Y tal y como hemos hablado a lo largo de la sesión, este tipo de pensamientos no ayudan, sino que hacen que nos sintamos peor. Por lo tanto, ¿cómo cambiarlos? El primer paso es aprender a “detectar pensamientos”. Ya hemos dicho que estos pensamientos son automáticos, es decir, que vienen sin que nosotras lo queramos, y además a veces ni nos damos cuenta de que los tenemos.

Durante las semanas que llevamos trabajando, hemos ido “cazando” pensamientos en los autorregistros, ese es un primer paso. A partir de ahora vamos a dar un paso más: intentar analizar si esos pensamientos que nos vienen son reales o no.

Estos pensamientos negativos suelen cometer una serie de errores. Ya los hemos tratado en la sesión, pero aquí tienes unos ejemplos para que te ayuden a partir de ahora a observar cómo son tus pensamientos.

PRINCIPALES ERRORES DE RAZONAMIENTO	
<b>Inferencia arbitraria</b>	Adelantar conclusiones en ausencia de evidencias claras. <i>No voy a estar bien en la vida.</i>
<b>Abstracción selectiva</b>	Centrarse en un detalle fuera de contexto, ignorando otras características relevantes de la situación. <i>¿Has visto la cara del médico? Seguro que lo mío no tiene remedio...</i>
<b>Generalización excesiva</b>	Elaborar una conclusión a partir de hechos aislados.

	<i>Otra vez con mareos, siempre estoy igual.</i>
<b>Maximización y minimización</b>	Errores en la evaluación de la magnitud de un hecho. <i>Todo lo hago mal...soy un desastre.</i>
<b>Personalización</b>	Tendencia a atribuirse a sí mismo fenómenos externos. <i>Ha suspendido el examen por mi culpa... si yo estuviese bien...</i>
<b>Pensamiento absolutista o dicotómico</b>	Tendencia a clasificar las experiencias en dos categorías opuestas. <i>Estoy muy mal, nunca estaré bien del todo.</i>

Probablemente, nos hayamos sentido identificadas ante algunos de los pensamientos de la tabla... Ahora que conocemos los errores que comentemos al pensar, será más sencillo que podamos cambiarlos. Porque...

- *¿Es cierto que no me voy a curar nunca?* Hoy no se conoce un tratamiento que cure a las personas con fibromialgia, pero las investigaciones están muy avanzadas, ¿podría ser que dentro de un año hubiese un tratamiento efectivo? Pues ¡quién sabe! Igual sí.
- *Cada día estoy peor...* Bueno, igual es cierto que llevas una temporada mala, pero ¿no te ha pasado otras veces que tras una temporada así luego viene otra en la que sientes mejor?
- *Ya no valgo para nada...* Es cierto que la enfermedad produce limitaciones, pero sigues ocupándote de tu familia, de ciertas labores del hogar, de arreglarte por las mañanas, de cuidar las plantas...

Estos son algunos de los pensamientos que hemos podido ver que más se repiten en personas con síntomas físicos... Como ves, incluso en los peores casos puede haber esperanza. A partir de ahora, intenta pensar conscientemente, y darle la vuelta a los pensamientos negativos que te vayan viniendo. De este modo seguramente (aunque los dolores sigan) te encuentres mejor

## LAS DIEZ MODALIDADES DE PENSAMIENTO NEGATIVO

Consiste en ver las cosas en términos de “blanco o negro”. Si una situación no alcanza la perfección la considera un fracaso total.

### 1. Pensamiento del tipo “todo o nada”

Por ejemplo, una chica se pone a dieta y un día toma una cucharada de helado y se dice a sí misma “he echado por tierra todo mi régimen”. Este pensamiento le trastocó tanto que después se comió casi un kilo de helado...

Consiste en considerar que, a partir de un acontecimiento puntual negativo, como un desengaño amoroso o un problema profesional, esto ocurrirá para siempre. Son pensamientos del tipo “siempre” o “nunca”.

### 2. Sobregeneralización

Por ejemplo, una mujer a la que un día le sale mal el asado puede pensar “siempre me salen mal las comidas”, cuando sólo le ha pasado una vez.

Escoger un único detalle negativo y hacer hincapié exclusivamente en éste, de manera que no se tiene una perspectiva general de la situación.

### 3. Filtro mental

Por ejemplo, al hacer una presentación de un trabajo todo el mundo le dice a Juan que está de maravilla. Entonces, un compañero le hace una ligera crítica. Durante varios días, Juan se obsesiona con esta crítica, ignorando las felicitaciones que también le habían dado.

