

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I
TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

DELIMITACIÓN DIAGNÓSTICA Y CLÍNICA DEL
TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.

JOSÉ LÓPEZ SANTIAGO

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2011

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 24 de juny de 2011 davant un tribunal format per:

- Dr. Jordi Obiols Llandrich
- Dra. Concha Perpiñá Tordera
- Dr. Bonifacio Sandín Ferrero
- Dr. Rafael Ballester Arnal
- Dra. Gemma García Soriano

Va ser dirigida per:
Dra. Amparo Belloch Fuster

©Copyright: Servei de Publicacions
José López Santiago

I.S.B.N.: 978-84-370-8228-8

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Arts Gràfiques, 13 baix
46010 València
Spain
Telèfon:(0034)963864115

DELIMITACIÓN DIAGNÓSTICA Y CLÍNICA DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

TESIS DOCTORAL

**PRESENTADA POR:
JOSÉ LÓPEZ SANTIAGO**

**DIRECTORA DE LA TESIS:
DRA. AMPARO BELLOCH FUSTER**



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

**UNIVERSIDAD DE VALENCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
2011**

DELIMITACIÓN DIAGNÓSTICA Y CLÍNICA DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

Tesis Doctoral presentada por:

JOSÉ LÓPEZ SANTIAGO

Para obtener el grado de Doctor

Directora de la tesis:

DRA. AMPARO BELLOCH FUSTER



**UNIVERSIDAD DE VALENCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
2011**

Esta investigación ha sido realizada con el apoyo de:

Beca de investigación concedida por el *Instituto de Ciencias de la Salud* de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha al proyecto “Delimitación diagnóstica y clínica del trastorno de somatización”, nº expediente: 06029-00, periodo 2006-2008.

A Ana, vull viure el temps ben acordat amb tu

A Julia y Diego, los dos maravillosos motores que me han impulsado para la finalización de este trabajo

A mis padres

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
INTRODUCCIÓN.....	17
PARTE I. MARCO TEÓRICO.....	21
1. NOSOLOGÍA DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.....	23
1.1. Breve historia de la histeria.....	23
1.1.1. Significados del término histeria a lo largo del siglo XX.....	29
1.2. La histeria del grupo de San Luis: el síndrome de Briquet.....	32
1.3. Significados del término “somatización”	38
1.4. DSM III (1980): trastornos somatomorfos.....	46
1.5. Trastorno de somatización.....	48
1.5.1. Criterios DSM-IV y CIE-10.....	50
1.5.2. Equivalencia de los criterios diagnósticos de las diferentes clasificaciones.....	54
1.6. Divergencias en los distintos criterios diagnósticos.....	55
1.6.1. ¿Diagnóstico a partir de un clúster de síntomas?.....	56
1.6.2. Síntomas incluidos como somatizaciones.....	57
1.6.3. Número de síntomas necesarios para realizar el diagnóstico.....	59
1.6.4. Rechazo de las explicaciones médicas.....	62
1.7. Propuesta de criterios más inclusivos para el trastorno de somatización.....	62
2. EPIDEMIOLOGÍA.....	66
2.1. Síntomas somáticos en población general: un fenómeno universal....	67
2.2. Síntomas no explicados médicamente en consultas médicas.....	70
2.3. Prevalencia del trastorno de somatización.....	74
2.3.1. Prevalencia del trastorno de somatización según criterios DSM y CIE.....	75
2.3.2. Prevalencia del constructo de <i>somatización abreviada</i> (Escobar).....	78
2.3.3. Valoración de los resultados respecto a la epidemiología del trastorno de somatización.....	79
2.4. Sexo, edad y otras variables sociodemográficas.....	80
3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	83
3.1. Preocupación por la enfermedad y somatización.....	86
3.1.1. Investigaciones sobre la relación entre somatización e hipocondría.....	87
4. PROPUESTAS EXPLICATIVAS DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.....	93

4.1. Interpretación de síntomas.....	93
4.2. Amplificación somatosensorial.....	98
4.3. Alexitimia y somatización.....	103
4.4. Somatización, depresión y ansiedad.....	110
4.5. Personalidad y somatización.....	116
4.6. Modelos explicativos generales.....	118
4.6.1. Modelo cognitivo conductual para los síntomas no explicados médicamente (Deary, Chalder y Sharpe, 2007).....	118
4.6.2. Modelo psicobiológico de los trastornos somatomorfos (Rief y Barsky, 2005).....	123
5. EL LABERINTO SOMATOMORFO: CONTROVERSIA ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.....	126
5.1. R. Mayou y colaboradores: “abolición” de la categoría de trastornos somatomorfos.....	127
5.2. Las réplicas de W. Rief a las propuestas de R. Mayou y colaboradores.....	132
5.3. Consecuencias del debate: nuevas propuestas de clasificación.....	137
5.3.1. W. Rief y M. Sharpe (2004): Intento de acercamiento de posturas dentro del debate.....	139
5.3.2. Buscando un punto de encuentro: <i>The Conceptual Issues in Somatoform and Similar Disorders (CISSD) Project</i> (Kroenke et al., 2007).....	139
5.3.3. V. Starcevic (2006) ¿Necesitamos los trastornos somatomorfos?.....	144
5.3.4. K. Kroenke (2006): Trastorno de síntomas físicos.....	145
5.3.5. Clasificación de somatización y síntomas somáticos funcionales para atención primaria (Fink et al 2005).....	147
5.3.6. R.D. Martin (1999): <i>EL rompecabezas somatoforme</i>	150
5.3.7. R. Noyes y colaboradores: Una re-conceptuación de los Trastornos Somatomorfos.....	152
5.3.8. G.A. Fava y colaboradores: <i>“Factores psicologicos que afectan a una condición médica”</i>	154
5.4. Divergencias y acuerdos entre las diferentes propuestas.....	157
5.5. Grupo de trabajo del DSM-V: sustitución de la categoría de trastornos somatomorfos por la de trastornos de síntomas somáticos.	164
5.5.1. Propuesta de categoría: Trastornos de síntomas somáticos.....	165
5.5.2. Propuesta de diagnóstico: Trastorno complejo de síntomas somáticos.	166
 PARTE II. MARCO EMPÍRICO	169
1. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	171
1.1. Justificación.....	172
1.2. Objetivos.....	173
1.3. Hipótesis.....	175
2. MÉTODO.....	176
2.1. Participantes.....	176
2.2. Instrumentos.....	176
2.2.1. Instrumentos para la evaluación diagnóstica.....	176
2.2.2. <i>Instrumentos para la evaluación de variables clínicas directamente relacionadas con el trastorno de somatización</i>	179
2.2.3. <i>Instrumentos para la evaluación de preocupaciones hipocondríacas..</i>	
2.2.4. <i>Instrumentos para la evaluación de otras variables clínicas</i>	187

2.2.5. <i>Evaluación de la personalidad</i>	191
2.3. Procedimiento	191
2.4. Análisis Estadísticos	195
2.4.1. Estadísticos descriptivos	195
2.4.2. Análisis de fiabilidad y análisis factorial	195
2.4.3. Diferencias entre grupos	195
3. RESULTADOS.....	197
3.1. Análisis preliminares.....	197
3.1.1. Diferencias entre grupos en variables sociodemográficas.....	199
3.1.2. Análisis de las características psicométricas de los instrumentos no validados para muestras españolas.....	202
3.2. Hipótesis 1ª. Características clínicas específicas de los pacientes con trastorno de somatización.....	202
3.2.1. Diferencias en Depresión (BDI).....	202
3.2.2. Comorbilidad con otros trastornos mentales.....	203
3.2.3. Número de síntomas somáticos.....	205
3.2.4. <i>Interferencia como consecuencia de los síntomas</i>	209
3.2.5. <i>Atribución de síntomas</i>	212
3.2.6. <i>Frustración por la mala salud</i>	215
3.2.7. <i>Convicción de enfermedad médica</i>	216
3.2.8. <i>Insatisfacción con la atención médica</i>	218
3.2.9. <i>Uso de recursos sanitarios</i>	219
3.2.10. <i>Estilo inadecuado de comunicación del estrés y el malestar, y alexitimia</i>	221
3.2.11. <i>Resumen de la Hipótesis 1</i>	223
3.3. Hipótesis 2ª. Características clínicas no específicas de los pacientes con trastorno de somatización.....	225
3.3.1. Características clínicas que comparten el trastorno de somatización y la hipocondría.....	225
3.3.2. Características clínicas que comparten los trastornos de somatización y de pánico.....	230
3.3.3. Características clínicas que comparten el trastorno de somatización con otros trastornos en los que predominan las somatizaciones: Vulnerabilidad al estrés psicológico.....	231
3.3.4. Amplificación somatosensorial: Rasgo común de pacientes somatomorfos.....	232
3.3.5. Características compartidas por todos los grupos clínicos: Preocupación ansiosa excesiva y rasgos de personalidad.....	233
PARTE III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	237
1. DISCUSIÓN.....	239
1.1. Hipótesis 1ª: características clínicas específicas de los pacientes con trastorno de somatización.....	239
1.2. Hipótesis 2ª: características compartidas con otros grupos.....	259
2. CONCLUSIONES: perfil clínico de los pacientes con trastorno de somatización.....	271
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	275
ANEXOS	309

Agradecimientos

Empeñarse en realizar una tesis doctoral en psicopatología, cuando se trabaja como psicólogo clínico en un servicio público de salud, es un proyecto que uno sabe cuando comienza, pero no cuando termina. Llegado el momento de su finalización, soy consciente de que todas las personas con las que he compartido estos años son también, de algún modo, autores de este trabajo. Gracias a todos.

A la Dra. Amparo Belloch, por su enorme paciencia, generosidad y apoyo incondicional durante todos estos años. Y por servirme de extraordinario modelo y referente, tanto en la elaboración de esta tesis doctoral, como en mi ejercicio como psicólogo clínico.

A la Dra. Claudia Castañerías, por haberme allanado el camino para que pudiera realizar este trabajo, y por su apoyo y afecto.

A Iris Colomer y Mónica Gómez, por su colaboración en el proceso de evaluación y codificación de la información. Sin su ayuda, este trabajo, a día de hoy, difícilmente estaría concluido.

A los compañeros del servicio de salud mental de Albacete por su colaboración a la hora de derivarme pacientes para la investigación y, especialmente, a los compañeros del programa asertivo comunitario, por la paciencia que han tenido conmigo estos años.

A Luis Antonio y María José por su ayuda en la corrección final de erratas.

A José Javier Tejada, Rafael Penadés y Enrique García, por su participación indirecta, al haber sido las personas más importante en este proceso de convertirme en psicólogo clínico.

A May Fernández, por su afecto incondicional y por haber creído siempre en mí.

A todos los amigos y familiares que estos años me habéis acompañado y sufrido en el proceso de elaboración de esta tesis.

A todas las personas a las que he podido atender como psicólogo clínico (especialmente a las que han participado en esta investigación), por compartir lo más íntimo de sus sentimientos y por confirmarme que amo esta profesión y no me equivoqué al elegirla.

A mis padres y hermanos, por haberme transmitido la seguridad que las cosas siempre salen adelante y por haberme protegido siempre del vértigo de sentirme solo.

A Ana, sin su ayuda y amor estas páginas (con total seguridad) no hubieran sido nunca escritas.

–¿De verdad?– preguntó el doctor Krokovski, inclinando la cabeza hacia un lado como para burlarse y acentuar su sonrisa–. ¡En tal caso es usted un fenómeno completamente digno de ser estudiado! Porque yo nunca he encontrado a un hombre enteramente sano.

Thomas Mann
La montaña mágica

La histeria es conocida desde que existe una civilización

Pierre Briquet.
Traité clinique et thérapeutique de l'histérie

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

José Luis Pinillos
Principios de Psicología

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la somatización es enormemente complejo y escurridizo. La presencia de síntomas somáticos es un fenómeno universal que caracteriza a casi cualquier experiencia humana, y muy especialmente cuando la experiencia tiene un sentido patológico o de sufrimiento, ya sea por “enfermedad física” o de origen “psicológico”. La universalidad del fenómeno de la somatización ha sido reflejada en forma de estadísticas, en las que suele indicarse, por ejemplo, que el 80% de personas estudiadas presentan algún síntoma somático a lo largo de una semana (Kellner, 1985), o que el 30% de las consultas en atención primaria se deben a los denominados síntomas no explicados médicamente (Kroenke, 2003). Aunque, paradójicamente, estos resultados se invierten si nos referimos a la categoría diagnóstica de trastorno de somatización, en la que los estudios epidemiológicos suelen cifrar su prevalencia en datos sobre el 0,4%, y en algunos casos prácticamente inexistente, como el 0,03% (Creed y Barsky, 2004). Por tanto, en estos años últimos 30 años (desde la “oficialidad” del término, y del trastorno, con el DSM-III) hemos ido oscilando entre dos extremos: el de la inespecificidad de la experiencia sintomática de la somatización, y el de la excesivamente específica y poco operativa definición, según la mayoría de autores, de la categoría nosológica del trastorno de somatización, según ha sido definida en las sucesivas versiones del DSM y de la CIE-10. En el camino, múltiples han sido los intentos de encontrar una vía intermedia, pero éstos han sido más del interés únicamente de investigadores específicos, que haber tenido un verdadero impacto en la comunidad científica.

Por ese motivo, los cambios que van a ser introducidos en el DSM-V y la CIE-11 en la categoría diagnóstico que englobe el fenómeno de la somatización (término que muy probablemente será sustituido), que parece que serán significativos, van a tener una verdadera repercusión en el futuro de este problema, tanto en lo que respecta a la investigación que se desarrolle, como para la comprensión del fenómeno por la comunidad científica.

El objetivo del presente trabajo es el de poder aportar datos que permitan mejorar la delimitación diagnóstica y las características clínicas propias, de los pacientes que son diagnosticados de trastorno de somatización. El trabajo está organizado esencialmente en dos partes, una teórica y una empírica.

La parte teórica consta de cinco capítulos, en los que se ha intentado organizar la información científica disponible respecto a diferentes aspectos clínicos y diagnósticos del trastorno de somatización, así como de dar cuenta de las principales controversias. En el primer capítulo se revisa la historia del concepto de somatización, partiendo de la historia de la histeria, pasando por el concepto de *síndrome de Briquet*, hasta llegar a las actuales definiciones del trastorno. También se revisa el concepto de somatización como fenómeno sintomático (vs. síndrome), y se definen los principales significados que en la literatura científica se ha dado al término. Finalmente, se analizan las principales controversias identificadas en las diferentes clasificaciones, así como las propuestas “no oficiales” de definiciones alternativas, que han aparecido en la literatura desde la inclusión del trastorno en el DSM-III (APA, 1980). En el segundo capítulo, se describe la epidemiología del trastorno, en la que se incluyen tres aproximaciones: 1) la epidemiología de los síntomas somáticos no explicados en la población general, 2) la prevalencia de consultas médicas en atención primaria por síntomas no explicados, y 3) la prevalencia del trastorno de somatización propiamente dicha. El capítulo 3 está destinado al diagnóstico diferencial, en el que se hace especial hincapié en la investigación que ha comparado las características clínicas de los pacientes con trastorno de somatización frente a los pacientes con hipocondría. En el capítulo cuarto se exponen las diferentes propuestas explicativas de la somatización, en el que se incluyen, tanto propuestas basadas en un único constructo (p.e., alexitimia, amplificación somatosensorial, interpretación cognitiva de los síntomas, o rasgos de personalidad), como modelos explicativos integradores. Finalmente, en el capítulo 5, se recogen las principales propuestas que, autores relevantes en el estudio del trastorno de somatización, han realizado en la última década, para mejorar la clasificación del trastorno de somatización. En este capítulo se analizan las principales controversias y puntos de acuerdo, hasta llegar a la propuesta de clasificación del grupo de trabajo del DSM-V (Dimsdale y Creed, 2009).

La segunda parte del trabajo se corresponde con el marco metodológico de la investigación. El objetivo fundamental ha sido examinar en profundidad las características psicopatológicas y la presentación clínica del trastorno de somatización. Para ello se han comparado determinadas características clínicas, que la literatura ha mostrado como relevantes en la descripción del trastorno, en pacientes con diagnóstico de trastorno de somatización respecto a otros grupos diagnósticos con características clínicas similares, como son: la hipocondría, el trastorno de pánico y otros trastornos somatomorfos, además de con un grupo de población no clínica.

Desde que comenzó mi interés por el trastorno de somatización (López-Santiago y Belloch, 2001; López-Santiago y Belloch, 2002) hasta que éste se ha visto reflejado en el presente trabajo, han pasado casi 10 años, en los que tanto el conocimiento y la valoración del problema por la comunidad científica ha cambiado sustancialmente: dentro de poco tiempo, con la esperada publicación del DSM-V en 2012, el objeto de estudio de esta tesis (el trastorno de somatización según es definido en las actuales nosologías) dejará de existir tal y como ahora lo conocemos. Es de esperar que los estudios que surjan a partir de la nueva clasificación puedan integrar los conocimientos que en estos 30 años de estudio del fenómeno de somatización han ido acumulándose, de los que, modestamente, este trabajo también puede formar parte. En el fondo, y eso es lo que verdaderamente cuenta, las experiencias de sufrimiento siguen existiendo de forma inalterada, independientemente de cómo las clasifiquemos o comprendamos. La verdad de la clasificación radica en su poder de ser útil para generar conocimiento y para desarrollar estrategias que nos ayuden a mitigar el sufrimiento.

En estos 10 años no sólo ha cambiado la conceptualización del trastorno de somatización. Mi evolución como psicólogo clínico y como investigador, dicho esto último muy humildemente, también han sufrido cambios significativos, o por decirlo de forma más gráfica: ha pasado de ser inexistente a acumular un poco de experiencia. Muy especialmente, como psicólogo clínico he podido trabajar de forma intensa con el sufrimiento de los pacientes que padecen por síntomas somáticos sin una clara explicación médica (López-Santiago y Estévez, 2007), lo que creo que me ha permitido tener una visión compleja y amplia de lo que significa la experiencia de la

somatización, en la que las etiquetas diagnósticas, en ocasiones, pierden valor y son sustituidas por experiencias personales idiosincrásicas y difícilmente clasificables. A la vez, como investigador, he intentado trabajar con los rígidos límites de las clasificaciones diagnósticas y la “objetividad” de los datos científicos (tanto los reseñados en la literatura como los recogidos para nuestra investigación). Pero sin intentar olvidar que esos datos corresponden, en cierta medida, a construcciones de los investigadores, en la mayoría de las ocasiones útiles y necesarias para avanzar en el conocimiento científico, pero que en ningún caso corresponden a la realidad exacta del fenómeno estudiado.

Considero que mi esfuerzo se verá especialmente recompensado si he conseguido reflejar ambos aspectos (flexibilidad de clínico y rigor científico) en la elaboración y redacción de este trabajo.

PARTE I:

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.

NOSOLOGÍA DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

1.1. BREVE HISTORIA DE LA HISTERIA

El actual trastorno de somatización, denominación utilizada a partir de 1980 con la 3ª edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), tiene como antecedente más remoto el concepto de histeria. El término histeria deriva de la palabra griega *Hysterá*, que significa “útero”. Inherentemente a ese simple hecho etimológico se encuentra el significado que originariamente se ha dado a la naturaleza y causa de la enfermedad. En la antigüedad existía la firme creencia de que se trataba de un trastorno únicamente asociado a mujeres, causado por alteraciones de la matriz. Esta idea persistirá, con modificaciones menores, en la mayoría de las culturas occidentales desde el antiguo Egipto, dos mil años antes de nuestra era, hasta bien entrado el siglo XIX (Veith, 1965). La larga historia del concepto histeria ha llevado emparejada una dificultad para definir de forma precisa el significado del término. En palabra de Lasègue (1878/1984): “La definición de la histeria nunca se ha dado ni se dará jamás” (p. 112). Para Tyrer (1992), aunque el concepto de histeria ha cambiado muchas veces, desde la idea original de “matriz errante” que produce aflicción por posición anormal

en otras partes del cuerpo, ha conservado siempre la idea de simulación de enfermedad como una característica básica. Lo que ha sido objeto de discusión a lo largo del tiempo ha sido el mecanismo por el cual se producen los síntomas de histeria.

La historia de la histeria ha sido remontada a las civilizaciones Egipcia y Mesopotámica. En el papiro de Kahoun, que data de 1850 a.C., casi todos los desórdenes ginecológicos aparecen unidos a alguna enfermedad general: perturbaciones oculares, dolores en el cuello, ano, piernas, oídos, todos los miembros, abdomen, etc. (Laín Entralgo, 1972). Al parecer se creía que los órganos pelvianos podían moverse con libertad y que cuando enfermaban debían ser atraídos y fijados mediante fumigaciones.

El término Histeria (*Hystera*) es utilizado por primera vez en el volumen IV (*Tratados Ginecológicos*) de los *Tratados Hipocráticos* (Siglo V-IV a. C.) y al igual que en la tradición egipcia es atribuida a los desplazamientos del útero. El término aparece por primera vez en el aforismo 35, en el que puede leerse: “cuando una mujer sufre de histeria o da a luz trabajosamente, un ataque de estornudos es beneficioso”. Un único órgano enfermo da lugar a cualquier enfermedad (Chauvelot, 2001). Otros representantes de la medicina grecolatina como Celso, Areteo de Capadocia, Sonarus de Éfeso o Galeno, también se refirieron a la histeria (Chauvelot, 2001; Veith, 1965). Este último, Galeno de Pérgamo (131-201 d. C.), autor grecolatino cuyos esquemas dominaron el saber médico de la Edad Media y el Renacimiento, atribuyó la causa de la histeria a la retención de sustancias seminales, tanto en el hombre como en la mujer, que resultaban perjudiciales, y cuyo origen era la abstinencia sexual. Paracelso (1493-1541) es el médico renacentista que más oposición ofreció al sistema galénico y más influyó en el desarrollo posterior de la medicina como ciencia (Laín Entralgo, 2006). A diferencia de la tradición galena, en la que la histeria era una enfermedad somática, para Paracelso la histeria se encontraba entre las enfermedades mentales “que privan al hombre de su razón” (citado en Veigh, 1965, p. 105), criticando así las etiologías hipocráticas y galénicas.

El problema de la histeria también es importante en la obra de Thomas Sydenham (1624-1689), médico inglés, fundador de la nosología moderna. Su trabajo

fundamental versa sobre la histeria, describiéndola como una enfermedad que afecta tanto a las mujeres (*histeria sensu stricto*) como a los hombres (hipocondría). Sydenham (1774/ 1984) indica que “la afección histérica no sólo es muy frecuente: se presenta también bajo formas diversas e imita a casi todas las enfermedades que afectan al género humano porque, en aquellas partes en que se encuentra, reproduce inmediatamente los síntomas propios de esta parte (p. 87-88). Al igual que su coetáneo Thomas Willis (1622-1675), propuso una etiología puramente nerviosa de la histeria (“desórdenes de los espíritus animales”) frente al modelo galénico de producción de la histeria por humores corrompidos en el útero.

La obra de Sydenham y Willis fue determinante en el desarrollo del concepto de *neurosis* de Cullen (1710-1790), que engloba a muchas enfermedades nerviosas, incluyendo la histeria y la hipocondría. Cullen establece un modelo “neuropatológico” que subraya como características principales de las neurosis el tratarse de enfermedades fisiológicas y que dependen de una afección general del sistema nervioso. A lo largo del siglo XIX y con el desarrollo del modelo “anatomoclínico” (Philippe Pinel, 1745-1826) el concepto de neurosis quedará reducido a la histeria y a las enfermedades con ella emparentadas (López y Morales, 1968), ya que progresivamente fueron encontrándose lesiones específicas para la mayoría de las entidades incluidas por Cullen bajo el rótulo neurosis.

En la segunda mitad del siglo XIX el estudio de la histeria es especialmente fructífero consolidándose un enfoque neurológico (Briquet, Charcot) y desarrollando sus cimientos un modelo psicológico (Freud, Janet).

Para nuestro objeto de estudio es especialmente significativo el trabajo de Pierre Briquet (1796-1881)¹, quién publicó en 1859 un tratado sobre la histeria (*Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie*) que, aunque fue considerado por Charcot como antecedente de su propia obra, fue ensombrecida por ésta y no fue de especial relevancia en los estudios posteriores sobre la histeria (Garrabé, 2006). Es en la década de 1970 cuando el nombre de Briquet es recuperado y es utilizado como epónimo (“histeria o síndrome de Briquet”) para denominar al trastorno propuesto por el grupo

¹ Aunque en varios textos aparece el nombre de Paul Briquet, distinguiéndose en ocasiones de Pierre Briquet, parece tratarse del mismo autor, cuyo verdadero nombre es el de Pierre Briquet (Garrabé, 2006)

de investigadores de la Universidad de Washington en San Luis (Guze, Woodruff y Clayton, 1972), antecedente inmediato del trastorno de somatización. El trabajo de Briquet está basado en el estudio de 430 casos de histeria atendidos en el hospital de La Charité de Paris. El objeto de su trabajo era la delimitación del “proteiforme” cuadro de la histeria mediante la utilización del método estadístico. Define a la histeria en los siguientes términos:

“se puede considerar la histeria como el producto del sufrimiento de la porción de encéfalo destinada a recibir las impresiones afectivas y las emociones. Se traduce exteriormente este sufrimiento provocado por causas contrarias a la economía [animal], por los fenómenos propios a la manifestación de distintos géneros de sufrimiento, físico o moral, y son estos fenómenos los que constituyen el carácter de la histeria. Como la anatomía patológica no ha comprobado todavía la existencia de alguna huella material de este sufrimiento del encéfalo, podemos decir que la histeria es una enfermedad que consiste en una neurosis de la porción del encéfalo destinada a recibir las impresiones afectivas y las emociones.” (Traité, p.601²)

Tabla 1.1. Síntomas principales de la histeria (Briquet, 1859)

SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LA HISTERIA SEGÚN BRIQUET (1859)
<ul style="list-style-type: none"> • Extrema sensibilidad del sistema nervioso. • Hiperestesias diversas entre las que destacan los dolores en la región epigástrica, en el lado izquierdo del tórax y a lo largo del canal vertebral izquierdo. • Anestésias de la piel, los músculos y los órganos de los sentidos. • Espasmos, los más comunes son de opresión epigástrica, la sensación de bolo que sube del estómago a la garganta y la sofocación. • Convulsiones que comienzan por constricción epigástrica, van acompañadas ordinariamente por pérdida de conocimiento y terminan con llantos y sollozos.

Considera que la enfermedad, aunque puede tomar la forma de cualquier otro trastorno, presenta una serie de “síntomas principales” (ver Tabla 1.1), que se encuentran bajo la influencia directa de dolencias morales. Como “causas determinantes” de la enfermedad enumera una serie de situaciones afectivas y emocionales en grado de importancia, que han sido resumidas por Garrabé (2006) y se presentan en la Tabla 1.2.

² Traducción tomada de Garrabé (2006)

Tabla 1.2. Causas determinantes de la histeria según Briquet (1859) (a partir de Garrabé, 2006).

CAUSAS DETERMINANTES DE LA HISTERIA SEGÚN BRIQUET (1859)
1. Las penas en el matrimonio y en la familia.
2. La interrupción brutal de la menstruación.
3. Un espanto como la vista inopinada de un cadáver, una pelea.
4. Las contrariedades debidas a los conflictos familiares, un embarazo no deseado, etc.
5. Las emociones fuertes como la pérdida de un ser querido, la llegada de noticias desagradables, sorpresas.
6. El debilitamiento por enfermedad física, por lactancia.
7. La morriña de estar separada de la familia para servir de criada o trabajar de obrera en París.
8. Las penas de corazón.
9. Las pérdidas económicas.
10. El cansancio por aburrimiento o por exceso de trabajo.
11. La vista de personas con ataques de histeria o de epilepsia.

Jean-Martin Charcot (1825-1893), fundador de la Escuela de Salpêtrière, centró su interés en delimitar con precisión los cuadros nosológicos y en especial en el concepto de hístico-epilepsia o Gran Histeria (López Piñero y Morales, 1968). Según Charcot, se trata de una enfermedad que comienza con un ataque epileptoide muy similar al de “la verdadera epilepsia”, aunque no tenga nada en común con ella. Su trabajo tenía tres objetivos: reunir un conjunto de signos objetivos para diferenciar la histeria de las afecciones neurológicas, ofrecer una descripción nosológica precisa de hístico-epilepsia, e intentar identificar hechos que permitieran señalar las localizaciones de la “lesión dinámica” que constituía la base de la enfermedad. Además Charcot consideró que el hipnotismo era un fenómeno patológico que únicamente se daba en la histeria. La sugestión no era para Charcot sino una manifestación más de la hipnosis y en modo alguno el mecanismo básico explicativo de la misma, como después afirmaría Bernheim. Las posturas de Charcot sobre la histeria y el hipnotismo fueron duramente criticadas por la escuela de Nancy.

Hippolite-Marie Bernheim (1837-1919) profesor de la Clínica Médica de Nancy ha pasado a la historia como adversario de Charcot en la polémica sobre el hipnotismo y la histeria, más próximo a los postulados de la escuela fisiopatológica alemana que a los presupuestos anatomoclínicos, además de conecador de los resultados de Lièbeault (1823-1904) respecto a la curación mediante sugestión verbal. Las críticas de Bernheim a los postulados de la escuela de Salpêtrière desmontaron el edificio

conceptual de ésta, y se centraron en dos aspectos 1) que los sujetos normales eran en gran proporción susceptibles a la hipnosis y 2) el cuestionamiento de la autenticidad de las tres fases del hipnotismo histérico (letargia, catalepsia y sonambulismo).

Otro hito relevante en la historia de la histeria a lo largo del siglo XIX y principios del XX los encontramos en Pierre Janet (1859-1947), quien probablemente sea el autor que atribuye explícitamente una naturaleza psicológica a la histeria. En una primera etapa fue discípulo ortodoxo de Charcot y posteriormente integró aspectos de la teoría de Bernheim y Möbius. Para Janet tanto la histeria como la hipnosis son producto de la sugestión psicológica y propuso utilizar la hipnosis y la sugestión como terapia (López Piñero, 2002). También Babinski (1857-1932) fue seguidor de Charcot en una primera fase, aunque sus postulados posteriores fueron muy críticos con éste. Acuñó el término “Pitiatismo” como sustituto del de histeria, del griego *peitho* (persuadir) y *iatos* (curable), es decir se trataría de un trastorno que se cursa por persuasión (Vieth, 1965). Babinski define la característica principal de los síntomas histéricos en que pueden ser reproducidos por sugestión y pueden desaparecer bajo la influencia “exclusiva” de la persuasión (Babinski, 1934/1984). La histeria sería un estado psíquico que hace capaz de autosugestionarse al sujeto que se encuentra en este estado. Define *sugestión* como: “la acción por la cual se pretende aceptar al otro, o hacerle concebir una idea manifiestamente poco razonable” (Babinski, 1934/1984, p. 161). Por otra parte *persuasión* se define por la sensatez de su contenido. Para Babinski “si se llega a persuadir al enfermo de que sus temores carecen de fundamento, y de que tiene que curarse necesariamente, se procurará a su espíritu el reposo que le es indispensable, y se acelerará de ese modo su retorno al estado normal” (p. 163).

La culminación del modelo psicológico de la histeria la encontramos en los trabajos de Sigmund Freud (1856-1939). La histeria constituye en el trabajo de Freud una neurosis básica con la que estructuró su teoría y técnica psicoanalíticas (Ávila, Rojí y Saúl, 2004). Breuer y Freud presentaron en el *Wiener Medizinischer Club* la conferencia “El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos”, posteriormente recogido en los *Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud, 1895/1988). Proponían un modelo explicativo de la histeria por el que los síntomas histéricos (disociativos) serían

consecuencia de un trauma psíquico, un suceso o una situación del pasado biográfico del sujeto. La desaparición del síntoma histérico ocurría cuando la situación en que había surgido era vivenciada con la suficiente intensidad en estado hipnótico (método catártico). Freud rompió con Breuer cuando sugirió que la causa del conflicto histérico era casi universalmente un conflicto sexual, postulando la teoría del complejo de Edipo y del desarrollo psicosexual sobre los que construyó el edificio teórico del psicoanálisis.

La teoría psicoanalítica distingue la histeria de conversión de la histeria de angustia (Laplanche y Pontalis, 1994). En la histeria de conversión el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, paroxísticos (crisis emocionales con teatralidad) o duraderos (anestias, parálisis histéricas, sensación de bolo faríngeo). En la histeria de angustia, la angustia se encuentra fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias). Siguiendo el diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1994) “la especificidad de la histeria se busca en el predominio de cierto tipo de identificación, de ciertos mecanismos (específicamente represión) y en el afloramiento del conflicto edípico que se desarrolla principalmente en los registros libidinales fálico y oral” (p. 171).

En los años 1920 y 1930, cuando la teoría de Freud estaba en su apogeo, a un gran número de pacientes neuróticos se les diagnosticaba de histeria y el conflicto sexual era considerado generalmente como la causa (Tyred, 1992). En los años 1960 las críticas de Eliot Slater a la fiabilidad del diagnóstico, cuestionaron significativamente la realización del diagnóstico de histeria.

1.1.1. Significados del término histeria a lo largo del siglo XX

Como no podía ser de otro modo, el término histeria ha mantenido su carácter polisémico a lo largo del siglo XX (Chodoff, 1978, Kendall, 1982). Seis son las acepciones que Kendall (1982) considera que se atribuyen al término histeria: 1) histeria de conversión y estados disociativos; 2) personalidad histérica, 3) histeria de masas, 4) ansiedad histérica, 5) una relación médico/paciente insatisfactoria y 5) la histeria de San Luis (Síndrome de Briquet) o trastorno de somatización como

actualmente es denominado (ver Tabla 1.3 para ver el significado de cada una de esas acepciones).

En la década de 1960 la entidad científica del concepto de histeria fue duramente cuestionada a partir de los trabajos de Eliot Slater, quien mostró, en un grupo de 85 pacientes diagnosticados de histeria, que el diagnóstico no era estable en el tiempo, y que a un porcentaje elevado (un tercio) de pacientes que previamente habían recibido ese diagnóstico, se les había diagnosticado una enfermedad orgánica después de un periodo de nueve años (Slater, 1965; Slater y Glithero, 1965). Las principales críticas a las conclusiones del trabajo de Slater se han basado, en primer lugar, en el posible sesgo de la muestra al proceder la mayoría de un hospital de referencia de atención terciaria para enfermedades neurológicas y, en segundo lugar, en el tratarse la mayoría de pacientes con síntomas conversivos agudos y no de trastornos polisintomáticos (Bass y Murphy, 1991). Slater se ha mostrado muy contundente en sus afirmaciones respecto a la histeria, y concluye que “el diagnóstico ‘histeria’ es una máscara para la ignorancia y un campo fértil para el error clínico” (Slater, 1965; p. 1399). Respecto al síndrome de Briquet considera (Slater, 1976/1982) que su identificación diagnóstica por el grupo de San Luis de un trastorno exclusivo de mujeres pueda ser debido al machismo: “temo enormemente que la histeria de San Luis pueda ser producto del machismo, del chovinismo masculino, del cual pueden encontrarse muchos otros ejemplos en medicina” (p. 39).

Tabla 1.3. Usos del término histeria (Kendall, 1982).

USOS DEL TÉRMINO HISTERIA EN EL SIGLO XX SEGÚN KENDALL (1982)
<p>HISTERIA DE CONVERSIÓN: Un síntoma neurológico (comúnmente debilidad muscular o pérdida de sensibilidad) el cual, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, es producido por la “conversión” (inconsciente) de ansiedad, generada por conflictos sexuales transformados en síntomas que tienen un significado simbólico para el paciente. Algunos autores utilizan el término histeria de conversión para incluir otros síntomas corporales (como dolor o vómitos) que se cree son producidos por el mismo mecanismo. <i>Estados disociativos:</i> fugas y estados amnésicos que igualmente sirven para expresar o resolver algún conflicto intrapsíquico.</p>
<p>PERSONALIDAD HISTÉRICA: Los pacientes con síntomas de conversión, a menudo pero no siempre, exhiben una constelación particular de rasgos de personalidad. Tienden a ser dependientes, manipuladores y egocéntricos. Atraen la atención hacia sí mismos por diferentes medios, mediante conductas de provocación sexual, la dramatización de sus síntomas, de su historia personal, hasta el punto de mentir. Sus emociones son lábiles y exageradas, aunque poco convincentes.</p>
<p>HISTERIA DE SAN LUIS (SÍNDROME DE BRIQUET): Un síndrome descrito por investigadores de la Universidad de Washington de San Luis, que aparece sólo en mujeres, tiene un curso crónico y tiende a darse en familias. Las mujeres descritas tienen múltiples quejas somáticas que implican varios sistemas somáticos, para los que no se ha encontrado causa orgánica. Los síntomas son dramatizados, rechazan aceptar explicaciones psicológicas para estos, y manipulan a sus doctores. La mayoría de los pacientes tienen una historia de repetidas hospitalizaciones y múltiples operaciones antes de los 30 años.</p>
<p>HISTERIA DE MASAS. Se trata de un fenómeno epidemiológico, que aparece principalmente en instituciones de adolescentes o de mujeres jóvenes, en el que se combinan efectos de sugestión y aprensión compartida que produce brotes explosivos de la enfermedad o de otras conductas disruptivas.</p>
<p>HISTERIA DE ANSIEDAD. Se trata de un término psicoanalítico para la ansiedad fóbica, que implica que la ansiedad reprimida se desplaza hacia un objeto o situación neutral, en lugar de convertirse en un síntoma.</p>
<p>RELACIÓN INSATISFACTORIA MÉDICO-PACIENTE. El término histeria a menudo significa únicamente que el médico está irritado con su paciente (mujer) porque considera que está exagerando sus síntomas, o se obstina en mantenerlos, o cree que intenta manipularlo. (Los pacientes varones que irritan a sus doctores son denominados psicópatas).</p>

1.2. LA HISTERIA DEL GRUPO DE SAN LUIS: EL SÍNDROME DE BRIQUET.

Probablemente pocos trastornos puedan ser circunscritos geográficamente de forma tan específica como el trastorno de somatización. En 1991, Bass y Murphy afirmaban que el 95% de los estudios que habían identificado el trastorno de somatización o su antecedente inmediato, el trastorno de Briquet (histeria), pertenecían a 4 estados de EEUU (Kansas, Iowa, Missouri y Arkansas). A partir de los estudios del denominado grupo de San Luis de la Universidad de Washington (Guze, 1963, 1967; Guze y Perley, 1963; Perley y Guze, 1962) con un grupo de pacientes mujeres polisintomáticas, los autores dieron forma a una entidad diagnóstica que denominaron histeria, posteriormente síndrome de Briquet y finalmente fue incluida en el DSM-III como trastorno de somatización. El trastorno es caracterizado del siguiente modo por Woodruff, Goodwin y Guze (1978, original 1974): “se trata de un trastorno polisintomático que comienza temprano en la vida, fundamentalmente afecta a las mujeres y se caracteriza por molestias somáticas múltiples recurrentes, descritas a menudo de forma espectacular. Las peculiares características, todas ellas inexplicables por los demás trastornos orgánicos conocidos son: dolores diversos, síntomas de ansiedad, trastornos gastrointestinales, síntomas urinarios, trastornos menstruales, desajuste sexual y marital, nerviosismo, trastornos de talante y síntomas de conversión. Las visitas repetidas a los médicos y clínicas, el uso de un gran número de medicamentos –a menudo al mismo tiempo– prescritos por médicos diferentes y hospitalización frecuente con operaciones se encuentran en una historia médica florida” (p. 44).