<p>Descartar las experiencias positivas, insistiendo en que no cuentan o no tienen importancia porque es “su obligación”.</p> <p>Al realizar un buen trabajo, decirse a sí mismo que “no es suficientemente bueno”, “cualquiera lo puede hacer igual”.</p> <p>Eliminar lo positivo elimina la alegría de la vida y le hace sentirse incompetente y poco gratificado.</p>	<p>Consiste en interpretar las cosas de forma negativa cuando no existen hechos que avalen esta conclusión.</p> <p>Por ejemplo, hacer “presagios”, como creer, de manera arbitraria, que alguien reacciona negativamente hacia usted o “predicciones”, como predecir que las cosas saldrán mal.</p> <p>Situaciones como, al tener una enfermedad, pensar que “no me sentiré mejor nunca”.</p>
<p><b>4. Descartar lo positivo</b></p>	<p><b>5. Precipitación en las conclusiones</b></p>
<p><b>6. Amplificación</b></p>	<p>Exagerar la importancia de sus problemas y sus defectos o minimizar la importancia de sus principales cualidades.</p>
<p><b>7. Razonamiento emocional</b></p>	<p>Suponer que cuando se está influenciado por las emociones negativas, éstas reflejan forzosamente el estado real de las cosas.</p> <p>Ejemplos: “Siento pánico de tener que viajar en avión. Volar debe ser muy peligroso”; “Me siento culpable, debo ser una mala persona”; “Me siento inferior, esto indica que soy una persona de segunda clase”.</p>

Usted se dice a sí mismo que las cosas deberían ser como usted deseaba o esperaba que fueran.

Ejemplos de pensamiento son: “No debería cometer tantos errores”, “Debería hacer esto” ...

#### 8. “Afirmaciones hipotéticas”

En general, las afirmaciones hipotéticas del tipo “debería ser” dirigidas contra otras personas o contra el mundo en general, conducen a rabia y a frustración. Cuando se dirigen hacia uno mismo (“no debería comerme ese pastel”), generalmente no funcionan: hacen que la persona se revele, generando el impulso contrario.

Etiquetar a las personas constituye una forma extrema de pensamiento del todo o nada. En lugar de decir “he cometido un error”, asignar una etiqueta negativa a su persona: “soy un perdedor”. También se puede etiquetar de “tonto”, “fracasado” o “estúpido”. Ponerse etiquetas es un hecho irracional, porque usted y sus conductas no son la misma cosa. Además, generan rabia, ansiedad, frustración y baja autoestima

#### 9. Etiquetaje

Cuando alguien hace algo que le disgusta profundamente puede decirse “soy un desgraciado”. Entonces siente que el problema radica en el “carácter” o en la “esencia” de la persona y no en su forma de pensar o comportarse. Eso hace que se valore de forma completamente negativa, sintiéndose mal, desesperanzado de cara a mejorar las cosas.

La personalización tiene lugar cuando la persona asume toda la responsabilidad de un hecho que no está totalmente bajo su control. Por ejemplo, ante un niño que trae malas notas, la madre puede pensar “soy una mala madre”, en lugar de buscar el origen de los problemas del niño.

La personalización genera sentimientos de culpa, vergüenza e incompetencia.

#### **10. Personalización y vergüenza**

Otras personas hacen lo contrario. Culpan a los demás o a las circunstancias de sus problemas y no tienen en cuenta su contribución a los mismos: “El motivo de que mi matrimonio vaya mal es culpa de mi marido”.

Echar la culpa a los demás no suele conducir a ninguna parte, dado que las otras personas se molestarán al sentirse cabezas de turco y le devolverán la jugada.

## **SESIÓN 6: paciente**

### **1. Revisión de las actividades asignadas:**

- 1.1. Discutir sobre cuándo, dónde y durante cuánto tiempo practicó la respiración diafragmática
- 1.2. Continuar incrementando las actividades (ejercicio, actividades sociales,...)
- 1.3. Comentar la experiencia que ha tenido el paciente con el cambio de hábitos de sueño
- 1.4. Revisar las técnicas de distracción

### **2. Revisar la reestructuración cognitiva**

- 2.1. Comentar con el paciente la experiencia de examinar con mayor profundidad sus pensamientos negativos
- 2.2. Revisar cada pensamiento que ha trabajado el paciente desde casa

### **3. Enseñar la Relajación Muscular Progresiva (RMP)**

- 3.1. Discutir sobre la racionalidad de la RMP
- 3.2. Guiar al paciente en la práctica de la RMP

- Material para el paciente:
  - Anexo 3.2.12. Relajación Muscular Progresiva
  - Anexo 3.2.13. Orden entrenamiento en RMP