A principios de la década de 1970 se etiquetó la denominación de *síndrome de Briquet* (Guze, 1970; Guze, Woodruff y Clayton, 1972) en reconocimiento al médico decimonónico Pierre Briquet que en 1859 publicó su *Traité Clinique et Thérapeutique de L’hystérie*, descrito anteriormente.

La denominación de síndrome de Briquet, autor rescatado previamente también por otros investigadores de la escuela de San Luis en un trabajo pionero y

previo a los de Guze y colaboradores (Purtell, Robins y Cohen, 1951), probablemente tiene su fundamentación no solo en la similitud de la descripción clínica del cuadro (que es limitada), sino también, y quizá con más importancia conceptual/teórica, en el distanciamiento de un modelo de histeria, imperante en la primera mitad del siglo XX, próximo a los conceptos de conversión y disociación y heredero de la tradición de Charcot, Janet o Freud. Según Pichot (1983) –citado en (Garrabé, 2006)– hay dos aspectos fundamentales en la recuperación del trabajo de Briquet por la escuela de San Luis: en primer lugar, por tratarse de un detallada descripción empírica de un muy elevado número de pacientes diagnosticados de histeria y, en segundo lugar, por servir el modelo de Briquet como oposición “a las teorías o complejos no demostrados de Janet y de Freud” (p. 68, según cita de Garrabé, 2006). La separación entre “histeria” (o síndrome de Briquet) y “síntomas de conversión” es clara para el grupo de San Luis, según queda reflejado en la primera edición del manual de *diagnóstico psiquiátrico* de Woodruff et al. (1978, original de 1974). Para estos autores: “los términos histeria³ y síntomas de conversión son usados con frecuencia y para algunos autores como sinónimos. Sin embargo resulta importante hacer la distinción entre ambos [...] Los síntomas de conversión comprenden un grupo limitado de síntomas individuales que sugieren enfermedad psiquiátrica. La histeria es un síndrome polisintomático que típicamente incluye los síntomas de conversión” (p., 44-45, de la edición en español de 1978).

Como hemos mencionado, previamente a los trabajos del grupo de San Luis de la década de 1960, existe una publicación de importante impacto, también de autores de la misma escuela (Purtell et al., 1951). Se trata de un estudio de 50 pacientes que habían sido investigados por presentar numerosos síntomas no explicados. Los autores encuentran un patrón consistente de síntomas que únicamente ocurre en mujeres y comienza a edad temprana. También constatan un elevado número de admisiones en

³ El valor del significado dado al término histeria por estos autores, como diferenciación de la utilización del término asociado a cuadros conversivos, resulta especialmente gráfico cuando comprobamos como el concepto histeria sigue apareciendo en la denominación del capítulo destinado al actual trastorno de somatización en las sucesivas versiones de su manual, incluyéndose también en la última que conocemos, de 1996, fecha en la que la terminología del DSM respecto al trastorno (somatización) está ya muy consolidada y desligada del término histeria. De forma anecdótica, indicar que los diferentes títulos del capítulo destinado a este trastorno, en las sucesivas versiones del manual de Woodruff, Goodwin y Guze, son: *Histeria (Síndrome de Briquet)* (edición 1ª y 2ª, de 1974 y 1979 respectivamente), *Histeria (Trastorno de Somatización)* (edición 3ª y 4ª, de 1984 y 1989) y *Trastorno de Somatización (Histeria)* (5ª edición de 1996).

el hospital y operaciones quirúrgicas, cuando son comparadas con un grupo control. Concluyen que se trata de un síndrome específico cuya caracterización clínica es similar a la descrita por Briquet en 1859 y por Savill en 1909 (ver Tabla 1.4 para descripción de Savill de la histeria). La mayoría de los artículos previos a esta publicación eran de orientación psicoanalítica y los autores instaron a que se realizaran más estudios “científicos” de la histeria y no únicamente basados en “pura discusión, especulación y el uso de conceptos psicodinámicos”. (p. 908). Purtell aboga por el uso de un concepto de histeria descriptivo para un trastorno polisintomático en el que la enfermedad física juega un papel insignificante (Bass y Murphy, 1991).

El trabajo de Purtell y colaboradores fue retomado una década después por Perley y Guze (1962), mostrando que el cuadro era estable en el tiempo. También operativizaron los criterios diagnósticos y los principales síntomas que constituían el trastorno, e iniciaron un fructífero campo de investigación en las dos siguientes décadas. Los trabajos del grupo de San Luis sobre la histeria (*síndrome de Briquet*) indicaron que el cuadro presentaba elevada fiabilidad (Spitzer, Endicott y Robins, 1978), adecuada validez (Guze, 1975) y era estable en el tiempo (Perley y Guze, 1962), se trataba de un trastorno común, con una prevalencia de entre 1-2% en mujeres (Woodruff, Clayton y Guze, 1971) con un patrón familiar que afectaba de entre el 10-20% de familiares de primer grado (Cloninger, Reich y Guze, 1975).

Sobre la base de los estudios de familias, los investigadores del grupo de San Luis afirmaron que existe un espectro de trastornos relacionados: histeria y sociopatía tienen en común un origen familiar, de base genética, familiar o de ambas. Las primeras manifestaciones del trastorno pueden asemejarse a las del síndrome de hiperactividad en niños. A medida que el niño madura, pueden ser evidentes varias formas de delincuencia o conductas antisociales. Los rasgos clínicos en la adolescencia y en la adultez pueden depender, en parte, del sexo. El síndrome de Briquet puede predominar en mujeres y las conductas sociopáticas pueden predominar en hombres (Cloninger et al., 1975; Guze, 1975). Esta asociación familiar evidenciada en el grupo de San Luis no ha sido mantenida en estudios con el trastorno de somatización, como se verá más adelante.

Tabla 1.4. Criterios diagnósticos de la Histeria según Savill (1909; tomado de Veith, 1965)

Sexo	Mujeres casi exclusivamente.
Edad	La primera manifestación aparece siempre antes de los 30 años.
Peculiaridades mentales	Vacilación, indecisión. Falta de control sobre las emociones.
Causas	El paciente nace con la diátesis para la histeria. Las causas determinantes de su manifestación son generalmente un problema emocional o un shock.
Inicio y curso	HISTERIA ES ESENCIALMENTE UN TRASTORNO PARÓXISTICO. Todos los fenómenos (saludables o mórbidos) varían de hora en hora, de día en día, y brotes paroxísticos son frecuentes.
Síntomas mentales	Caprichosos, difíciles de complacer, EMOCIONALES, inquietos. No introspectivos, ausencia de normas, no hacen caso a las palabras del médico. Si están tristes, es transitorio (excepto en los hombres). Aficionados a la alegría y la diversión. Usualmente alegres, pero la risa y las lágrimas pueden alternar con gran rapidez. No tendencia al suicidio.
Síntomas somáticos y generales	Aparecen frecuentemente ataques de los diferentes tipos. Ataques convulsivos en el 75% de los casos (Briquet). Síncopes muy frecuentemente. Una gran variedad de síntomas aparecen en el paroxismo. Entre los ataques habitualmente no hay síntomas. Pero síntomas de nerviosismo o del sistema neoromuscular pueden estar presentes. Es común que presenten Hemi-anestesia (aunque puede no ser descubierta). "Ovarie", puntos sensibles alrededor de la mama y en otras posiciones. Los reflejos usualmente incrementan. Ruidos, globus, y otros espasmos de los músculos voluntarios e involuntarios son frecuentes.
Terminación	La diátesis se prolonga a lo largo de la vida, pero las manifestaciones activas aparecen de repente y después de durar un breve tiempo, habitualmente desaparecen.

CURABLE TEMPORALMENTE

Los criterios de Perley y Guze para la histeria fueron incorporados a los criterios de Feighner et al. (1972), desarrollados por el mismo departamento, que tendrían enorme difusión e influencia en el futuro DSM-III. Los criterios de la Histeria en Feighner et al. (1972) son los siguientes:

1. Una enfermedad crónica y recurrente que aparece antes de los 30 años, que se presenta con una dramática, vaga y complicada historia médica.
2. Los pacientes deben referir al menos 25 síntomas no explicados médicamente (de un listado de 60) para un diagnóstico “definitivo” y 20 para un diagnóstico “probable”. Los 60 síntomas pertenecen a 10 grupos, 9 de los cuales deben estar representados al menos con un síntoma (ver tabla 1.11).

Es a principios de la década de 1970 cuando S. Guze propone que el término histeria sea sustituido por el de síndrome de Briquet (Guze et al., 1972). El trastorno es también incluido en los Research Diagnostic Criteria (RDS) (Spitzer, Endicott y Robins, 1975; Spitzer, et al., 1978) y en su versión revisada RDS-R (Spitzer, Endicott y Robins, 1989). En esta clasificación el número de grupos de síntomas era reducido a seis (malestar general, síntomas de conversión, síntomas gastrointestinales, síntomas reproductivos femeninos, disfunción sexual y síntomas musculoesqueléticos). Los hombres deben presentar síntomas en 4 de 5 grupos (obviamente se excluyen los síntomas reproductivos femeninos). El trastorno tiene un inicio anterior a los 25 años y no se exige un número mínimo de síntomas para el diagnóstico. (Ver Tabla 1.5).

Tabla 1.5. Criterios para el síndrome de Briquet de los Research Diagnostic Criteria (Spitzer et al. 1975/1985)

-
- A) A juicio del evaluador o clínico, el sujeto posee un historial médico complicado, vago o dramático, iniciado antes de los 25 años.
- B) Para un diagnóstico de certeza se requiere al menos una manifestación en cinco de los siguientes grupos en las mujeres. Puesto que uno de los grupos tan sólo puede ser aplicado en las mujeres, para los hombres se requiere un grupo menos. Es decir, una manifestación en cada uno de los siguientes grupos. El evaluador o clínico no necesita una prueba confirmatoria de que el síntoma realmente existió, por ejemplo vómitos. Basta con que el paciente lo afirme. De todas formas sólo se considerarán significativos los síntomas físicos que, a juicio del examinador, no puedan explicarse por alguna enfermedad física. Este juicio requiere a menudo plantear preguntas adicionales sobre la presencia de otros síntomas acompañantes, de tratamientos realizados, qué dijo el médico sobre lo que sucedía, etc. Tampoco se consideran significativos los síntomas físicos que se presentaron sólo durante períodos de otra enfermedad psiquiátrica (por ejemplo: Esquizofrenia, Trastorno depresivo mayor) o que se desarrollaron por primera vez después de los 40 años.
- Grupo 1. La creencia subjetiva del paciente de que ha pasado gran parte o toda su vida enfermo.
 - Grupo 2. Pérdida de la sensibilidad, pérdida del habla, incapacidad para hablar en voz baja, dificultades en la deambulaci3n, alguna otra reacci3n de conversi3n pseudoneurol3gica (por ejemplo: parálisis, ceguera) o reacci3n disociativa (por ejemplo: amnesia, p3rdida de conciencia).
 - Grupo 3. Dolor abdominal, náusea o v3mitos (sin embarazo).
 - Grupo 4. (A juicio del sujeto padece dichos trastornos con menor frecuencia o severidad que el resto de mujeres), dismenorrea, trastornos en el ritmo menstrual, excesivas p3rdidas menstruales.
 - Grupo 5. (Durante la mayor parte de la vida, tras la posibilidad de mantener relaciones sexuales), indiferencia sexual, desinter3s en las relaciones, falta de placer o dolor durante la relaci3n sexual.
 - Grupo 6. Dolor de espalda, artralgias, dolor en las extremidades o mayor cantidad o severidad en las cefalalgias que el resto de la poblaci3n.
-

1.3. SIGNIFICADOS DEL TÉRMINO “SOMATIZACIÓN”

Una vez revisados los antecedentes de lo que hoy conocemos como trastorno de somatización, y antes de adentrarnos en la definición operacionalizada que se presenta en los manuales de diagnóstico psiquiátrico (DSM, CIE), conviene hacer una pequeña incursión en los significados que ha ido adoptando el término en sí.

El término somatización (*somatization*, en inglés) es atribuido al discípulo de Freud, Wilhelm Stekel (1868-1940), aunque al parecer se trata de una traducción errónea del término alemán “*organsprache*” en la edición en inglés de su libro *Impulshandlungen, Wandertrieb, Dipsomanie, Kleptomanie, Pyromanie und verwandte Zustände, Störungen des Trieb- und Affektlebens* de 1922 (Marin y Carron, 2002). El término “*organsprache*” es utilizado por Stekel y Adler originariamente para evocar la heredable susceptibilidad de enfermar de un órgano (Marin y Carron, 2002).

La primera utilización del término somatización ha sido para describir un proceso idéntico al de conversión, es decir, la expresión somática de conflictos psicológicos o conversión de estados emocionales en síntomas físicos, significado difundido principalmente en los trabajos de Lipowski (1968, 1986, 1988).

La generalización del uso del término somatización se produce a partir de su introducción en el DSM-III como la denominación del principal trastorno de los incluidos en la categoría de trastornos somatomorfos. En las últimas tres décadas el término ha pasado a formar parte de nuestro léxico habitual, aunque son diversos los significados con los que ha sido utilizado. En un trabajo previo (López-Santiago y Belloch, 2002) identificábamos los siguientes significados o usos del término:

- 1) como una categoría diagnóstica (trastorno de somatización),
- 2) como el tipo de síntoma que define a un grupo de trastornos (trastornos somatomorfos),
- 3) como un tipo de *lenguaje* mediante el que se manifiesta un malestar psicológico,
- 4) como una enfermedad en la que lo orgánico y psicológico están íntimamente relacionados (utilización de Somatización como sinónimo de psicósomático),

5) como una manifestación física de un trastorno de ansiedad o depresión (somatización de presentación),

6) como sinónimo del concepto de *conducta de enfermedad*, y

7) simplemente para referir un síntoma físico del que hasta ese momento no se ha encontrado una causa orgánica que pueda explicarlo (somatización funcional).

Aunque indudablemente todas estas posibles definiciones tienen muchos elementos en común, como es la inclusión de una relación entre lo “somático” y lo “psíquico”, tal profusión de significados convierte a éste término en un *cajón de sastre*, que arroja más confusión a un problema clínico ya de por sí difícil de valorar. En los próximos epígrafes se intentará profundizar en estos diferentes usos del término.

A. Un lenguaje por el que se manifiesta un malestar psicológico

Probablemente sea esta definición, que posee una fuerte connotación etiológica y una estrecha vinculación, más o menos explícita, con los marcos teóricos psicodinámicos, la que mayor influencia ha tenido en la interpretación del término y por extensión de aquellos síntomas físicos a los que el facultativo no ha podido relacionar con una causa orgánica que pueda justificarlos (Kellner, 1985, 1986; Lipowski, 1988; Martin y Yutzy, 1996). Desde este punto de vista, la somatización ha sido entendida como un lenguaje mediante el cual una persona manifiesta su malestar psicológico (Katon, Kleinman y Rosen, 1982).

Este modo de entender la somatización ha sido mantenido, con algunas matizaciones, por diversos autores (Katon et al., 1982; Ford, 1983; Bridge y Goldberg, 1985; Kleinman y Kleinman, 1986; Lipowski, 1986). Una definición que con frecuencia se cita en la literatura para definir el trastorno es la propuesta en Kleinman y Kleinman (1986): para estos autores la somatización es “la expresión de malestar social y personal mediante un idioma de quejas somáticas y búsqueda de ayuda médica” (p. 430).

El peso y la utilización de esta acepción queda de manifiesto al observar como en el uso en castellano del término se recoge este significado. Los dos “diccionarios de uso” más importantes de la lengua castellana (María Moliner, 1998 y Manuel Seco,

1999) coinciden en definir la somatización como el proceso de “convertir un trastorno psíquico en alteraciones orgánicas o funcionales. 2. Manifestarse un trastorno psíquico en forma de síntomas orgánicos o funcionales” (Moliner, 1998).

Esta conceptualización ha recibido diversas críticas (Kellner, 1986, 1991; Kirmayer y Taillefer, 1997; Lipowski, 1988) que se han centrado principalmente en cuestionar este tipo de explicaciones por basarse en supuestos teóricos cuestionables (Kellner, 1986, 1991 Martin y Yutzy, 1996), y por poner el acento en hipótesis etiológicas con escasa fundamentación empírica (Kirmayer y Taillefer, 1996; Lipowski, 1988). A partir de esta definición, etiquetar un síntoma como somatización puede invitar a pensar que éste es imaginario, o que de un modo más o menos consciente es provocado por la persona que lo refiere. Sin embargo, según diversos autores (Kellner, 1986; Kirmayer y Taillefer, 1996; Rief y Barsky, 2005) es probable que muchos síntomas y síndromes sean debidos a pequeñas lesiones o sutiles alteraciones difíciles de detectar por pruebas de laboratorio convencionales. Aunque la somatización se distingue claramente de la simulación, es frecuente que en los medios sanitarios, e incluso en la opinión general, se tienda a estigmatizar a aquella persona que presenta frecuentes y diversas quejas físicas sin una clara justificación médica. Es decir, como Kirmayer y Taillefer (1996) plantean, para la medicina occidental “aquello que es físico, es más real y sustancial, y en último término, más legítimo entenderlo como enfermedad que lo psicológico” (p. 333). Por tanto desde esta concepción dualista “mente-cuerpo”, resulta difícil entender como “normal” que existan síntomas somáticos sin una clara patología orgánica que los explique.

Lipowski, que había definido la somatización como la experimentación y comunicación de un malestar psicológico por medio de síntomas físicos (1968, 1986), en un influyente trabajo posterior aboga por un definición más descriptiva del término, refiriéndolo como “la tendencia a experimentar y comunicar malestar físico y síntomas a los que les atribuye una enfermedad física y por los cuales se busca ayuda médica, pero sin haber podido encontrar una patología que pueda justificarlos” (Lipowski, 1988; p. 1359).

B. La somatización como un síntoma de ansiedad o depresión (somatización de presentación)

Esta definición está íntimamente relacionada con la anterior, aunque más centrada en aspectos descriptivos que etiológicos. Muy frecuentemente la somatización ha sido asociada con el trastorno depresivo (Escobar et al., 1987; Posse y Hallstrom, 1998; Katon et al., 1991; Kellner 1986; OMS, 1992; Portegijs, et al., 1996; Simon y VonKorff, 1991), hallándose una importante relación tanto en población con trastornos mentales (p.e., Hiller, Rief y Fitcher, 1997), como en la que acude a atención primaria (p.e., Kirmayer y Robbins, 1996). Es destacable el hecho de que los pacientes somatizadores tienden a padecer más trastornos mentales, incluidos ansiedad y depresión, que pacientes con síntomas físicos de enfermedad (Kisely, Goldberg y Simon, 1997). A su vez, los pacientes deprimidos presentan un mayor índice de síntomas somáticos que los no depresivos (Escobar et al., 1998; Gureje, Simon, Üstum y Goldberg, 1997).

De esta relación y sus corolarios teóricos surge el término de depresión enmascarada. Por este término se entiende la manifestación de un trastorno depresivo mediante síntomas físicos fundamentalmente, siendo estos más intensos y graves que los síntomas mentales (Bridge y Goldberg, 1985; Posse y Hallstrom, 1998), quedando por tanto los síntomas emocionales y cognitivos atenuados, ocultados, o negados (Kirmayer y Taillefer, 1996).

Bridge y Goldberg (1985) han definido de forma operativa al paciente “somatizador” –diferenciándolo del que denominan “psicologizador”– a partir de cuatro características: 1) realiza una presentación somática de su malestar; 2) refiere una atribución somática de sus síntomas, 3) se constata la existencia de un trastorno psiquiátrico; y 4) existe la expectativa de que se producirá un respuesta positiva al tratamiento psiquiátrico.

Por ejemplo, en un estudio de Posse y Hallstrom (1998), en un grupo de pacientes que puntuaban alto en presencia de síntomas somáticos y alexitimia, se etiquetaba como depresión enmascarada cuando un trastorno depresivo (depresión mayor o distimia) se diagnosticaba solo tras una evaluación detallada, siendo

previamente ignorado el diagnóstico en una primera evaluación rutinaria por médicos de atención primaria.

Según Kirmayer y Robbins (1996) únicamente un 21% de pacientes que presentan un trastorno depresivo o de ansiedad comunican síntomas mentales a su médico de cabecera. No obstante, solo una pequeña proporción de pacientes inicialmente diagnosticados como somatizadores, en el sentido de manifestar un trastorno psíquico enmascarado mediante síntomas físicos, tras una adecuada evaluación diagnóstica, “se resisten a una interpretación psicológica de su malestar” (p. 948), es decir, consideran a sus síntomas como causados indudablemente por una enfermedad física. Que un paciente refiera principalmente síntomas físicos, en gran medida está en función del marco en el que éste es entrevistado y el hecho de presentar fundamentalmente síntomas físicos viene determinado “más por el contexto social de la atención médica que por las características psicológicas del paciente” (Kirmayer y Robbins, 1996; p. 948). Este hecho nos lleva a pensar que el concepto de depresión enmascarada puede ser probablemente más una cuestión de evaluación y diagnóstico (o ausencia de éste) que un problema referido a la existencia de una categoría diagnóstica o tipología psicopatológica diferente.

Este significado del término somatización ha sido denominado por De Gucht y Fischler (2002), tomando como punto de partida el trabajo de Kirmayer y Robbins (1991), como *somatización de presentación*, que distinguen del concepto de *somatización funcional*. Este último se refiere simplemente a un fenómeno descriptivo caracterizado por síntomas somáticos no explicados.

C. La somatización y lo psicósomático

Somatización y Psicósomático son conceptos íntimamente relacionados, pues aunque ambos hacen referencia a manifestaciones teóricamente bien diferenciadas, en ocasiones son confundidas o tomadas como sinónimos. Los dos términos expresan una relación entre lo físico y lo mental pero desde diferentes puntos de vista. Siguiendo a Kellner (1991) “el término psicósomático indica una relación mente-cuerpo. Esta consta de un proceso psicofisiológico así como de una *enfermedad física* que puede ser influenciado por factores psicológicos (por ejemplo. asma bronquial o

úlceras pépticas). Los síndromes o trastornos psicósomáticos son enfermedades físicas en las cuales los procesos emocionales pueden jugar un papel en algunos pacientes” (p. xi del prefacio). Por tanto la diferencia fundamental estriba en que, en los trastornos psicósomáticos, sí se constata una dolencia física, junto con la posibilidad de que factores psicológicos puedan vincularse con su aparición, mantenimiento o agravamiento. Mientras que en la somatización no aparece un diagnóstico médico claro que pueda justificar esos síntomas.

Frecuentemente la utilización de los términos psicósomático y somatización ha sido confusa y se han usado arbitrariamente para referirse a aquellos síntomas, síndromes o pacientes en los que el investigador o especialista ha percibido interrelaciones entre aspectos psicológicos y somáticos (Kellner, 1991). Como Valdés (1991) pone de manifiesto, “en la práctica médica cotidiana, se considera trastorno psicósomático a todo síntoma o molestia que no encaja en ninguna entidad nosológica y que, a falta de hallazgos biológicos justificativos, prejuzga la participación etiopatogénica de ‘factores psíquicos’”.

Aunque, indudablemente, desde una concepción holística (bio-psico-social), cualquier trastorno orgánico puede verse influido en su aparición y curso por factores o procesos psicológicos o sociales (Belloch y Olabarría, 1993; Sandín, Chorot, Santed y Jiménez; 1995; APA, 1995) existen una serie de enfermedades que tradicionalmente han sido denominadas como psicósomáticas al constatarse, de modo consistente, la influencia de aspectos psicológicos en la evolución de estas enfermedades (ver Tabla 1.6).

No obstante, la separación entre somatización y psicósomático queda aún más diluida cuando tomamos en consideración la propuesta de algunos autores (muy relevantes en el estudio de estos cuadros) de clasificar dentro de una misma categoría a ambos tipos de síndromes (p.e., Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke y Sharpe, 2005).

Tabla 1.6. Principales trastornos psicósomáticos según Kellner (1991)*

Fibromialgia o Fibrosis	Caracterizada por quejas y dolores musculares. Una parte importante de los pacientes atendidos en consulta de reumatología padecen este síndrome.
Síndrome de fatiga crónica	La principal característica es la persistente sensación de cansancio. Se distingue como síntoma y como síndrome.
Globus y miedo a tragar	Se refiere a la sensación de bola o nudo en la garganta
Disfagia	Se refiere a la dificultad para tragar
Úlcera péptica	Consiste en la erosión de la mucosa localizada en el estómago y/o duodeno, causada por la acción de ácidos gástricos y peptídicos. Se asocia a dolor en el epigastrio (Sandín et al., 1995b)
Síndrome de colon irritable	Es un trastorno funcional de la motilidad del tracto intestinal
Síndrome uretral	Consistente en disuria y urgencia de orinar.
Dolor crónico	Se califica como dolor crónico a aquel que persiste durante 6 meses, o más y se muestra resistente a la terapia o medicina convencional (Sandín et al., 1995b).

* Todas las definiciones están basadas en Kellner (1991) menos donde se indica otra referencia

D. La somatización como “conducta de enfermedad”

Cuando se utiliza al término somatización, generalmente no sólo se quiere hacer referencia a la presencia de síntomas somáticos sino que el acento muy probablemente se está poniendo en las “conductas de enfermedad” que supuestamente el paciente somatizador está presentando (ver p.e., Kleinman y Kleinman, 1986). El término “conducta de enfermedad” (*illness⁴ behavior*) fue acuñado por David Mechanic en la década de los 60 (Mechanic, 1962, 1972) para hacer referencia a una conducta relevante respecto a cualquier condición que cause o pueda causar habitualmente que una persona se preocupe por sus síntomas y busque ayuda (Rodríguez Marín, 1995). Pilowsky (1969) acuñó el término más específico de “conducta anormal de enfermedad”, explicitando su significación dentro del contexto de los trastornos somatomorfos (Chorot y Martínez, 1995). La conducta de enfermedad se considera anormal cuando existe una discrepancia entre la patología orgánica observada y la respuesta manifestada por el paciente.

El concepto de “conducta de enfermedad” implica una serie de manifestaciones que están en consonancia con las características atribuidas al rol de enfermo, como

⁴El término *illness* hace referencia al malestar subjetivo frente al vocablo *disease* con el que se designa la lesión objetiva ocasionada por la enfermedad.

son las verbalizaciones de malestar, visitas frecuentes al médico, consumo de medicamentos, permanecer en casa sin acudir al trabajo, etc. (Chorot y Martínez, 1995). Características que usualmente han sido asociadas con el concepto de somatización y unidas indisolublemente con éste (Lipowski, 1988, Kellner, 1985, Bridge y Goldberg; 1985, OMS; 1992). También se ha acuñado el término “*doctor shopping*” para designar la reiterada conducta de consumo de recursos sanitarios atribuida a estos pacientes, lo que desemboca en no pocas ocasiones en la injuriosa denominación de “malos pacientes” o, en el mejor de los casos, “pacientes difíciles”. Equiparar el concepto de somatización con el de conducta de enfermedad puede resultar estigmatizante para las personas que reciben este diagnóstico, aspecto denunciado frecuentemente por diversos autores relevantes como (vgr., Z. J. Lipowski, L. Kirmayer, R. Kellner, o R. Mayou).

E. Somatización como término descriptivo: *somatización funcional*

Como hemos analizado a lo largo de los epígrafes anteriores, bajo el vocablo somatización encontramos a menudo significados, etiologías o conceptualizaciones, que de forma más o menos *enmascarada*, sobrepasan el hecho descriptivo de la manifestación de síntomas somáticos. Esto ha llevado a diversos autores preferir la denominación puramente descriptiva de *síntomas no explicados médicamente* frente a los términos somatización o síntomas somáticos funcionales (ver p.ej., Deary, Scott y Wilson, 1997; Kirmayer y Taillefer, 1996), denominación que solamente implica la existencia de tales síntomas omitiendo cualquier inferencia de carácter etiológica o teórica, al menos, de forma generalizada. En definitiva, con el concepto de somatización funcional se hace referencia exclusivamente a un fenómeno descriptivo caracterizado por la presencia de síntomas somáticos no explicados (De Gucht y Fischler 2002; Kirmayer y Robbins, 1991).

1.4. DSM-III (1980): TRASTORNOS SOMATOMORFOS

El término trastornos somatomorfos ('somatoform disorders'⁵) fue introducido en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III; APA, 1980) para describir una nueva clasificación de trastornos mentales cuya característica común es la presencia de "síntomas físicos que sugieren una alteración somática para las que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos" (APA, 1980; p. 305).

En el DSM-III los cuadros clínicos incluidos en la categoría eran, junto al trastorno por somatización, el de conversión, el dolor psicógeno, la hipocondría (o neurosis hipocondríaca) y el somatomorfo atípico (dentro del que se incluía la dismorfofobia, que posteriormente en el DSM-III-R pasará a constituir una categoría autónoma bajo la denominación de trastorno dismórfico).

En el DSM-III-R (APA, 1988), hay siete condiciones incluidas en la categoría de trastornos somatomorfos (que serán mantenidas en el DSM-IV): somatización, somatomorfo indiferenciado, de conversión, dolor somatomorfo (trastorno por dolor, en el DSM-IV), hipocondría, dismórfico y somatomorfo no especificado. La categoría de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado se introduce para poder diagnosticar sujetos con cuadros somáticos similares al trastorno de somatización pero que no cumplieran los restrictivos criterios de ese diagnóstico.

Respecto a la clasificación de la OMS, la categoría de trastornos somatomorfos es incluida en la CIE-10 (OMS, 1992) dentro de la categoría *trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos*. En la clasificación de la OMS, el trastorno de conversión no se encuentra clasificado dentro de los trastornos somatomorfos sino dentro de los *trastornos disociativos (de conversión)*. Los trastornos agrupados bajo la etiqueta de trastornos somatomorfos en la CIE-10 son:

⁵ El término "somatoform" ha sido traducido al castellano tanto por "somatoforme" como por el vocablo "somatomorfo". En los últimos años ha predominado el uso del término somatomorfo que es, según Escobar y Marín (2005), la denominación más adecuada.

somatización, somatomorfo indiferenciado, hipocondriaco, disfunción vegetativa somatomorfa, dolor persistente somatomorfo, otros trastornos somatomorfos, y trastorno somatomorfo no especificado. Además de la mencionada no inclusión en el grupo del trastorno de conversión, hay otras dos diferencias principales entre las dos clasificaciones: En primer lugar, la introducción en la CIE-10 de la categoría *disfunción vegetativa somatomorfa*, que no existe en el DSM, y que hace referencia a un cuadro que presenta síntomas de hiperactividad vegetativa que el paciente atribuye a un trastorno orgánico y que puede afectar a uno o varios de los siguientes sistemas: corazón y sistema cardiovascular, tracto gastrointestinal alto, tracto intestinal bajo, sistema respiratorio, sistema urogenital. En segundo lugar, en la CIE-10 el trastorno dismórfico corporal está incluido dentro del trastorno hipocondriaco como un mismo diagnóstico, mientras que en el DSM-IV se trata de un diagnóstico independiente (ver Tabla 1.7).

La descripción de los trastornos somatomorfos en el DSM-IV (APA, 1995) incrementa el peso de una categoría cuya característica central es la presencia de síntomas somáticos sin explicación médica, eliminando la alusión a la etiología psicógena, al suprimir explícitamente el párrafo que alude a que los síntomas están relacionados con factores o conflictos psicológicos. Sin embargo, en la descripción de los trastornos somatomorfos en la CIE-10 no sólo se mantiene explícito un origen psicológico de los síntomas, sino también rasgos como la negativa a aceptar ese origen, además de una conducta demandante o rasgos de personalidad histriónicos:

“La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de **síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad**, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia). Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados (p. ej., bajo control voluntario). Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos. La agrupación de estos trastornos en un único grupo está basada más en la utilidad (p. ej., la necesidad de excluir enfermedades médicas ocultas o etiologías inducidas por sustancias) que en las hipótesis sobre etiologías o

mecanismos compartidos. Estos trastornos se observan con bastante frecuencia en los centros hospitalarios". (APA, 1995, p. 457) (La negrita es nuestra).

"El rasgo principal es la **presencia reiterada de síntomas somáticos** acompañados de **demandas persistentes de exploraciones clínicas**, a pesar de **repetidos resultados negativos** de exploración clínica y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas **no tienen una justificación somática**. ... el enfermo **suele resistirse a los intentos de someter a discusión** la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aun estando presentes síntomas depresivos ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico. En estos trastornos aparece con frecuencia un **comportamiento de demanda** o atención (histrionismo)" (OMS, 1992, p. 201) (La negrita es nuestra).

1.5. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

La denominación de trastorno de somatización es utilizada oficialmente por primera vez en el DSM-III (APA, 1980). El trastorno de somatización es el diagnóstico principal del grupo de los trastornos somatomorfos, en palabras de Tyrer (1992): "la joya de la corona somatomorfa", y como ya hemos indicado los criterios diagnósticos son directamente herederos de la historia del grupo de San Luis o síndrome de Briquet. La sustitución del término síndrome de Briquet por el de trastorno de somatización se debe al interés de suprimir, en esa versión del manual diagnóstico, la utilización de epónimos (Martin y Yutzy, 1996).

El trastorno por somatización es definido, con un carácter esencialmente descriptivo, como un cuadro crónico (aunque fluctuante), polisintomático, que empieza antes de los 30 años y que ocurre prioritariamente en la mujer. El número de síntomas evaluados pasa de los 60 del listado original de los criterios de Feighner et al. (1972) a 37, excluyéndose, entre otros, los síntomas de carácter psicológico, como son por ejemplo: nerviosismo, sentimientos depresivos, facilidad de llanto o pensamientos suicidas. Este grupo de 37 síntomas lo componen aquellos que mejor discriminan entre el síndrome de Briquet y otros trastornos psiquiátricos como

ansiedad y depresión (Yutzy et al., 1995) y “deben afectar invariablemente” a los siguientes sistemas orgánicos: pseudoneurológico, gastrointestinal, sistema reproductor femenino, psicosexual, dolor y cardiopulmonar. La corroboración de que el síntoma está “realmente presente” no es imprescindible: “el hecho de que el síntoma sea narrado por el individuo ya es suficiente” (APA, 1980; p. 255). Para recibir el diagnóstico se requiere la presencia de una historia de al menos 12 síntomas en hombres y 14 para las mujeres (Es importante tener en cuenta que entre los síntomas se incluyen algunos propiamente femeninos, como son por ejemplo tener dolor durante la menstruación o vómitos en el embarazo.)

Tabla 1.7. Clasificación de los trastornos somatomorfos en el DSM-IV y en la CIE-10

DSM-IV: Trastornos somatomorfos		CIE-10 (F45.) en F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
Trastorno de somatización	↔	Trastorno de somatización
Trastorno somatormo indiferenciado	↔	Trastorno somatormo indiferenciado
Trastorno hipocondríaco	↔	Trastorno hipocondríaco
Trastorno dismórfico corporal	↔	
Trastorno por dolor	↔	Trastorno por dolor persistente somatormo
Trastorno somatormo no especificado	↔	Trastorno somatormo sin especificación
❓	↔	Disfunción vegetativa somatorma Otros trastorno somatomorfos
Trastorno de Conversión	↔	F 44. TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSIÓN).

Con el DSM-III-R (APA, 1988), vuelve a igualarse el número de síntomas para hombres y mujeres, siendo ahora 13 los necesarios para poder realizar el diagnóstico y

el número de síntomas a evaluar se reduce de 37 a 35. En esta versión del manual se incluye como criterio diagnóstico la creencia del paciente *de estar enfermo* a lo largo de su vida, en concreto el *Criterio A* indica: “Historia de múltiples síntomas o creencia de estar enfermo” (p. 315). Esta característica diagnóstica estaba incluida también en los criterios diagnósticos de investigación (RCD) de Spitzer et al. (1975, 1985) pero no será mantenida en el DSM-IV. También se explicita que los síntomas no aparecen únicamente durante las crisis de angustia y se incluyen también como síntoma diagnóstico aquel que, aún poseyendo un origen médico, ocasiona un malestar excesivo a lo que cabría esperar por la historia clínica.

Finalmente el DSM-III-R propone siete síntomas que podrían considerarse patognomónicos. Estos siete síntomas coinciden, y probablemente proceden, de los propuestos como criterios de *screening* para el trastorno por Somatización por Ohtmer y DeSouza (1985). Según estos autores la presencia de dos o más síntomas de este grupo de siete (dismenorrea, nudo en la garganta, vómito, dificultades para respirar, ardor en recto, genitales o boca, dolor en extremidades y amnesia) proporciona un diagnóstico preciso del trastorno.

1.5.1. Criterios DSM-IV y CIE-10

En los criterios para el trastorno de somatización propuestos en el DSM-IV (1994) –mantenidos sin modificaciones en el DSM-IV-TR (2001)– se ha pretendido realizar una definición más útil y operativa, tanto desde el punto de vista de la especificidad y sensibilidad, como de la facilidad y comodidad a la hora de establecer el diagnóstico (Yutzy et al. 1995, Martin y Yutzy, 1996). El cambio más destacado respecto a las anteriores versiones del DSM hace referencia al número de síntomas, quedando ahora el criterio reducido a ocho y manteniéndose el punto de vista del DSM-III-R al equipararlo en ambos sexos. Además, los síntomas han de especificarse por categorías, requiriéndose al menos una historia de cuatro síntomas de dolor, dos gastrointestinales, uno sexual y uno pseudoneurológico. Por otra parte, se elimina el criterio referido a la creencia de tener una enfermedad junto con la referencia explícita al carácter de *screening* (patognomónico) de algunos síntomas. Otro aspecto

destacado en la definición del DSM-IV es el requerimiento de que los síntomas provoquen deterioros significativos en áreas importantes de la actividad de la persona o que estos conduzcan a la búsqueda de atención médica (criterio C).