### **4. Trabajo para casa**

- 1.1. Practicar RMP en entornos silenciosos 2 veces al día
- 1.2. Pedir al paciente que practique la relajación diferencial mientras ve la televisión, etc.
- 1.3. Continuar con los autorregistros de síntomas y de pensamientos (que cuestione un pensamiento al día)
- 1.4. Continuar incrementando una actividad a la semana
- 1.5. Continuar llevando a cabo las recomendaciones para la higiene del sueño
- 1.6. Continuar fomentando el uso de técnicas de distracción al menos una vez al día





### ANEXO VII.3.2.12. Relajación diferencial<sup>1</sup>

La relajación diferencial es una de las variantes más utilizadas de la relajación progresiva. El objetivo de esta técnica es aprender a tensar sólo aquellos músculos relacionados con una actividad y mantener relajados aquellos que no son necesarios. El resultado es que el paciente puede realizar la mayoría de las actividades de su vida cotidiana con un mínimo de tensión.

La relajación diferencial pretende que el sujeto aprenda a relajarse en situaciones cotidianas, en las que no le es posible adoptar la posición típica de la relajación progresiva (sentado o tumbado con los ojos cerrados...).

Por tanto se puede utilizar como:

- *Estrategia de generalización.* Una vez que el sujeto ha aprendido a relajarse en condiciones óptimas, es decir, en un lugar en penumbra y silencioso, colocado en una posición cómoda, etc., se inicia el entrenamiento en relajación diferencial como complemento de la relajación progresiva, para promover la generalización a situaciones naturales como por ejemplo, trabajando en la oficina, conduciendo, etc.
- *Técnica de enfrentamiento.* A ciertos pacientes que no presentan problemas específicos como ansiedad, estrés, etc., se les puede enseñar directamente la relajación diferencial como un método que les ayude a hacer frente a situaciones difíciles de la vida cotidiana.

La explicación inicial proporcionada al paciente destaca que en la vida diaria debemos tensar sólo lo necesario, es decir, aquellos músculos implicados en la actividad que estemos realizando, mientras que debemos mantener relajado el resto de grupos musculares.

Nosotros solemos recurrir al ejemplo de la conducción para aclarar la utilidad de la relajación diferencial. Hay situaciones de la vida diaria en las que no podemos tener todos los músculos completamente relajados, por ejemplo

---

<sup>1</sup> Olivares Rodríguez J, Méndez Carrillo FX. Técnicas de Modificación de Conducta. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005.

un conductor no podría relajar los párpados y cerrar los ojos. Sin embargo, se puede aprender a tensar unos músculos y a relajar diferencialmente otros.

Cuando uno es un conductor novato tensa innecesaria y exageradamente todos los músculos del cuerpo (frunce el entrecejo, aprieta las mandíbulas, arquea la espalda al volante...), de modo que cuando gira el volante parece como si quisiera doblar con la fuerza de sus brazos todo el vehículo, aprieta el embrague para que no se le cale el coche como si el pie fuera a salirse por el faro delantero, etc. Estas señales de tensión son fácilmente observables, por lo que la gente reconoce rápidamente a un coger inexperto, a pesar de que no haya realizado una maniobra incorrecta.

En cambio, un conductor habilidoso tensa lo imprescindible los músculos implicados en la conducción como la zona de los ojos, los brazos y los pies. El resultado es que cuando un conductor novato se baja del coche se encuentra siempre cansado, incluso si el recorrido ha sido corto, mientras que un conductor experto sólo presenta fatiga después de conducir durante horas o cientos de kilómetros.

El programa de relajación diferencial de Bernstein y Borkovec (1983) combina tres variables dicotómicas: posición (sentado /de pie), actividad (no activo /activo) y lugar (tranquilo /no tranquilo). Estas variables se van combinando entre sí, dando lugar a 8 situaciones distintas.

A continuación presentamos una tabla de ejemplo, siendo interesante que el paciente busque sus propias “situaciones –ejemplo” para cada una de las categorías.

POSICIÓN	ACTIVIDAD	LUGAR	EJEMPLO
<b>Sentado</b>	No activo	Tranquilo	<b>Sentado sin hacer nada en la terraza</b>
		No tranquilo	<b>Sentado esperando a mi mujer en una cafetería</b>

	Activo	Tranquilo	<b>Conduciendo mi coche por la carretera con poca circulación</b>
		No tranquilo	<b>Revisando unos papeles en la oficina y atendiendo al teléfono</b>
<b>De pie</b>	No activo	Tranquilo	<b>De pie, mirando por la ventana</b>
		No tranquilo	<b>Esperando al autobús</b>
	Activo	Tranquilo	<b>Haciendo la comida</b>
		<b>No tranquilo</b>	<b>Inspeccionando una obra con el capataz</b>

Este programa comprende una serie de pasos a seguir que empiezan con actividades relativamente tranquilas y van aumentando progresivamente hacia comportamientos más activos. En las actividades iniciales, la práctica es similar a la de la relajación básica, no hay distracciones y el paciente se puede concentrar más fácilmente en el proceso de relajación. A medida que avanza el programa, va aumentando la actividad y los posibles distractores de cada situación.

El primer paso supone ya un avance sobre la relajación progresiva, puesto que el sujeto tiene los ojos abiertos y está sentado de forma habitual, sin apoyar todos los músculos. Los siete pasos restantes suponen relajarse en situaciones gradualmente más difíciles.

Un programa de entrenamiento en relajación diferencial puede llevarse a cabo entre dos y cuatro semanas. El paso de un tipo de situación a la siguiente

se efectúa en función del proceso del paciente. A lo largo del entrenamiento el terapeuta manda como tareas para casa la práctica diaria de la relajación diferencial en las situaciones correspondientes.

Una vez que se ha entrenado al cliente se le instruye para que a la menor señal de tensión innecesaria en algún grupo muscular ponga en práctica las habilidades de relajación diferencial aprendidas. Es conveniente resaltar al paciente que, aunque al principio parezca que es necesario esforzarse para poner en práctica este procedimiento, según aumenta la habilidad se necesita muy poco tiempo y esfuerzo para poder emplear este procedimiento de relajación en cualquier situación cotidiana.

ANEXO VII.3.2.13. Orden relajación progresiva

	Orden	Grupos musculares	Ejercicio de tensión
<b>Extremidades superiores</b>	1	Mano y antebrazo dominantes	<b>Apretar el puño dominante</b>
	2	Brazo dominante	<b>Apretar codo dominante contra brazo sillón</b>
	3	Mano y antebrazo no dominantes	<b>Apretar el puño no dominante</b>
	4	Brazo no dominante	<b>Apretar codo no dominante contra brazo sillón</b>
<b>Cabeza y cuello</b>	5	Frente	<b>Levantar las cejas</b>
	6	Ojos y nariz	<b>Apretar los párpados y arrugar la nariz</b>
	7	Boca	<b>Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar</b>
	8	Cuello	<b>Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque (tira y afloja)</b>
<b>Tronco</b>	9	Hombros, pecho y espalda	<b>Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omoplatos</b>
	10	Estómago	<b>Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él</b>
<b>Extremidades inferiores</b>	11	Muslo dominante	<b>Apretar el muslo dominante contra el sillón</b>
	12	Pierna dominante	<b>Doblar dedos pie dominante hacia arriba</b>
	13	Pie dominante (no tensar más de 5 seg. para evitar calambres)	<b>Doblar dedos pie dominante hacia atrás</b>
	14	Muslo no dominante	<b>Apretar el muslo no dominante contra el sillón</b>
	15	Pierna no dominante	<b>Doblar dedos pie no dominante hacia arriba</b>
	16	<b>Pie no dominante (no tensar más de 5 seg. para evitar calambres)</b>	<b>Doblar dedos pie no dominante hacia atrás</b>



## **SESIÓN 7: paciente y persona significativa (pareja)**

### **1. Revisión de las actividades asignadas:**

- 1.1. Comentar la experiencia del paciente practicando la RMP
- 1.2. Comentar en uso de la respiración diafragmática durante otras actividades
- 1.3. Comentar el incremento de las actividades (ejercicio, actividades sociales,...)
- 1.4. Comentar la experiencia que ha tenido el paciente con el cambio de hábitos de sueño

Las técnicas de distracción y la reestructuración cognitiva no se revisan en las sesiones conjuntas.

### **2. Revisión de las actividades agradables en pareja**

- 2.1. Pros y contras de comprometerse a realizarlas, si la pareja no lo ha hecho
- 2.2. Planear actividades agradables adicionales

### **3. Discusión sobre la comunicación de la pareja con respecto a los síntomas físicos del paciente:**

- 3.1. Hablar sobre las últimas conversaciones que han tenido

Apuntes teóricos.