Respecto a la CIE, el concepto de Trastorno de Somatización no fue incluido hasta su décima versión (OMS; 1992), siendo conceptualizado por la CIE-9 como un tipo de histeria sin especificar criterios para el diagnóstico (Tomasson, Kent y Coryell, 1993). Para este sistema diagnóstico el criterio fundamental es la presencia de síntomas somáticos múltiples y variables (no especifica cómo han de distribuirse éstos, aunque destaca como los más frecuentes molestias gastrointestinales y cutáneas junto con quejas menstruales y sexuales), para los que no se ha encontrado explicación médica. Incluye también como criterio el denominador común de los trastornos somatomorfos, “la negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somáticas para sus síntomas” (OMS, 1992; p. 203). Y por último, estos síntomas o “el comportamiento consecuente” ocasionan cierto grado de deterioro en el comportamiento social y laboral.

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

En los *criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10* (OMS, 1993) sí se propone una distribución específica de síntomas, requiriendo esta la presencia de seis síntomas de un total de catorce (ver Tabla 1.8), distribuidos en cuatro categorías. Estos seis síntomas deben pertenecer al menos a dos de las categorías. El criterio de “persistente rechazo a aceptar el diagnóstico médico de ausencia de enfermedad”

permanece en esta clasificación. Frente a los listados de síntomas propuestos por las diversas conceptualizaciones del DSM, la ofrecida en *los criterios de investigación de la CIE-10* presenta un aspecto de interés que es la reducción considerable del número de síntomas a evaluar.

Tabla 1.8. Síntomas de los criterios de investigación para la CIE-10 para el trastorno de somatización (OMS, 1993)

<p>Síntomas Gastrointestinales</p> <p>1) Dolor abdominal</p> <p>2) Náuseas</p> <p>3) Mal sabor de boca o lengua saborral</p> <p>4) Sensación de plenitud abdominal o meteorismo</p> <p>5) Queja de vómito o regurgitación</p> <p>6) Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas</p> <p>Cardiovasculares</p> <p>7) Falta de aliento sin hacer esfuerzos</p> <p>8) Dolor torácico</p>	<p>Urogenitales</p> <p>9) Disuria o quejas de micción frecuente</p> <p>10) Sensación desagradable en o alrededor de los genitales</p> <p>11) Queja de flujo vaginal excesivo o desacostumbrado.</p> <p>Cutáneos o de dolor</p> <p>12) Erupciones o decoloración de la piel</p> <p>13) Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones</p> <p>14) Sensaciones desagradables, falta de tacto o parestesias</p>
---	---

Tabla 1.9. Criterios del trastorno de somatización DSM-IV-TR y CIE-10

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN
<p>A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:</p> <p>(1) cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción).</p> <p>(2) dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).</p> <p>(3) un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)</p> <p>4) un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).</p> <p>C. Cualquiera de las dos características siguientes:</p> <p>(1) tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos).</p> <p>(2) si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.</p> <p>D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).</p>
CRITERIOS CIE-10 PARA EL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (F45.0)
<p>Para un diagnóstico preciso es necesaria la presencia de todos los requisitos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años. ✓ La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas. ✓ Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

1.5.2. Equivalencia de los criterios diagnósticos de las diferentes clasificaciones

Aunque esencialmente las características clínicas de los diferentes criterios del trastorno se han mantenido desde la operativización del cuadro por Guze y Perley (1962), son también sustantivas las diferencias en los criterios diagnósticos, lo que conlleva albergar dudas respecto a si los diferentes criterios diagnósticos agrupan a los mismos sujetos. El primer estudio que analizó la concordancia entre los criterios del trastorno de somatización (DSM-III) y los criterios del síndrome de Briquet (Feighner et al., 1972) encontró que el 90% de los pacientes cumplían criterios para ambos diagnósticos (DeSouza y Othmer, 1984). En un estudio posterior, Cloninger et al. (1986) encuentra un solapamiento del 71%.

En un trabajo de Yutzy et al (1995), destinado a evaluar la validez de los criterios propuestos para el DSM-IV, se ha encontrado una concordancia (Kappa) por encima del 0,80 entre los diferentes criterios del Trastorno de Somatización y, a su vez, entre éstas y los criterios de Perley y Guze (1962). Contrariamente a estos resultados, la equivalencia hallada entre el DSM y los criterios desarrollados en la CIE-10 es muy escasa (Kappa= 0,32). En el trabajo de Tomasson et al. (1993) se informa de correlaciones más altas entre CIE y DSM pero con la diferencia de que, en este estudio, únicamente se compararon los diagnósticos en relación a la presencia de síntomas y a partir de las historias de sujetos previamente evaluados, omitiéndose el criterio, exigido por la CIE-10, de la presencia de un rechazo persistente a aceptar que no existe una evidente causa física que explique el síntoma.

Estos resultados proporcionan cierta solidez al concepto de trastorno de somatización entendido, de una forma genérica, como un trastorno polisintomático persistente durante varios años. Permittiéndonos además enlazar, en un sentido amplio, el síndrome de Briquet (criterios de Perley y Guze, 1962) con el trastorno de somatización, ya que, a pesar de las sustanciales diferencias, diversos estudios proporcionan considerables correlaciones entre ambos (DeSouza y Othmer, 1984; Cloninger, 1986; Yutzy et al., 1995; Tomasson, 1993). Aunque esta concordancia diagnóstica ya no resulta tan significativa si incluimos en la definición del trastorno

aspectos etiológicos o atribucionales sobre la naturaleza y origen de los síntomas (Kirmayer y Robbins, 1996).

Tabla 1.10. Hitos históricos del trastorno de somatización (elaboración propia)

FECHA	AUTOR(ES)	HITO
1859	BRIQUET	<i>Traité Clinique et Thérapeutique de L'hystérie</i>
1909	SAVILL	Criterios diagnósticos de la histeria
1951	Purtell, Cohen y Robins (Universidad de Washington, San Luis)	«Observaciones de aspectos clínicos de la histeria: estudio cuantitativo de 50 pacientes»
1962-1963	Perley y Guze (Universidad de Washington, San Luis)	«Histeria. Estabilidad y utilidad de criterios clínicos.» «Observaciones respecto a la historia natural de la histeria»
1972	Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur, Muñoz (Universidad de Washington, San Luis)	Criterios diagnósticos para su uso en investigación psiquiátrica
1975/1985	Spitzer, Endicott y Robins (Universidad de Washington, San Luis)	Criterios diagnósticos de investigación (RCD)
1980	APA/DSM-III	Trastornos somatomorfos Trastorno de Somatización
1986	APA/DSM-III-R	Trastorno Somatomorfo Indiferenciado
1992	OMS/CIE-10	Trastornos Somatomorfos
2010	APA-Grupo de Trabajo DSM-V	Eliminación categoría de Trastornos Somatomorfos. Nuevo trastorno: Trastornos por síntomas somáticos

1.6. DIVERGENCIAS EN LOS DISTINTOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A la hora de elaborar y definir aquellos aspectos que se consideran más clarificadores de un trastorno psicopatológico y que finalmente componen los criterios diagnósticos de éste, muchas son las decisiones que han de tomarse hasta llegar a una conclusión, además de no ser ésta nunca definitiva y estar siempre sujeta a revisión. En ocasiones, lo que en un primer momento se descartó, vuelve a ser considerado más tarde de gran importancia para la delimitación diagnóstica. Respecto al trastorno de somatización, son varias las características diagnósticas incluidas en las actuales clasificaciones que resultan controvertidas o han sido inconsistentes. Entre las que

podemos destacar: el número de síntomas requeridos para el diagnóstico, los síntomas a evaluar como somatizaciones, si estos constituyen una categoría general o deben evaluarse sobre la base de diferentes sistemas orgánicos, si deben tenerse en cuenta el mismo número para los hombres como para las mujeres o si el rechazar los resultados médicos que desconfirman una enfermedad médica conocida, es un rasgo definitorio del trastorno. A continuación se detallan los aspectos más significativos desde el punto de vista nosográfico.

1.6.1. ¿Diagnóstico a partir de clúster de síntomas?

Tanto en el DSM-III como en el DSM-III-R, aunque los síntomas diagnósticos están organizados en categorías, no se especifica que para el diagnóstico las quejas deban distribuirse de algún modo concreto. Es en el DSM-IV donde, junto a la reducción del número de síntomas de trece a ocho, se indica que estos deben distribuirse en cuatro categorías, del siguiente modo: al menos debe existir una historia de cuatro síntomas de dolor, dos síntomas gastrointestinales, un síntoma sexual y un síntoma pseudoneurológico.

Esta distribución de síntomas en subgrupos ha sido cuestionada por Liu, Clark y Eaton (1997). Estos autores evalúan en una amplia muestra (más de 4.000 sujetos) la presencia de síntomas somáticos, diferenciando entre hombres y mujeres. Una vez que es evaluada la presencia de síntomas, y tras realizar un análisis factorial, resulta que para ambos grupos la combinación más idónea corresponde a una distribución de tres factores, de los cuales los dos primeros son comunes en hombres y mujeres. El primero de estos factores se corresponde con un factor general, en el que se incluyen la mayoría de los 41 síntomas evaluados. El segundo lo componen síntomas como “ceguera”, “sordera”, “pérdida de voz”, denominándolo factor de conversión. El tercer factor, diferente para cada uno de los sexos, lo constituyen en el grupo de hombres síntomas relacionados con dolor y en las mujeres síntomas específicamente femeninos (dolor menstrual, etc.). Estos resultados –que cuestionan la validez diagnóstica de exigir una distribución determinada de los síntomas presentados– se ven avalados por otros estudios donde se ha observado que la sintomatología no permanece estable a

lo largo del tiempo, variando el tipo de queja manifestada por la misma persona, entre un momento de evaluación y otro realizado meses después (Fink, 1992; Simon y Gureje, 1999; Gureje et al., 1997).

1.6.2. Síntomas incluidos como somatizaciones

Los síntomas somáticos no explicados médicamente que han sido considerados como indicadores de un trastorno de somatización no siempre han sido los mismos, siendo diferentes en función del sistema clasificatorio y la edición utilizada. En la descripción del síndrome de Briquet de Perley y Guze (1962) y Feighner et al (1972) se describen un total de 60 síntomas, agrupados en 10 categorías siendo necesarios para el diagnóstico presentar 25 síntomas (20 para un diagnóstico probable) de, al menos, 9 de las 10 categorías (ver Tabla 1.11).

En el DSM-III (APA, 1980) el catálogo de síntomas se reduce a 37 (35 en el DSM-III-R), eliminándose principalmente los síntomas de carácter psicológico, y agrupándose los síntomas en *gastrointestinales, dolorosos, cardiopulmonares, de conversión o pseudoneurológicos, sexuales durante la mayor parte de la vida de un individuo con oportunidades para la actividad sexual, sexuales femeninos que la paciente considera que se presentan con más frecuencia o gravedad que en la mayor parte de las mujeres*. Finalmente en el DSM-IV (APA, 1995) aunque los síntomas no vienen enumerados, como ocurre en las versiones anteriores, pueden contabilizarse un total de 34, en los que destaca la eliminación de los síntomas cardiopulmonares y el énfasis puesto en esta clasificación en la distribución por categorías (dolor, gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos). (Ver tabla 1.9.)

Tabla 1. 11 Listado de síntomas para la *histeria* de Feighner et al. (1972) para la histeria

<p>Grupo 1</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cefaleas -<i>Enfermizo la mayoría* de la vida</i> <p>Grupo 2</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ceguera -Parálisis -Anestesia -Afonía, ataques o convulsiones -Inconsciencia -Amnesia -Sordera -Alucinaciones -Retención urinaria -Dificultades de la marcha -Otros síntomas “neuroológicos” inexplicados <p>Grupo 3</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Fatiga*</i> -Sensación de nudo en la garganta -Voz débil -Visión borrosa -Debilidad -Disuria <p>Grupo 4</p> <ul style="list-style-type: none"> -Respiración dificultosa -Palpitaciones -Crisis de angustia -Dolor torácico -Mareos 	<p>Grupo 5</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Anorexia*</i> -<i>Pérdida de Peso</i> -<i>Fluctuaciones importantes de peso*</i> -Náuseas -Distensión abdominal -Intolerancias alimentarias -Diarrea -Estreñimiento <p>Grupo 6</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dismenorrea -Irregularidades menstruales -<i>Amenorrea*</i> -Menstruaciones abundantes <p>Grupo 7</p> <ul style="list-style-type: none"> -Indiferencia sexual -Frigidez -Dispareunia -<i>Otras dificultades sexuales</i> -Vómitos durante los 9 meses de embarazo o <i>hiperemesis grávida*</i> <p>Grupo 8</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor abdominal -Vómitos 	<p>Grupo 9</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de espalda -Dolor articular -Dolor en las extremidades -Dolor urente en los órganos sexuales, boca o recto. -Otros dolores corporales <p>Grupo 10</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Nerviosismo*</i> -<i>Miedos*</i> -<i>Sentimientos depresivos*</i> -<i>Necesidad de abandonar el trabajo o incapacidad para realizar las tareas habituales de la casa a causa de sentirse enfermo*</i> -<i>Facilidad de llanto*</i> -<i>Sentimiento de desespero*</i> -<i>Pensamientos positivos frete a la muerte*</i> -<i>Necesidad de morir*</i> -<i>Pensamientos suicidad*</i> -<i>Ideas de suicidio*</i>
--	---	---

**En cursiva los síntomas excluidos en los criterios de trastorno de somatización del DSM*

Por otro lado, y como ya hemos comentado, la CIE-10 no proporciona un listado concreto de síntomas característicos ni requiere de la presencia de un número determinados, aunque en los criterios para la investigación del trastorno sí lo hace, siendo 14 los síntomas a evaluar (agrupados en 4 categorías) y 6 los necesarios para el diagnóstico, que deben aparecer, al menos, en dos de los cuatro grupos (ver tabla 1.12).

En los Criterios diagnósticos de investigación (RDC) (Spitzer et al., 1985) se exige para el diagnóstico que aparezcan síntomas en 5 de las 6 categorías en mujeres, y en 4 de 5 en hombres (ver tabla 1.13).

Tabla 1.12. Síntomas de *los criterios diagnósticos de investigación para la CIE-10* del trastorno de somatización (OMS, 1993)

<p>Síntomas Gastrointestinales</p> <p>1) Dolor abdominal 2) Náuseas 3) Mal sabor de boca o lengua saborral 4) Sensación de plenitud abdominal o meteorismo 5) Queja de vómito o regurgitación 6) Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas</p> <p>Cardiovasculares</p> <p>7) Falta de aliento sin hacer esfuerzos 8) Dolor torácico</p>	<p>Urogenitales</p> <p>9) Disuria o quejas de micción frecuente 10) Sensación desagradable en o alrededor de los genitales 11) Queja de flujo vaginal excesivo o desacostumbrado.</p> <p>Cutáneos o de dolor</p> <p>12) Erupciones o decoloración de la piel 13) Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones 14) Sensaciones desagradables, falta de tacto o parestesias</p>
---	---

1.6.3. Número de síntomas necesarios para realizar el diagnóstico

La característica definitoria del trastorno de somatización, es decir, una historia de múltiples síntomas somáticos, ha intentado ser operativizada en la mayoría de las clasificaciones diagnósticas delimitando el número de síntomas requeridos para poder afirmar la presencia del trastorno, con la excepción de los criterios de la CIE y los criterios RCD donde no se especifican el número de síntomas requeridos para el diagnóstico. Los aspectos más destacados relacionados con las modificaciones que se han realizado de este criterio se refieren, por un lado a la progresiva disminución del número de síntomas que constituyen el trastorno y, por otro lado, el solicitar que estos se presenten distribuidos de una forma determinada (en el DSM-IV). (Ver tabla 1.13.)

Tabla 1.13. Cuadro resumen de las diferencias en nº de síntomas en los diferentes sistemas clasificatorios.*

	Perley y Guze. Feighner et al.	RCD Spitzer et al.	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	CIE-10	CIE-10 Investigación
Nº Síntomas	25 de 60	No lo especifica	13 de 37	H [*] : 12; M [#] :14 de 35	8 de 34	No lo especifica	6 de 14
Categorías de síntomas	9 de 10	M [*] = 5 de 6 H [#] = 4 de 5	6	6	4 de 4	No lo especifica	2 de 6
Especificación de Nº de síntomas por categoría	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO

*H= Hombres; #M= Mujeres

1.6.3.1 Desarrollo de instrumentos de screening para facilitar el diagnóstico

Las características clínicas tradicionalmente atribuidas a los pacientes con trastorno de somatización junto con los criterios diagnósticos que requieren la evaluación detallada de muchos de éstos síntomas, hacen muy laboriosa y ardua la labor del clínico que quiera identificar la presencia de este trastorno (Othmer y DeSouza, 1985; Manu, Lane, Matthews y Escobar, 1989; Yutzy et al., 1995). Estas dificultades hacen que frecuentemente se omita su evaluación detallada y que por tanto el trastorno pueda ser diagnosticado con menor frecuencia de la prevalencia real (Othmer y DeSouza, 1985; Smith y Brown, 1990).

Para facilitar el diagnóstico y resolver este problema diversos autores han intentado desarrollar un instrumento sencillo, breve y que resultase válido como screening, para la detección de los pacientes que presentaran el trastorno de somatización (Woodruff et al., 1973, Othmer y DeSouza, 1985; Swartz et al., 1986, Manu et al., 1989). De todos ellos, el trabajo de Othmer y DeSouza es el que ha obtenido un mayor apoyo empírico (Othmer y DeSouza, 1985; Manu et al., 1989, Smith y Brown, 1990; Bucholz, Dinwiddie, Reich, Shayka, y Cloninger, 1993; García Campayo, Sanz, Pérez-Echeverría, Lobo y Campos, 1996), además de haber sido traducido y validado en castellano (García Campayo et al., 1996) y haber tenido cierta repercusión en nuestro medio (García-Campayo, Sanz y Jimeno, 1993; García-Campayo

et al., 1996, García-Campayo, Lobo, Pérez-Echeberría y Campos, 1998; López-Santiago, Madrigal y Belloch, 2005; Zaballa, Grega, Grandes y Peralta, 2001).

Othmer y DeSouza (1985) estudiaron, mediante un análisis discriminante, los síntomas que en el DSM III eran incluidos como “somatizaciones” y construyeron un instrumento con los 7 síntomas que mejor detectaban la presencia del trastorno (ver tabla 1.14). Estos síntomas fueron propuestos como screening en el DSM-III-R (APA, 1987) y establecieron como punto de corte para establecer el diagnóstico la presencia de 2 síntomas (Sensibilidad: 100% y 93% y Especificidad: 83% y 59%⁶). En muestra española (García Campayo, et al., 1996) el mejor punto de corte fue la presencia de 3 síntomas (sensibilidad: 88%, especificidad: 78%, valor predictivo positivo: 80%, valor predictivo negativo: 86%). Aunque esos resultados no han sido confirmados en estudios posteriores en población española (Zaballa et al., 2001; López-Santiago, et al., 2006). En nuestro trabajo (López-Santiago et al., 2006) el mejor resultado como punto de corte fue también el de 3 síntomas con una sensibilidad de 86%, una especificidad de 70% y valor predictivo positivo de 25%. Sólo 2 de los 7 síntomas de la escala presentaron un valor discriminante mayor a 3.

Tabla 1.14. Screening Othmer y DeSouza (a partir de García Campayo et al., 1993)

-
1. ¿Ha tenido alguna vez dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?
 2. ¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos sexuales o el recto?
 3. ¿Ha tenido dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes?
(Descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período)
 4. ¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar?
 5. ¿Ha padecido alguna vez vómitos frecuentes?
 6. ¿Ha sufrido de forma repentina dolores menstruales intensos?
 7. ¿Ha padecido alguna vez dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?
-

⁶ El trabajo de Othmer y DeSouza (1985) presenta 2 estudios con muestras diferentes.

1.6.4 Rechazo a las explicaciones médicas

Los pacientes somatizadores generalmente son descritos como “malos pacientes” que de forma recurrente requieren la atención del facultativo, a la vez que se muestran reticentes a aceptar su diagnóstico médico, en la mayoría de las ocasiones libre de patología orgánica (Kleinman y Kleinman, 1986, Kellner 1986, Lipowski, 1988, OMS, 1992). Sin embargo, en la actualidad, este tema está sujeto a una gran controversia. Se cuestiona que las intervenciones médicas y/o sus explicaciones tengan un carácter tranquilizador *per se* (Kellner, 1986; Lipowski, 1988; Warwick y Salkovskis, 1990; Sharpe, Peveler y Mayou, 1992; Warwick, Clark, Cobb y Salkovskis, 1996, Kirmayer y Taillefer, 1996), así como considerar como una característica intrínseca del trastorno la insistencia y reticencia del paciente a admitir un diagnóstico negativo –ausente de enfermedad–. De los vigentes sistemas clasificatorios de los trastornos mentales, solamente el CIE-10 (OMS, 1992) incluye esta característica como requisito diagnóstico del trastorno de somatización. Criterio que además es común al resto de trastornos que conforman el grupo de los trastornos somatomorfos, constituyendo, junto a la presencia de quejas somáticas sin una causa médica aparente, su rasgo principal.

1.7. PROPUESTA DE CRITERIOS MÁS INCLUSIVOS PARA EL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

El trastorno de somatización y el trastorno somatomorfo indiferenciado son las propuestas, en el DSM-III-R y en las ediciones posteriores, a la hora de considerar como categoría diagnóstica la presencia de síntomas somáticos no explicados médicamente. Hay varios autores que han cuestionado la representatividad de ambas categorías, considerando que ni el trastorno de somatización, por ser excesivamente excluyente, ni tampoco el trastorno somatomorfo indiferenciado, por su inespecificidad, resultan demasiado útiles para dar cuenta de la verdadera incidencia y repercusión de los pacientes que han sido denominados como somatizadores (Escobar

et al., 1987, 1998; Gureje et al., 1997; Hiller et al., 1997; Katon et al., 1991; Kroenke et al., 1997).

Desde mediados de la década de 1980 y a raíz de la baja prevalencia del trastorno de somatización en los estudios ECA (Epidemiologic Catchment Area)⁷ se realizaron diversos intentos de ofrecer una conceptualización alternativa y más operativa del trastorno de somatización, destinada principalmente a ser utilizada en investigación. Vamos a referirnos a tres de ellos: *la definición abreviada del trastorno de somatización* (Escobar et al., 1987, 1998), *el trastorno multisomatomorfo* (Kroenke et al., 1997) y una propuesta de una modificación de los criterios de la CIE-10 (Tomasson, Kent y Coryell, 1993).

Escobar y colaboradores (1989, 1998) propusieron una definición “abreviada” del trastorno de somatización, también denominada “índice de síntomas somáticos”, con el fin de ofrecer una definición más operativa del concepto de somatización y que fuera de utilidad en atención primaria. Para estos autores la noción tradicional en la clínica del paciente “somatizador” no estaba adecuadamente reflejada en las nosologías psiquiátricas al uso, siendo además ampliamente utilizada tanto en un marco clínico como de investigación una noción inespecífica de somatización. El criterio diagnóstico para estos autores lo constituye la presencia de 4 síntomas somáticos en hombres y 6 en mujeres (lo que se denominó también *Índice de Síntomas Somático 4/6*). Los pacientes que cumplieran estos criterios puntuaban alto en número de visitas médicas, interferencia en el funcionamiento normal, consumo de medicación, junto a otras variables de significación clínica (Escobar et al., 1987). Esta definición “abreviada” ha tenido una importante aceptación y repercusión en la literatura (p.e., Gureje et al., 1997; Hiller et al., 1997; Katon et al., 1991; Kirmayer y Taillefer, 1996; Lobo et al., 1996; Martin y Yutzy, 1996; Portergijs et al., 1996, Creed y Barsky, 2005).

Según Escobar et al. (1998) las características psicopatológicas y de comorbilidad de este constructo son muy similares a las encontradas con los criterios para la definición “completa” del trastorno, con la importante diferencia que la

⁷ Para más detalle ver el capítulo 2, *Epidemiología* (p. 66)

prevalencia de la definición “abreviada” en la población general es aproximadamente 100 veces más frecuente. Se encontró que el 22% de los sujetos evaluados, en atención primaria, cumplen los criterios, además, se constató una diferencia significativa entre sexos, siendo mayor el número de mujeres (24.9%) que el de hombres (18.4%) –Escobar et al. (1998)⁸–. Kisely et al. (1997) proporcionan resultados similares. Es también relevante el hecho de que el 64% de estos pacientes han presentado algún trastorno mental a lo largo de su vida (37.5% si se trata de trastorno depresivo). Además, la comorbilidad de pacientes hipocondríacos con estos criterios de somatización es muy elevada. Según Kirmayer y Robbins (1991) probablemente estos criterios engloban a una heterogénea población que incluye personas con un síndrome somático funcional específico, junto con otras que presentan síntomas somáticos secundarios a un trastorno de ansiedad y/o depresión.

Como segunda propuesta encontramos el “trastorno multisomatomorfo” (Kroenke et al., 1997), que pretende ofrecer una alternativa, operativa y fácil de evaluar del trastorno somatomorfo indiferenciado, síndrome que, según estos autores, “nunca ha sido validado”. El cuadro es definido por la presencia de 3 o más síntomas somáticos de un listado de los 15 más frecuentes en las consultas médicas (los que constituyen un 90% de las visitas), a partir del análisis de los datos del *Primary Care Evaluation of Mental Disorders 1000 study* (Spitzer et al., 1994). La prevalencia de estos criterios es del 8.2% en atención primaria (Kroenke et al., 1997) y en estos pacientes se da un grado de deterioro significativo –equiparable al de los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad o depresión– en relación con “calidad de vida” manifestada, número de días de baja, número de visitas médicas y grado de enfermedad percibida por el médico. Los resultados de esta investigación motivan a sus autores a considerar al trastorno multisomatomorfo como una alternativa adecuada al trastorno somatomorfo indiferenciado (Kroenke et al., 1997). A partir de esta definición, una década después, Kroenke (2006) planteará una propuesta para sustituir los criterios del trastorno de somatización para el DSM-V⁹.

⁸Se utilizó el *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), que evalúa un total de 40 síntomas.

⁹Véase capítulo 5 (p. 145).

Finalmente, la tercera propuesta mencionada, con menos repercusión en la literatura, de Tomasson et al., (1993), consiste en una versión modificada de los criterios de investigación para el trastorno de somatización de la CIE-10. Se basa fundamentalmente en la eliminación del criterio referido al rechazo de la explicación médica y se centra exclusivamente en la evaluación de síntomas, según se propone en la clasificación de la OMS. Estos autores encuentran un elevado solapamiento diagnóstico entre estos criterios y las diferentes propuestas del DSM, por lo que proponen esta conceptualización como "una alternativa razonable para identificar un grupo de pacientes polisintomáticos" (p.314), mediante un procedimiento diagnóstico más sencillo (se evalúan 14 síntomas frente a los 34 del DSM-IV).

Toda la polémica que se acaba de comentar ha influido, o mejor, lo está haciendo, en las nuevas propuestas diagnósticas para el trastorno que está elaborando la American Psychiatric Association para la edición del nuevo DSM-V. Estas propuestas se revisarán en un capítulo posterior.

CAPÍTULO 2.

EPIDEMIOLOGÍA

El estudio de la epidemiología del trastorno de somatización resulta especialmente complejo debido a la inconsistencia que suelen presentar los resultados de los estudios y porque habitualmente en su análisis se mezclan tres aproximaciones distintas al problema. Por una parte, nos referimos al estudio del trastorno de somatización como categoría nosológica (DSM o CIE). En segundo lugar, es habitual para su evaluación la utilización de definiciones alternativas y menos restrictivas del fenómeno de la somatización, como el constructo de *somatización abreviada* (Escobar et al., 1987). Y por último, en ocasiones suele tomarse como referencia, el estudio de la elevada presencia de somatización en las consultas médicas, interpretado como una medida del fenómeno de la somatización.

Otro problema se refiere a las dificultades del propio proceso de evaluación. En este caso las dificultades son debidas a diversos factores, como por ejemplo, los diferentes criterios diagnósticos de somatización utilizados, las diferencias en los instrumentos de evaluación, el modo en que se realiza la entrevista y quién la realiza, los formatos de respuesta, y si se hace referencia a síntomas actuales o a síntomas a lo largo de la vida (Escobar y Gureje, 2007).

Es este capítulo hemos considerado adecuado, para poder organizar mejor la información existente, presentar la epidemiología del fenómeno de la somatización diferenciando, en primer lugar, la prevalencia de síntomas somáticos en la población

general. En segundo lugar, se presentan los datos respecto a la prevalencia de síntomas no explicados médicamente en consultas médicas. Finalmente, se ofrece la epidemiología, propiamente dicha, del trastorno de somatización, ya sea utilizando criterios diagnósticos DSM o CIE, como a partir de otras definiciones menos restrictivas.

2.1. SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN LA POBLACIÓN GENERAL: UN FENÓMENO UNIVERSAL

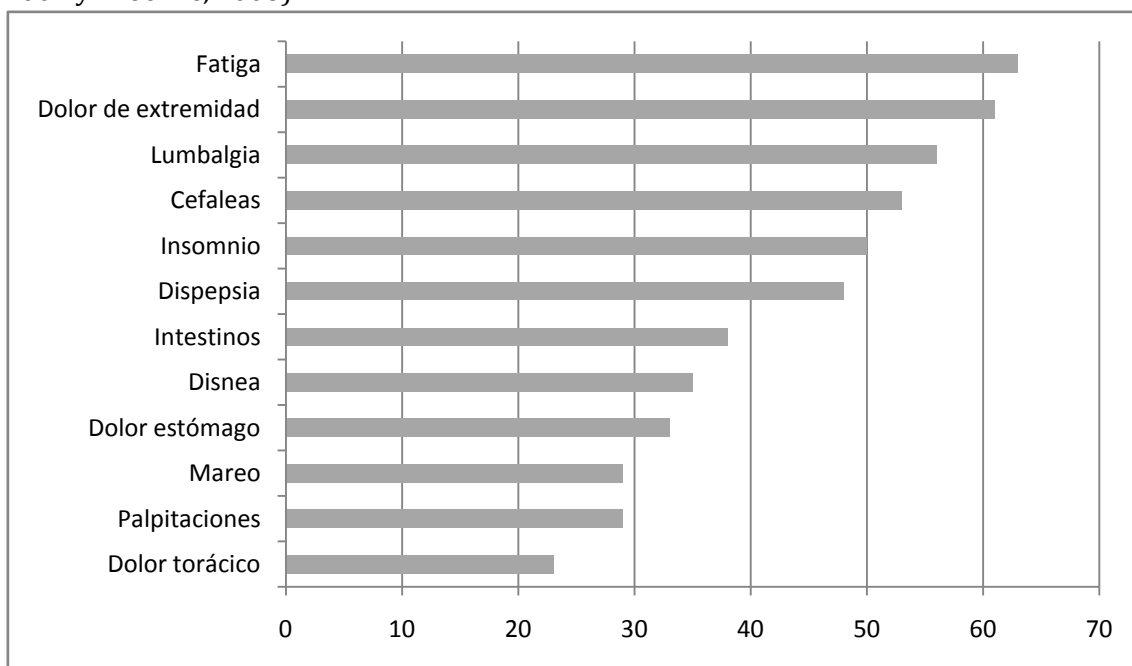
Tradicionalmente se ha considerado que la presencia de síntomas somáticos constituye un fenómeno extremadamente común en la población general, además de suponer un porcentaje muy elevado de las quejas manifestadas por los pacientes en las consultas médicas (Kellner y Sheffield, 1973; Mayou, 1976; Reidenberg y Lowenthal, 1968). Es habitual mencionar en la literatura estadounidense el trabajo de Shappert (1992), en el que se concluye que los síntomas somáticos constituyen el 50% de las consultas médicas ambulatorias, lo que supone la estimación de aproximadamente 400 millones de consultas médicas anuales en EEUU por ese motivo.

En una revisión ya clásica sobre el tema (Kellner, 1985) se plantea que entre el 60% y el 80% de la población normal experimenta al menos un síntoma somático a lo largo de una semana y que entre el 20% y el 84% de las consultas médicas se deben a quejas somáticas para las que no se ha podido encontrar una “enfermedad física” que las justifique. Estos datos parecen mantenerse consistentes con el tiempo. Kroenke (2003) realiza una revisión de la epidemiología de las quejas somáticas y estima que alrededor del 80% de la población general experimenta uno o más síntomas somáticos a lo largo de un mes.

Probablemente Kurk Kroenke sea el autor que de forma más sistemática ha estudiado, en las últimas dos décadas, el problema de los síntomas físicos en la población general y en las consultas médicas. Kroenke, Spitzer y Williams (2002) estudian la presencia de síntomas somáticos en una muestra de 3000 sujetos en atención primaria, mediante el instrumento Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15),

que evalúa la presencia en el último mes de los 15 síntomas que representan (excluidos síntomas respiratorios de las vías superiores) más del 90% de los síntomas manifestados por los pacientes ambulatorios (Kroenke, Arrington y Mangelsdorff, 1990). En este estudio encuentran que 12 de los 15 síntomas incluidos en el instrumento son manifestados entre el 23% y 63% de los encuestados (Kroenke et al., 2002; Kroenke, 2008) (ver tabla 2.1). Cinco de estos síntomas (fatiga, dolor de extremidades, lumbalgia, cefaleas e insomnio) se encuentran presentes (entre “un poco afectado” y “muy afectado”) en más del 50% de los encuestados. No hemos encontrado referido el dato concreto de sujetos que presentan al menos un síntoma, pero a partir de la puntuación de la escala, que tiene un rango de 0-30 (15 síntomas, cada uno evaluable entre 0-2), un 35% presentan una puntuación de entre 0-4, otro 35% de entre 4-9, un 20% de entre 10-14 y un 10% de entre 15-30. Por tanto, la mayoría de los sujetos encuestados refieren algún tipo de síntoma.

Tabla 2.1. Síntomas más prevalentes en una muestra de 3000 pacientes de atención primaria. Datos indicados en porcentaje (entre el 23 y 63%). (A partir de Kroenke et al 2002 y Kroenke, 2008).



Es importante reseñar que en los estudios realizados con el PHQ-15 no se establece si el síntoma referido está causado o no por una enfermedad médica conocida y además, aunque el estudio se realiza en contexto médico, tampoco se informa si los síntomas por los que se pregunta en el instrumento son objeto de

consulta y/o atención médica. Por otra parte, desde nuestro punto de vista, tal y como está confeccionada la escala (pregunta por los síntomas durante las últimas 4 semanas con sólo tres opciones de respuesta ante cada síntoma: “no afectado en absoluto”; “un poco afectado”; “muy afectado”) puede inducir a responder “un poco afectado”.

En otro trabajo (Kroenke, 2003) resume los principales hallazgos respecto a la presencia de síntomas somáticos en la población general. Como ya hemos indicado, se estima que el 80% de la población puede presentar algún síntoma en el periodo de un mes. En algunos trabajos, como el del Ihlebaek, Eriksen y Ursin (2002), en población noruega, se indica que el porcentaje de la población que puede manifestar algún tipo de síntoma en el último mes alcanza al 96%. La mayoría de esos síntomas pueden entenderse como autolimitados ya que únicamente una cuarta parte busca atención sanitaria por sus síntomas. Además de por la intensidad y duración de los síntomas, son las preocupaciones específicas y las expectativas, las principales variables que llevan a la búsqueda de atención sanitaria para los síntomas. Por otra parte, la mayoría de los síntomas tienen un pronóstico favorable: aproximadamente el 75% de los sujetos refieren que sus síntomas se resuelven en pocas semanas. Además, el autor concluye que los datos han sido consistentes en mostrar que entre el 20% y 25% de los síntomas se mantienen en el tiempo, incluyendo estudios de seguimiento de una semana, un año o cinco años.

Tabla 2.2. Principales características de la presencia de síntomas físicos en población general (Kroenke, 2003).

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS EN LA POBLACIÓN GENERAL
- El 80% de la población presenta algún síntoma en el periodo de un mes.
- La mayoría de los síntomas son autolimitados: únicamente se consulta por el 25% de los síntomas.
- Las expectativas y preocupaciones específicas determinan en gran medida la búsqueda de ayuda sanitaria.
- El 75% de los síntomas se resuelven a las pocas semanas.
- Entre el 20% y 25% se mantienen a lo largo del tiempo

2.2. SÍNTOMAS NO EXPLICADOS MÉDICAMENTE EN CONSULTAS MÉDICAS

A pesar de la unanimidad a la hora de concluir que la presencia de síntomas somáticos no explicados es fenómeno muy común, existe una enorme variabilidad para informar de la prevalencia de este fenómeno, desde estudios que cifran el fenómeno de la somatización en un 10% de la población general (Kirmayer, 2004) hasta estudios que encuentran que más de un 70% de los síntomas referidos no tienen una explicación médica (Kroenke y Mangesdorff, 1989).

Una revisión más reciente de la epidemiología de los síntomas somáticos no explicados (Kroenke, 2003) concluye que éstos constituyen aproximadamente un tercio de los síntomas somáticos manifestados tanto en estudios de atención primaria como en estudios de base poblacional. Además, esos síntomas son crónicos o recurrentes en el 20% y 25% de los pacientes que los presentan. Otras revisiones plantean datos más conservadores pero también significativos, por ejemplo, Kirmayer, Groleau, Looper y Dao, (2004) estiman que las consultas por síntomas somáticos no explicados suponen entre el 15% y el 30% del total de consultas de atención primaria. En nuestro contexto, Lobo et al. (1996) estiman que la prevalencia de quejas no relacionadas con ninguna enfermedad conocida supone entre el 25-30% de las consultas en atención primaria. De los múltiples trabajos que informan de este fenómeno nos parece relevante comentar en detalle los resultados que a continuación se presentan, por la importancia de los autores y por la calidad de los estudios.

En un riguroso estudio de la etiología de los síntomas somáticos consultados en atención primaria (Khan, Khan, Harezlak, Tu y Kroenke, 2003), a partir del análisis por parte de dos médicos de la información de la historia clínica de 289 pacientes que consultaron a su médico de atención primaria por uno o más síntomas físicos (con un total de 433 síntomas estudiados), encuentran que el 48% de estos síntomas no tenían explicación médica, siendo ésta etiquetada de origen psiquiátrico (10%) o idiopático (37%). Los síntomas que más frecuentemente eran atribuidos a causas médicas (en más de un 80% de los casos) eran los de las vías respiratorias altas y los dermatológicos. Por otra parte, el síntoma con mayor atribución idiopática (71%) era el

dolor de espalda. A partir de los datos del mismo estudio, Kroenke (2008) informa que los síntomas que de forma más frecuente presentan una explicación psíquica o idiopática (es decir, no se encuentra una explicación médica) son: lumbalgia (76%); cefalea (74%), fatiga/mareo (63%); dolor abdominal (58%); dolor torácico (53%) y disnea (31%). En un seguimiento de 12 meses, el 25% de los síntomas persistían (siendo las quejas más persistentes las de dolor de espalda y dolor de cabeza). Como principales predictores de los síntomas se encontraban la existencia de visitas previas por los mismos síntomas, el tipo de síntomas (especialmente dolores de cabeza y de espalda), sexo masculino y elevada comorbilidad médica (por ejemplo, siete o más diagnósticos médicos).