- Anexo 3.2.14. Modelo de intercambio de conductas y reciprocidad

### **4. Planear cambios específicos en la comunicación**

- 4.1. Instruir a la pareja a no hablar sobre los síntomas físicos y hablar sobre cosas no relacionadas con la salud (si es aplicable)
- 4.2. Si es oportuno, enseñar técnicas de resolución de conflictos si la salud del paciente provoca discusiones
- 4.3. Si es oportuno, enseñar técnicas de escucha activa si la salud del paciente provoca que el otro se sienta impotente

Es importante señalar que hay muy pocas sesiones como para lograr cambios sustanciales en la vida de pareja. La idoneidad de una terapia de pareja puede ser planteada como una opción futura.

### **5. Discusión sobre la manera en que la persona significativa mantiene la conducta de enfermo del paciente**

- 5.1. Realizar un plan para reducir las conductas de la persona significativa que refuerzan la conducta de enfermedad

### **6. Trabajo para casa**

- 6.1. Usar la RMP y/o la respiración diafragmática
- 6.2. Continuar con el registro de síntomas y la higiene del sueño
- 6.3. Pareja: incrementar las actividades agradables juntos
- 6.4. Pareja: practicar las recomendaciones sobre comunicación
- 6.5. Persona significativa: practicar los cambios de conducta comentados anteriormente





#### ANEXO VII.3.2.14. Modelo de intercambio de conductas y reciprocidad

La relación matrimonial se ve como un proceso circular y de recíprocas consecuencias, donde cada uno se ve afectado por el comportamiento del otro.

##### **Intercambio de Conductas**

Una relación conflictiva es aquella en la que se da un déficit de consecuencias positivas para cada cónyuge. Las parejas conflictivas en relación con los normales, intercambian una tasa baja de recompensas, una tasa alta de castigos o ambas.

Las recompensas y castigos son idiosincrásicos y se caracterizan por tener efectos agradables o desagradables en el otro. Las conductas afectivas y comunicativas son más importantes que las instrumentales (cuidar la casa, finanzas, niños,...) y el compañerismo per se es reforzador en las parejas que se llevan bien, pero no en las conflictivas.

Una diferencia importante en las parejas conflictivas está en el tipo de control empleado para mantener la relación (positivo frente a aversivo-refuerzo negativo y/o castigo).

##### **Reciprocidad**

El comportamiento de una pareja es interdependiente. Las parejas tienden a recompensarse aproximadamente con las mismas tasas.

En las relaciones conflictivas la reciprocidad en el castigo es aún más fuerte y suele ser una de sus características principales. Todo bajo una valoración del momento o a corto plazo.

Las parejas conflictivas dependen de la aplicación inmediata de recompensas y castigos. No soportan la demora por ausencia de confianza en la relación. Por ejemplo, aún castigo procedente de uno se puede esperar otro inmediato procedente del otro. Sin embargo la reactividad ante los estímulos positivos no se da de la misma manera.

El conflicto de pareja no sólo surge de una reducción de la relación recompensa-castigo, sino de un incremento de la reactividad al comportamiento aversivo del otro.

### **Erosión de Reforzadores**

Si la pareja no es creativa, por saturación y habituación, los reforzadores iniciales pierden su eficacia.

Viejos reforzadores que antes funcionaban ahora no lo hacen, creándose rutina y discordia en la relación.

Hay que distinguir la cantidad de los refuerzos de la calidad (satisfacción) de ellos.

## **SESIÓN 8: paciente**

### **1. Revisión de:**

- 1.1. Respiración diafragmática y abdominal
- 1.2. Actividades asignadas
- 1.3. Recomendaciones de sueño
- 1.4. Técnicas de distracción
- 1.5. Los autorregistros cognitivos (cambios de pensamiento) de las 2 últimas semanas

### **2. Analizar las ventajas y desventajas del rol de enfermo**

- 2.1. Hablar sobre los parientes cercanos que estaban enfermos cuando el paciente era un niño
- 2.2. Pros y contras del rol de enfermo para el paciente
- 2.3. Hablar sobre la familia del paciente: su reacción cuando el paciente era un niño y estaba enfermo
- 2.4. Discutir sobre la situación de estar enfermo en la actualidad
- 2.5. Discutir sobre los déficits en las habilidades o las necesidades que no cubre estando enfermo

Apunte teórico:

- Anexo 3.2.15. El rol de enfermo

### **3. Discusión sobre alternativas para que sus necesidades estén cubiertas:**

- 3.1. Si es necesario, enseñar habilidades de comunicación a través de role-playing
- 3.2. Si es necesario, entrenamiento en asertividad a través de role-playing

Apunte teórico:

- Anexo 3.2.16. Asertividad

### **4. Trabajo para casa**

- 4.1. Usar la RMP y/o la respiración diafragmática
- 4.2. Continuar con el plan de actividades.
- 4.3. Continuar con el registro de síntomas y la reestructuración de pensamientos
- 4.4. Animar al paciente a que continúe con las recomendaciones para la higiene del sueño
- 4.5. Fomentar que el paciente continúe usando técnicas de distracción al menos una vez al día
- 4.6. Experimentar en situaciones concretas diarias con las nuevas habilidades de comunicación adquiridas en la sesión



### ANEXO VII.3.2.15. El rol de enfermo (Avia 1993).

El rol de enfermo es un estado parcialmente legítimo al cual todos tenemos derecho siempre y cuando cumplamos unas condiciones: Aceptar que es un estado indeseable, reconocer la obligación a cooperar con los demás para mejorar, y estar dispuestos a utilizar los servicios médicos. Si se cumplen estos requisitos se exime al individuo de sus obligaciones habituales y no se le considera responsable de su estado.

Diversos factores pueden hacer más probable que la persona asuma y acepte el rol de enfermo; puede sentir agobio o insatisfacción con el papel que ocupa en la familia o en la pareja, puede sentir un malestar interno difuso que merece reconocimiento de los demás, cuanto peor sea su situación inicial y/o cuantas más ventajas le ofrezca la nueva, más probable será que se incline por ésta.

Lo habitual es que cuando uno está enfermo reciba atención, cuidados y consideraciones especiales, y a la vez quede temporalmente liberado de trabajos, obligaciones, decisiones y responsabilidades. A menudo, posibles situaciones conflictivas o delicadas se postponen hasta que la persona mejora e incluso la enfermedad logra iniciar períodos de tregua entre personas o familias que están en abierta pugna. Estas ventajas pueden recibirse directamente, tendiendo después el individuo a repetir los comportamientos que las consiguen según los principios del condicionamiento operante, o adquirirlas vicariamente a partir de la observación de otros.

Los comportamientos propios de enfermo pueden encerrar formas sutiles e indirectas de comunicarse interpersonalmente que no sólo tiene consecuencias sobre uno mismo, sino también para los otros.



### **ASERTIVIDAD O AUTOAFIRMACIÓN.**

- UN MODO Y UN ESTILO DE COMUNICARSE:

El estilo con que te comunicas es la carta de presentación para tu interlocutor. Puedes dar la impresión de inseguridad, altanería o agresividad, o puedes demostrar sinceridad, honestidad y firmeza. Según sea la imagen que des a través de tu carta de presentación, así va a reaccionar tu interlocutor.

Los estilos no asertivos y agresivos en la comunicación personal:

Pensemos en las siguientes situaciones:

- Has encontrado difícil hablar con jóvenes, familiares o adultos que muestran comportamientos exigentes o desconsiderados contigo.
- Cómo te sientes cuando por requerimiento de tu tarea has de “llamar la atención” a un joven, padre, profesional o colega que está actuando de forma inadecuada.
- Cómo sueles “pararle los pies” a quienes sistemáticamente transgreden o someten a burlas las normas adoptadas por el grupo.
- Cómo defiendes tus derechos y necesidades personales cuando estos se ven constantemente “sacrificados” por las exigencias y la sobrecarga de las tareas que tienes asignadas o que te han asignado.

En situaciones como las anteriores se piensa, a menudo, que la comunicación sólo puede transcurrir por dos únicas vías de acción o dos estilos de afrontamiento:

1. No decir nada sobre el comportamiento que nos molesta, evitar actuar por miedo a lo que pueda pasar, o abordar la situación de una manera poco directa: adoptando caminos o estrategias tortuosas que denotan

temor o inseguridad al hacerlo. Esto sería un estilo inhibido o no asertivo.

2. Demandar un cambio inmediato en la conducta de tu interlocutor usando intimidación, sarcasmo o apelando a la violencia física. Esto sería un estilo agresivo o intimidador.

Ambos estilos tienen características propias, tanto en el comportamiento verbal como en el no verbal. El estilo inhibido suele mostrar un habla vacilante, un bajo volumen de voz, postura corporal tensa, retraída y tendente a alejarse del que habla. El estilo agresivo, por el contrario, suele mostrar un habla impositiva con órdenes e interrupciones a los demás, un elevado volumen de voz, movimientos amenazantes y postura corporal tendente a invadir el espacio del interlocutor.

Estos dos estilos suelen ser las dos caras de la misma moneda. Es decir, la persona que se inhibe en ciertas ocasiones, puede en otras situaciones, dar rienda suelta y con exageración a su irritación. Así por ejemplo, la persona que en su trabajo puede ser de lo más comedida e inhibida, puede reaccionar en casa o con su familia como un tirano.