Estos síntomas más prevalentes son consistentes con los ofrecidos en otros estudios. Por ejemplo, Kirmayer, Groleau, Loopwe y Dao (2004) informan que, mediante encuesta telefónica, en una muestra de 2400 sujetos a los que se les preguntaba por la presencia de síntomas somáticos no explicados en los últimos 12 meses (“en los últimos 12 meses ¿ha tenido algún síntoma al que su médico no ha encontrado ninguna explicación?”), el 10,5% de los encuestados manifestaba haber tenido al menos un síntoma de estas características durante el periodo evaluado. Los síntomas más habituales referidos fueron dolor musculoesquelético (30,3%), dolor abdominal y otros síntomas gastrointestinales (17,7%), “síntomas de oído, nariz y garganta” (7,8%), fatiga (3,9%) y mareo (3,5%). Los síntomas eran comunes para ambos sexos.

Rief y colaboradores (Rief, Hessel y Braehler, 2001; Hiller, Rief y Brähler, 2006) han estudiado la prevalencia de los trastornos somatomorfos y de los síntomas somáticos no explicados, mediante el Screening de Trastornos Somatomorfos (SOMS) que estudia 53 síntomas (los descritos en los diferentes trastornos somatomorfos enumerados tanto en la CIE como en el DSM) y otras características clínicas relacionadas con éstos (inicio, duración, aceptación de las explicaciones médicas de ausencia de origen médico, visitas médicas relacionadas con los síntomas, etc.) en una muestra representativa de más de 2500 sujetos. La escala SOMS es utilizada en dos versiones: SOMS-2 que evalúa los síntomas sin explicación médica en los últimos dos años y SOMS-7 que evalúa los síntomas en los últimos 7 días (esta última mide la

afectación en una escala likert de 4 ítems, de leve a muy grave). Con esta última versión, el 81,6% de los sujetos refieren la presencia de al menos un síntoma. Cuando se tiene en cuenta la gravedad (de grave a muy grave), un 22,1% manifiesta haber tenido un síntoma en la última semana (Hiller et al., 2006). En este estudio, la media de síntomas referidos, independientemente del grado de afectación, es de 6,6. Si se considera un grado de malestar como grave o muy grave, la media de síntomas es de 0,7. Por otra parte, cuando se evalúa en los últimos 2 años (Rief et al., 2001), la media de síntomas es de 3,4.

Con ambas escalas los síntomas más frecuentes son muy similares (ver tabla 2.3), pero la mayoría de ellos se informaban con mayor frecuencia cuando se evaluaban los síntomas actuales (SOMS-7). Esto podría indicar que existe una tendencia a manifestar más frecuentemente síntomas cuando se evalúan en la actualidad que cuando se preguntan en relación a un periodo temporal más extenso (2 años). Aunque, por otra parte, los resultados pueden ser consecuencia de un artefacto de la investigación, relacionado con las opciones de respuesta del instrumento. En ambos estudios (Rief et al., 2001; Hiller et al., 2006) los sujetos contestaban un cuestionario con la indicación de que informarían de síntomas “por los cuales los médicos no han encontrado causas médicas”, pero la principal diferencia es que en el SOMS-2 la opción de respuesta era dicotómica (SI-NO) mientras que en el SOMS-7 se evaluaba una escala likert desde leve a muy grave, en la que parece que la opción leve puede ser un facilitador de respuesta afirmativa respecto a la presencia del síntoma, mientras que la opción dicotómica puede disminuir la frecuencia con la que los sujetos refieren manifestar los síntomas.

Finalmente, Fink, Sorensen, Engberg, Holm y Munk-Jorgensen (1999) encuentran que en una serie de 191 pacientes consecutivos de atención primaria, evaluados mediante la Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), el 60,6% presentaba algún síntoma no explicado, sin existir diferencias en género.

Tabla 2.3. Principales síntomas identificados como somatizaciones

Síntomas más frecuentes en estudios de Rief y colaboradores (Rief et al., 2001; Hiller et al., 2006)	SÍNTOMAS DE LA ESCALA HPQ-15 (Kroenke, 2008)
1. Dolor de cabeza	1. Dolor estómago
2. Dolor abdominal	2. Dolor lumbar
3. Dolor espalda	3. Dolor en brazos piernas o articulaciones
4. Dolor en las articulaciones	4. Calambres menstruales u otros problemas con la menstruación
5. Dolor en piernas y/o brazos	5. Dolor cabeza
6. Pesadez/hinchazón	6. Dolor torácico
7. Regurgitación de comida	7. Mareos
8. Intolerancia a alimentos	8. Desvanecimientos
9. Mal sabor de boca o lengua pastosa	9. Sentir que el corazón palpita o se acelera
10. Boca seca	10. Dificultad para respirar
11. Frecuencia urinaria	11. Dolor o problemas durante las relaciones sexuales
12. Palpitación	12. Estreñimiento, heces sueltas o diarreas
13. Malestar estómago o estómago revuelto	13. Nauseas, gases, indigestión
14. Sudoración (fría o caliente)	14. Sentirse cansado o tener baja energía
15. Excesivo cansancio tras ejercicio leve	15. Problemas para dormir
16. Indiferencia sexual	
17. Dolor menstrual	
18. Disfunción eréctil	
19. Dolor en el pecho	
20. Nauseas	
21. Sensación de ardor en el estómago o pecho	

En síntesis, podemos afirmar que padecer síntomas somáticos sin explicación médica es un fenómeno muy habitual. Pero dada la heterogeneidad de los datos resulta difícil precisar cuál es su verdadera frecuencia, tanto en atención primaria como en la población general, ya que los datos dependerán en gran medida del formato de la encuesta (si ésta es abierta o mediante un listado cerrado de síntomas). El número de síntomas referido también parece estar influenciado por las características del instrumento de evaluación utilizado y por la metodología en la recogida de la información. Por ejemplo, en muestras representativas de más de 2500 sujetos, en función de la metodología utilizada a la hora de recoger la información, se ha informado en algunos casos que el 10,5% de la población refiere algún síntoma de este tipo (Kirmayer et al., 2004) y en otros estudios la cifra asciende al 81,6% (Hiller et al., 2006).

En lo que sí parecen ser consistentes los resultados de las investigaciones es qué síntomas suelen ser los más habituales, que suelen coincidir con los enumerados por el PHQ-15 (Kroenke, et al 2002) (ver tabla 2.3).

2.3. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.

Uno de los principales problemas de la actual clasificación del trastorno de somatización, y respecto del cual existe unanimidad por los investigadores¹⁰, se refiere a la baja representación del trastorno en los estudios epidemiológicos que han examinado su prevalencia a partir de criterios diagnósticos DSM o CIE. Incluso se han referido, en población general, prevalencias tan bajas como del 0,02% o del 0,03% (Grabe et al., 2003; Escobar et al., 1987). Este aspecto resulta especialmente paradójico cuando el fenómeno clínico de la somatización es referido habitualmente como muy frecuente. Por ejemplo, los trastornos somatomorfos han sido considerados como unos de los trastornos mentales más frecuentes en las consultas de atención primaria, muy similar a las de los trastornos de ansiedad y depresivos (Spitzer et al. 1994), e incluso algunos estudios epidemiológicos de atención primaria sitúan estos trastornos como tres veces más frecuentes que los de ansiedad y del estado de ánimo (Toft, et al., 2005; Waal et al., 2008; Hanel et al., 2009). Por otra parte, ocasionan un importante coste económico y de consumo de recursos sanitarios, (Barsky, Wyshak y Klerman, 1986; Smith, Rost y Kashner, 1995; Barsky, Orav y Bates, 2005).

Múltiples estudios de atención primaria han ofrecido prevalencias muy elevadas de los trastornos somatomorfos y aunque algunos resultados han de interpretarse con cautela, como por ejemplo el trabajo de Fink et al. (1999), con criterios DSM, que muestra una prevalencia del conjunto de los trastornos somatomorfos del 57,5% (incluyendo el trastorno somatomorfo indiferenciado), la mayoría de los estudios presentan una presencia de estos trastornos por encima del 20% (p.e., Faravelli et al., 2007; Glabe et al., 2003; Hanel et al., 2009; Toft et al., 2005; Waal et al., 2008).

¹⁰ Ver capítulo 5.

Como no puede ser de otro modo, la mayoría de estos casos identificados se deben a diagnósticos de trastornos somatomorfo indiferenciado, que, recordemos, su diagnóstico está definido por la presencia de al menos un síntoma no explicado médicamente, de una duración de más de 6 meses y que es referido con un malestar clínicamente significativo. La prevalencia de este diagnóstico en los estudios poblacionales es, por ejemplo, del 13,4% (Faravelli et al., 1997) y en atención primaria, en la mayoría de los estudios está cercana al 20% (Glabe et al., 2003; Hanel et al., 2009; Waal et al., 2008).

De todas formas, el diagnóstico de trastorno somatomorfo indiferenciado no ha sido considerado en la literatura científica como una entidad clínicamente validada (Mayou et al., 2005; Sharpe y Mayou, 2004) utilizándose como criterio alternativo, principalmente, el constructo de somatización abreviada desarrollado a partir de Escobar et al. (1987), que define la somatización por la presencia de 4 síntomas en hombre y 6 en mujeres, aunque no especifica otros criterios de gravedad, intensidad, interferencia o rasgos psicológicos y/o conductuales asociados.

A continuación se presenta de forma detallada un análisis de la epidemiología, por una parte, del trastorno de somatización (según criterios DSM y CIE), y por otra parte, del constructo de somatización abreviada.

2.3.1 Prevalencia del trastorno de somatización según criterios DSM y CIE

Las principales revisiones respecto a la epidemiología del trastorno de somatización en población general han presentado resultados por debajo del 1% (Creed y Barsky, 2004; Hiller et al., 2006). Creed y Barsky (2004) en una exhaustiva revisión de la epidemiología del fenómeno de la somatización, identifican 10 estudios que incluyen criterios completos del trastorno de somatización en población general encontrando prevalencias que oscilan entre el 0,03% y el 0,84%, con una mediana del 0,4%. Resultados similares son presentados por Hiller et al. (2006), quienes resumen los datos de 5 trabajos referidos a la epidemiología del trastorno de somatización, en estudios realizados mediante entrevista clínica estructurada, que muestran un rango

de entre el 0,0% y el 0,8%. En nuestro país, el principal estudio que ofrece datos respecto a la epidemiología de la somatización, es el que llevaron a cabo Lobo et al. (1996), en el que, a partir de los resultados ofrecidos, podemos estimar una prevalencia en atención primaria del 0,8%, según nuestros propios cálculos (los autores no los ofrecen).

A partir de estos datos, muchos autores han cuestionado la representatividad y utilidad de la categoría actual de trastorno de somatización (Fink, Rosendal y Oleasen 2005; Kroenke, Sharpe y Sykes, 2007; Mayou, Levenson y Sharpe, 2003; Rief y Sharpe, 2006), ya que esta parece representar un extremo del espectro del fenómeno clínico de la somatización.

No obstante, es necesario reseñar que algunos estudios que hemos revisado han reflejado prevalencias más elevadas. Por ejemplo, Tolf et al. (2005), a partir de criterios CIE-10, encuentran una prevalencia en atención primaria del 10,1%, o también, Dickinson et al. (2003) informan de prevalencia del 5,4%. No obstante, este tipo de datos, que aunque hay que tener en cuenta, han sido considerados más la excepción que la norma por los principales revisores.

Sin pretender ser exhaustivos, detallamos a continuación los tres los trabajos que consideramos más importantes a la hora de dar cuenta de la epidemiología del trastorno.

Los resultados del Epidemiologic Catchment Area Program (ECA), estudio epidemiológico desarrollado en la década de 1980 en EEUU (Regier et al., 1984; Robins y Regier, 1991), compuesto por una serie de 5 estudios epidemiológicos desarrollados por equipos de investigadores independientes en colaboración con la división de epidemiología y biometría del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), es el principal trabajo epidemiológico que presenta resultados en población general, con una población total estudiada de aproximadamente 20.000 sujetos. El ECA es uno de los trabajos que más ha contribuido a cuestionar la representatividad del trastorno ya que es consistente en presentar una prevalencia muy baja. Las publicaciones que hemos revisado que ofrecen resultados de trastorno de somatización según DSM-III, incluidas en el ECA, reflejan unas prevalencias del 0,12% (Robins et al., 1984), del 0,03

(Escobar et al., 1987) y del 0,38% (Swartz, Blazer, George y Landerman, 1986), en estudios realizados con el DIS/DSM-III (12 síntomas en hombres y 14 en mujeres, evaluando un listado de 37 síntomas). La media de la prevalencia del estudio ECA, refleja un resultado del 0,13% (Kirmayer y Tailleifer, 1996). Aunque existe variabilidad en estos resultados –en el trabajo de Swartz et al. (1986) la prevalencia es 10 veces superior a la del trabajo de Escobar et al. (1987)– todos los resultados reflejan una baja prevalencia.

Los resultados del trabajo de Gureje et al. (1997) proceden de un estudio epidemiológico realizado por la OMS en 14 países, incluyendo una amplia diversidad cultural, en el que finalmente se evaluaron, tras un proceso de cribado, a 5438 personas procedentes de consultas de atención primaria. La evaluación se realizó a partir del Composite International Diagnostic Interview (CIDI), instrumento diagnóstico útil para la evaluación de trastornos mentales de acuerdo con las más ampliamente aceptadas nomenclaturas en muy diversas poblaciones y culturas (Robins et al., 1988). La prevalencia del trastorno de somatización en este estudio es de un 2.8% a partir de criterios diagnósticos CIE-10, existiendo puntuaciones extremas. Concretamente la prevalencia es de un 17.7% en Santiago de Chile y un 0.1% de Nagasaki (Japón) y Verona (Italia). El resto se sitúan próximas al 2%. No existen datos en este estudio de población española.

Es interesante resaltar que, a partir de este mismo estudio multicéntrico, cuando se toman los criterios DSM en lugar de los CIE, se obtiene una prevalencia del 1,4% (Simon y Gureje, 1999), es decir se reduce a la mitad. Resultados parecidos son presentados por Fink et al. (1999), que en una muestra de 199 pacientes consecutivos de atención primaria encuentra una prevalencia según criterios CIE-10 del 5,7% y cuando estos son clasificados según el DSM-IV la prevalencia es del 0,8%.

Otro trabajo que nos parecen de especial interés es el de Faravelli et al. (1997) debido a sus cuidados criterios epidemiológicos y de investigación. En primer lugar, la muestra es aleatorizada a partir de la población de dos áreas representativas de las características epidemiológicas de la ciudad de Florencia. Además, el estudio resulta especialmente interesante en relación con la evaluación de los síntomas somáticos, ya

que incluía consultas de los historiales médicos de los participantes y la realización de estudios médicos, si se consideraba necesario, para poder descartar la presencia de una enfermedad. La prevalencia del trastorno de somatización es del 0,7% a partir de criterios DSM-III-R. El 100% de la muestra son mujeres. Destaca también que el trastorno somatomorfo indiferenciado tiene una prevalencia del 13,4% (75,2% de mujeres). Por otra parte, la comorbilidad con otros trastornos (ansiedad y depresión) era bastante baja. Finalmente, el número de personas que presentaba algún tipo de síntoma somático no explicado era del 33,3%.

2.3.2. Prevalencia del constructo de *somatización abreviada* (Escobar)

Debido a la baja prevalencia del trastorno de somatización en los estudios epidemiológicos en población general (Escobar et al., 1987) lo que por otra parte no coincide con la impresión clínica respecto a la frecuencia del fenómeno de la somatización, Escobar y colaboradores elaboraron el constructo de *somatización abreviada* consistente en la presencia de 4 síntomas en hombres y 6 en mujeres. Esta definición ha tenido una amplia repercusión en la literatura, utilizándose por múltiples autores como criterio diagnóstico válido en la clínica de trastorno de somatización. El primer trabajo en población general donde se ofrecen datos de prevalencia de este constructo es el de Escobar et al (1987), a partir de datos del estudio ECA, con una prevalencia del 4,4%. Creed y Barsky (2004) recogen otros 3 trabajos que estudian la prevalencia de la somatización abreviada en población general que muestran cifras más elevadas: por ejemplo, en Escobar et al. (1989) la prevalencia es del 19%. Creed y Barsky (2004) también resumen los datos de la somatización abreviada en pacientes consecutivos de atención primaria, encontrando a partir de los datos de 6 estudios una media del 16,6% (en un rango del 7,3% al 35%). En población española, Lobo et al (1996) encuentran un prevalencia del 7,3%. Algunos autores han utilizado otros criterios algo distintos para evaluar el constructo de somatización abreviada. Por ejemplo, Rief et al. (2001) estimaron que el punto de corte más adecuado para este constructo era de 3 síntomas en hombres y 5 en mujeres. Según este punto de corte, encuentran una prevalencia del 23,6%, evaluado con la escala autoadministrada SOMS. Otros constructos como el trastorno multisomatomorfo desarrollado por

Kroenke, que incluye más de 3 síntomas en dos años a partir del PHQ-15, presentan prevalencias del 8,2% (Kroenke et al., 1997). En definitiva, al igual que ocurre con los criterios completos de somatización, en muestras de atención primaria la prevalencia es más elevada que en estudios respecto a la población general.

2.3.3. Valoración de los resultados respecto a la epidemiología del trastorno de somatización

La principal conclusión que podemos obtener de los estudios reseñados es que, aunque la prevalencia del trastorno de somatización es baja, ésta no es despreciable, y cuando utilizamos criterios CIE-10 puede ser considerablemente elevada. Por el contrario, la mayoría de estudios que han utilizado alternativas menos restrictivas al trastorno de somatización, aparte de tratarse de constructos de limitada validez criterial, obtienen en la mayoría de ocasiones una prevalencia muy elevada, tanto en atención primaria como en población general: en torno al 20%. Esto significa, entre otras cosas, que se incluye un conjunto muy heterogéneo de personas lo que, desde nuestro punto de vista, no mejora el problema de sobre diagnóstico del criterio del trastorno somatomorfo indiferenciado al que también ha querido sustituir.

En resumen, los estudios epidemiológicos respecto al trastorno de somatización dejan muchas puertas abiertas, en gran medida debido a los problemas inherentes a la propia definición del trastorno, basado únicamente en la enumeración de síntomas sin tomar en consideración otras características psicológicas o conductuales. La interpretación de los resultados no puede hacerse de forma homogénea sin tener en cuenta factores como criterios diagnósticos utilizados, el método de recogida de la información (p.e., entrevista diagnóstica vs. cuestionario autoaplicado), la formación de quien realiza la evaluación –según Martin y Yutzky (1996) cuando la entrevista es realizada por personal no médico la frecuencia es menor–, los criterios utilizados para determinar cuando un síntoma es etiquetado como somatización (opinión del facultativo, existencia o no de pruebas diagnósticas, manifestación del sujeto, etc.), o si se pregunta por síntomas actuales o a lo largo de la vida.

Los estudios epidemiológicos revisados han utilizado diferentes criterios y diferente metodología en relación con los aspectos reseñados, lo que explica la divergencia en los resultados y sugiere la necesidad de realizar una delimitación más estricta y consensuada del fenómeno o trastorno de somatización, para que su medición pueda realizarse de una forma más precisa.

2.4. SEXO, EDAD Y OTRAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El trastorno de somatización, al igual que el concepto de histeria, ha sido relacionado tradicionalmente de forma exclusiva con el sexo femenino. El grupo de pacientes a partir del cual es definido y estudiado el cuadro, en los trabajos de Guze y Perley de principios de los años 60, lo componían exclusivamente un grupo constituido por mujeres.

Los datos de los que disponemos actualmente, obtenidos a partir de estudios epidemiológicos, aunque también sugieren una mayor prevalencia en mujeres, indican a la vez que el trastorno no es tan exclusivo del sexo femenino como se presuponía, y que se aproxima a las ratios hombre/mujer de otros trastornos como ansiedad o depresión. Con todo, los resultados son divergentes en función del concepto de somatización que es evaluado.

En la revisión que Creed y Barsky (2004) realizan de los estudios epidemiológicos del trastorno de somatización e hipocondría identifican 10 trabajos que analizan la prevalencias del trastorno en población general. De los estudios que presentan datos respecto a las características asociadas, 5 de 6 muestran una asociación entre trastorno de somatización y sexo femenino. Pero es importante resaltar que el número de sujetos que componen el grupo de trastorno de somatización en estos estudios es muy pequeño, con una media de 5 (rango 1-15) (Creed y Barsky, 2004), por lo que los resultados son difícilmente generalizables y fiables. Por ejemplo, en el ECA estudio de Robins et al. (1984) que propone una ratio de trastorno de somatización Mujer: Hombre de 10:1 (proporción que tradicionalmente ha sido habitual incluir en las revisiones de la prevalencia del

trastorno) está realizado a partir de una muestra de 11 sujetos con diagnóstico DSM-III (prevalencia 0,13%). En otros trabajos como el de Faravelli et al., 1997, el trastorno de somatización supone el 0,7%, siendo el 100% mujeres (5 casos identificados). Otro trabajo también importante, Rief et al. (2001), a partir de una muestra de 2050 sujetos, y con un estudio detallado de los síntomas mediante el cuestionario SOMS, identifica una proporción de 4:1 entre mujeres y hombres. En el trabajo multicéntrico de Gureje et al. (1997) aunque la presencia del trastorno es significativamente mayor en mujeres que en hombres (una prevalencia del 3,3% en mujeres frente al 1.9%), las diferencias ya no son tan extremas como habitualmente se ha supuesto.

Respecto al constructo de somatización abreviada, la revisión de Creed y Barsky (2004) concluye que, de 14 estudios analizados, en 8 se encontró asociación con sexo femenino. La relación por sexos más habitual en este cuadro es 2:1.

A partir de los datos del estudio ECA, Liu et al. (1997) reflejan que cuando mayor es el número de síntomas tenidos en cuenta como punto de corte, mayor es la proporción de mujeres. Sus datos indican que cuando el punto de corte es de más de 9/10 síntomas la relación es 3,8:1, pero cuando el punto de corte es 7/8 síntomas la relación es en este caso de 1,8:1.

A partir de los primeros estudios del grupo de San Luis (Woodruff et al., 1974/1978) se asociaron una serie de características sociodemográficas a los pacientes somatizadores, tales como edad elevada, bajo nivel educativo, o pertenencia a minorías étnicas. Los datos de los diferentes estudios posteriores que han analizado estas características no se han mostrado consistentes a la hora de ofrecer un dibujo preciso de las características sociodemográficas de estos pacientes (Noyes, Stuart, Watson y Langbehn, 2006).

Para obtener una visión de los principales datos en relación a estas características sociodemográficas resumimos los hallazgos al respecto de la revisión de Creed y Barsky (2004). Estos autores encuentran que, a partir de sujetos con diagnósticos de trastorno de somatización (criterios DSM), únicamente 1 de 6 estudios encuentran asociación con edad elevada, 3 de 4 indican una asociación con bajo nivel de estudios (en años), y 2 de 3 refieren mayor relación con etnia no blanca.

Respecto a los estudios que incluyen el criterio de somatización abreviada, en relación con la edad, 7 constatan relación con edad elevada, aunque otros 2 la encuentran con edad joven y otros 4 no encuentran asociación alguna. Respecto al nivel de estudios, 6 de 7 encuentran asociación con bajo grado de instrucción. Por otra parte, 4 de 6 publicaciones encuentran asociación con minorías étnicas, 3 de 5 con bajo estatus socioeconómico, y 3 de 6 con estado civil de no casado.

En suma, los datos epidemiológicos en relación con características sociodemográficas son poco consistentes, tanto si se emplean criterios amplios como si se apela al de somatización abreviada. De todos los datos enumerados, quizá el más consistente sea la mayor asociación con un nivel de estudios bajo. Queda por determinar, no obstante, si en estas cifras influye la menor accesibilidad de estas personas a los servicios sanitarios (dado que en los países en donde se han hecho los estudios, hay una asociación palmaria entre bajo nivel de instrucción y dificultades económicas), o sus mayores dificultades para informar adecuadamente de síntomas.

CAPÍTULO 3.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La inespecificidad de los síntomas que configuran el trastorno de somatización hace especialmente relevante un detenido establecimiento del diagnóstico diferencial, en el que además de tener en cuenta otros trastornos mentales, hay que poner especial énfasis en valorar otras enfermedades médicas caracterizadas por síntomas somáticos que podrían solaparse con aquellos que constituyen la categoría del trastorno de somatización propiamente dicho.

El establecimiento de un diagnóstico diferencial cobra especial relevancia cuando entendemos los trastornos mentales de un modo categorial, estructurados a partir de determinadas nosologías. Por ese motivo, este epígrafe se ha centrado en resumir lo que los actuales manuales clasificatorios de los trastornos mentales (en concreto la CIE-10 y el DSM-IV-TR) indican en relación al diagnóstico diferencial del trastorno de somatización.

En primer lugar, resulta prioritario referirse a los **trastornos somáticos** o enfermedades físicas. Según Cloninger (1986) –referido en Martin y Yutzy (1996)– hay tres características que sugieren que un cuadro sintomático se aproxima más un trastorno de somatización que a una enfermedad física: 1) si afecta a múltiples órganos; 2) si hay un inicio a temprana edad y un curso crónico, sin signos físicos o anomalías estructurales, y 3) si existe una ausencia de analíticas alteradas indicadoras de un trastorno orgánico. No obstante, el DSM enfatiza la necesidad de descartar

enfermedades físicas que se caracterizan por síntomas vagos, confusos y múltiples, como por ejemplo: hiperparatiroidismo, porfiria aguda intermitente, esclerosis múltiple o lupus eritematoso sistémico.

En relación al diagnóstico diferencial con otras enfermedades somáticas la CIE-10 pone el acento en indicar que los pacientes con trastorno de somatización tienen la misma probabilidad de tener una enfermedad que cualquier otra persona de su edad, lo que no ha de olvidarse en consultas o exploraciones posteriores al diagnóstico, sobre todo si se produce un cambio en el énfasis o en la estabilidad de las quejas somáticas que sugiere una enfermedad física.

En el DSM-IV-TR se plantea la dificultad en distinguir los **trastornos de ansiedad** del trastorno de somatización, siendo más acentuada esta dificultad en los trastornos de angustia y de ansiedad generalizada donde los síntomas somáticos adquieren una especial preeminencia. Respecto al trastorno de angustia, en el DSM-IV-TR se establece que un síntoma será considerado somatización cuando éste no aparece únicamente durante las crisis de angustia (el DSM-III-R incluía como apartado 2 del criterio B que para que un síntoma se considere significativo este “no aparecerá únicamente durante las crisis de angustia”).

En relación con la ansiedad generalizada el matiz diferenciador se establece en que en este trastorno la preocupación no se ciñe exclusivamente a la presencia de las quejas somáticas.

Respecto a los **trastornos del estado de ánimo** el DSM-IV plantea criterios diferenciales similares a los de los trastornos ansiosos, planteando que en los estados depresivos los síntomas somáticos, que frecuentemente están presentes, se circunscriben al periodo en el que el individuo se encuentra deprimido. Considerando, por otra parte, que ambos diagnósticos no son excluyentes, pudiendo coexistir si se cumplen criterios para el trastorno de somatización y para el trastorno de estado de ánimo. La CIE-10 plantea que “la depresión y la ansiedad, en grados muy diversos, acompañan por lo general al trastorno de somatización, pero no precisan ser especificados por separado, a menos que sean los suficientemente intensos y persistentes para justificar un diagnóstico por sí mismos” (APA, 1995, p. 203).

Respecto a otros trastornos somatomorfos los criterios DSM-IV-TR establecen que las personas con trastorno de somatización tienen una historia de síntomas de dolor, sexuales y disociativos, por lo que cuando estos síntomas se manifiestan exclusivamente dentro del transcurso de un trastorno de somatización no debe realizarse diagnóstico adicional de trastorno por dolor, disfunción sexual o trastorno de conversión. De interés especial es la delimitación entre el trastorno de somatización y el hipocondríaco, razón por la cual le dedicamos el apartado siguiente.

El diagnóstico diferencial con **trastornos psicóticos** en los que aparecen ideas delirantes somáticas se centra en que cuando existen ideas delirantes somáticas, éstas son más bizarras que las somatizaciones, presentándose un número de síntomas más reducido y estable (OMS, 1992).

En la Tabla 3.1 se resumen estas características.

Tabla 3.1 Síntomas somáticos que no corresponden al trastorno de somatización (Guggenheim y Smith, 1997)

TRASTORNO	CARACTERÍSTICA
Trastornos de ansiedad o depresivos	En general uno o dos síntomas somáticos de inicio agudo y duración breve.
Trastorno de pánico	Los síntomas somáticos aparecen sólo durante el episodio de pánico.
Hipocondría	El paciente se centra en el temor a la enfermedad, no en el síntoma.
Trastorno de conversión	Sólo una o dos manifestaciones.
Trastorno por dolor	Uno o dos síntomas dolorosos sin explicación y sin antecedentes de toda la vida de múltiples problemas físicos.

Finalmente, como queda reflejado en el criterio D del DSM-IV-TR, el trastorno de somatización ha de diferenciarse de la simulación y del trastorno facticio. En la simulación el paciente finge conscientemente estar enfermo con el fin de obtener unos beneficios externos (p.e., baja laboral, pensión), y en el trastorno facticio la finalidad de la persona es obtener el rol de enfermo. No obstante, hay que tener en cuenta que es posible que puedan existir conjuntamente el trastorno de somatización a la vez que el de simulación o facticio.

3.1. PREOCUPACIÓN POR LA ENFERMEDAD Y SOMATIZACIÓN.

El aspecto característico del **trastorno hipocondríaco** es el miedo, la preocupación o la idea de padecer una enfermedad grave, a partir de la interpretación de síntomas somáticos (APA, 2002). El DSM-IV-TR establece que cuando el miedo o preocupación ocurren en el transcurso de un trastorno de somatización el diagnóstico de hipocondría no debe hacerse. No obstante, este requisito puede inducir a confusión ya que establecer únicamente el diagnóstico de trastorno de somatización cuando se presentan conjuntamente síntomas de somatización e hipocondría, parece presuponer que la presencia de quejas somáticas recurrentes va unido al miedo o preocupación por padecer una enfermedad grave, es decir, que de alguna forma, la somatización implica preocupaciones hipocondríacas. Por otro lado, esto último, no se deduce de los criterios diagnósticos del trastorno de somatización, ya que están configurados con independencia de la presencia o no de convicción de enfermedad o preocupación por ésta. En síntesis parecería más adecuado establecer ambos diagnósticos cuando se cumplan criterios para el trastorno de somatización conjuntamente con los de hipocondría.

El matiz diferenciador entre hipocondría y trastorno de somatización referido por la CIE-10 (OMS, 1992) resulta especialmente interesante. Por un lado, se indica que en el trastorno de somatización se pone un mayor énfasis sobre los síntomas en sí mismos y sus efectos aislados, mientras que en la hipocondría se presta más atención a la enfermedad subyacente. Y por otro lado, se plantea que en la somatización se solicita tratamiento para paliar el malestar, mientras que en la hipocondría las

exploraciones médicas tienen como objetivo descartar la presencia de una enfermedad grave. En la CIE-10 no se plantea la posibilidad de que dentro de un trastorno de somatización se den preocupaciones hipocondríacas, pues en este caso se hablaría de trastorno hipocondríaco. Esto queda más claro cuando observamos que la hipocondría se define como “la preocupación persistente por la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico” (p. 205). Es decir, ante la presencia de quejas somáticas recurrentes junto a la preocupaciones hipocondríacas se prioriza el diagnóstico de hipocondría.

3.1.1. Investigaciones sobre la relación entre somatización e hipocondría

La preocupación por la enfermedad es el rasgo por el que principalmente se ha definido la hipocondría (APA, 2002; Starcevic, 2001). Por tanto, mientras que en la hipocondría la preocupación se ha asociado principalmente a la existencia de una enfermedad grave, en la somatización la preocupación se ha asociado con el malestar y disfunción que directamente ocasionan los síntomas (Noyes, Stuart, Watson y Langbehn, 2006; OMS, 1992). A pesar de esta diferenciación, para algunos autores somatización e hipocondría han sido considerados como parte del mismo proceso (Kellner, 1992; Kirmayer y Robbins, 1991), por lo que ambas entidades podrían ser dependientes la una de la otra o incluso ser dos aspectos del mismo fenómeno con límites no diferenciados (Leibbrand, Hiller y Fichter, 2000).

Pueden distinguirse dos tipos de investigaciones relevantes que estudian la relación entre somatización y preocupaciones por la enfermedad. En primer lugar, se encuentran los estudios sobre la relación entre la presencia de somatización y diferentes medidas de preocupación por la enfermedad. En segundo lugar están los trabajos que han comparado directamente grupos de pacientes diagnosticados de hipocondría con pacientes diagnosticados de trastorno de somatización.

A. Relación entre somatización y preocupación por la enfermedad

Las puntuaciones elevadas en hipocondría se han relacionado con síntomas somáticos tanto en población general como en muestras clínicas. La mayoría de los estudios que establecen esta relación han sido realizados con el Índice Whiteley (IW).

Hiller, Rief y Fichter (1995) comparan varios grupos de sujetos que presentan diferentes número de síntomas no explicados: 1) trastorno de somatización DSM-III-R (más de 12 síntomas), 2) somatización abreviada (4 en hombres y 6 en mujeres) y 3) sujetos que presentan un número de síntomas inferior al criterio de somatización abreviado. Encuentran que cuanto mayor es el número de síntomas mayor es la puntuación en hipocondría (IW), ansiedad y depresión.

Hollifield, Paine, Tuttle y Kellner (1999) examinaron la prevalencia de pacientes con hipocondría (“respuestas hipocondríacas”), a partir de la puntuación en la Illness Attitudes Scale (IAS) y somatización (“elevada preocupación somática”) medida mediante una escala de síntomas somáticos. Hallaron que el 40% de los sujetos con elevada preocupación somática tenían también hipocondría, y que el 64% de los individuos con elevada preocupación somática presentaban una puntuación alta en “respuestas hipocondríacas”, siendo la correlación entre ambos grupos de $r = 0,46$.

Por su parte, Noyes et al. (2005) analizan la relación entre personalidad, síntomas somáticos e hipocondría en veteranos de guerra, muchos de los cuales manifestaban síntomas somáticos no explicados. La correlación entre síntomas somáticos y el IW era moderada ($r = 0,59$), y los autores concluyen que el hecho de que se hallen correlaciones adicionales a síntomas somáticos sugiere que ésta es una dimensión separada de hipocondría (Noyes et al., 2006). Un resultado análogo habían encontrado en población clínica Barsky y Wyshak (1990), pues informan de una correlación de $r = 0,58$ entre hipocondría (IW) y una medida de somatización.

Rief, Hiller y Margraf (1998) compararon diversas variables cognitivas relacionadas con somatización e hipocondría en 3 grupos de trastornos somatomorfos y un grupo clínico no somatomorfo. Respecto a la puntuación en el IW, los sujetos

hipocondriacos (presentaran o no somatización) puntuaban más alto en la escala que los pacientes somatizadores no hipocondríacos.

Por último, en un estudio reciente (Hausteiner et al., 2009) con una muestra de pacientes con sospechas de padecer alergia, dividida en dos grupos (trastorno somatomorfo versus ausencia del trastorno), constatan que el grupo somatomorfo presenta una significativa mayor convicción de enfermedad, evaluada con una versión reducida del IW (el IW-7).

B. Relación entre somatización e hipocondría

No hay muchos estudios publicados que comparen directamente hipocondría y trastorno de somatización. Además, debido a la norma sobre el diagnóstico jerárquico de somatización respecto a hipocondría que plantea el DSM, algunos estudios exhaustivos respecto a la comorbilidad del trastorno de somatización (Brown, Golding y Smith, 1990; Tomasson, Kent y Coryell, 1991) no ofrecen resultados de co-ocurrencia con hipocondría, ya que no se contempla la simultaneidad de ambos diagnósticos.

Según una revisión reciente (Noyes et al., 2006), la comorbilidad en pacientes hipocondriacos del trastorno de somatización (criterios DSM) era baja, de entre el 7 al 21%, mientras que cuando se utilizaban los criterios abreviados de Escobar (4 síntomas hombres/6 mujeres), la comorbilidad aumentaba sustancialmente, pues oscilaba entre el 32% y el 83%. En otra revisión anterior (Creed y Barsky, 2004) se afirmaba de hecho que existía un “solapamiento considerable” entre ambos trastornos, estimada entre el 8% y el 60%, que variaba en función de los criterios utilizados para definir el trastorno de somatización, de tal manera que la comorbilidad se incrementa sustancialmente cuanto menos restrictivos son los criterios para el diagnóstico del trastorno de somatización.

A continuación, comentamos de forma más detallada los principales estudios publicados que han analizado la relación entre hipocondría y somatización. Oxman y Barrett (1985) en un estudio de comorbilidad en 13 pacientes con diagnóstico de trastorno de somatización, constataron que el 75% presentaban sintomatología depresiva y el 38% presentan síntomas hipocondríacos. El trabajo de Barsky, Wyshak y

Klerman (1992) con una muestra de 42 pacientes hipocondríacos, informa que el 20% recibió diagnóstico de trastorno de somatización. En otra muestra de 54 pacientes hipocondríacos (Noyes et al., 1994) indican que el 16% presentaba también un trastorno de somatización, y si se utilizaban criterios de somatización abreviada la prevalencia ascendía al 33%. Por su parte, Escobar et al. (1998) informaron, a partir de una investigación realizada en el contexto de Atención Primaria, que 4 de los 20 pacientes diagnosticados de trastorno de somatización cumplían también criterios para trastorno hipocondríaco. La prevalencia de hipocondría en pacientes somatizadores (20%) era significativamente más alta que la prevalencia en pacientes no somatizadores (3,1%). Por otra parte, en pacientes hipocondríacos la prevalencia del trastorno de somatización era del 8,2% frente al 1,1% de los sujetos no hipocondríacos.