Ambos tipos de reacciones tienen en común un elemento crucial: es la situación la que manda u orienta el comportamiento de la persona en cuestión. Tanto la persona con estilo inhibido como agresivo se sienten sin control. En un caso, la situación le achanta de tal modo que le inhibe o le paraliza. En otro caso la situación llega a desbordarle y descontrolarle a modo de la “gota que rebosa el vaso”. En ambos casos, la percepción de control que tienen de la situación es muy reducida. Como consecuencia de ello, ambos estilos no suelen ser efectivos para lograr sus objetivos, suelen generar conflictos interpersonales y suelen también desarrollar una baja autoestima.



ESTILO NO ASERTIVO	ESTILO AGRESIVO
<b>Comportamiento verbal</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacilante: “quizás”, “supongo que...”, “ejem... bueno... quizás... tal vez...”, “No si yo... bueno...”, “en realidad no es importante...” “no ....no te molestes”.</li> <li>- Con parásitos verbales: “Ejem. Yo...”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impositivo: “tienes que...”, “no te tolero...”, “no te consiento...”</li> <li>- Interrumpe a los demás.</li> <li>- Da órdenes.</li> </ul>
<b>Comportamiento no verbal</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postura cerrada y hundida del cuerpo.</li> <li>- Movimientos forzados, rígidos e inquietos. Se retuerce las manos.</li> <li>- Posición de cabeza a menudo hacia abajo.</li> <li>- Ausencia de contacto visual. Miradas bajas.</li> <li>- Voz baja. Tono de voz vacilante.</li> <li>- Movimiento del cuerpo tendente a alejarse de los otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postura erecta del cuerpo y hombros hacia atrás.</li> <li>- Movimientos y gestos amenazantes.</li> <li>- Posición de la cabeza hacia atrás.</li> <li>- Mirada fija.</li> <li>- Voz alta. Habla fluida y rápida.</li> <li>- Movimientos del cuerpo tendentes a invadir el espacio del interlocutor.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede evitar totalmente la situación.</li> </ul>	
<b>Otras características</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deja violar sus derechos.</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Pierde oportunidades. Deja a los demás elegir por él.</li> <li>- Se siente sin control.</li> <li>- No suele lograr sus objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viola los derechos.</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Se siente sin control.</li> <li>- Puede lograr algunos objetivos, pero dañando las relaciones (humilla), por lo que no logra otros objetivos.</li> </ul>

## **EL ESTILO ASERTIVO.**

Hay una tercera elección. Existe un estilo de comunicación diferente. Un estilo que ayuda a los individuos a realizar sus objetivos interpersonales sin sacrificar las futuras relaciones. Este estilo se denomina asertivo. Actuar asertivamente significa que tú expresas lo que quieres y deseas de un modo directo, honesto, y en un modo adecuado que claramente indica lo que tú deseas de la otra persona pero mostrando respeto por esta.

- Asertividad es la capacidad de un individuo para expresar de manera directa sus opiniones, sentimientos, necesidades y derechos sin conminar a los demás y sin sentirse molesto.

Este estilo tiene también unas características propias. Suele mostrar un comportamiento firme y directo ya que su propósito es una comunicación clara y directa sin ser ofensiva. Suele utilizar mensajes “yo” (deseo, opino, etc) en los que se indica con claridad el origen personal, que no impositivo, de los deseos,

opiniones o sentimientos. Suele utilizar una expresión social franca, postura relajada, tono de voz firme y un espacio interpersonal adecuado.

### 1.- Comportamiento asertivo:

#### 1.- Comportamiento verbal:

- Firme y directo: “deseo”, “opino que...” “me estoy sintiendo...”, “¿qué piensas...?”.

#### 2.- Comportamiento no verbal:

- Expresión social franca y abierta del cuerpo.
- Postura relajada.
- Ausencia de tensión muscular.
- Movimientos fáciles y pausados.
- Cabeza alta y contacto visual.
- Movimientos del cuerpo y cabeza orientados hacia el otro.
- Tono de voz firme.
- Espacio interpersonal adecuado.

#### 3.- Otras características:

- Protege sus derechos y respeta los de los demás.
- Logra sus objetivos sin ofender a los demás.
- Se siente satisfecho consigo mismo. Tiene confianza en sí mismo.
- Elige por sí mismo.
- Permite a la otra persona saber que se le comprende y cómo te sientes.
- Establece su posición o lo que quiere con claridad.
- Ofrece una explicación cuando es posible.