Otros estudios posteriores, como el de Leibbrand et al. (2000), informan de resultados similares. Estos autores examinaron a 120 pacientes psicósomáticos de una clínica especializada en pacientes con múltiples y graves trastornos de salud mental. Compararon 3 grupos de pacientes: 1) pacientes con hipocondría o hipocondría y síndrome de somatización múltiple (SSM); 2) pacientes con SSM sin hipocondría, y 3) otros somatomorfos (excluyendo SSM e hipocondría). El 90% de los hipocondríacos tenía también diagnóstico de SSM, y el 32% de los somatizadores presentaba también diagnóstico de hipocondría. El grupo de hipocondría obtenía una puntuación más elevada en el IW que los otros grupos.

En otras investigaciones realizadas en Atención Primaria por el grupo de Escobar (Allen, Gara, Escobar, Waitzkin y Silver, 2001; Escobar, Waitzkin, Silver, Gara y Holman, 1998), el 15% de los pacientes con diagnóstico de somatización abreviada (que suponían una prevalencia del 22% del total) recibían también el diagnóstico de trastorno hipocondríaco, frente al 2% que suponía la prevalencia del trastorno hipocondríaco entre el resto de sujetos no somatizadores. Inversamente, de los pacientes con diagnóstico de hipocondría, el 49% recibían diagnóstico de somatización abreviada. Por otra parte, el 20% de los pacientes no diagnosticados de hipocondría cumplían también criterios para somatización abreviada.

Kirmayer y Robbins (1991) plantearon que el término de somatización podía tener tres acepciones: 1) *somatización funcional*, que se refiere a la presencia de un elevado número síntomas no explicados médicamente de múltiples sistemas fisiológicos, cuyo extremo sería el trastorno de somatización; 2) *somatización hipocondríaca*, que sería equivalente al trastorno hipocondríaco y 3) *somatización de presentación*, que se refiere a una forma exclusiva o predominante de presentar trastornos mentales mediante síntomas físicos (Bridges y Goldberg, 1985; Kirmayer y Robbins, 1991). En un estudio en atención primaria (Kirmayer y Robbins, 1991), después de operacionalizar esos constructos (*somatización funcional* mediante los criterios de somatización abreviada de Escobar y *somatización hipocondríaca* con una puntuación superior a 4 en una escala de 9 ítems similar al índice Whiteley) encuentran que el 26,3% de la muestra presentaba algún tipo de *somatización*. En concreto, el 16,6% eran diagnosticados de *somatización de presentación* y, de ellos, el 14,9% presentaba también *somatización hipocondríaca*. Respecto a los pacientes con *somatización hipocondríaca* (el 7,7% de la muestra total) el 32% cumplía también criterios para *somatización de presentación*. Este estudio fue reproducido en población española (García-Campayo, Lobo, Pérez-Echeverría y Campos, 1998) con una comorbilidad considerablemente mayor. En este caso, en un 21,3% de la muestra se daba alguna de las tres formas de somatización: el 28% de los sujetos con *somatización funcional* (16,2%), presentaba también *somatización hipocondríaca*, y hasta un 68% de los sujetos con *somatización hipocondríaca* (6,7% del total) era también diagnosticado de *somatización funcional*.

Finalmente, Hiller, Leibbrand, Rief y Fichter (2005) al comparar hipocondría y pánico en tres grupos de pacientes (hipocondríacos, con trastorno de pánico, y con ambos diagnósticos) encuentran que tanto el IW como la IAS permiten discriminar entre ambos diagnósticos con independencia del grado de somatización. Además, el grupo con ambos diagnósticos presentaba un mayor grado de somatización y de utilización de recursos sanitarios.

Para concluir, los datos publicados han venido a constatar de manera sistemática que existe una asociación moderada, aunque clínicamente importante, entre hipocondría y somatización, y que los pacientes hipocondríacos presentan un mayor número de síntomas somáticos que los no hipocondríacos. Respecto a la co-ocurrencia entre ambos trastornos, aunque existe una comorbilidad elevada, nuestra impresión es que se trata de trastornos independientes, especialmente si se utilizan criterios DSM de trastorno de somatización. Por un lado, los sujetos con diagnóstico de trastorno de somatización, y en menor medida, aunque también, los sujetos con “somatización abreviada”, presentan una comorbilidad baja con hipocondría. Pero al mismo tiempo, sucede lo contrario si el problema se examina desde la hipocondría, ya que los pacientes diagnosticados de hipocondría presentan una comorbilidad elevada con somatización si se utilizan los criterios de somatización abreviada, aunque la comorbilidad disminuye si se aplican los criterios estrictos del trastorno de somatización. En este sentido, es importante recordar que la presencia de síntomas somáticos en pacientes hipocondríacos, de una forma inespecífica, forma parte de los criterios diagnósticos del trastorno: al indicar que la “preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave” se realiza “a partir de la interpretación de síntomas físicos” (APA, 2001). Por lo que parece esperable que un diagnóstico como el de somatización abreviada que se da en un 20% de la población en muestras de atención primaria (Creed y Barsky, 2004), aparezca de forma muy frecuente en pacientes hipocondríacos.

CAPÍTULO 4.

PROPUESTAS EXPLICATIVAS DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

Más allá de los criterios diagnósticos psiquiátricos que se han comentado en los capítulos precedentes, es importante realizar una aproximación más cercana a la clínica que presentan las personas con un trastorno de somatización. Desde esta perspectiva, lo primero que cabe señalar es la escasez de investigaciones específicamente diseñadas que sustenten los criterios diagnósticos, así como la ausencia de modelos explicativos generales del trastorno. Este capítulo tiene como objetivo presentar la información en nuestra opinión más relevante sobre las investigaciones y/o explicaciones que en la actualidad intentar ofrecer información sobre las posibles causas del trastorno de somatización.

4.1. INTERPRETACIÓN DE SÍNTOMAS

Decidir qué ha de hacerse ante la experiencia de un síntoma somático –si ignorarlo, preocuparse por él, tomar un remedio casero o ir al médico– dependerá en gran medida de las creencias respecto a la causa de los síntomas (Robbins y Kirmayer, 1991).

Desde diferentes perspectivas (teoría atribuciones, investigación en percepción de síntomas o la tradición diagnóstica en medicina) se han identificado tres dimensiones de la atribución de síntomas, relacionadas con la conducta de

enfermedad: 1) factores psicológicos, 2) factores somáticos o de enfermedad física, y 3) factores normales o ambientales (Robbins y Kirmayer, 1991). Uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la atribución de síntomas somáticos es el Cuestionario de interpretación de síntomas (SIQ) desarrollado por Robbins y Kirmayer (1991). Este instrumento se diseñó para evaluar el grado de atribución somática, psicológica o normal como dimensiones independientes, aunque también puede utilizarse de modo que haya que seleccionar una de las tres interpretaciones como la más habitual para cada síntoma.

La atribución de los síntomas a causas normales o ambientales parece ser la característica más común en la población normal no clínica. Robbins y Kirmayer (1991) encuentran, en una muestra de estudiantes universitarios, que la puntuación más elevada es la de la escala de atribución normal. Otros estudios en población general presentan resultados similares (Besancon, Besancon, Setka y Debray, 1972; Kessler, Lloyd, Lewis y Gray, 1999). Este hecho se observó en el trabajo pionero de Sensky (1994) en atención primaria, en el que se comparaba un grupo de pacientes frecuentadores (más de 12 visitas en 12 meses) con otro de no-frecuentadores (ninguna visita en 24 meses). Éstos se diferenciaban de los frecuentadores en realizar más interpretaciones normalizadoras en el SIQ.

Por otra parte, diversos estudios han sido consistentes en mostrar que los pacientes aquejados de problemas psicológicos realizan más frecuentemente atribuciones de tipo psicológico. Por ejemplo, Robbins y Kirmayer (1991) encuentran que en una muestra de pacientes consecutivos que acuden a consulta médica, el tipo de atribución parece relacionarse con la historia clínica previa. Los pacientes con una mayor carga de enfermedad aguda o crónica realizaban más atribuciones somáticas, mientras que quienes tenían historia de problemas psiquiátricos presentaban más atribución psicológica y menor atribución ambiental o normalizadora. En un trabajo posterior en atención primaria (Kirmayer y Robbins, 1996) compararon sujetos *somatizadores* con *psicologizadores*, según criterios de Bridges y Goldberg (1985). Los autores concluyen, a partir de los resultados con la SIQ, que los *somatizadores* se diferencian de los *psicologizadores* en su estilo de atribución. Es más probable que los *psicologizadores* atribuyan los síntomas a causas emocionales y los *somatizadores* a

causas normales (en este estudio, la escala de somática del SIQ no fue evaluada). Otros estudios obtienen resultados similares (MacLeod, McNamee, Boyle, Offord y Friedrich, 1999). Esa tendencia ha sido resaltada por García-Campayo y Sanz-Carrillo (1999) en una revisión exhaustiva respecto a la utilidad de los constructos de pacientes *somatizadores* y *psicologizadores*. Los autores concluyen que la principal diferencia entre ambos tipos se refiere a la atribución de los síntomas somáticos: los somatizadores eran más propensos a realizar atribuciones normalizadoras o ambientales y menos propensos a atribuirlos a causas psicológicas.

La atribución somática parece ser una característica relacionada con preocupaciones hipocondríacas. MacLeod et al. (1998) en una muestra de atención primaria, compararon tres grupos de sujetos: ansiosos con elevada puntuación en hipocondría, ansiosos no hipocondriacos, y no ansiosos. Los dos grupos de ansiedad realizaban más interpretaciones psicológicas y menos normalizadoras que los no ansiosos. Finalmente, respecto a la interpretación somática, el grupo hipocondriaco puntuaba más alto que el grupo ansioso no hipocondriaco y este también puntuaba más alto respecto al grupo no ansioso. Castañeiras (2001), utilizando el Cuestionario de Interpretación de sensaciones corporales (Martínez, Belloch y Botella, 1995), también constató que los sujetos hipocondriacos diferían de otros grupos clínicos en realizar una mayor atribución somática de enfermedad grave, ya fuera de consecuencia inmediata o de evolución lenta. Estos datos apoyan los resultados en población no clínica respecto a la tendencia de realizar interpretaciones catastróficas de enfermedad, en aquellos sujetos con una puntuación más elevada en hipocondría en un estudio realizado con el mismo instrumento (Martínez et al., 1995).

En otro trabajo Wise y Mann (1995) analizan, en 100 pacientes mentales, la relación del nivel de alexitimia (TAS) y otras variables como depresión, ansiedad, amplificación somatosensorial y atribución de síntomas, utilizando el SIQ. Los pacientes con un mayor grado de alexitimia presentaban más síntomas somáticos y atribuían sus síntomas más frecuentemente a causas psicológicas que los pacientes que puntuaban menos en alexitimia. Además, incluso controlando depresión, la atribución psicológica correlacionaba con TAS y SASS.

Otros estudios, que han realizado una valoración dicotómica de los síntomas como de origen somático versus psicológico como alternativas excluyentes (Henningsen, Jakobsen, Schiltewolf y Weiss, 2005; Wise y Mann, 1995), han encontrado que los sujetos somatomorfos (sin especificar un diagnóstico concreto) tienden a realizar más atribución somática y, por otra parte, que los sujetos con otros trastornos psicológicos no somatomorfos tienden a realizar más atribuciones psicológicas. En relación a este planteamiento dicotómico de estudiar la atribución de síntomas, los mismos autores han criticado que la investigación en atribución pueda operacionalizar la dicotomía mente/cuerpo, dicotomía que, por otro lado, es criticada por los propios investigadores. Esta división entre atribución somática frente a atribución psicológica es falaz, ya que limita a dos tipos de atribuciones auto-excluyentes, mientras que los pacientes con múltiples síntomas tienden a realizar atribuciones multifactoriales (Deary, Chalder y Sharpe, 2007; Henningsen et al., 2005). Este triple patrón de atribución de síntomas ha sido confirmado por Duddu, Chaturvedi y Isaac (2003) quienes comparan pacientes diagnosticados de trastornos somatomorfos (como categoría general) con pacientes depresivos y grupo control. Los pacientes con diagnóstico de trastorno somatomorfo realizan mayor atribución somática que los depresivos y, por otra parte, los depresivos realizan más atribuciones a factores psicológicos. Finalmente el grupo control realiza más atribuciones normalizadoras que los dos grupos clínicos.

Kessler et al. (1999) han utilizado otra perspectiva para aproximarse al estudio de la atribución de síntomas. Estos autores han estudiado la relación entre estilo atribucional de síntomas (SIQ) y el reconocimiento por médicos de atención primaria de pacientes con elevados niveles de ansiedad y depresión (medido con GHQ, General Health Questionnaire; Goldberg, 1978). El estilo normalizador era el más frecuente. Cuando el estilo atribucional era normalizador los médicos eran menos hábiles en identificar los cuadros de ansiedad. Por el contrario, cuando el estilo era preferentemente de origen psicológico, los médicos identificaban con mucha más frecuencia los síntomas mentales. Por otra parte, el estilo somático no era relacionado con baja detección de trastornos mentales. Estos resultados no son confirmados por Bower, West, Tylee y Hann (2000). En este estudio aparece una asociación

inconsistente entre estilo atribucional e identificación por parte de los médicos de atención primaria de patología mental. Son la edad y la gravedad del cuadro los principales predictores de la identificación del trastorno mental por los médicos.

Por otro lado, Parker y Parker (2003) en un estudio realizado también en atención primaria, encuentran que los pacientes depresivos que realizan una atribución psicológica tienen un nivel más elevado de depresión actual y a lo largo de la vida, etiquetan su depresión más frecuentemente como un “trastorno”, y es más probable que reciban tratamiento para la depresión.

Varios estudios han analizado la relación entre fatiga crónica y atribución de síntomas evaluada con el SIQ (Butler, Chalder y Wessely, 2001; Cathebras et al., 1995; Sayar, Kirmayer y Taillefer, 2003). Los estudios son consistentes a la hora de concluir que la atribución somática en pacientes con fatiga crónica predice una peor evolución.

Finalmente, desde otra perspectiva más cualitativa, Kirmayer, Groleau, Looer y Dao (2004) han estudiado la atribución de los síntomas a partir de la narrativa de los pacientes de su enfermedad: “¿Qué explicación se da la gente a sí misma respecto a sus síntomas?”. Los autores encuentran que ninguna narrativa es mejor que otra. Sin embargo, las personas que no podían dar sentido a sus síntomas en ninguna dirección eran los que presentaban un mayor malestar y las que referían un menor beneficio de la intervención.

En resumen, parece confirmarse un modelo de tres factores respecto a la atribución de síntomas somáticos. Los sujetos no clínicos tienden a realizar preferentemente atribuciones normales. La atribución psicológica es más propia de pacientes que presentan trastornos emocionales o afectivos y, por último, son los sujetos con elevada preocupación por la salud los que realizan más frecuentemente atribuciones somáticas.

4.2. AMPLIFICACIÓN SOMATOSENSORIAL

La amplificación de las sensaciones físicas como característica relacionada con diversos trastornos, tanto mentales como físicos, ha sido estudiada principalmente por Barsky y colaboradores durante las tres últimas décadas (Barsky, 1979, 1992; Barsky, Goodson, Lane y Cleary, 1988; Barsky y Wyshak, 1989; Barsky, Wyshak y Klerman, 1990; Gulec y Sayar, 2007; Nakao, Barsky, Kumano y Kuboki, 2002).

La amplificación somatosensorial es definida como la tendencia a experimentar las sensaciones somáticas como intensas, nocivas, y perturbadoras (Barsky et al., 1988). La amplificación implica tres elementos (Barsky, 1992; Barsky y Wyshak, 1990): 1) hipervigilancia o incremento del foco atencional en las sensaciones corporales; 2) tendencia a seleccionar y centrarse en determinadas sensaciones corporales relativamente débiles e infrecuentes; y 3) predisposición a reaccionar a las sensaciones somáticas mediante respuestas afectivas y cognitivas que las intensifican y las convierten en más alarmantes, ominosas o más perturbadoras y facilitando, por tanto, que sean interpretadas como síntomas de enfermedad, en vez de como sensaciones inocuas. La amplificación puede entenderse como un estado transitorio (el mismo individuo puede percibir la misma sensación como diferente en distintos momentos) o como un rasgo o tendencia estable, caracterizándose entonces como un “estilo perceptivo” duradero (Barsky, 1992).

Hay una gran variedad de sensaciones corporales que pueden ser susceptibles de amplificación (Barsky, 1992; Barsky y Wyshak, 1990); entre las que se incluyen: 1) sensaciones fisiológicas normales (p.e., movimientos peristálticos intestinales, hipotensión postural, variaciones de la tasa cardíaca); 2) disfunciones benignas o enfermedades autolimitadas, como zumbidos, contracciones nerviosas de los párpados, sequedad de la piel, dolores de cabeza, o diarrea; 3) concomitantes somáticos o viscerales de reacciones afectivas intensas, tales como activación simpática de la ansiedad o del enfado; y 4) síntomas propios de enfermedades físicas. Por tanto, la amplificación se refiere a un estilo perceptivo en relación a las sensaciones corporales o viscerales, con independencia de cuál sea el origen de éstas.

Se han propuesto cuatro factores como moduladores de la intensidad de la amplificación: cognición, contexto, atención, y estado de ánimo (Barsky, 1992). Respecto a la cognición se supone que la información, creencias, conocimientos y, muy especialmente, la atribución etiológica respecto a la naturaleza de los síntomas, modulan la amplificación. El síntoma será intensificado si se atribuye a una enfermedad grave. En segundo lugar, se hipotetiza que el contexto situacional en el que se da el síntoma ofrecerá claves respecto a la dirección en que éste será interpretado. En tercer lugar, prestar atención a un síntoma lo amplificará, mientras que la distracción lo disminuirá. Finalmente, los estados ansiosos facilitan la catastrofización de los síntomas e incrementan la autoconciencia. De modo análogo, los estados depresivos activan esquemas cognitivos negativos y pesimistas, intensifican la atención hacia un mismo, lo que aumenta las probabilidades de que se instaure un estado de preocupación por el cuerpo.

Aunque la amplificación somatosensorial se ha vinculado especialmente con la hipocondría (Barsky y Wyshak, 1989, 1990; Barsky et al., 1990; Belloch, Ayllón, Martínez, Castañeiras y Jiménez, 1999), los autores han relacionado el constructo con una variedad de condiciones clínicas, tanto psicológicas como somáticas, en las que la experiencia y/o manifestación de quejas somáticas constituye un papel significativo. Desde esta perspectiva, Barsky (1992) ha planteado que la amplificación juega un papel patogénico en la hipocondría y otros trastornos funcionales como colon irritable, fibromialgia o trastorno de fatiga crónica. A la vez, puede tener un papel más general en muchos otros trastornos mentales que se acompañan de quejas somáticas como el trastorno de somatización, el trastorno por dolor, el trastorno depresivo o el trastorno de pánico, así como en procesos más o menos transitorios, y no necesariamente patológicos de somatización, tales como los que se producen ante la experimentación de acontecimientos vitales estresantes. Finalmente, la amplificación también puede relacionarse con la variabilidad, entre diferentes personas que padecen una misma enfermedad, a la hora de manifestar el grado de malestar ante esa misma condición médica. Esta variabilidad podría deberse, en parte, a las diferencias individuales en el estilo perceptivo, o más concretamente, al grado de amplificación somatosensorial. En este sentido, Barsky, Orav, Delamater, Clancy y Hartley (1998) encuentran que la

puntuación en la escala de amplificación somatosensorial (SSAS) se relaciona con las diferencias individuales respecto a la manifestación de síntomas subjetivos y el nivel de malestar en pacientes, con independencia de la gravedad de la enfermedad que se padezca.

4.2.1. Investigación en amplificación somatosensorial

La mayoría de los estudios han utilizado la SSAS para evaluar la amplificación (ver cuestionario en Anexo 9). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 10 ítems, que evalúa, mediante un escala likert de 5 pasos, la tendencia a experimentar de manera intensa, nociva y perturbadora sensaciones corporales y viscerales comunes (Barsky et al., 1990).

Gran parte de los estudios con la escala han sido realizados con pacientes hipocondriacos. Barsky et al. (1990) compararon 41 pacientes hipocondriacos (criterios DSM-III-R) con 75 no hipocondriacos, y encuentran que las puntuaciones en el SASS eran significativamente más elevadas en el grupo de hipocondriacos, y las diferencias seguían siendo significativas cuando se controló la covarianza respecto a la presencia de ansiedad y depresión. Además, entre ambos grupos, el grado de síntomas hipocondriacos correlacionó significativamente con SSAS, tanto en análisis univariado (correlación Pearson) como multivariado (regresión múltiple). Sin embargo, la correlación era más elevada en el grupo de comparación que en la muestra de pacientes hipocondriacos. En este estudio, aunque la principal correlación de la amplificación se establece con los síntomas hipocondriacos (evaluados con el índice Whiteley), también se relaciona significativamente con somatización, ansiedad, y depresión. No obstante, los autores concluyen que la amplificación podría estar más íntimamente relacionada con hipocondría que con somatización.

Los estudios que han comparado la hipocondría con una patología de características similares a ésta, como el pánico, no han encontrado diferencias en la SSAS entre ambos grupos de patologías. Por ejemplo, Martínez, Belloch y Botella (1999), en un estudio que comparan 17 sujetos con hipocondría frente a 17 sujetos con trastorno de pánico no encuentran diferencias en la puntuación de la escala,

aunque esta se asociaba a preocupaciones por la salud en ambos grupos. En consecuencia, es posible que la falta de especificidad de la amplificación en relación con la hipocondría *versus* el pánico, se deba más bien a que ambos trastornos comparten una característica clínica nuclear: la preocupación por la salud. Si esto es así, entonces puede que sea esta preocupación la que produce, en ambos trastornos, un incremento de la focalización en el cuerpo que es, como se ha dicho antes, uno de los elementos básicos de la amplificación. Dicho en otros términos, la amplificación sería la consecuencia, y no la causa, de un estado de preocupación excesiva por el funcionamiento del propio cuerpo.

Como Barsky et al. (1990) han indicado, los estudios con la SSAS, basados únicamente en medidas de autoinforme, no pueden demostrar su validez concurrente en relación con medidas directas respecto a la sensibilidad a sensaciones somáticas o viscerales. Estudios posteriores que han utilizado medidas neuropsicológicas de la respuesta a estímulos, no han sido consistentes a la hora de apoyar la hipótesis de la amplificación (Duddu, Isaac y Chaturvedi, 2006). Así, estudios como el de Gramling, Clawson y McDonald (1996) muestran que los pacientes hipocondriacos pueden diferenciarse de los no hipocondriacos en medidas objetivas de reactividad fisiológica, evaluadas a partir de una tarea experimental de presión de frío. Paradójicamente, en este estudio, no se hallaron diferencias entre hipocondriacos y no hipocondriacos en la medida de autoinforme aplicada para evaluar amplificación.

Otro estudio reciente (Nakao, Barsky, Nishikitani, Yano y Murata, 2007) ha constatado una asociación entre la puntuación en la SSAS y potenciales auditivos evocados en una muestra de 33 voluntarios sanos. La puntuación en la SSAS se asociada significativamente con la latencia de P200 y con la amplitud de P300. La amplitud del potencial auditivo evocado P300 continuaba siendo significativa al controlar el efecto de alexitimia, ansiedad y depresión, evaluadas mediante autoinformes. Además, cuando los sujetos eran divididos en altos y bajos en relación con su puntuación en la SASS, se constataban diferencias entre los dos grupos respecto a la amplitud del potencial P300. Debido a que los potenciales evocados auditivos reflejan procesamiento cognitivo de sensaciones corporales (Nakao y Barsky, 2007), los autores interpretan estos resultados sugiriendo que el SSAS no parece ser una medida

de la conducción mecánica desde los órganos sensoriales a las áreas del córtex cerebral inicial, sino que parece estar más relacionado con el procesamiento de input sensoriales en niveles profundos del sistema nervioso central.

Otros estudios no han permitido confirmar la hipótesis de la amplificación. Barsky, Cleary, Coeytaux y Ruskin (1995) al comparar a un grupo de pacientes hipocondríacos con otro de pacientes no hipocondríacos, entre los que sí existían diferencias en la escala SSAS, no evidenciaron que los hipocondríacos fueran más precisos al detectar incrementos de su frecuencia cardíaca en una tarea experimental. En otro estudio con sujetos no hipocondríacos (Mailloux y Brener, 2002) se encontró una relación inversa entre puntuación en SSAS y conciencia de cambios en la tasa cardíaca. Finalmente, Aronson, Barrett y Quigley (2001), en un trabajo con estudiantes universitarios, encuentran que, aunque la amplificación se relaciona con varias medidas de ansiedad, depresión, y afectividad negativa en general, no parece relacionarse con medidas directas de sensibilidad interoceptiva. Los autores concluyen que la SSAS puede tratarse más de un índice de emocionalidad negativa y malestar general, que de una medida válida de sensibilidad sensorial *per se*. Esta valoración de la escala como una medida relacionada con el concepto de afectividad negativa o *neuroticismo* ya fue anotada por Barsky et al. (1990), quienes plantean que “es posible que la angustia y el malestar que el hipocondríaco siente con sensaciones corporales benignas, sea únicamente una faceta de una propensión a la insatisfacción con un amplio rango de experiencias vitales” (p. 332).

Respecto a la relación de la amplificación con otras variables, Wise y Mann (1994) concluyen que el neuroticismo es el principal predictor de la varianza de la SSAS en un análisis de regresión que incluía las variables alexitimia (TAS), 5 factores de personalidad (NEO-FFI), locus de control respecto a salud y medidas de ansiedad y depresión. Por otra parte, Nakao et al. (2002) encuentran, en una muestra de pacientes de una “clínica de pacientes psicosomáticos” de Japón, una asociación de SSAS y la subescala del TAS dificultad para identificar y describir sentimientos, pero no con la subescala de pensamiento orientando al exterior. La asociación se mantiene con independencia de los efectos debidos a la edad, sexo y nivel de ansiedad y depresión.

También es necesario comentar que el cuestionario, aunque tiene buenas propiedades psicométricas, presenta una serie de limitaciones que obligan a tomar con cautela las conclusiones que puedan extraerse de los resultados de su aplicación. Como ha señalado Martínez (2001), una de las principales limitaciones es su validez de constructo, ya que el cuestionario sólo evalúa dos de los tres componentes del constructo teórico de amplificación: la hipervigilancia corporal y la focalización atencional sobre los síntomas corporales. Pero respecto al tercer componente, la interpretación negativa de las sensaciones físicas, nada puede inferirse de las respuestas al cuestionario (Martínez et al., 1999).

4.2.2. Amplificación y Somatización

La amplificación también se ha relacionado con la somatización. Barsky y Wyshak (1990), a partir de criterios de somatización e hipocondría no basados en categorías diagnósticas del DSM, encuentran, mediante un análisis de regresión múltiple, que la amplificación explica el 31% de la varianza de la variable hipocondría y el 12% de la somatización. A partir de este trabajo, proponen que la amplificación puede estar relacionada con un proceso más general de somatización –idea que desarrollará más ampliamente en Barsky (1992), y que puede explicar una “modesta pero significativa” proporción de la varianza de somatización (p. 409). En otro estudio (Barsky et al., 1990), establecen una correlación de la SASS con los síntomas del trastorno de somatización propuestos en el DSM-III-R de $r = 0,31$, y con la Somatic Symptoms Inventory (SSI; Barsky et al., 1986) de $r = 0,42$.

Otros estudios más recientes han mostrado una estrecha relación entre somatización y amplificación (Duddu et al., 2006). Duddu et al. (2003) informan que los pacientes con trastornos somatomorfos (criterios CIE-10) presentan una puntuación más elevada en la SASS que los pacientes depresivos. La experiencia reciente de síntomas somáticos, tener una baja puntuación en atribución de síntomas somáticos como “normales” (evaluado mediante Symptom Interpretation Questionnaire, SIQ), y padecer un trastorno somomorfo, eran los principales predictores de amplificación.

Por su parte, Sayar et al. (2003) han examinado, en una muestra de 100 pacientes con depresión, cuáles son las variables predictoras de síntomas somáticos (medidos con la escala de somatización de la SCL-90). Los resultados del análisis de regresión múltiple muestran que las puntuaciones altas en la SSAS predicen una puntuación elevada en síntomas somáticos, con independencia de ansiedad, depresión y alexitimia. Otras variables que contribuyen de forma independiente a los síntomas somáticos son el ser mujer y presentar tasas altas de ansiedad y alexitimia. En otro estudio anterior (Spinhoven y van der Does, 1997), con una muestra de pacientes ambulatorios con diagnóstico de ansiedad y depresión, la SASS aparece asociada significativamente con ansiedad y también, aunque en menor medida, con la escala de somatización de la SCL-90, con independencia del género, de la presencia de enfermedad física y del grado de depresión.

Finalmente, en otros estudios con pacientes con enfermedades médicas, se ha establecido relación entre los síntomas y la SASS. Por ejemplo, Muramatsu et al. (2002) encuentran, en una muestra de pacientes con infección en las vías respiratorias altas, que la SSAS se asociaba significativamente con los síntomas somáticos y también con el grado de malestar, pero no existía relación con las medidas de ansiedad y depresión en esta muestra. También, Jones, Roth y Crowell (2005), al comparar un grupo de pacientes con dispepsia con un grupo control, encuentran que los pacientes con dispepsia presentan puntuaciones significativamente más elevadas en SSAS y en alexitimia.

En resumen, la mayoría de los estudios han encontrado la existencia de correlaciones entre la SSAS y diversas medidas de somatización, aunque resulta difícil poder extraer conclusiones claras respecto al significado de esa relación.

4.3. ALEXITIMIA Y SOMATIZACIÓN

El término alexitimia fue introducido en la literatura científica por Sifneos (Sifneos, 1972, 1973) para definir a los “pacientes psicósomáticos”. Según Sifneos, estos pacientes “muestran una marcada dificultad para comunicarse con su entrevistador, transmiten la impresión general de estar apagados, y utilizan las

acciones para evitar conflictos o situaciones de frustración. Además de una relativa constricción en el funcionamiento emocional, su característica más notable es la incapacidad para encontrar las palabras apropiadas para describir los sentimientos” (pp. 255-256. Trad., tomada de Otero, 2000). Etimológicamente el término significa: ausencia de palabras para los sentimientos (del griego a= sin, lexis= palabras, thymos= sentimiento o emoción). Aunque son los trabajos de Sifneos y Nemiah (Nemiah y Sifneos, 1970; Sifneos, 1973) quienes detallan y delimitan el concepto, este ya había sido formulado previamente por diversos autores psicoanalíticos (MacLean, 1949; Marty y M'uzan, 1963; Ruesch, 1948).

El concepto de alexitimia puede resumirse en la incapacidad para expresar el mundo emocional interno ya sea mediante palabras, ensueños o fantasías. Engloba una serie de rasgos tales como pobre conciencia emocional, dificultad para expresar verbalmente los sentimientos, ausencia de vida imaginativa, pensamiento concreto y centrado en detalles externos, escasa creatividad, y distorsión de la autoevaluación (Moral de la Rubia y Retamales, 2000).

La alexitimia fue relacionada en los primeros estudios (Nemiah y Sifneos, 1970) con una muestra de pacientes que padecían alguna de las siete enfermedades psicósomáticas clásicas (úlceras pépticas, hipertiroidismo, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, artritis reumatoide, neurodermatitis y asma bronquial). Pero el estudio de la alexitimia ha tenido un gran desarrollo y existen muchos estudios que lo han asociado a muy diversas patologías, además de a los trastornos psicósomáticos y somatomorfos, como son: los trastornos depresivos, el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad, los trastornos sexuales, o el trastorno obsesivo compulsivo (Bermond, Moormann, Albach y van Dijke, 2008; Cleland, Magura, Foote, Rosenblum y Kosanke, 2005; Hintikka, Honkalampi, Lehtonen y Viinamaki, 2001; Honkalampi, Hintikka, Laukkanen, Lehtonen y Viinamaki, 2001; Marchesi, Fonto, Balista, Cimmino y Maggini, 2005; Parker, Bagby y Taylor, 1991; Zeitlin y McNally, 1993).

Aunque se han desarrollado varios instrumentos para la evaluación de la alexitimia, el más utilizado y validado es la escala de alexitimia de Toronto (TAS) (Taylor, Ryan y Bagby, 1985), y más concretamente su versión reducida de 20 ítems

(TAS-20, Bagby, Parker y Taylor, 1994; Bagby, Taylor y Parker, 1994). Se han desarrollado 3 versiones consecutivas de la escala (TAS, TAS-R y TAS-20). En la versión definitiva (TAS-20), se ha encontrado una estructura de tres factores: 1) dificultad para identificar sentimientos y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales; 2) dificultad para describir sentimientos; y 3) pensamiento orientado hacia lo exterior. La consistencia interna de esta última subescala ha sido considerablemente más baja que la encontrada para las otras dos.

De Gucht (2003) ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura respecto a la relación entre alexitimia (evaluada con cualquiera de las 3 versiones de la TAS) y somatización, entre 1985 y 2000. En su revisión incluyen tres tipos de estudios: 1) estudios en los que la somatización es definida como número de síntomas somáticos referidos y su relación con alexitimia; 2) Estudios en los que se examinan las diferencias en alexitimia entre trastornos somatomorfos y grupos control; 3) estudios en los que se analiza el número de síntomas somáticos referidos en alexitímicos y no alexitímicos.

Respecto a los estudios que analizan la relación entre síntomas somáticos referidos y alexitimia, 16 de 18 constatan una correlación positiva entre ambas variables, con un tamaño del efecto medio (0,23) para el conjunto de estudios (De Gucht, 2003). De las tres dimensiones de la TAS es la dificultad para identificar sentimientos la que presenta una mayor correlación con somatización (tamaño del efecto estimado de 0,35). La relación de pensamiento orientado a detalles externos y síntomas somáticos resulta inconsistente. Estudios posteriores a esta revisión confirman estos resultados (Lipsanen, Saarijarvi y Lauerma, 2004; Mattila et al., 2008; Wood, Williams y Kalyani, 2009)

Por otra parte, 4 de 5 estudios encuentran diferencias en somatización, entre sujetos alexitímicos y no alexitímicos (De Gucht, 2003). En este caso el tamaño del efecto estimado para el conjunto de los estudios es de 0,21. Otros estudios más recientes también apoyan estos resultados (Pedrosa Gil et al., 2008).

Respecto a las diferencias en alexitimia en síndromes somáticos funcionales, la revisión de De Gucht (2003) incluye trastornos muy diversos, como dolor en el pecho

de origen no cardíaco, trastornos funcionales gastrointestinales, colon irritable, tortícolis espasmódica idiopática, convulsión psicógena no epiléptica, síndrome de fatiga crónica, empaste dental, o artritis reumatoide. De forma consistente, los estudios que han comparado las patologías funcionales con grupos control sanos, han mostrado diferencias significativas (rango del tamaño del efecto entre 0,27-0,55). Otros estudios recientes confirman estos resultados en cuadros como, por ejemplo, la dispepsia funcional (Jones, Roth y Crowell, 2005).

Es importante resaltar que cuando el trastorno somático funcional era comparado con un cuadro orgánico con características sintomáticas parecidas, y no con un grupo de sujetos sanos, los resultados son menos consistentes: de tres estudios incluidos en la revisión, dos no encuentran diferencias (De Gucht, 2003).

De Gucht, Fischler y Heiser (2004) estudian el valor predictivo de la alexitimia, el neuroticismo (NEO-PI) y la afectividad negativa y positiva (PANAS) en los síntomas no explicados. Encuentran que el afecto negativo es lo que influye más significativamente en el cambio del número de síntomas. No obstante, la subescala del TAS de *dificultad para identificar sentimientos y distinguir entre sensaciones y emociones* era un predictor independiente respecto al número de síntomas, lo que no ocurre con la puntuación general de la TAS. La relación específica de esta escala con los síntomas somáticos también ha sido referida por Deary, Scott y Wilson (1997).

4.3.1. Diferencias en alexitimia entre sujetos con o sin diagnóstico de trastornos somatomorfo

Los trabajos que han analizado las diferencias en alexitimia entre pacientes con diagnóstico de trastornos somatomorfo y grupo control son más controvertidos, por lo que presentamos en detalle y de forma independiente, tanto los trabajos incluidos en la revisión de De Gucht (2003) como los posteriores a ésta.

En primer lugar son muy escasos los estudios que han utilizado criterios de trastorno de somatización (bien sean criterios DSM o CIE). De los cinco estudios enumerados en la revisión de De Gucht (2003) con criterios clínicos de trastorno

somatomorfo, únicamente uno de ellos compara un grupo con diagnóstico de trastorno de somatización (Bach, Bach, Bohmer y Nutzinger, 1994). En este estudio las diferencias no son significativas respecto al grupo no somatomorfo, aunque el tamaño del grupo de somatización es muy pequeño (N= 7).

Los mismos investigadores (Bach y Bach, 1996) comparan un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno somatomorfo según DSM-III-R (y por tanto no específicamente trastorno de somatización) con un grupo de pacientes con enfermedad médica y encuentra diferencias en la escala total de alexitimia y en la subescala *dificultad para identificar emociones*. En otro estudio (Bach, Bach y de Zwaan, 1996), comparan un grupo no clínico con otro amplio, pero heterogéneo, de sujetos con diagnóstico DSM-III-R (mayoritariamente con trastorno de ansiedad) y encuentran que el grupo clínico presenta puntuación más elevada en la escala total y en las tres subescalas de la TAS-20 que el grupo control.

Un trabajo más reciente (Pedrosa Gil et al., 2008), en el que se comparan alexitimia y reconocimiento de emociones faciales en una muestra de 20 sujetos con diagnóstico de trastornos somatomorfos (incluye 7 pacientes con trastorno de somatización), respecto a un grupo control no clínico, constata diferencias en la escala general de alexitimia y en la subescala de dificultad para identificar emociones.

Por otra parte, el trabajo de Duddu, Isaac y Chaturvedi (2003), aunque también está basado en el análisis de un grupo heterogéneo de trastornos somatomorfos (mayoritariamente trastorno somatomorfo indiferenciado), es especialmente interesante porque lo compara con un grupo de pacientes depresivos, además de con un grupo control no clínico. Ninguno de los grupos obtiene puntuación en la TAS-26 indicadora de sujetos alexitímicos. El grupo somatomorfo y depresivo tienen puntuaciones más altas en la escala total y en *dificultad para identificar emociones*. Lo más llamativo de los resultados es que son los sujetos depresivos los que tienen una puntuación más elevada, respecto al grupo somatización y normal, en la subescala *dificultad para expresar sentimientos*.