Al contrario que los otros estilos, el estilo asertivo se orienta por los objetivos, por los que la probabilidad de lograrlos es mayor que con los otros, y cuando ello no es posible la persona generalmente se siente mejor por haber sido capaz de expresar al menos sus opiniones. Orientarse por los objetivos significa también cambiar de objetivos o demorarlos si la situación así lo requiere. Empecinarse en lograr ciertos objetivos cuando la situación te informa acerca de la improbabilidad de lograrlos puede ocasionar conflictos innecesarios en las relaciones interpersonales en juego. Si bien el estilo asertivo no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto interpersonal, ya que resultaría imposible, lo minimiza al máximo. En un estilo democrático de comunicación ya que permite una comunicación clara. Honesta y no manipulativa.

Las consecuencias positivas de intervenir asertivamente pueden ser muchas:

- Independientemente de si se logran o no los objetivos, uno se siente mejor por haber sido capaz de expresar claramente sus opiniones y haberse enfrentado al problema.
- Desaparecen los síntomas de ansiedad, culpabilidad y psicopáticos.
- Mayor confianza en uno mismo y mejora de relaciones y de control del ambiente.

Los componentes o indicadores del comportamiento asertivo en general son:

- Tener claro el objetivo.
- Buscar el momento adecuado.
- Mantener el control emocional.

## ASERTIVIDAD

### Componentes no verbales.

- **Mirada directa.**
- **Tono y volumen adecuado, pero nunca crispado ni ansioso.**
- **Firme y audible.**
- **Expresión del rostro en consonancia. No crispado.**
- **Gestos: no demasiados, sólo los adecuados.**
- **Distancia: dependiendo de la situación.**

### Componentes verbales.

- **Expresar lo que se desea con claridad y repetirlo si hace falta.**
- **No discutir ni contraatacar.**
- **No poner excusas.**
- **Llegar a un acuerdo.**
- **Emitir frases de comprensión, aunque no se esté de acuerdo.**



## **SESIÓN 9: paciente y persona significativa (pareja)**

### **1. Revisión de las actividades agradables en pareja**

- 1.1. Comentar las actividades llevadas a cabo en pareja
- 1.2. Pros y contras de comprometerse a realizarlas, si la pareja no lo ha hecho

### **2. Discusión sobre la comunicación de la pareja con respecto a los síntomas físicos del paciente:**

- 2.1. Comentar como ha ido con las habilidades de comunicación en pareja
- 2.2. Pros y contras de comprometerse con el cambio, si la pareja no lo ha hecho

### **3. Revisar la manera en que la persona significativa mantiene la conducta de enfermo del paciente**

- 3.1. Comentar los signos de aviso que el paciente emplea para solicitar ayuda de otros (amigos, familia, profesionales de la salud, etc) a la hora de manejar el estrés

### **4. Comentar la posible idoneidad de una terapia familiar o de pareja**

- 4.1. Discutir objetivos que se podrían plantear y expectativas al respecto
- 4.2. Pros y contras de iniciar una terapia familiar o de pareja

### **5. Despedida y cierre con el familiar significativo**

- 5.1. Agradecimientos por la participación
- 5.2. Reforzar el mantenimiento de los que se ha abordado en las sesiones

### **6. Trabajo para casa**

- 6.1. Usar la RMP y/o la respiración diafragmática
- 6.2. Continuar con el plan de actividades.
- 6.3. Continuar con el registro de síntomas y la reestructuración de pensamientos
- 6.4. Animar al paciente a que continúe con las recomendaciones para la higiene del sueño
- 6.5. Fomentar que el paciente continúe usando técnicas de distracción al menos una vez al día
- 6.6. Experimentar en situaciones concretas diarias con las nuevas habilidades de comunicación adquiridas en la sesión





## **SESIÓN 10: paciente**

### **1. Revisión de:**

- 1.1. El Modelo teórico y atribucional de los síntomas
- 1.2. Respiración diafragmática y abdominal
- 1.3. Plan de actividades asignadas
- 1.4. Recomendaciones sobre la higiene del sueño
- 1.5. Técnicas de distracción
- 1.6. Reestructuración cognitiva
- 1.7. Las habilidades de comunicación y la asertividad

### **2. Comentar el “plan de mantenimiento”**

- 2.1. Formular expectativas realistas
- 2.2. Reforzar la práctica continuada de lo planteado en las sesiones
- 2.3. Pro y contras de mantener los aprendido

### **3. Tratamiento adicional**

- 3.1. Comentar la idoneidad de una terapia psicológica adicional

### **4. Despedida y cierre**

- 4.1. Comentar los sentimientos del paciente sobre la finalización del tratamiento
- 4.2. Agradecimientos
- 4.3. Despedida