En otro trabajo (Rief, Shaw y Fichter, 1998) los autores utilizan el constructo de *síndrome de somatización* que es equivalente a somatización abreviada de Escobar (4

hombres/6 mujeres), diagnosticado mediante una escala autoadministrada (SOMS) que incluye todos los síntomas enumerados por DSM y CIE. En este estudio comparan tres grupos: 1) síndrome de somatización (n= 35); 2) síndrome de somatización comórbido con hipocondría (n= 23), y 3) grupo control no clínico (n= 21). En las subescalas dificultad para identificar emociones y dificultad para expresar sentimientos, ambos grupos puntúan más que el grupo control (aunque sin diferencias entre ellos). En pensamiento orientado a detalles externos, las diferencias son únicamente entre el grupo síndrome de somatización con hipocondría, respecto del control.

Por su parte, Sriram, Chaturvedi, Gopinath y Shanmugam (1987) comparan un grupo de 30 pacientes con trastorno por dolor psicógeno (DSM-III) con un grupo de sujetos normales, y hallan diferencias en la escala de alexitimia total. Estos resultados han sido confirmados recientemente (Celikel y Saatcioglu, 2006) en una muestra de 30 mujeres con diagnóstico de dolor crónico (DSM-IV) que presentaban puntuaciones más elevadas en la escala global del TAS-26 que el grupo control.

Bankier, Aigner y Bach (2001) estudian la relación de alexitimia en un grupo de pacientes con diversos diagnósticos según DSM-IV, en concreto, compara trastornos somatomorfos (sin especificar diagnósticos concretos), trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, y trastorno depresivo. En un análisis de regresión múltiple respecto a la escala total y las tres subescalas de la TAS-20, únicamente el trastorno de pánico aparece asociado, de forma negativa, con la puntuación total. El factor 1, *dificultad para identificar sentimientos y diferenciar sensaciones corporales* de emoción estaba asociado a somatización y depresión. El factor 2, *dificultad para expresar emociones* estaba asociado con depresión y finalmente, el factor 3, *pensamiento orientado a los detalles externos* se asociaba positivamente con el trastorno obsesivo y, de forma negativa, con el trastorno de pánico.

Diversos estudios prospectivos, de características diferentes, han estudiado la relación entre somatización y alexitimia. En uno de ellos se analiza la estabilidad de la alexitimia y el neuroticismo en 318 pacientes con síntomas somáticos no explicados, durante un periodo de seis meses (De Gucht, 2003). Tanto la puntuación en alexitimia (escala total y 3 subescalas de la TAS-20) como en neuroticismo permanecían estables

en el tiempo, a diferencia de la puntuación en afectividad negativa, ansiedad y depresión que sí se modificaba después de seis meses. La estabilidad temporal de ambas variables fue confirmada en un estudio posterior (De Gucht et al., 2004; De Gucht, Fontaine y Fischler, 2004) que incluía muestras tanto de población clínica como población sana.

Otros dos estudios han investigado la alexitimia como factor predisponente de la somatización. Bach y Bach (1995) encuentran que pacientes diagnosticados con trastorno somatomorfo indiferenciado presentaban, dos años antes, puntuaciones más elevadas en alexitimia que los que no desarrollaban el trastorno. Estos resultados no eran confirmados en sujetos con diagnósticos de trastorno de somatización ni de hipocondría. Por otra parte, Spinhoven y Kooiman (1997), en un grupo de pacientes con síntomas somáticos no explicados, no encuentran relación, en un seguimiento de media de 61 semanas, entre la evolución de los síntomas y la puntuación en alexitimia. Sin embargo, la no mejoría de los síntomas estaba relacionada con una puntuación más elevada en ansiedad, depresión e hipocondría (medida con el Índice Whiteley).

En resumen, los estudios revisados son consistentes en establecer una relación entre somatización y la subescala *dificultad para identificar sentimientos* y en menor medida con la escala total y la subescala *dificultad para expresar sentimientos*, mientras que la tercera subescala (*pensamiento orientado a detalles externos*) no parece asociarse con la somatización. Por otra parte, es importante resaltar que esa relación no parece específica ya que no son claras las diferencias entre somatización frente a hipocondría y depresión.

4.4. SOMATIZACIÓN, DEPRESIÓN, Y ANSIEDAD

El problema de la asociación entre somatización y depresión ha sido estudiado desde dos perspectivas diferentes: ¿qué proporción de pacientes con diagnóstico de depresión presentan quejas físicas prominentes como rasgo característico? y ¿con qué frecuencia presentan los pacientes somatizadores depresión o trastornos de ansiedad?

(Lipowski, 1990). El objetivo de este epígrafe es intentar dar respuesta a la segunda pregunta.

Habitualmente se ha asumido que existe una estrecha asociación entre somatización y depresión (Katon, Kleinman y Rosen, 1982a, 1982b; Kellner, 1986, 1987, 1990; Lieb, Meinschmidt y Araya, 2007; Lipowski, 1990; Noyes, et al., 2006). Ya en la descripción de la histeria (síndrome de Briquet), ofrecida originariamente por (Perley y Guze, 1962), se incluía un amplio listado de síntomas afectivos o de ansiedad en los criterios diagnósticos del trastorno (véase tabla 1.11, p. 38 del capítulo I). Además, aunque en el DSM-III y las revisiones posteriores del manual (APA, 1980, 1988, 1995 y 2002) cualquier otro síntoma que no fuera de carácter somático o físico (y que por tanto, sugiriera una enfermedad médica) fue excluido de los criterios diagnósticos, en la descripción clínica actual del trastorno de somatización se presupone la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva acompañando a los síntomas físicos por los que es definido el trastorno (APA, 2002).

También es importante apuntar que en la definición de los cuadros ansiosos y afectivos, en la mayoría de los sistemas clasificatorios se incluye la presencia de síntomas somáticos entre sus criterios diagnósticos y clínicos (APA, 2002; OMS, 1992). Este hecho pone de manifiesto, como Lowe, et al. (2008) han subrayado, que los trastornos categoriales se definen con criterios diagnósticos que se solapan, lo que dificulta su delimitación. Por otra parte, en la literatura especializada, la consideración respecto a qué síntomas son etiquetados como somáticos en pacientes con depresión, resulta ambigua (Lipowski, 1990). Por ejemplo, para algunos autores, insomnio, anorexia o disminución del deseo sexual se incluyen como síntomas somáticos, mientras que otros autores reservan el término somático exclusivamente para el dolor u otras formas de malestar corporal.

Otro aspecto que hace especialmente compleja la relación entre somatización, por un lado, y ansiedad y depresión, por otro, se debe a que la mayoría de los pacientes con depresión y ansiedad (entre el 70% y el 90%) cuando acuden a sus médicos de atención primaria manifiestan en primer lugar quejas somáticas, y es menos frecuente que voluntaria o espontáneamente refieran síntomas psicológicos

como “estoy deprimido” o “me siento ansioso” [Simon et al., 1999, citado en Kroenke 2007]. Este hecho parece ser consecuencia del contexto clínico en que son atendidos (consulta médica), que facilita la manifestación prioritaria de quejas somáticas (Kirmayer y Robbins, 1996; Lipowski, 1990). Si esto es así, no tiene porqué tratarse de una dificultad para identificar síntomas psicológicos, o de que estas personas prioricen el malestar somático frente al psicológico.

Todas estas circunstancias ponen de manifiesto la dificultad para establecer una clara diferenciación entre somatización y síntomas ansiosos o anímicos.

4.4.1 Elevada asociación

Se ha encontrado consistentemente una asociación positiva entre somatización, por un lado y ánimo depresivo y ansiedad por otro. En la exhaustiva revisión sobre epidemiología de la somatización realizada por Creed y Barsky (2004), los 12 estudios que analizan la relación entre el concepto de somatización abreviada (6 síntomas mujeres, 4 hombres) y estado anímico depresivo, constatan una asociación significativa entre ambos. De forma parecida, 7 de los 8 estudios que examinan la relación con ansiedad, encuentran una asociación positiva. En la misma revisión, cuando se analizan estudios que utilizan criterios diagnósticos DSM en población general, dos de los que investigan la relación con depresión encuentran que esta es positiva, y lo mismo ocurre en el único estudio identificado que analiza la relación con ansiedad (Creed y Barsky, 2004).

De los estudios epidemiológicos que han establecido relación entre somatización, por un lado, y trastornos depresivos y de ansiedad, por otro, consideramos relevante destacar los que a continuación se describen.

Swartz, et al. (1986) encuentran, en población general, que de 15 sujetos (prevalencia 0,38%) diagnosticados con trastorno de somatización, el 65% presentan comorbilidad con Depresión Mayor y el 42% un trastorno de pánico.

En otro estudio realizado también en población general con más de 18.000 sujetos (Simon y VonKorff, 1991), los autores establecen como punto de corte la presencia de más de 5 síntomas somatomorfos y encuentran que, de este grupo de

sujetos, un 15% tenían asociado un trastorno depresivo mayor, el 18% tenían un trastorno de pánico y 45% eran diagnosticados de fobia.

Escobar et al. (1998), encuentran, en población de atención primaria, que tanto los sujetos que cumplían criterios para el trastorno de somatización (DSM-IV), como los diagnosticados con el constructo de somatización abreviada, tenían más síntomas de ansiedad y depresión que los no somatizadores. Entre ambos grupos de somatizadores no existían diferencias respecto al número de síntomas depresivos, aunque los pacientes con trastorno de somatización presentaban más síntomas de ansiedad. Respecto a la comorbilidad, el trastorno depresivo era el más frecuente en ambos grupos, con un 63% en los sujetos con diagnóstico DSM y un 38% en los sujetos con diagnóstico de somatización abreviada.

En un estudio multicéntrico realizado por la OMS con población de atención primaria (Gureje et al., 1997), los pacientes con trastorno de somatización presentaban un mayor riesgo de padecer tanto un trastorno depresivo, como de un trastorno de ansiedad generalizada. También se observó una correlación positiva entre el número de síntomas somáticos y los de ansiedad y depresión. Es decir, que se establecía tanto una relación categorial como dimensional.

Finalmente, Kroenke, Spitzer, deGruy y Swindle (1998) refieren que de los pacientes que reciben el diagnóstico de trastorno multisomatomorfo (más de 3 síntomas en el cuestionario PHQ-15) en atención primaria, un 49% presentan comorbilidad con depresión, un 19% con un trastorno de ansiedad generalizada, un 13% con un trastorno de pánico y un 25% con un trastorno de estrés postraumático. En el mismo estudio, los pacientes que son diagnosticados con trastorno de somatización (según criterios DSM) presentan comorbilidades similares respecto a depresión, aunque algo más elevadas en relación con los trastornos de ansiedad.

La asociación entre somatización y depresión ha sido también estudiada y analizada más recientemente por Bernd Löwe, Peter Henningsen y colaboradores (Hanel et al., 2009; Henningsen et al., 2005; Henningsen, Zimmermann y Sattel, 2003; Lowe, Mundt et al., 2008; Lowe, Spitzer et al., 2008).

Henningsen et al. (2005) encuentran, en consulta especializada de medicina psicosomática, que de 118 pacientes somatomorfos 70 (el 59%) presentan comorbilidad con ansiedad depresión o ambas. Por otra parte, Lowe et al. (2008) en un estudio en atención primaria con más de 2000 sujetos y utilizando como punto de corte una puntuación de 15 en la escala PHQ-15 –que en estudios previos ha sido relacionado con criterios DSM de trastorno de somatización (Kroenke, Spitzer y Williams, 2002)– informan que el 54% de los sujetos que superan ese punto de corte tienen comorbilidad con ansiedad o depresión.

4.4.2 Aproximación dimensional

Otra forma en la que se ha propuesto analizar la relación entre los síntomas somatomorfos, la depresión y la ansiedad es desde un enfoque dimensional, entendiendo esta relación en términos de un continuo de gravedad. Parece que existe una respuesta conjunta de síntomas somáticos por un lado y de ansiedad y depresión por otro. Varios estudios han mostrado que cuando el número de síntomas somáticos se incrementa, también lo hacen los niveles de ansiedad y depresión. (Katon et al., 1991; Kroenke et al 1998)

El origen de esta propuesta se encuentra en el muy citado trabajo de Katon et al. (1991). En este trabajo, a partir del análisis de un grupo de pacientes de atención primaria altamente frecuentadores y con un importante grado de malestar (tanto somático como de ansiedad y depresión), los autores concluyen que muchas de las características clínicas y conductuales asociadas con la somatización se incrementan gradualmente en pacientes de entre 4 y 12 síntomas, más que presentar cambios drásticos en el punto de corte establecido por el DSM (más de 12 síntomas en la versión DSM-III-R).

Por otra parte, el grupo de Kroenke (Kroenke, Spitzer, Williams, 1994; Kroenke, Jackson, Chamberlin, 1997) ha puesto de manifiesto que, aunque un síntoma específico no es significativo a la hora de predecir un trastorno de depresión o ansiedad asociado, sí lo es el número de síntomas referidos. Si el número de síntomas manifestados a partir del PHQ-15 se incrementaba en población de atención primaria, también lo hacía la probabilidad de tener un trastorno de ansiedad o depresión

asociado. Kroenke (2008) resume estos hallazgos indicando que, si la respuesta al cuestionario de 15 síntomas aumentaba de 0-1, a 2-3, a 4-5, a 6-8 y a ≥ 9 , la probabilidad de tener asociado un trastorno de ansiedad o depresivo incrementaba desde el 4-7%, al 12-22%, al 31-35%, al 52-61% y al 78-91%, respectivamente.

Por otra parte, también se ha demostrado que cuando los síntomas de somatización aparecen asociados a trastornos de ansiedad y/o depresión, se agrava significativamente el cuadro clínico. En un estudio, con una muestra de 1500 sujetos de atención primaria (Allen et al., 2001), el diagnóstico de somatización abreviada aparecía frecuentemente asociado a trastornos de ansiedad y depresión, complicando la presentación de estos trastornos. Cuando el diagnóstico de somatización abreviada se asociaba con ansiedad y depresión, los pacientes mostraban más discapacidad física y mayores niveles de ansiedad, que cuando eran diagnosticadas de ansiedad o depresión con ausencia de síntomas somatomorfos.

Podemos pues concluir que la relación del trastorno de somatización con trastornos de ansiedad y muy especialmente, con trastornos depresivos, es uno de los resultados que de forma más consistente han mostrado los estudios sobre el trastorno de somatización realizados en los últimos 30 años. Sin embargo, a pesar del elevado solapamiento entre somatización y depresión, existe consenso para considerar ambos trastornos como independientes y para no cuestionar la validez convergente (especificidad respecto a otros trastornos) del trastorno de somatización (Dimsdale y Creed, 2009; Lowe, Mundt et al., 2008). Los principales argumentos esgrimidos para considerarlos entidades clínicas independientes han sido tres. En primer lugar, el grupo de trabajo para el DSM-V en relación a “los trastornos por síntomas somáticos”, justifica su independencia en que aproximadamente la mitad de los somatizadores no presentan comorbilidad (Dimsdale y Creed, 2009). En segundo lugar, un meta-análisis de la relación entre síntomas no explicados médicamente y ansiedad y depresión (Henningsen et al., 2003) concluye que los trastornos funcionales no son explicados completamente por los síntomas de ansiedad o depresión comórbidos. Finalmente, el coste sanitario de los pacientes somatizadores continúa siendo muy elevado, aun controlando el efecto de los síntomas de ansiedad y depresión (Barsky, Orav y Bates, 2005).

Respecto a la dirección de la asociación, no existe evidencia que indique si trastornos somatomorfos primarios predicen subsecuentes trastornos de ansiedad o depresivos, o viceversa (Lieb et al., 2007). En un estudio en el que se encuesta a sujetos con somatización abreviada y depresión, el 62% manifiesta padecer antes los síntomas somáticos que el ánimo depresivo (Lieb, Pfister, Mastaler y Wittchen, 2000), aunque los propios autores son críticos con la metodología y las posibles conclusiones. Otro estudio (Lieb et al., 2002) presenta resultados en un dirección contraria, ya que en el seguimiento a 4 años de una cohorte de jóvenes entre 14 y 24 años, la existencia de trastornos de ansiedad o depresión en la línea base, incrementa el riesgo de una condición somatomorfa en el seguimiento.

Por tanto, son todavía muchos los interrogantes que plantea la relación entre somatización y síntomas de ansiedad y depresión, ante los que probablemente una única respuesta no sea válida.

4.5. PERSONALIDAD Y SOMATIZACIÓN

El trastorno de somatización se ha asociado con la personalidad en dos sentidos. En primer lugar, diversas investigaciones han constatado una elevada comorbilidad entre trastorno de somatización (especialmente con el constructo histeria o síndrome de Briquet) y un trastorno de personalidad, en concreto con la *sociopatía* (equivalente al actual trastorno de personalidad antisocial) en hombres, y con el trastorno histriónico en mujeres (Woodruff, Goodwin y Guze, 1978; Tyrer, 1992). No obstante, estudios más recientes, aunque evidencian elevadas tasas de comorbilidad con trastornos de personalidad, no han reflejado esa estrecha asociación con los trastornos de personalidad histriónico y antisocial (Kirmayer, Robbins y Paris, 1994; Noyes et al., 2006).

Por otra parte, aunque son pocos los estudios que han evaluado dimensiones de personalidad en sujetos con trastorno de somatización (Noyes et al., 2006), gran parte de los que han relacionado somatización con dimensiones de personalidad lo han hecho preferentemente con neuroticismo (Deary, Chalder y Sharpe, 2007). Sin

embargo, este rasgo no permite establecer ninguna característica de personalidad específica para estos trastornos, ya que el neuroticismo se ha relacionado consistentemente con muchos trastornos de ansiedad (Brandes y Bienvenu, 2006), con trastornos afectivos (Bagby, Psych, Quilty y Ryder, 2008; Enns y Cox, 1997), con el trastorno hipocondríaco (Hollifield, Tuttle, Paine y Kellner, 1999) e incluso se ha propuesto como dimensión común de los trastornos afectivos y de ansiedad (Brown y Barlow, 2009).

Aunque no son muchos los trabajos publicados que han evaluado la relación entre somatización y dimensiones de personalidad, los resultados han sido consistentes en establecer una relación entre neuroticismo y síntomas somáticos no explicados en general, y con trastornos específicos como disfonía funcional, colon irritable o fatiga crónica (Deary et al., 2007; Kirmayer, Robbins y Paris, 1994; R. Noyes, Jr. et al., 2001) .

Deary, Scott y Wilson (1997) han investigado la relación entre neuroticismo (como parte de un constructo de afectividad negativa), alexitimia y su relación con síntomas no explicados. Proponen un modelo en dos niveles. En primer lugar, una elevada afectividad negativa predispondría a las personas a manifestar más emociones negativas y síntomas físicos. Y, por otra, diferencias individuales en alexitimia podrían actuar como factor de interferencia que ocasionaría la confusión emocional y la dificultad para distinguir entre síntomas y emociones.

De Gucht, Fischler y Heiser (2004) han examinado el valor predictivo de la alexitimia, el neuroticismo (NEO-PI) y la afectividad negativa y positiva (PANAS, Watson, Clark y Tellegen, 1988) en los síntomas no explicados médicamente. Encuentran que el afecto negativo es lo que influye más significativamente en el cambio del número de síntomas, pero el neuroticismo no está relacionado con el número de síntomas.

Finalmente, otros trabajos (Hollifield et al., 1999; Noyes et al., 2001) también han encontrado que una puntuación baja en la escala de amabilidad se asociaba con pacientes somatizadores, si bien ninguno de los estudios utilizaba criterios diagnósticos DSM o CIE. No obstante, esta dimensión de personalidad, en ninguno de

sus dos extremos (alta o baja amabilidad), parece asociarse con más problemas de salud mental (Costa y McCrae, 2002).

En conclusión, un elevado grado de neuroticismo parece el rasgo de personalidad que de forma consistente ha sido asociado a la somatización, en sus diferentes manifestaciones.

4.6. MODELOS EXPLICATIVOS GENERALES

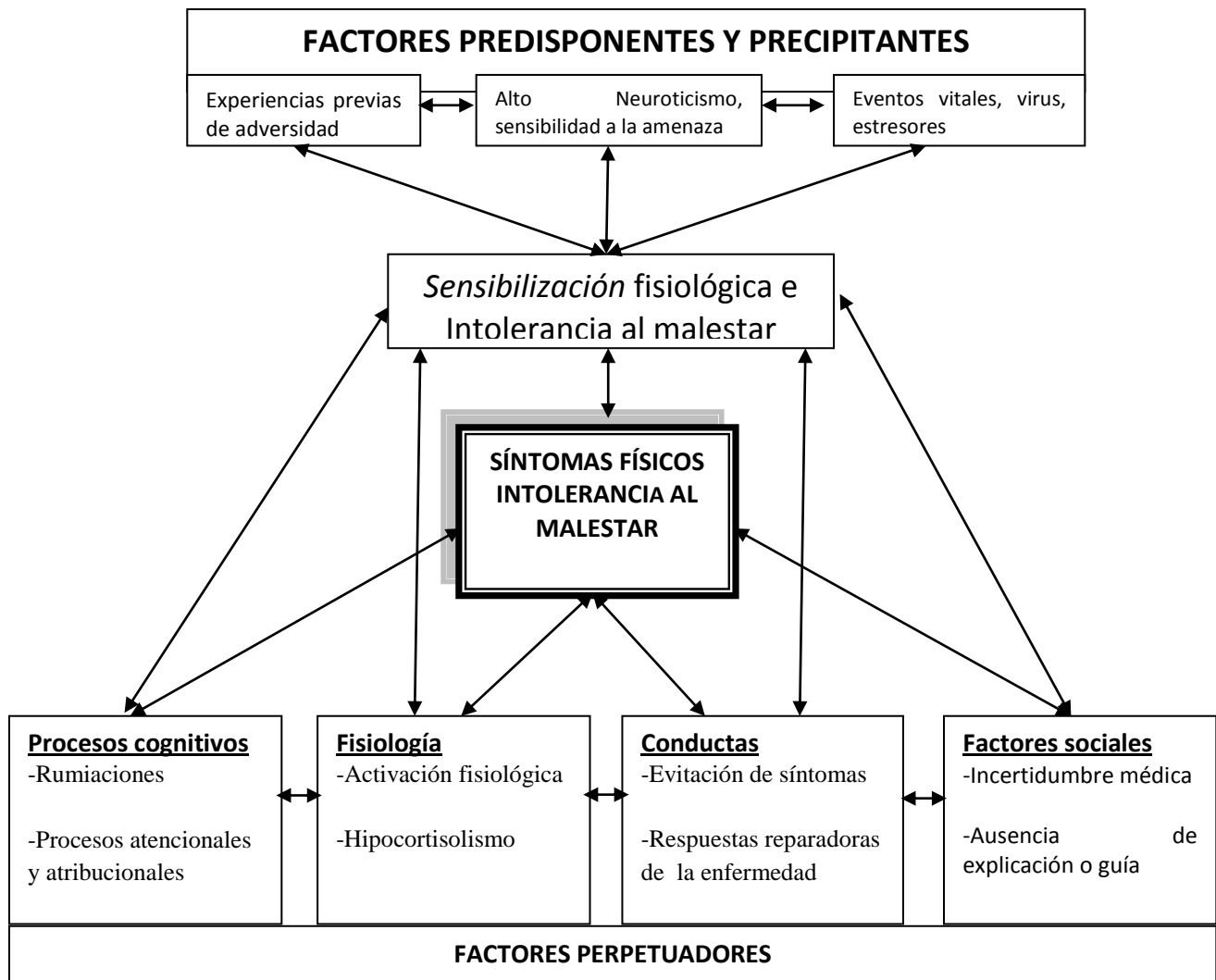
A pesar de que el concepto de somatización, y su significado como conversión de estados emocionales en síntomas físicos, surge desde un marco teórico psicodinámico, en las últimas dos décadas los principales modelos explicativos del fenómeno de la somatización se han propuesto desde presupuestos cognitivos o cognitivo conductuales (Witthöft y Hiller, 2010). Hay varios trabajos que han ofrecido un modelo explicativo del trastorno (p.e., Brown, 2004; Deary et al., 2007; Kellner, 1992; Kirmayer y Taillefer, 1997; Robbins y Kirmayer, 1991), aunque todos ellos presentan muchos elementos en común. Probablemente, la revisión de Deary et al. (2007) es la propuesta más completa y actualizada desde este punto de vista. Por este motivo, y para evitar ser reiterativos, describimos a continuación un resumen del trabajo de Deary et al. (2007) como síntesis de un modelo explicativo cognitivo-conductual de la somatización y de los síndromes somáticos funcionales. Al final del capítulo, y por tratarse de un trabajo centrado en otros presupuestos, además de por el interés y la relevancia de los autores que lo exponen, presentamos también el modelo *psicobiológico de los trastornos somatomorfos* de Rief y Barsky (2005).

4.6.1. Modelo cognitivo conductual para los síntomas no explicados médicamente (Deary, Chalder y Sharpe, 2007)

(Deary et al., 2007) han propuesto un modelo cognitivo conductual para los *síntomas no explicados médicamente* a partir del modelo de Beck (1976) sobre los trastornos emocionales, que distingue entre factores predisponentes y precipitantes,

además de factores perpetuadores de tipo cognitivo, conductual, afectivo y fisiológico (ver figura 4.1).

Figura 4.1. Modelo cognitivo conductual para los síntomas no explicados médicamente (Deary, Chalder y Sharpe, 2007)



Los autores incluyen dentro de la etiqueta de síntomas no explicados médicamente, tanto a los propios síntomas que reciben esa denominación, junto con varios síndromes funcionales y trastornos, en concreto: el síndrome de fatiga crónica y el síndrome de colon irritable, además de algunas subcategorías de los trastornos somatomorfos (trastorno de somatización, y trastorno somatomorfo indiferenciado).

El elemento clave del modelo es el concepto de *círculo vicioso*, habitual en los modelos cognitivo-conductuales, que hipotetiza que tanto los síntomas, el malestar, como el grado de discapacidad se autoperpetúan por la interacción entre diferentes factores implicados en la génesis y mantenimiento de éstos. El modelo toma prestado el concepto de *autopoiesis* de la biología celular (Maturana y Varela) y la teoría de sistemas (Luhman), que puede definirse como la capacidad que tiene un sistema para, a pesar de no estar en equilibrio, mantener una estabilidad estructural absorbiendo energía del entorno o autorregulándose continuamente.

Los autores plantean que el modelo cognitivo conductual de perpetuación difiere de un modelo biopsicosocial genérico, ya que proponen una interacción única autopoiética de factores cognitivos, conductuales y fisiológicos en cada persona. Consideran que varios de los modelos propuestos por otros autores (p.e., Brown, 2004; Kirmayer et al., 2004; Kolk, Hanewald, Schagen y Gijbers van Wijk, 2003; Rief y Barsky, 2005; Ursin, 2005) asumen este modelo, ya que postulan que los síntomas no son generados o mantenidos por un proceso de enfermedad específico, sino por la interacción de factores de distintos dominios. Algunos enfatizan los procesos cognitivos, otros los fisiológicos, pero todos tienen en común la noción implícita de círculo autopoiético multifactorial como elemento clave de la experiencia de los síntomas.

Los factores incluidos en el modelo explicativo han sido elaborados a partir de la revisión de la evidencia, respecto al peso que esos elementos, individualmente, han mostrado tener en relación con el concepto de síntomas no explicados médicamente.

Los autores encuentran como principales **factores predisponentes** para el desarrollo de los síntomas, por un lado, cierto tipo de experiencias en la infancia, tales como una historia de enfermedades paternas, patrones de cuidado sobreprotectores por parte de los padres, o una historia de abuso, ya sea sexual o físico. El segundo factor predisponente destacado por estos autores es el *neuroticismo*, como rasgo estable de personalidad, entendido como una tendencia a experimentar afecto negativo. Los autores toman la acepción del término de Pennebaker (1989), que lo define como una predisposición general a experimentar “malestar somatopsíquico”.

Respecto a los factores **precipitantes**, los eventos vitales aparecen de forma consistente. No obstante, el neuroticismo puede ser una variable confundente ya que medidas objetivas de eventos estresantes se asocian con éste. Respecto a los eventos vitales, aquellos que implican un dilema (estar obligado a elegir entre dos alternativas igualmente indeseables) pueden tener una especial relación con los síntomas. El efecto de los eventos vitales puede deberse a que conllevan a una “activación prolongada”. Los autores plantean que esta activación que ocasiona la respuesta de estrés prolongada en el tiempo, tiene consecuencias neurológicas, endocrinas, inmunológicas y cardiovasculares. El elemento clave de esta hipótesis es el proceso de “cognición perseverante” (Brosschot, Pieper y Thayer 2005), definida como una preocupación o rumiación cognitiva, que ocasiona el mantenimiento de la activación fisiológica.

Respecto a los *factores perpetuadores* los autores encuentran que hay evidencia de este papel por parte de varios factores cognitivos, conductuales, fisiológicos y sociales, entre los que destacan los que a continuación se enumeran.

En primer lugar, consideran que la *sensibilización*, entendida como la tendencia a responder más intensamente a estímulos debido a la experiencia previa con ellos, puede jugar un papel relevante. La sensibilización ha sido relacionada con bajos niveles de cortisol.

Respecto a la atención, concluyen que, aunque parece jugar un papel importante, ha sido difícil aislar este proceso de las atribuciones respecto a los síntomas, de las creencias inadecuadas respecto a la salud, o de la incertidumbre médica; factores que podrían ocasionar la focalización de la atención en los síntomas. Consideran que un modelo coherente para dar cuenta de este proceso es el de Kolk et al (2003), quienes a partir de la integración de los datos respecto a la atención y la atribución, han propuesto un *Modelo de Percepción de Síntomas* no explicados médicamente, en el que la afectividad negativa, la atención selectiva y la atribución somática son hipotetizados como factores claves que determinan la experiencia de síntomas físicos comunes.

Según los autores, parece existir consenso en que realizar atribuciones de enfermedad respecto a los síntomas experimentados, junto con una baja atribución de

los síntomas como experiencias normales (no patológicas), añadido a una elevada valoración de vulnerabilidad personal, predicen el incremento de la experiencia de síntomas y de las conductas de enfermedad como expresión de síntomas y búsqueda de tratamiento. Sin embargo, realizar una atribución psicológica o mixta (psicológica y somática) predice mejores resultados. Por otra parte, las *creencias catastrofistas* respecto a los síntomas pueden contribuir a *conductas de evitación* y, potencialmente, pueden mantenerse los síntomas somáticos y la ansiedad por condicionamiento operante. Por otra parte, las conductas de evitación y la ausencia de estrategias de afrontamiento ante los síntomas, pueden jugar un papel preponderante en la perpetuación de síndromes como la fatiga crónica.

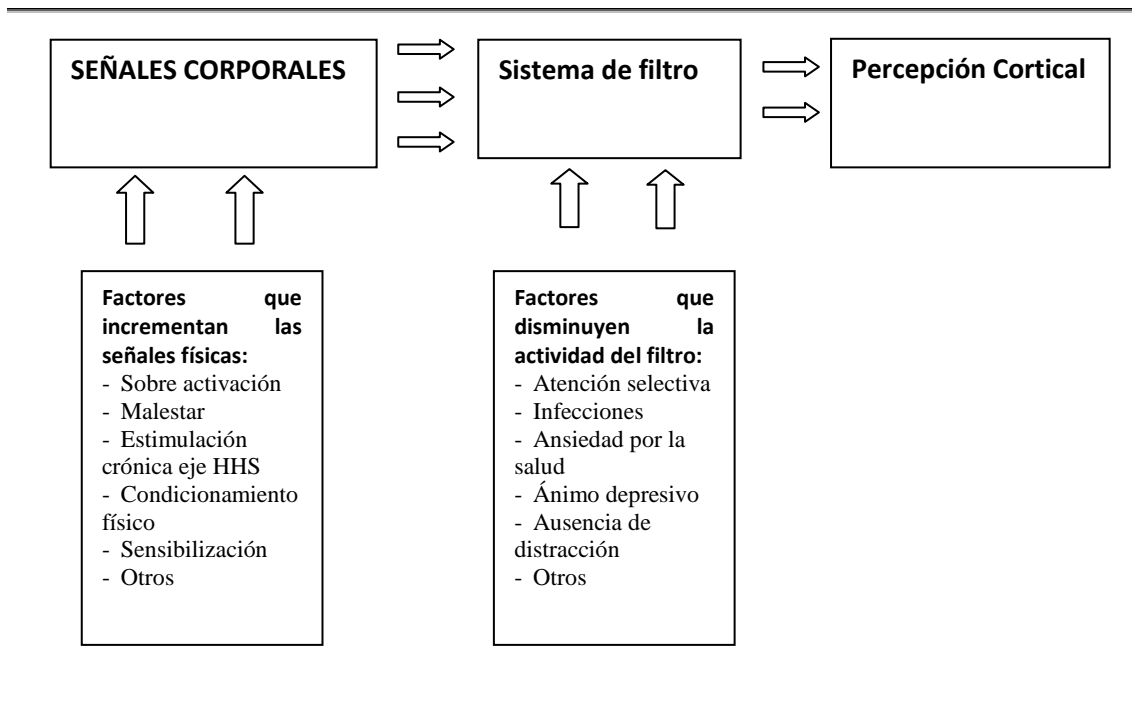
Los autores reconocen que en la literatura es difícil desenmarañar los factores propuestos, además de ser difícil teórica y experimentalmente aislar cada uno de los distintos procesos. La dificultad para aislarlos no es equivalente a la evidencia respecto a su interacción, y son necesarios más trabajos, tanto para los factores tomados individualmente, como respecto a su interacción.

El modelo, intuitivamente, podría funcionar así: “Una tendencia innata al malestar somatopsíquico y a la facilidad para sensibilizarse ante el malestar, junto con adversidades vitales en la infancia, incrementa tanto la experiencia de síntomas como un umbral bajo para detectarlos. Los eventos vitales y el estrés llevan a cambios fisiológicos que producen más síntomas y ponen en marcha los procesos de sensibilización y atención selectiva, lo que posteriormente reduce el umbral de selección de síntomas. La ausencia de explicación o asesoramiento incrementa la ansiedad, los síntomas, y la focalización en éstos. Las señales de estrés se asocian con los síntomas mediante condicionamiento clásico. La evitación de los síntomas y la reducción de la actividad que éstos provocan, lleva a más sensibilización a través de condicionamiento operante. El estrés prolongado por la propia experiencia de enfermedad incrementa la actividad de los mecanismos fisiológicos, produciendo más síntomas, sensibilización, atención selectiva y evitación. El individuo puede, por tanto, introducirse en un círculo vicioso para el mantenimiento de los síntomas” (p. 788).

4.6.2. Modelo psicobiológico de los trastornos somatomorfos (Rief y Barsky, 2005)

Como alternativa a los enfoques cognitivo-conductuales, Rief y Barsky (2005) proponen un modelo psicobiológico de los síntomas no explicados. Los autores mantienen la postura de que la mayoría de los síntomas somatomorfos están fundamentados fisiológicamente. Rief y Barsky (2005) revisan la evidencia de los síntomas referidos por personas con síntomas somatomorfos, y concluyen que en su mayoría están presumiblemente asociados con varios correlatos biológicos. Entre estos destacan: un aumento de la excitabilidad autonómica (p.e., una disminución de la respuesta de recuperación de la frecuencia cardíaca después de un episodio de malestar; Rief y Auer 2001), cambios en el sistema neuroendocrino (p.e., alteraciones en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal que conduce a hipocortisolismo), la activación disfuncional del sistema inmune, anormalidades en relación con ciertos ácidos monoaminos y neurotransmisores, o déficits en los procesos y filtros de atención y percepción identificados mediante potenciales evocados.

Rief y Barsky (2005) consideran que los trastornos somatomorfos pueden ser considerados como trastornos en la percepción de las señales corporales. Proponen un modelo simplificado basado en el desarrollo, filtrado y percepción de las señales. Rief y Barsky (2005) (ver también, Witthoft y Hiller, 2010) proponen que los síntomas de los trastornos somatomorfos son la consecuencia de dos fenómenos principales: en primer lugar, un aumento de las señales corporales debido a numerosos factores (en su mayoría biológicos), tales como la experiencia frecuente de malestar, la falta de condición física, o una estimulación crónica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. En segundo lugar, similar a la teoría de la puerta-control en la investigación del dolor, sugieren la existencia de un sistema de filtro deficiente que puede amplificar las señales corporales, en lugar de inhibirlas o seleccionarlas de manera eficaz como ocurre en personas sanas, lo que conduce a una mayor percepción consciente de las reacciones corporales y de los síntomas.

Figura 4.1 Modelo de filtro para los síntomas somatomorfos (Rief y Barsky, 2005)

En la revisión del modelo que realizan Witthöft y Hiller (2010) plantean que aunque el papel de estos factores biológicos sigue siendo incierto y la evidencia empírica en este ámbito es aún débil, parece plausible que las alteraciones biológicas (p.e., en el sistema inmunológico) se asocien con ciertos aspectos de la conducta de enfermedad y que los cambios bioquímicos en el proceso de neurotransmisión pueden contribuir a alteraciones en el dolor y los umbrales de la percepción de síntomas (Rief y Barsky 2005). Incluso si la investigación futura confirma la hipótesis del papel de estos factores bioquímicos, la cuestión de la causalidad y la bidireccionalidad posible de factores biológicos, cognitivos, afectivos y de comportamiento sigue siendo una cuestión crucial (Witthoft y Hiller, 2010).

Para concluir esta revisión, en nuestra opinión resulta evidente que estamos asistiendo solo al inicio de un cambio importante en la conceptualización del trastorno de

somatización, que se refleja no solo en las nuevas propuestas diagnósticas (de futuro todavía incierto), sino sobre todo en la forma de abordar su estudio y comprensión. Hemos intentado ofrecer un resumen de los resultados procedentes de la investigación, que han experimentado un incremento notable en la última década, especialmente si lo comparamos con las precedentes en las que la ausencia de investigación básica era la regla, más que la excepción. En el siguiente capítulo, dedicado a las propuestas de cambio en torno al diagnóstico del trastorno de somatización, tendremos ocasión de valorar en qué medida esos cambios responden verdaderamente a la información empírica disponible.

CAPÍTULO 5.

EL LABERINTO SOMATOMORFO: CONTROVERSIA ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

A partir del anuncio hecho por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) de la preparación de la 5ª edición de *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-V (Kupfer, First y Rieger 2002, Phillips, First y Pincus, 2003), se ha iniciado en los últimos años un intenso debate respecto a la validez, fiabilidad y utilidad de la clasificación de los trastornos somatomorfos. En 2003, R. Mayou, J. Levenson y M. Sharpe, principales representantes de la psiquiatría de enlace e interconsulta británicas (Hiller y Rief, 2005), publicaron en *Psychosomatics* (revista oficial de la *Academy of Psychosomatic Medicine* de los EEUU) una importante editorial en la que reivindicaba el papel de la psiquiatría de interconsulta y enlace (*consultation-liason psychiatry*) como profesionales que deberían “liderar el debate” de los trastornos somatomorfos en el DSM-V. Estos autores proponen una modificación radical de esta categoría, y abogan por su “abolición” y la reubicación de los trastornos que actualmente la componen (Mayou, Levenson y Sharpe, 2003). A pesar de que existe un debate respecto a la validez de la categoría desde su inclusión en el DSM-III (p.e., Vaillant, 1984; Bass, 1991) y en otras publicaciones muy próximas a la que nos ocupa (Phillips et al 2003, Wise y Birke-Smith, 2002; De Gucht y Fischler, 2002; Escobar y Gara, 1999; Martin, 1999), podemos etiquetar la editorial de Mayou et al. (2003), junto con la publicada en *British Journal of Psychiatry* (Sharpe y Mayou, 2004), como el motor del intenso y radical debate que en los últimos años se está produciendo en

torno a los trastornos somatomorfos. Que ha tenido como fruto más reciente (hasta el momento que alcanza la presente revisión) la propuesta del grupo de trabajo del DSM-V de nuevos criterios diagnósticos (Dimsdale y Creed, 2009; www.dsm5.org).

5.1. R. MAYOU Y COLABORADORES: “ABOLICIÓN” DE LA CATEGORÍA DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Debido el impacto que ha tenido el trabajo de este grupo (Mayou et al 2003; Sharpe y Mayou, 2004), es importante realizar un resumen detallado del mismo. Los aspectos esenciales de su crítica a la actual clasificación de los trastornos somatomorfos se basan en los siguientes argumentos:

- La categoría de trastornos somatomorfos fue propuesta de forma “especulativa” en el DSM-III, sin embargo, muchos investigadores han atribuido elevada validez a los trastornos que incluye.
- La categoría es esencialmente dualista, en términos de proponer como excluyentes la etiología somática y psicológica de las enfermedades.
- No existe una clara razón por la que las reacciones psicológicas a los síntomas funcionales deban ser clasificadas de forma diferente que las reacciones psicológicas a las enfermedades físicas.
- La actual terminología no es bien aceptada por los médicos de atención primaria, quienes continúan utilizando terminología paralela (p.e., síndromes somáticos funcionales).
- El diagnóstico de los síntomas físicos es contradictorio, ya que pueden ser codificados tanto en el Eje I como en el Eje III.
- Las categorías más específicas, como hipocondría o el trastorno dismorfofóbico, no satisfacen criterios de fiabilidad, validez y utilidad.
- Los diagnósticos que dependen de un recuento de síntomas (p.e., el trastorno de somatización) parecen ser parte de un continuo que carece de umbrales y puntos de corte. Y, por otra parte, sus criterios diagnósticos, en el DSM, no están asociados a rasgos psicológicos, como debería esperarse en una clasificación de trastornos mentales.

Como corolario de estas argumentaciones, los autores proponen los siguientes cambios: 1) “Abolir” la categoría de trastornos somatomorfos del Eje I del DSM. 2) La reubicación de algunas de las subcategorías, como por ejemplo, incluir hipocondría junto con los trastornos de ansiedad, o ubicar los trastornos conversivos y disociativos en un mismo grupo. Y 3) proponen como solución al “continuo” *trastorno de somatización-trastorno somatomorfo indiferenciado-trastorno por dolor*, su eliminación del Eje I y su reubicación en el Eje III (junto con otras condiciones médicas), conceptualizándolo como una dimensión de severidad. Este diagnóstico de enfermedad médica podría estar asociado a un diagnóstico psiquiátrico adicional como “factores psicológicos que afectan a enfermedad médica” o un diagnóstico de trastorno de personalidad apropiado.

En 2005, los mismos autores, junto con otros relevantes de la psiquiatría psicósomática norteamericana (Mayou, et al., 2005), en uno de los principales foros de la psiquiatría de ese lado del atlántico (*American Journal of Psychiatry*), publicaron otro trabajo de revisión en el que defendían la misma propuesta de Mayou et al (2003): la “abolición” de la categoría de trastornos somatomorfos. En este trabajo, más elaborado y sistemático que el precedente, se omitían algunas de las afirmaciones más radicales, como por ejemplo la demanda de que fuera la psiquiatría de interconsulta y enlace la que liderara el debate en torno a los trastornos somatomorfos, o que los trastornos de hipocondría y trastorno dismórfico carecieran de criterios de fiabilidad, validez o utilidad. Los autores insisten, no obstante, en el carácter especulativo de la categoría cuando fue introducida en el DSM-III y las dificultades que con ésta surgen en la clínica, donde, a pesar de tratarse de una clasificación de trastornos mentales, la mayoría de los pacientes con quejas somáticas no explicadas son atendidos por otros especialistas médicos distintos a los especialistas en salud mental. Además, critican que persistan importantes dificultades para denominar, conceptualizar y clasificar estos pacientes, ya que los mismos pacientes son clasificados de modo distinto en función del contexto clínico en el que son atendidos: los psiquiatras los etiquetan como trastornos somatomorfos y los médicos no psiquiatras los clasifican como *síndromes somáticos funcionales*. Los autores consideran la actual categoría de

trastornos somatomorfos como entidad diagnóstica presenta múltiples defectos, que son resumidos en la tabla 5.1

Tabla 5.1. Críticas a la categoría de trastornos somatomorfos (Mayou et al., 2005)

CRÍTICAS A LA CATEGORÍA DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS (Mayou y cols.)
<ul style="list-style-type: none"> • El término es inaceptable para los pacientes. Remite al antiguo uso del término somatización y puede llevar a la negación del sufrimiento y realidad de los síntomas. • La categoría es inherentemente dualista. Es cuestionable la idea de que los síntomas somáticos pueden dividirse en síntomas que reflejan enfermedad y otros que tiene origen psicógeno. • No forman una categoría coherente. El solapamiento con muchos otros trastornos psiquiátricos, definidos en parte por síntomas físicos (como ansiedad y depresión), es una potencial causa de error diagnóstico. • Es incompatible con otras culturas no occidentales. Por ejemplo, la adaptación China del DSM excluye estos trastornos. • Es ambiguo en los criterios de exclusión con otros trastornos. Un paciente puede ser clasificado por el mismo problema tanto en el Eje I (como trastorno somatomorfo indiferenciado) como en el Eje III (como colon irritable) • Muchas de las subcategorías no poseen fiabilidad. • Carece de clara definición del umbral de cuándo un trastorno somatomorfo debe ser diagnosticado. • La ambigüedad de la categoría ocasiona problemas y disputas. Causa confusión y disputas en medicina legal y con las entidades de seguros.

Además de estas críticas generales, los autores muestran los “defectos” de cada una de las subcategorías, haciendo especial hincapié en el trastorno de somatización, del que destacan cinco aspectos críticos:

- 1) Los pacientes con trastorno de somatización (según DSM-IV) presentan síntomas significativos tanto físicos como psicológicos, por lo que apenas pueden ser considerados como representantes de una condición predominantemente somática.
- 2) Existe un importante solapamiento del trastorno de somatización con trastornos de personalidad, en especial con el trastorno de personalidad límite.
- 3) Aunque no es habitual realizar una evaluación detallada del número de síntomas para realizar el diagnóstico, hay evidencias de que el recuerdo de los síntomas por los pacientes es variable y que existe baja fiabilidad temporal en estudios longitudinales.
- 4) La clasificación está basada meramente en un conteo de síntomas no explicados, sin embargo, el trastorno de somatización se entiende mejor como

un extremo de gravedad de una dimensión de malestar, que como una categoría discreta.

- 5) Realizar el diagnóstico no facilita al clínico disponer de una guía clara para abordar y tratar a estos pacientes.

Respecto a la categoría trastorno somatomorfo indiferenciado, aunque consideran necesaria una categoría que agrupe a los pacientes a los que está destinada, su crítica se centra en lo pobremente definida que aparece en el DSM. Crítica, por otra parte, compartida por la mayor parte de autores recogidos en la revisión que presentamos en este capítulo.

Aparte de estas reflexiones “teóricas”, los autores basan su argumentación en lo que consideran la ausencia de evidencia empírica que apoye la validez y utilidad de la categoría. En primer lugar, plantean que en los estudios epidemiológicos realizados los diagnósticos de trastorno de somatización e hipocondría son poco frecuentes, lo que limita mucho la utilidad de la clasificación, por lo que resulta más útil entenderlos, desde un acercamiento dimensional, como el extremo de un continuo. Además, según Mayou y colaboradores, los estudios muestran que todo tipo de síntomas (ya sean explicados médicamente o no) están asociados con ansiedad y depresión, con lo que su separación en ejes distintos resulta arbitraria.

Los autores también consideran que la etiología multidimensional (interacción de aspectos psicológicos, biológicos y sociales) explica adecuadamente a estos trastornos. Lo que va en contra de la etiología “simplista” que subyace al concepto de somatización, por la que es definido como un hipotético proceso por el cual un trastorno mental se manifiesta como un síntoma físico.

La propuesta de clasificación del conjunto de pacientes que pudieran verse afectados por el constructo somatización es muy similar a la ofrecida en Mayou et al (2003), aunque algo más precisa y organizada (ver tabla 5.2).

Tabla 5.2. Propuesta de clasificación de los Trastornos Somatomorfos (Mayou et al., 2005)

LOS ACTUALES TRASTORNOS SOMATOMORFOS QUEDARÍAN CLASIFICADOS EN LOS DISTINTOS EJES DIAGNÓSTICOS DEL SIGUIENTE MODO:
<p>En el Eje I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas somáticos asociados a trastornos de ansiedad o depresión debería ser clasificados dentro de esos trastornos, con la especificación de “con prominentes síntomas somáticos” (como fatiga, dolor o malestar físico). Este grupo lo constituirían los pacientes que han sido englobados bajo el constructo de “somatización de presentación” (De Gucht y Fischler, 2002) • El trastorno hipocondriaco debería renombrarse como “trastornos de ansiedad por la salud”. • La “Fobia a la enfermedad” encajaría mejor dentro de las fobias. • El trastorno dismórfico corporal posiblemente podría ser clasificado dentro del trastorno obsesivo compulsivo. • Los trastornos disociativos y conversivos deberían ir clasificados dentro de una categoría común.
<p>En el Eje II:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trastorno de somatización puede quedar mejor clasificado como una combinación de trastorno de personalidad y un trastorno afectivo o de ansiedad.
<p>En el Eje III:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas y síndromes somáticos (que englobaría el continuo desde el trastorno de somatización al trastorno somatomorfo indiferenciado) junto con el trastorno por dolor, podrían clasificarse mejor en el Eje III con la etiqueta de “síntomas somáticos” o “síntomas somáticos funcionales”. A este diagnóstico, si fuese pertinente, se le podría asociar otra etiqueta en el Eje I como “factores psicológicos que afectan a una condición médica”. La clasificación será la misma de un paciente con <i>color irritable</i> o de un paciente con preocupación por la enfermedad después de una intervención de <i>arteria coronaria</i>. Esta etiqueta podría ir acompañada de una valoración de una dimensión de gravedad con tres niveles: leve, moderado o grave; además de un punto de corte que indicase <i>significación clínica</i>.
<p>En el Eje IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para definir mejor a estos pacientes proponen que en este eje pueda incluirse, como problema psicosocial, una situación que identifique una interacción infructuosa con el sistema sanitario, como por ejemplo, “atención frecuente”.

Los autores consideran que la nueva clasificación debería beneficiarse de una descripción complementaria de los pacientes mediante dimensiones descriptivas, que debe ser consistente con los conocimientos etiológicos actuales. Para lo que proponen una serie de áreas que deben ser evaluadas en un *sistema descriptivo multidimensional de los síntomas somáticos* (ver Tabla 5.3).

Tabla 5.3. Áreas propuestas a evaluar para un sistema descriptivo multidimensional de los síntomas somáticos (Mayou et al., 2005)

ÁREAS A EVALUAR PARA UN SISTEMA MULTIDIMENSIONAL DE LOS SÍNTOMAS (Mayou y cols.)
1) Tipos de síntomas somáticos
2) Número de síntomas
3) Curso (agudo, crónico, recurrente)
4) Enfermedad patológica/patofisiológica
5) Creencias sobre la salud
6) Conducta de enfermedad
7) Trastorno mental asociado
8) Factores sociales (p.e., empleo, ayudas sociales)

5.2. LAS RÉPLICAS DE W. RIEF A LAS PROPUESTAS DE R. MAYOU Y COLABORADORES

Las principales réplicas a las propuestas de Mayou y colaboradores han sido realizadas por el psicólogo alemán W. Rief de la *Clinical Psychology and Psychotherapy* de la Universidad de Marburg y colaboradores (Hiller y Rief, 2005; Rief, Henningsen y Hiller, 2006; Rief y Isaac, 2007). Este grupo ha desarrollado, en la década precedente, un trabajo de investigación muy significativo en diversos aspectos relacionados con el concepto de somatización. Las principales argumentaciones y conclusiones de estos tres trabajos de W. Rief y colaboradores se presentan a continuación.

Los autores consideran que los pacientes con quejas somáticas no explicadas médicamente son el principal grupo de pacientes con uso inadecuado de servicios de salud, con más número de días de enfermedad y jubilación anticipada, por lo que es necesaria una clarificación de su diagnóstico. En primer lugar, consideran que el trastorno de somatización, lejos de ser una categoría “especulativa”, está basado en una tradición de investigación rigurosa desarrollada a partir de los trabajos de Perley y Guze de la década de los 60 y fundamentada en múltiples estudios sobre etiología y

curso del trastorno realizados en los años 60 y 70¹¹. Y que su definición se enmarca dentro de los esfuerzos por desarrollar, a partir de los años 60, una nosología psiquiátrica rigurosa y basada en la investigación, que dio lugar a los criterios de Feighner y colaboradores, de 1972, los Research Diagnostic Criteria (Spitzer, et al., 1975) y, finalmente, el DSM-III (APA, 1980). Consideran que una categoría diagnóstica principalmente definida por la presencia de múltiples síntomas somáticos de diferentes sistemas es todavía válida. Además, creen que ha sido un avance importante respecto a diagnósticos y categorías previas al DSM-III (p.e., *histeria*, *neurastenia*, *síndromes funcionales*) que no sólo eran estigmatizantes, sino también poco fiables y no fundamentados en investigación.

En su opinión, en contraste con Mayou y colaboradores, a partir del DSM-III (y gracias al desarrollo de éste) se ha generado un importante cuerpo de investigación en estos trastornos y consideran que el avance en el tratamiento y diagnóstico de esos pacientes ha sido significativo, y que con su abolición existe el riesgo de regresar al conocimiento de esa área previo al DSM-III. Además, esa investigación y propuestas de tratamiento han sido generadas principalmente por investigadores procedentes de la salud mental, por lo que se correría el riesgo de detenerla si dejan de ser clasificados en el Eje I. Por otra parte, consideran que no existen motivos para esperar que los médicos especialistas no psiquiatras se preocupen más por los trastornos somatomorfos, si estos pasan a clasificarse en el Eje III. Por otra parte, el hecho de que los tratamientos más efectivos sean de tipo psicosocial apoya su ubicación en el Eje I.

La mayoría de los pacientes con otros trastornos mentales (p.e., ansiedad o depresión) también buscan ayuda principalmente en los médicos de atención primaria, en lugar de en profesionales de salud mental. Además, la búsqueda de ayuda la realizan habitualmente a través de quejas de síntomas físicos y no por manifestación de problemas “mentales”. Característica que también es común en los pacientes con trastornos de pánico y depresión, por lo que este no puede ser un motivo que justifique la reubicación del TS en el eje III (Rief et al 2005).

¹¹ Para ver la fundamentación empírica del TS ver cap. 1 (pp., 12-18), en este texto.

Siguiendo a Starcevic (2006), consideran que la aceptación o no aceptación del paciente del diagnóstico, no puede ser un criterio para decidir donde ha de ubicarse la clasificación de éste. Es improbable que el problema de la estigmatización se resuelva simplemente trasladando los diagnósticos al eje III. La no aceptación del diagnóstico no es cuestión del término que se utilice. La aceptación depende de la explicación que se proporciona, y no de que el diagnóstico de los síntomas “funcionales” sea clasificado en el Eje I, o en el Eje III (Rief et al., 2006). La aceptación mejorará con el incremento del conocimiento respecto al problema y el desarrollo de guías de cómo explicar el diagnóstico y cómo manejar a esos pacientes.

Los autores consideran adecuados los términos somatomorfo y somatización, ya que sugieren la presencia de síntomas de una enfermedad que no pueden verificarse a través de pruebas diagnósticas (y se ha demostrado que ese concepto es comprensible tanto para los médicos como para los pacientes). El término trastorno funcional es también adecuado porque implica que lo que está afectado es el funcionamiento de un órgano pero no el órgano propiamente. Pero este término ha generado menos investigación y la investigación actual está asociada a la terminología de los trastornos somatomorfos. La expresión “síntoma no explicado médicamente” no debe ser confundida con un término diagnóstico, pues únicamente describe un síntoma que puede ser llamado también somatización o síntoma somatomorfo.

Sin embargo, están de acuerdo con Mayou y colaboradores en que la clasificación actual debe ser mejorada de modo sustancial a partir de los hallazgos clínicos y epidemiológicos, pero consideran que abolir o separar las categorías sería un paso atrás del DSM. A este respecto, consideran que “el cuadro clínico de los síntomas somáticos inexplicados y factores psicológicos asociados, representa a un trastorno similar a muchos otros trastornos: definidos por síntomas, por un síndrome (clúster de síntomas) y por otros criterios, como son el tipo de inicio, curso, nivel de gravedad, además de otras características que los delimitan respecto a otros cuadros. Como los síntomas inexplicables son muy comunes en la población, necesitamos un medio para diferenciar las condiciones normales de las clínicas. La comprobación de los criterios de un diagnóstico es un buen medio para lograr ese objetivo” (Hiller y Rief, 2005, p. 106).

Las críticas y comentarios de Rief y colaboradores a la clasificación actual pueden resumirse en los siguientes aspectos:

- El umbral del trastorno de somatización es excesivamente alto y el trastorno somatomorfo indiferenciado está pobremente definido, por lo que los criterios actuales son poco útiles en la práctica. Los puntos de corte y listas de síntomas deben ser validados empíricamente.
- Es necesario incluir características psicológicas que sean específicas y relevantes en el mantenimiento y desarrollo de los síntomas¹². Hay varios instrumentos con validez psicométrica que han mostrado las características específicas de los trastornos somatomorfos.
- La clasificación basada en el recuento de síntomas ha sido un concepto muy criticado, pero consideran que el número de síntomas también es una característica importante para predecir el curso y pronóstico.
- La investigación actual ha puesto de manifiesto que las diferentes clasificaciones propuestas para los cuadros clínicos caracterizados por síntomas somáticos no explicados muestran un solapamiento significativo, y que las nuevas propuestas no llevan a resultados muy diferentes a los ya existentes. Además, hay una importante evidencia que indica que los distintos cuadros clínicos de trastornos “funcionales” incluidos en la CIE-10 (p.e., dispepsia, colon irritable, dolores de cabeza) describen a los mismos tipos de pacientes que los se presentan con quejas múltiples (somatización). Por tanto, podría ser útil incluir estos trastornos (p.e., fatiga crónica, colon irritable, dolor crónico) dentro de la categoría general que englobe a los pacientes con síntomas somáticos no explicados. Una nueva clasificación debe llevar a una reducción del número de subdiagnósticos y síndromes relacionados, agrupando en uno solo, los diagnósticos de síndromes no explicados.
- Las clasificaciones basadas en cuadros monosintomáticos o relacionados con un único sistema orgánico, resultan poco fiables porque muchos de estos pacientes acaban padeciendo síntomas de otros sistemas.

¹² Para una exposición más detallada de las características psicológicas asociados al TS véase el capítulo 4.

- La utilización que los médicos hacen de los índices de síntomas no explicados médicamente está repleto de errores, ya que no resultan fiables para identificar a los pacientes que reciben esta etiqueta. Los nuevos criterios deben ser más fiables y válidos de modo que resulten útiles para diferenciar aquellos pacientes que presenten algún síntoma de los que puedan ser etiquetados como patológicos.

Por lo tanto, concluyen, la situación no es tan mala como Mayou y colaboradores piensan, y la abolición sería más perjudicial que su mantenimiento como trastornos mentales en el Eje I. Basándose en los acercamientos descriptivos, “identificados en múltiples estudios”, proponen cuatro principales tipos de presentaciones clínicas que deben ser incluidas bajo el término genérico de trastornos somatomorfos (ver tabla 5.4).

Tabla 5.4. Tipos de presentación clínica de los pacientes que presentan síntomas somatomorfos (Hiller y Rief, 2005)

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES SOMATOMORFOS (Hiller y Rief, 2005)	
1.	Pacientes que sufren de múltiples síntomas en diferentes partes del cuerpo (polisintomáticos).
2.	Pacientes que sufren por un único tipo de síntoma en un único sistema (monosintomático). (La diferencia entre los dos primeros la justifican porque el pronóstico de los polisintomáticos es peor.)
3.	Pacientes en los que la característica clínica más prominente es ansiedad por la salud y convicción de enfermedad (Hipocondría). A la que también proponen cambiar la denominación a “preocupación excesiva por la salud”.
4.	El actual Trastorno dismórfico corporal.

5.3 CONSECUENCIAS DEL DEBATE: NUEVAS PROPUESTAS DE CLASIFICACIÓN

Como consecuencia del intenso debate y la necesidad de una *modificación radical* de la categoría para el DSM-V, a mediados de esta década se crearon dos foros de trabajo y discusión de enorme envergadura científica: *The Conceptual Issues in Somatoform and Similar Disorders* CISSD Project, y el encuentro de expertos internacional en *Presentación Somática y Trastornos Psiquiátricos*, organizado conjuntamente por el APA y la OMS. Cada uno de ellos se ha visto reflejado en un número monográfico en dos de las principales publicaciones científicas orientadas a la investigación de los trastornos somatomorfos y psicósomáticos. En concreto, como resumen de la conferencia APA/OMS se publicó un número monográfico en 2007 (nº 68, pp., 827-900) de la revista *Psychosomatic Medicine* (dependiente de la *American Psychosomatic Academy* y de la *American Psychiatry Association*). Por otra parte, las reflexiones del CISSD Project, promovido por Richard Sykes, en conferencias celebradas en 2005 en Londres y en 2006 en Oxford y en Indianapolis (Kroenke et al., 2007), fueron reflejadas en el número 60 de abril de 2006 en la *Journal of Psychosomatic Research* (publicación oficial de la *European Association for Consultation-Liason Psychiatry and Psychosomatics*). Un encuentro previo, con características y participantes muy similares, fue el celebrado en Marburg (Alemania), en febrero de 2002, con expertos en trastornos somatomorfos, que también dio lugar a la publicación de un número monográfico sobre aspectos controvertidos de los trastornos somatomorfos en *Journal of Psychosomatic Research* (nº 56, abril de 2004).

Una de las principales críticas vertidas por Wise y Birket-Smith (2002) respecto a la elaboración de los criterios de los trastornos somatomorfos en las sucesivas versiones del DSM, era que en los “*Work Group*” para los trastornos somatomorfos estaban constituidos únicamente por investigadores norteamericanos, con ausencia de otros expertos internacionales¹³, y que este aspecto era un factor decisivo en la

¹³ En su editorial Wise y Birket-Smith (2002) mencionan a algunos de los investigadores, no norteamericanos, que deberían participar, de algún modo, en el *work group* que se constituya para el DSM-V. Con la excepción de C. Bass, el resto de autores que mencionan (P. Fink, G. Fava, R. Mayou, M. Sharpe, W. Rief, V. Starcevic) han participado activamente en los distintos grupos de trabajo.

conceptuación final del cuadro. Como hemos insistido previamente, los criterios del trastorno de somatización del DSM-III fueron, como muchos otros trastornos del DSM, fruto de los esfuerzos de los investigadores de la Universidad de Washington para lograr una clasificación basada en criterios válidos y operativos (Feighner, et al., 1972; Spitzer et al., 1975), y han sido investigadores muy vinculados a ese grupo quienes dirigieron la elaboración de los criterios diagnósticos en las sucesivas versiones del manual de la APA. Parece, por tanto, que la afirmación de Vaillant (1984) de que “por alguna extraña razón el síndrome de Briquet es raramente diagnosticada fuera de Missouri, Kansas o Iowa” (p. 523), puede dejar de ser válida para los futuros criterios del DSM-V, al incluir en su elaboración investigadores de diferentes procedencias.

Junto con estos encuentros y grupos de trabajo, otros autores relevantes han presentado sus propuestas de clasificación. Comentamos a continuación las propuestas que consideramos más relevantes. Aunque la mayor parte han sido realizadas a partir de la editorial de Mayou et al. (2003) y del anuncio de la preparación de la “agenda” para el DSM-V (Phillips et al., 2003), existían ya algunas revisiones críticas respecto a la categoría, que también comentamos. Por otra parte, aunque puede ser arbitraria la distinción, no hemos considerado que las propuestas empíricas de criterios alternativos al trastorno de somatización, realizadas desde finales de la década de 1980 y durante la década de 1990 (p.e., Escobar et al 1987; Kroenke et al., 1997) deban ser presentadas aquí. Primero, por motivos cronológicos, segundo por el carácter empírico y no tanto teórico o conceptual de éstas, y tercero, porque aunque estas propuestas se enmarcan en la crítica científica a la categoría, su pretensión no era la de establecer un debate orientado directamente a influir en una futura clasificación *oficial*, sino que su finalidad era aportar trabajos empíricos que permitieran un manejo práctico y realista de estos pacientes. Otros trabajos recientes, aunque han tenido una importante repercusión, como la revisión de los conceptos de “somatización de presentación” y “somatización funcional” de DeGuch y Fischler (2002), no son incluidos aquí al no proponer explícitamente unos nuevos criterios para los trastornos somatomorfos.

5.3.1. W. Rief y M. Sharpe (2004): Intento de acercamiento de posturas dentro del debate.

En abril de 2004 W. Rief y M. Sharpe, investigadores con posturas enfrentadas en el debate que se acaba de comentar respecto a si los trastornos somatomorfos deberían ser clasificados o no como trastornos mentales, presentaron en una editorial las principales cuestiones de debate respecto a los trastornos somatomorfos surgidos en un encuentro internacional celebrado en Febrero de 2002¹⁴ en Marburg. Rief y Sharpe (2004) plantean que existe un significativo consenso entre los investigadores y clínicos respecto a la inadecuación para la práctica clínica de la mayoría cuadros descritos en la categoría de trastornos somatomorfos, y plantean la necesidad de desarrollar una definición más amplia. Aparte de plantear algunos de los principales temas que han de ser debatidos, proponen una serie de características que han de tomarse en consideración para el desarrollo de una nueva clasificación. Como aspecto más relevante plantean que, a pesar de la ambigüedad del concepto “síntoma no explicado médicamente”, consideran que es comprensible y de utilidad para la mayor parte de los profesionales de la salud, y debe continuar siendo el corazón de la nueva clasificación. Sugieren también que los criterios deben incluir ciertas características psicológicas y conductuales que tienen ser identificadas en los pacientes para que el diagnóstico pueda efectuarse. El resumen de su propuesta se presenta en la tabla 5.4.

5.3.2 Buscando un punto de encuentro: *The Conceptual Issues in Somatoform and Similar Disorders (CISSD) Project (Kroenke et al., 2007)*

Como síntesis y muestra de la sinergia del trabajo desarrollado en el marco del proyecto CISSD, en el que participan 25 relevantes investigadores¹⁵, encontramos las recomendaciones para los criterios diagnósticos del DSM-V, propuesta en Kroenke, et

¹⁴ Algunos de los participantes de este encuentro fueron A. Barsky, E. Blanchard, F. Creed, J. Escobar, B. Fallon, P. Fink, R. Gevitz, P. Henningsen, W. Hiller, A. Janca, K. Kroenke y H. Ursin.

¹⁵ Aparte de Kurt Kroenke, Michael Sharpe y Richard Sykes, el resto de componentes del CISSD son: Natalie Banner, Arthur Barsky, John Bradfield, Richard Brown, Frankie Campling, Francis Creed, Veronique de Gucht, Charles Engel, Javier Escobar, Per Fink, Peter Henningsen, Wolfgang Hiller, Kari Ann Leiknes, James Levenson, Bernd Löwe, Richard Mayou, Winfried Rief, Kathryn Rost, Robert C. Smith, Mark Sullivan y Michael Trimble.

al. (2007). En este trabajo se plantea lo que los autores consideran las principales cuestiones clave en el debate. Y aunque probablemente los puntos de divergencia continúan siendo más que los de consenso, los autores esbozan también los puntos de acuerdo más significativos bajo el rótulo de “recomendaciones”.

5.4. Características de los trastornos somatomorfos relevantes para su clasificación (Rief y Sharpe, 2004)

-
1. El paciente sufre por síntomas físicos no suficientemente explicados por una condición médica conocida (especificar: monosintomático o polisintomático)
 2. Debe estar presentes un cierto número de las siguientes características:
 - a. Tendencia a malinterpretar sensaciones corporales como signos de enfermedades graves
 - b. Incapacidad para tolerar sensaciones somáticas
 - c. Excesiva búsqueda de ayuda médica (conducta anormal de enfermedad)
 3. Puede identificarse un mecanismo fisiológico
 4. El trastorno debe ser persistente y asociado con malestar o disfuncionalidad.
-

Los elementos clave del debate, para los que todavía no existe consenso, son para Kroenke et al. (2007) ocho (ver tabla 5.5). En primer lugar se refieren a la cuestión de qué colectivos deben estar implicados activamente en el proceso de diseñar una revisión de la categoría, entre los que se encontrarían los profesionales de salud mental, pero también los médicos no psiquiatras y, tal vez con especial relevancia los pacientes, dado el papel estigmatizante con que es vivida la etiqueta de trastorno somomorfo. La segunda cuestión se refiere al debate sobre la terminología más adecuada: ¿somatización, síntomas funcionales, síntomas no explicados? En tercer lugar, si deben ser clasificados como enfermedad mental (Eje I) o como trastorno médico (Eje III). Cuarto, la dificultad para determinar qué es un “síntoma médico no explicado” y si ese concepto debe ser el punto central del diagnóstico. En quinto lugar, dilucidar la relación entre trastornos somatomorfos y trastornos funcionales (fibromialgia, fatiga crónica, etc.) ¿Deben ser clasificados conjuntamente? Sexto, si el número de síntomas debe tomarse como criterio o punto de corte, o resulta más

válida una aproximación dimensional, como un continuo. Y por último, aspectos concretos en la evaluación de los síntomas, como por ejemplo: ¿es de utilidad organizar los síntomas en clústeres?, ¿han de evaluarse los síntomas durante toda la vida o únicamente los presentes en el momento actual?, ¿aporta algo a la evaluación disponer de listados de síntomas específicos? Otro aspecto que los autores consideran relevante, pero que “no ha sido incluido en la agenda del CISSD Project” es el referente a la comorbilidad y el solapamiento de estos diagnósticos con otros de ansiedad y depresión.

Tabla 5.5. Preguntas clave a tener en cuenta en la revisión de los trastornos somatomorfos (CISSD, proyect; Kroenke et al., 2007)

-
1. ¿Quiénes deberían tomar las decisiones respecto al DSM-V?
 2. ¿Deben ser abolidos términos y conceptos como somatización y somatomorfo?
 3. Los cuadros actualmente diagnosticados como trastornos somatomorfos, ¿siguen siendo un trastorno del Eje I o deben ser clasificados en el Eje III?
 4. ¿Debe ser la “no explicación” médica del síntoma un constructo central en el diagnóstico de los trastornos somatomorfos?
 5. ¿Cómo deberían ser clasificado los síndromes somáticos funcionales?
 6. ¿Deben emplearse los recuentos de síntomas para definir los diagnósticos de trastornos somatomorfos?
 7. ¿Es necesaria la pregunta acerca del recuerdo de síntomas a lo largo de la vida?
 8. ¿Es útil el agrupamiento de síntomas?
-

Las recomendaciones para la revisión de los trastornos somatomorfos en el DSM-V son propuestas independientemente para cada trastorno. Respecto al trastorno de somatización, y con total consenso, plantean la necesidad de que los criterios sean más inclusivos (menos restrictivos), lo que podría hacerse de dos formas: 1) modificando la definición del trastorno de somatización de modo que incluya un menor número de síntomas y 2) manteniendo la actual definición pero añadiendo una nueva categoría con un umbral más bajo. Para esta nueva categoría, menos restrictiva, existen varias propuestas de criterios diagnósticos a partir de las investigaciones generadas en los años precedentes (trastorno de somatización abreviado, trastorno

multisomatomorfo, trastorno por malestar somático, etc.), aunque sin un claro acuerdo de cuál es la más adecuada.

A modo de ejemplo, y con la finalidad de estimular el debate y su mejor delimitación, los participantes del CISSD proponen unos posibles criterios para el trastorno de somatización, que presentamos en tabla 5.6. La definición incluye significativamente tanto elementos psicológicos, conductuales, como afectivos, cognitivos y atribucionales. No obstante, son varios los aspectos sobre los que no existe consenso, como por ejemplo, si debe ubicarse el trastorno en el Eje I o en el Eje III, o si ha de mantenerse el término “somatización” o ha de sustituirse por otros, como los de “trastorno por síntomas físicos”, “trastorno por síntomas somáticos” o “trastorno multisomatomorfo”. Respecto a la categoría actual de trastorno somatomorfo indiferenciado, existe completo acuerdo en que, tal y como está actualmente definida, no resulta de utilidad y debe ser eliminada.

Respecto al trastorno por dolor, proponen que este sea codificado en el Eje III, especificando el tipo de dolor o condición (cefalea, fibromialgia, dolor en el pecho no cardíaco, etc.) Si se identifican otros factores psicológicos, deben codificarse en el eje I como un trastorno dual, bien como un trastorno específico (depresión mayor, trastorno de pánico) o como “factores psicológicos que afectan a una condición médica general”. También proponen que las condiciones mono-sintomáticas/sindrómicas (p.e., síntomas somáticos simples como dolor de espalda o mareo, o sindrómicos como fibromialgia, color irritable o fatiga crónica), deben clasificarse en el Eje III. Los autores ponen de manifiesto que los criterios así definidos ocasionan una situación conflictiva, ya que, si existe un cuadro mono-sintomático/sindrómico este se clasifica en el Eje III, pero este es reclasificado en el Eje I si el cuadro pasa a ser poli-sintomático. Para resolver este conflicto, plantean que para ser clasificado como trastorno de somatización debería, aparte de los síntomas, cumplir algún otro criterio psicológico y/o conductual (ver Tabla 5.6).

Respecto al trastorno hipocondriaco, existe consenso para sustituir el actual término por el de “trastorno de ansiedad por la salud” y que los criterios han de redefinirse sobre la base de los nuevos datos empíricos (p.e., la falta de validez de la

etiqueta de “ineficacia de las reaseguraciones médicas”). Respecto a dónde ha de ser ubicado, del mismo modo que para los trastornos disociativos y el trastorno dismórfico corporal, se proponen dos alternativas. En primer lugar, podrían ser mantenidos dentro de la categoría común de trastornos somatomorfos o, por otra parte, podrían ser desplazados a otras: el trastorno hipocondríaco dentro de los trastornos de ansiedad, el trastorno conversivo junto con los trastornos disociativos, y el trastorno dismórfico corporal dentro del trastorno obsesivo-compulsivo.

Tabla 5.6. Ejemplo de criterios para una *definición más inclusiva del trastorno de somatización (CISSD, proyect)*

DEFINICIÓN MÁS INCLUSIVA DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (CISSD, proyect)
<p>A. Síntomas físicos que habitualmente causan molestias y no se explican mejor por otro trastorno médico o psiquiátrico. Los síntomas somáticos centrales de los trastornos de ansiedad o depresión no son tenidos en cuenta para el diagnóstico del trastorno.</p> <p>B. Los síntomas causan significativo deterioro social u ocupacional.</p> <p>C. Están presentes dos o más de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Múltiples síntomas físicos. Los síntomas que constituyen un clúster de un síndrome somático específico (p.e., colon irritable o fibromialgia) se contabilizan como un único síntoma y no como múltiples síntomas. 2. Componente atribucional: tendencia a atribuir los síntomas a un trastorno médico general no diagnosticado, a pesar de un trabajo médico adecuado o reiterado. 3. Componente afectivo: ansiedad por la salud, manifestada por miedo a tener una enfermedad grave (pero no tan intenso o persistente que cumpla totalmente con los criterios de trastorno de ansiedad por la salud). 4. Componente cognitivo: rumiación acerca de los síntomas, atención selectiva, frecuente autoobservación o catastrofización (p.e., miedo a un progresivo empeoramiento a pesar de reaseguración). 5. Componente conductual: elevado número de visitas médicas, requerimientos de repetición de pruebas, búsqueda de diferentes opiniones de especialistas por los mismos síntomas.
<p>^a No hay acuerdo unánime para estos criterios en el CISSD proyect. Se proponen varios nombres pero sin consenso (trastorno de síntomas somáticos, trastorno de síntomas físicos, trastorno multisomatomorfo, trastorno polisomatomorfo).</p> <p>^b Podrían incluirse especificaciones adicionales para duración (p.e., crónico, definido como > 2 años) y gravedad (p.e., definida por puntuación en una escala de síntomas somáticos).</p>

Otras recomendaciones se refieren a la necesidad de eliminar el lenguaje que pudiera ser potencialmente peyorativo como *Dr. shopping*, *pseudo-neurologico*, *malinterpretación de síntomas corporales*, o la utilización, en general, de “términos exagerados y floridos”. Finalmente, también plantean la necesidad de homogeneizar la terminología y las categorías de la CIE y del DSM, lo que implicaría eliminar la etiqueta de neurastenia y disfunción autonómica somatomorfa en la futura edición de la CIE.

5.3.3. V. Starcevic (2006) ¿Necesitamos los trastornos somatomorfos?

Otra de las aportaciones recientes al debate respecto al futuro de los trastornos somatomorfos es la de Starcevic (2006), quien, después de realizar una extraordinaria disección del problema de la terminología, manifiesta su punto de vista respondiendo a cuatro cuestiones que considera básicas.

Este importante autor considera que, para resolver los dilemas planteados en torno a la categoría de los trastornos somatomorfos, es necesario que primero podamos responder a una serie de sencillas preguntas, “antes de realizar trascendentales pero altamente hipotéticas y aparentemente sesgadas predicciones” (p. 279). Esas preguntas son: 1) ¿existen trastornos caracterizados por síntomas físicos que no son explicados por condiciones medicas? 2) Si estamos de acuerdo en que existen, ¿deben formar un grupo separado? 3) Si es así ¿qué debería incluirse en el grupo? y 4) ¿Dónde debe estar clasificado ese grupo?

Respecto a la primera pregunta, considera que existe un claro consenso de que esos trastornos existen. Respecto a la segunda pregunta, su opinión es que el malestar ocasionado por la presencia de síntomas físicos, como característica clave de trastornos somatomorfos, es suficiente como base para agruparlos conjuntamente, porque esos síntomas constituyen en primer lugar la *presentación* del paciente, es su principal motivo de búsqueda de ayuda, y son los que ocasionan la mayor parte del deterioro funcional e incapacitación del paciente. Por tanto, considera que el grupo de trastornos somatomorfos (si así es denominado en el DSM-V) debería mantenerse

como trastorno mental, en la medida que no tengamos explicación médica para los síntomas de los pacientes.

En cuanto a los trastornos que deberían componer la categoría, está de acuerdo con la mayoría de las opiniones respecto a que el trastorno dismórfico corporal debería ser ubicado en otro lugar. Por otra parte, considera que el caso de hipocondría es más complejo al ser este un trastorno heterogéneo que puede asociarse con los trastornos de ansiedad de diferentes formas, pero también con depresión, trastornos somatomorfos o con el trastorno obsesivo compulsivo. Además, a diferencia del resto de cuadros, la hipocondría no se define tanto por la presencia de síntomas, como por un estilo disfuncional de valorar y experimentar la salud, la enfermedad y los síntomas, junto con sus características conductas de enfermedad. El resto de trastornos que actualmente componen el grupo (trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado y trastorno por dolor), según Starcevic, deben mantenerse dentro de una misma categoría, resolviendo los problemas diagnósticos y conceptuales planteados en el debate actual. Es especialmente relevante su opinión de que el trastorno de somatización debería abarcar también a algunos (o todos) los síndromes somáticos funcionales (p.e., síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, colon irritable, o dolor torácico no cardíaco).

Finalmente, en relación a la ubicación de la categoría, plantea que, hoy por hoy, clasificar los trastornos somatomorfos entre los trastornos mentales exclusivamente o por el contrario, entre las condiciones médicas exclusivamente, no está justificado. Propone que podrían ubicarse en un nuevo grupo, o en una categoría separada, que debería situarse en el imbricado territorio entre los trastornos mentales y físicos. Respecto a la posible denominación de esta categoría, entre las alternativas que se manejan en la literatura su propuesta personal es denominarlos como “síndromes por malestar psicossomático” (*Psychosomatic distress syndromes*).

5.3.4. K. Kroenke (2006): Trastorno de síntomas físicos

Otra alternativa específica al trastorno de somatización la encontramos en Kroenke (2006). Este autor realiza una propuesta tanto de cambio de nombre, como

de criterio y de estatus de enfermedad (física vs. mental) para la condición clínica de pacientes con síntomas somáticos no explicados. Kurk Kroenke, significativo representante de la medicina psicosomática estadounidense, es uno de los autores firmantes de la editorial de 2005 de Mayou y colaboradores, en la que enmarca su “trastorno de síntomas físicos”. Considera que su propuesta ofrece una categoría más sencilla y general para incluir a los pacientes que presentan las características clínicas del “espectro de somatización”.

Su justificación de una nueva propuesta se basa en lo que considera seis limitaciones de los actuales criterios: 1) la dificultad para tener certeza cuando un síntoma es “medicamente inexplicado”; 2) Lo excesivamente restrictivo de la definición de trastorno de somatización; 3) La sobre-psicologización que supone que un trastorno basado en síntomas físicos pertenezca al Eje I; 4) La existencia de un significativo solapamiento clínico entre síntomas somáticos específicos (fatiga, dolor espalda) y síndromes (fibromialgia); 5) La falta de fiabilidad de la evaluación de síntomas a lo largo de la vida; y 6) La dificultad de evaluar un listado de síntomas excesivamente extenso.

La propuesta de Kroenke puede entenderse como una extensión de trabajos previos del autor, como la propuesta del “trastorno multisomatomorfo” (Kroenke et al., 1997), o el desarrollo del Patient Health Questionnaire (PHQ-15) como una instrumento para evaluar la gravedad de los síntomas somáticos (Kroenke, et al., 2002).

Kroenke (2006) establece unas recomendaciones para los criterios diagnósticos del trastorno de síntomas físicos (ver tabla 5.7). De estas recomendaciones, las características más destacables son, por un lado, la agrupación en un mismo diagnóstico de todo tipo de cuadro sintomático o sindrómico caracterizado por síntomas físicos no explicados completamente. Por otro parte, es también significativa la propuesta de evaluación a partir de un listado específico de únicamente 15 síntomas, operacionalizados en una escala (PHQ-15), que sirve también como instrumento para determinar la gravedad del cuadro. Finalmente, no establece en los criterios ningún aspecto conductual, cognitivo o afectivo.

Tabla 5.7. Criterios diagnósticos para el *trastorno de síntomas físicos*. Kroenke (2006)¹

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS FÍSICOS (Kroenke)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno o más síntomas físicos <i>presentes habitualmente</i> y que causan deterioro social, ocupacional o de otro tipo en áreas importantes de funcionamiento. 2. Los síntomas no son <i>explicados completamente</i> por otra condición médica o psiquiátrica, con la excepción de los síndromes manifestados únicamente por síntomas físicos (p.e., síndrome de colon irritable, fibromialgia, cefalea tensional, fatiga crónica, trastorno temporo-manibular, cistitis intersticial, etc.) 3. Duración de al menos 6 meses. 4. Especificaciones adicionales. <ol style="list-style-type: none"> a. La gravedad de los síntomas puede ser graduada de: leve (5-9), media (10-14) o alta (15 o más), de acuerdo con la puntuación en la PHQ-15. b. El tipo de síntomas o síndromes pueden ser especificados (p.e., “dolor de espalda”, “mareo”, “síndrome de colon irritable”). 5. Debe ubicarse en el Eje III 6. Sustituye a varios trastornos somatomorfos: trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado y trastorno por dolor.

¹ La cursiva es del autor.

5.3.5. Clasificación de somatización y síntomas somáticos funcionales para atención primaria (Fink et al., 2005)

Fink, Rosendal y Olesen (2005) se hacen eco de la crítica de Sharpe y Mayou (2004), pero consideran que el constructo de trastornos somatomorfos ha sido de gran importancia práctica a pesar de las limitaciones. Por tanto, opinan que no debe ser eliminado (“un cierto grado de oscuridad es más útil que una brillante pseudoclaridad”; p. 776). Proponen una reclasificación descriptiva de los síntomas somáticos funcionales y de la “preocupación no justificada sobre la salud”, para uso clínico e investigación en atención primaria. La necesidad de una nueva clasificación la justifican a partir de la repercusión que para los pacientes y la sociedad tienen estos cuadros, y los problemas que los médicos de atención primaria tienen para hacer un diagnóstico a partir de las clasificaciones actuales: una precondition para poder tratar los síntomas somáticos funcionales es que sean identificados. Los *síntomas somáticos funcionales*, en opinión de los autores, pueden ser considerados como un mecanismo básico de expresión del estrés. Otros mecanismos de respuesta al estrés son los

síntomas depresivos, de ansiedad, trastornos cognitivos, trastornos del sueño o baja energía.

La propuesta de los autores incluye 7 categorías (ver tabla 5.8), que abarcan la mayoría de las presentaciones clínicas de síntomas no explicados que puedan darse en atención primaria. Cada una de las categorías es valorada en una dimensión de gravedad. Como primera categoría incluyen la presentación subclínica de *consulta de salud*, muy habitual en atención primaria, que se refiere a las consultas para chequeos de salud por quejas que no son indicios de enfermedad, ni tienen tampoco un impacto significativo en el funcionamiento psicosocial. El paciente pregunta para ser reasegurado de que no tiene una enfermedad y no requieren tratamiento. Consideran que puede ser objeto de discusión si se trata de una forma leve de hipocondría, o una conducta normal, y plantean la duda de subclasificar a los pacientes como “con probable enfermedad médica” o “con probables síntomas funcionales”. La segunda categoría, *reacción natural de malestar (“(dis)stress”)* se refiere a la reacción natural a situaciones traumáticas o de tensión (pérdida de trabajo, divorcio, etc.).

Las dos siguientes categorías, de especial interés para el objeto del presente trabajo, se refieren a los cuadros con presencia de síntomas funcionales significativos. La denominación *trastorno de malestar [“(dis)stress”] indiferenciado* hace referencia a un cuadro en el que el paciente presenta síntomas inespecíficos físicos, cognitivos, conductuales o emocionales, que generan malestar significativo, o marcado deterioro en el funcionamiento psicosocial. Si existe un estresor, la reacción supera a la esperada. Aunque el trastorno adaptativo estaría incluido en este cuadro, la presencia de un estresor identificado, no es condición necesaria para el diagnóstico. Sugiriendo, por tanto, un diagnóstico basado en la “presentación de síntomas más que en la etiología” (p.778).

La otra categoría con predominio de síntomas funcionales es el *trastorno somático funcional o trastorno por malestar corporal*, y se refiere al cuadro en el que el paciente habitualmente se presenta con múltiples síntomas funcionales que son graves y persistentes y con impacto significativo en la funcionalidad y calidad de vida del paciente. Queda por determinar si se pueden identificar subtipos, como por

ejemplo, pacientes con síntomas de un sistema orgánico predominante (p.e., subtipo gastrointestinal, musculoesquelético, etc.). La categoría incluye los actuales trastornos de somatización, trastornos somatomorfo indiferenciado, trastorno por dolor, trastorno de fatiga crónico y otros síndromes funcionales.

Tabla 5.8. Clasificación de los trastornos somáticos funcionales en atención primaria (Fink et al 2005)

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMÁTICOS FUNCIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta de salud (leve). 2. Reacción natural de malestar [(dis)stress] (transitorio). 3. Trastorno de malestar [(dis)stress] indiferenciado (moderado). 4. Trastorno somático funcional o <u>trastorno por malestar corporal</u> (de moderado a grave). <ol style="list-style-type: none"> a. (Incluye: trastornos de somatización, trastornos somatomorfo indiferenciado, trastorno por dolor, trastorno de fatiga crónico y otros síndromes funcionales). 5. Hipocondría o ansiedad por la salud (de moderado a grave). 6. Trastorno disociativo de tipo motor o sensorial (de moderado a grave). 7. Trastorno facticio y síndrome de Münchausen. (grave).

Otras dos categorías propuestas se corresponden con los otros dos actuales trastornos somatomorfos del DSM-IV, hipocondría y trastorno conversivo. Para *el trastorno hipocondriaco o trastorno de ansiedad por la salud*, sugieren criterios diagnósticos específicos, planteados por los autores en otro lugar (Fink et al, 2004). Por otra parte, para los pacientes caracterizados principalmente por síntomas pseudoneurológicos utilizan la denominación de *trastorno disociativo de tipo motor o de tipo sensorial* (según predomine la sintomatología), utilizando por tanto una terminología más cercana a la CIE-10 que al DSM-IV. Para que este trastorno sea diagnosticado es necesario que el comienzo sea inesperado y que esté íntimamente asociado en el tiempo con un evento identificable emocionalmente traumático, irresoluble, y relacionado con problemas o consecuencias intolerables.

Por último los autores consideran que debe incluirse en esta categoría el *trastorno facticio o Síndrome de Münchhausen*, trastorno que en el DSM-IV es clasificado en una categoría independiente.

5.3.6. R.D. Martin (1999): *EL rompecabezas somatomorfo*

Aunque el trabajo de Martin (1999) es algo anterior al resto de las propuestas de clasificación que estamos presentando y no parece haber tenido demasiada repercusión en éstas, sí es incluido por la mayor parte de los autores, como significativo en el debate actual (Sharpe y Mayou, 2004, Hiller y Janca, 2003, Mayou et al., 2005, Kroenke et al., 2007, Noyes et al., 2008). Además, dado su particular contenido, al ser una propuesta explícita para una modificación nueva y radical de la clasificación de los trastornos somatomorfos, junto con la relevancia del autor, creemos justificada su inclusión dentro de este capítulo.

El autor hace una dura crítica a la clasificación de los trastornos somatomorfos en el DSM. Considera que los términos introducidos (somatomorfo y somatización) perpetúan un pensamiento dualista y manifiestan, para el autor, la ausencia de interés por la fisiología de los síntomas físicos, para los que se deduce una única dirección de causalidad: el origen psicógeno exclusivo. La clasificación elimina toda posibilidad de una explicación interrelacionada de mente y cuerpo, o en palabras del autor *“rechaza la idea de que la causalidad psicósomática pueda jugar un papel en estos pacientes”* (p. 178). Otro de los aspectos que considera más críticos es la apuesta, en el DSM, por una clasificación descriptiva, a la que considera como una *“guerra”* ganada a una nosología basada en el concepto de causa, que para el autor sería la aproximación más adecuada para los trastornos psicósomáticos. El autor considera que la naturaleza descriptiva y anti-causal de la nosología DSM-IV *“confunde y engaña”* (p. 182) por lo que considera que la somatización genera un *rompecabezas (el rompecabezas somatomorfo*, titula su artículo), ya que una misma dolencia puede recibir hasta seis diagnósticos distintos. Finalmente, considera que una aproximación dimensional para los cuadros psicósomática es más apropiada que la categorial.

En síntesis, Martin (1999) considera que debe realizarse una nueva clasificación en la que tengan cabida aspectos descriptivos y causales en la nosología, que

contemple la interacción psicosomática de mente-cuerpo y la interacción entre el ambiente y el organismo. Su propuesta gira en torno a dos ejes principales: el concepto de estrés, y la presencia o no de factores ambientales en el proceso de desarrollo los trastornos. La clasificación, que es denominada por el autor como “alternativa a los trastornos somatomorfos”, es de amplio espectro e incluye todos los cuadros que, según él, pueden incluirse dentro de un contexto psicosomático.

La clasificación que propone, distingue dos bloques de trastornos. El primero incluye los que denomina trastornos externos, en los que el ambiente juega un papel sustancial, y el segundo, abarca los que califica como trastornos internos, o sea, sin relación inmediata del entorno. Los trastornos internos incluyen tres subgrupos: trastornos agudos, trastornos crónicos, y trastornos psiquiátricos que dan lugar, por interacción con el cuerpo, a una alteración física (*illness*). Los trastornos internos incluyen dos subgrupos: los no inducidos por el estrés, y los trastornos por malinterpretación. En suma, la clasificación incluye, de un modo muy descriptivo y sintomático, un total de veintiuna categorías, algunas de las cuales engloban, además, varios posibles trastornos. Entre estos trastornos, aparte de los denominados “síndromes funcionales”, se incluye una extensa tipología de cuadros que actualmente estarían incluidos en los trastornos de ansiedad, adaptativos, afectivos, del sueño, y por supuesto, en los trastornos somatomorfos. Es decir, más que una propuesta de reclasificación de los trastornos somatomorfos lo que este autor propone es una reorganización de un porcentaje muy elevado de los cuadros psicopatológicos que pueden presentarse en la clínica.

Para terminar la revisión de este trabajo mencionaremos su propuesta para clasificar el trastorno de somatización. Se plantean tres tipos o modalidades de trastorno de somatización: dos mediados por factores externos, uno de ellos de carácter agudo y el segundo de carácter crónico, en función de la duración del estresor por el que se ven afectados. Además, el de carácter crónico podría, según el autor, incluir varios síndromes (p.e., fatiga crónica, fibromialgia). Por último, se incluye, en el grupo de “trastornos internos” en la subcategoría “no inducidos por el estrés”, un tercer tipo de trastorno de somatización, al que también etiqueta como “trastorno de sustitución: los síntomas físicos son usados en lugar de síntomas emocionales”. Por

tanto, el trastorno es clasificado por la presencia o no de de estrés ambiental y los criterios de número de síntomas y diferentes sistemas orgánicos implicados no es un requisito (Martin, 1999). Como síntesis el autor comprende la somatización como una “expresión de factores emocionales” (p. 184).

Esta propuesta fue inmediatamente rebatida tras su publicación (Bass, Tyred, 2000), e incluso en una editorial en el mismo número de *General Hospital Psychiatry* en el que se publicaba (Escobar y Gara, 1999). Ambas críticas enfatizan en el problema del estrés como corazón de la nueva propuesta de clasificación, lo que consideran que puede ser una fuente de mayor confusión, al ser un concepto de difícil delimitación, operacionalización, y no medible objetivamente. Además, Escobar y Gara (1999) consideran que su intento de solución del dilema mente-cuerpo es imperfecta ya que, según estos autores, la propuesta de que el malfuncionamiento de procesos físicos y mentales interactúan para producir enfermedades, no rechaza la idea de que mente y cuerpo han sido reificados como entidades distintas y separadas.

5.3.7 R. Noyes y colaboradores (2008): Una re-conceptuación de los trastornos somatomorfos

En un trabajo reciente, Noyes, Stuart y Watson (2008) proponen una reconceptualización de los trastornos somatomorfos, a partir de un nuevo marco basado en cinco características clínicas. Las dos primeras específicas para cada uno de los diagnósticos individuales y las otras tres comunes para todos los trastornos. La primera característica la definen, en función del tipo de presentación, como “marcado y persistente malestar relacionado con la preocupación por síntomas físicos, por padecer una enfermedad, o por un defecto o daño”. La segunda característica está asociada con los comportamientos a que da lugar el malestar somático, que se definen como “marcada y persistente conducta de enfermedad relacionada con síntomas físicos, enfermedad, defecto o daño.” Los otros tres criterios son: 3) el malestar somático y las conductas de enfermedad asociadas causan deterioro en el funcionamiento físico, ocupacional o interpersonal; 4) el trastorno es crónico; y 5) el malestar no se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico. Consideran que no todos los actuales trastornos somatomorfos se adaptan igual a esta propuesta. Por ejemplo,

el trastorno de conversión, que tiende a ser agudo, no encaja en el marco de trastornos crónicos propuesto.

Los trastornos son definidos por la presencia de malestar relacionado con la presencia de síntomas somáticos, que puede tomar varias formas de presentación clínica. En este aspecto, se suman a Hiller y Rief (2005) a la hora de proponer 4 tipos de presentaciones clínicas: polisintomática, monosintomática, hipocondría, y trastorno dismórfico corporal. Aparte de los criterios generales para la categoría, realizan una propuesta específica para los dos trastornos principales (hipocondría y somatización) (ver tabla 5.9). Según los autores, esta clasificación ofrece un dibujo bien contrastado de ambos cuadros clínicos: el de hipocondría definido por persistente búsqueda de reaseguración, y la somatización por una persistente búsqueda de cuidado-rechazo. Consideran que su clasificación elimina dos de los principales problemas de los criterios actuales: por una parte, y respecto a la hipocondría, no menciona ninguna reacción a la atención médica recibida (p.e., “no aceptación de reaseguraciones”), y por otra, en relación con el trastorno de somatización, se omite el “conflictivo” concepto de síntomas no explicados.

Los autores consideran que su propuesta tiene varias ventajas: en primer lugar, adopta una perspectiva biopsicosocial frente al modelo biomédico. En segundo lugar, los trastornos no se definen a partir del criterio de ausencia de enfermedad ni por tener una respuesta inadecuada al tratamiento médico. En tercer lugar, ponen el acento en las perturbaciones conductuales, y por último, asumen una aproximación dimensional sobre el concepto de malestar somático y conducta de enfermedad, que representan una exacerbación de la normalidad (y por tanto, serían una desviación cuantitativa y no cualitativa).

Finalmente, desde un punto de vista etiológico, consideran que la propuesta se ajusta a un modelo interpersonal de somatización, según el cual las conductas manifestadas por las personas que padecen trastornos somatomorfos son la consecuencia de un apego inseguro (Stuart y Noyes, 1999).

Tabla 5.9. Criterios propuesto para trastorno de somatización e hipocondría (Noyes, et al. 2008)

Hipocondría (Trastorno de Ansiedad por la salud)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Marcada y persistente preocupación por el miedo a tener, o creer que tiene una enfermedad grave. 2. Marcada o persistente conducta de búsqueda de ayuda o autovigilancia (checking behavior). 3. El malestar somático y las conductas de enfermedad asociadas causan deterioro en el funcionamiento físico, ocupacional o interpersonal. 4. El trastorno es crónico. 5. El malestar no se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico.
Trastorno de Somatización
<ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación marcada y persistente por síntomas somáticos múltiples y quejas de malestar físico. 2. Demandas marcadas o persistentes, a pesar de que sean rechazadas, de cuidado e interés por su estado de salud, conducta de búsqueda de ayuda o autovigilancia (checking behavior). 3. El malestar somático y las conductas de enfermedad asociadas causan deterioro en el funcionamiento físico, ocupacional o interpersonal. 4. el trastorno es crónico. 5. El malestar no se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico.

5.3.8. G.A. Fava y colaboradores (2007): Factores psicológicos que afectan a una condición médica

La propuesta de Fava, Fabbri, Sirri y Wise (2007) está basada en la sección ya existente en el DSM-IV, incluida dentro del epígrafe “condiciones que pueden ser foco de atención médica” y denominada “factores psicológicos que afectan a una condición médica”. La característica esencial es la presencia de una condición médica general, además de factores psicológicos adversos para el curso o el tratamiento, o que constituyen un riesgo para la salud, y que están relacionados con respuestas al estrés. El problema de esta sección, según está actualmente definida en el DSM, es que su definición es muy vaga y no ha tenido impacto en la práctica clínica.

Los autores proponen una nueva sección en el DSM-V, con la denominación de “factores psicológicos que afectan a una condición médica”, que incluya 7 diagnósticos, 6 procedentes de los *criterios diagnósticos para la investigación*

psicosomática (Fava et al., 1995) más el trastorno hipocondriaco. Los síndromes propuestos son: 1) dentro del espectro de conducta de enfermedad: *hipocondría, fobia a la enfermedad, negación de enfermedad*; 2) como alternativas a los diagnósticos de trastorno de somatización y trastorno de conversión proponen los síndromes de *somatización persistente* y *síntomas de conversión*, a los que se añaden otros dos cuadros (*desmoralización* y *afecto irritable*) que, según los autores, describen definiciones operacionalizadas de síndromes subclínicos que pueden ser encontrados con frecuencia en consulta (ver tabla 5.10).

La categoría que principalmente sustituiría al actual trastorno de somatización es la denominada *somatización persistente*. El punto de partida para la conceptualización de este síndrome está tomada de Kellner (1994), quien sugirió que podría ser de utilidad conceptualizar a los pacientes somatizadores a partir de agrupamientos de síntomas psicofisiológicos. Los criterios se presentan en la tabla 5.10.

Tabla 5.10. Criterios para el síndrome de somatización persistente. Fava et al (2007)

SÍNDROME DE SOMATIZACIÓN PERSISTENTE (Fava et al 2007)
Tanto el criterio a) como el b) deben cumplirse:
a. La presencia de trastornos somáticos funcionales (p.e., fibromialgia, fatiga, trastornos de motilidad intestinal, astenia neurocirculatoria, síndromes urinarios) cuya duración excede de 6 meses, causan malestar y requieren reiterado cuidados médicos o deterioran la calidad de vida.
b. Síntomas adicionales de activación autonómica –implicando también a otros órganos (palpitaciones, sudoración, temblor, rubor). Además, presentan efectos secundarios excesivos al tratamiento farmacológico, lo que indica bajo umbral al dolor y elevada sugestionabilidad.

Por otra parte, la etiqueta *desmoralización* define un cuadro caracterizado por mostrar conciencia de no ser capaz de afrontar los problemas y haber fracasado en nuestras expectativas, o en las de los demás hacia nosotros. Estos sentimientos anteceden a la manifestación de un trastorno médico o exacerbando sus síntomas. Finalmente el cuadro denominado *afecto irritable* se refiere a un estado caracterizado

por ánimo irritable que requiere esfuerzos de autocontrol o puede dar lugar a conductas o manifestaciones verbales de ira. Estos sentimientos elicitán respuestas fisiológicas de estrés, que precipitan o exacerban síntomas de una enfermedad somática.

Respecto al espectro de trastornos que se relacionan con preocupaciones por la enfermedad, proponen mantener la denominación de hipocondría como un trastorno con entidad propia y no equivalente al concepto de “ansiedad por la salud”. No ofrecen una nueva definición del trastorno distinta a la del DSM-IV, aunque sí consideran que debe diferenciarse categorialmente de la *fobia a la enfermedad*, definida por el miedo persistente e infundado a sufrir una enfermedad específica (Sida, cáncer), con dudas persistentes a pesar de un adecuado examen y reaseguración. El miedo tiende a manifestarse en forma de crisis o ataques, más que ser constante como en la hipocondría. Los ataques de pánico pueden ser parte de cuadro, el objeto del miedo no cambia con el tiempo, y la duración supera los 6 meses.

El afrontamiento de los pacientes ante el miedo es distinto: la fobia implica fundamentalmente conductas de evitación y la hipocondría conductas de “doctor-shopping”. Los autores consideran que sería paralela a la relación entre el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 5.11. Trastornos incluidos en la propuesta de Fava et al (2007)

-
1. Hipocondría
 2. Fobia a la Enfermedad
 3. Negación de Enfermedad
 4. Síndrome de Somatización Persistente
 5. Síntomas de Conversión
 6. Desmoralización
 7. Afecto Irritable
-

Por último, la *negación de enfermedad* se caracterizaría por: 1) el paciente niega persistentemente tener un trastorno físico y necesitar tratamiento (p.e.,

incumple el tratamiento, se niega a buscar ayuda por síntomas serios y persistentes, presenta comportamientos contrafóbicos), como reacción a los síntomas, signos, diagnóstico o tratamiento médico para una enfermedad física. 2) El paciente ha sido adecuadamente informado de su situación médica y el tratamiento que necesita.

5.4. DIVERGENCIAS Y ACUERDOS ENTRE LAS DIFERENTES PROPUESTAS

A continuación presentamos, de forma resumida y organizada, los principales aspectos de las diferentes propuestas, con especial atención al trastorno de somatización. Aunque el grado de especificidad y alcance varía significativamente de unas a otras, las propuestas oscilan en una serie de ejes concretos que resumimos en la tabla 5.12.

En primer lugar, destaca la falta de consenso de los diferentes autores a la hora de determinar si los trastornos somatomorfos quedan mejor clasificados como trastornos somáticos o como trastornos mentales. El mejor reflejo de este dilema es la falta de acuerdo al respecto en las recomendaciones propuestas por el CISSD, Project (Kroenke, et al., 2007). Sin embargo, podemos considerar mayoritarias las propuestas que consideran el Eje I como la mejor ubicación (Rief y Hiller, 2005; Rief y Isaac, 2007; Fava et al., 2007; Martin, 1999; Fink et al., 2005; Noyes et al., 2008), siendo principalmente los autores firmantes del trabajo Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke, Sharpe (2005) los defensores de su eliminación como trastorno mental. Los principales argumentos para ambos puntos de vista ya han sido presentados. Aparte de estas alternativas, algunos autores proponen la creación de un nuevo Eje específico para éstos cuadros clínicos caracterizados por síntomas somáticos no explicados (Starcevic, 2006; Fava et al., 2007). Concretamente Starcevic (2006) sugiere que este nuevo Eje o categoría de trastornos entre lo somático y psíquico podría denominarse “síndromes por malestar psicósomático” (psychosomatic distress syndromes), esta idea también es planteada en Rief y Sharpe (2004). Por otra parte, Fava et al. (2007) proponen agrupar

los trastornos bajo la denominación de “factores psicológicos que afectan a una condición médica”.

Respecto a la denominación de la categoría, existen fundamentalmente dos propuestas, muy vinculadas con la conceptualización del trastorno como *mental* o como *somático*. En primer lugar, los autores que abogan por abolir la categoría plantean la eliminación de los términos *somatomorfo* y *somatización* (Mayou et al., 2005), planteando la denominación de síndromes somáticos funcionales. Por otra parte, la mayoría de los autores que consideran que los trastornos deben seguir siendo clasificados como trastornos mentales mantienen la denominación de trastornos somatomorfos (p.e., Hiller y Rief, 2005; Martin, 1999; Noyes et al., 2008), con la excepción de Fava et al. (2007) que proponen la denominación de *factores psicológicos que afectan a una condición médica*, como una nueva categoría con entidad propia en el Eje I. Es interesante notar que esa denominación, que actualmente existe como diagnóstico residual en el DSM-IV, es la sugerencia para diagnóstico de trastorno mental comórbido, cuando fuese necesario, para los autores que proponen su re-clasificación en el Eje III (Mayou, et al., 2005).

Para lo que sí existe consenso casi unánime es en lo inadecuado de la denominación de trastorno de somatización. Como denominación alternativa se proponen varios términos: trastorno de malestar somático, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de síntomas físicos, trastorno multisomatomorfo o trastorno polisomatomorfo, etc.

Otro aspecto en el que parece existir consenso, que además modifica sustancialmente los criterios del DSM, es la inclusión de características psicológicas/conductuales en los criterios diagnósticos. Esto es especialmente manifiesto en las propuestas que defienden su ubicación en el Eje I, con la excepción de Fink et al. (2005), donde estos rasgos no son explicitados. También, aunque no de forma explícita como criterios diagnósticos, pero sí como “descripciones multidimensionales adicionales”, estas características son incluidas en Mayou et al (2005). Algunos de estos criterios psicológicos planteados son: intolerancia a sensaciones físicas, preocupación por los síntomas, atención selectiva, múltiples

consultas médicas, tendencia a atribuir los síntomas a un trastorno médico general no diagnosticado, etc. En el capítulo anterior ya revisamos las evidencias que existen respecto a la asociación de estos rasgos psicológicos y los cuadros clínicos caracterizados por la presencia de somatizaciones.

Otro aspecto sobre el que existe consenso por la mayor parte de los autores y que, desde nuestro punto de vista, puede tener consecuencias significativas terminológicas, nosológicas, clínicas y terapéuticas en el futuro, se refiere a la clasificación de forma conjunta (como mental o somática, según los autores) de los trastornos somatomorfos –actualmente en el Eje I– y de los trastornos/síndromes somáticos funcionales –actualmente en el Eje III. Lo que implica fundir bajo una misma categoría los cuadros somatomorfos y los “psicosomáticos”, claramente diferenciados en décadas precedentes (p.e., Kellner, 1991; Levenson, 2007; López-Santiago y Belloch, 2002; Valdés, 1991). Esta propuesta está fundamentada en los trabajos que muestran que las diferentes propuestas de clasificación de síndromes somáticos funcionales se solapan de forma manifiesta (Wessely, Nimnuam y Sharpe, 1999), y que las nuevas clasificaciones de estos cuadros no dan lugar a resultados muy diferentes de las ya existentes (Dickinson, et al., 2003). Esta agrupación de múltiples síndromes bajo una misma etiqueta diagnóstica (que podría suponer un cuadro clínico con una prevalencia muy elevada) dificulta hacer una precisión respecto al criterio de duración del cuadro, a la hora de definir los criterios. Lo que ha condicionado que muchas de las propuestas no incluyan un criterio temporal y las que lo hacen, se decantan por una duración de 6 meses como criterio general y dos años para la etiqueta de crónico (Kroenke et al., 2007).

Varios autores consideran que evaluar el trastorno como un continuo de gravedad resulta especialmente pertinente en estos pacientes (Fink et al., 2005; Kroenke, 2006; Kroenke et al., 2007; Mayou et al., 2005). Aproximándose, por tanto, más a una evaluación dimensional que a una categorial (Katon et al., 1991), aspecto que está presente en muchas de las propuestas que se están realizando para el futuro DSM V en diferentes categorías diagnósticas (el ejemplo más notable es, sin duda, la referida a los trastornos de la personalidad). La propuesta de evaluación más detallada de la somatización como una dimensión de gravedad es la que ofrece Kroenke (2006),

quien operativiza la gravedad a través del resultado en la escala PHQ-15 (Kroenke et al., 2002).

Hay diferentes aspectos relacionados con la evaluación de los síntomas que son objeto de controversia. El primero se refiere al concepto de síntoma no explicado médicamente que, a pesar de ser criticado y puesto en cuestión por todos los autores, ha sido mantenido en todas las propuestas como “corazón” de la clasificación, con excepción de Noyes et al. (2008). Según este grupo, para realizar el diagnóstico de trastorno de somatización no es necesario que los síntomas origen del malestar deban ser etiquetados como no explicados médicamente.

Un aspecto que unánimemente ha sido considerado en todas las propuestas es que, para realizar el diagnóstico, los síntomas evaluados sean los presentados en la actualidad y no los referidos a lo largo de la vida del paciente, como plantean los criterios actuales del DSM-IV. Este criterio se ve avalado por los estudios que indican problemas de fiabilidad temporal en la evaluación de los síntomas somáticos experimentados a lo largo de la vida (Leiknes, Finset, Moum y Sandanger, 2008; Simon y Gureje, 1999).

Por último, respecto al criterio relacionado con la presentación de un número determinado de síntomas, y de los sistemas orgánicos que deben estar afectados, a diferencia del DSM-IV o CIE-10, la mayoría de las propuestas omiten ofrecer criterios específicos al respecto. Únicamente Rief y Isaac (2007) distinguen entre polisintomáticos o monosintomáticos, y Fink et al. (2005) sugieren que podrían diagnosticarse subtipos en función de si predominan síntomas de un sistema específico (p.e., subtipo gastrointestinal).

Como puede apreciarse, a pesar de existir algunos puntos de acuerdo casi unánime (eliminación del término somatización, inclusión de rasgos psicológicos/conductuales en los criterios, agrupación de trastornos somatomorfos y funcionales, o valoración únicamente de los síntomas actuales), persisten divergencias significativas. De éstas, algunas tienen una base fundamentalmente teórica o conceptual (la terminología más adecuada, el eje más adecuado para la clasificación, el problema de una clasificación basada en una filosofía dualista, etc.), y otras pueden

tener una respuesta de base empírica a partir de los datos que al respecto puede ofrecernos la literatura actual sobre el tema (p.e., validez de las distintas clasificaciones, qué aspectos psicológicos pueden asociarse a los cuadros caracterizados por somatizaciones, o la utilidad de incluir síntomas específicos en la nosografía).

A modo de epílogo del debate presentado a lo largo de este capítulo, en el siguiente epígrafe presentamos la propuesta provisional de nuevos criterios diagnósticos para el trastorno de somatización en el DSM-V (Dimsdale y Creed, 2009), que en gran medida, se puede considerar como un reflejo tanto de los acuerdos como de las divergencias entre los expertos.

Tabla 5. 12. Principales características de las propuestas alternativas de clasificación del trastorno de somatización

AUTORES	EJE	NOMBRE TRASTORNO	NOMBRE CATEGORIA	RASGOS PSICOLOGIC./ CONDUCTUAL	AGRUPA TS y SSF	CONSIDERACIONES ETIOLOGICAS	Dimensión de Gravedad	SÍNTOMAS EVALUADOS	CONCEPTO DE "SÍNTOMA NO EXPLICADO"	DURACIÓN
Mayou et al 2005.	EJE III	Síntomas Somáticos o S. S. Funcionales	Síntomas Somáticos o S. S. Funcionales	NO (adicional descripción multidimensio.)	SI	ETIOLOGIA MULTICAUSAL	SI	ACTUALES	SI (Síntoma funcional)	No específica
Rief Hiller, 2005 Rief, Isaac, 2007	EJE I	Polisintomático y Monosintomático	Trastornos Somatoformes	SI	SI	ETIOLOGIA MULTICAUSAL	NO	ACTUALES	SI	No específica
Rief y Sharpe, 2004	No consenso	Polisintomático y Monosintomático	Trastornos Somatoformes	SI	SI	ETIOLOGIA MULTICAUSAL	NO	ACTUALES	SI	No específica
CISSD, proyect (Kroenke, Sharpe, Sykes, 2007)	No consenso	No consenso: tde Síntomas Somáticos, Trastorno de Síntomas físicos, Trastorno Multisomatoforme o Trastorno Polisomatoforme	Trastornos Somatoformes	SI	SI	ETIOLOGIA MULTICAUSAL	SI	ACTUALES	SI	6 meses Crónico > 2 años
Starcevic, C 2005	NUEVO EJE (distinto al Eje I y Eje III)	T Somatización (No propone nueva denominación)	Trastornos por malestar psicossomático" (Psychosomatic distress syndromes).	¿?	SI	NO EXPLICITADO	NO	NO INDICADO	SI	No específica
Kronke, 2006	EJE III	Trastorno de síntomas físicos	Síntomas somáticos funcionales	NO	SI	NO EXPLICITADO	SI	ACTUALES	SI	6 meses

5. 12. (Cont.) Principales características de las propuestas alternativas de clasificación del trastorno de somatización

AUTORES	EJE	NOMBRE TRASTORNO	NOMBRE CATEGORIA	RASGOS PSICOLOGIC./ CONDUCTUAL	AGRUPA TS y SSF	CONSIDERACIONES ETIOLOGICAS	Dimensión de Gravedad	SÍNTOMAS EVALUADOS	CONCEPTO DE "SÍNTOMA NO EXPLICADO"	DURACIÓN
Fink et al, 2005¹	trastorno Mental (EJE I)	Trastorno de malestar somático (somatic distress)		NO	SI	ETIOLOGIA MULTICAUSAL	SI	ACTUALES	SI (Síntoma funcional)	No específica
Martin, 1999	Eje I	Trastorno de somatización (Externo o Interno)	Trastorno Somatoforme	NO explicitados. Inferidos del concepto Conducta de Enfermedad	SI	-ESTRÉS -Factores Ambientales vs. Internos	NO	ACTUALES	SI (Expresión corporal de factores emocionales)	AGUDO CRÓNICO
Noyes et al, 2008	Eje I	Trastorno de Somatización	Trastornos Somatoformes	SI	SI	Apego Inseguro	NO	ACTUALES	NO (El criterio de síntoma no explicado es omitido)	CRÓNICO
FAVA et al, 2007	Eje I	Somatización Persistente	factores psicológicos que afectan a una condición médica	SI	NO ²	Conducta de Enfermedad (Pilowsky)	NO	ACTUALES	SI (Síntoma funcional)	6 meses
Grupo de trabajo DSM-V	EJE I	Trastorno complejo de síntomas somáticos	Trastornos de síntomas somáticos	SI	AGRUPA TS TH T Dolor TSI	ETIOLOGÍA MULTICAUSAL	SI	ACTUALES	SI	Crónico

SSF: síndromes somáticos funcionales; TS: trastorno de somatización; TH: trastorno hipocondríaco; TSI: trastorno somatomorfo indiferenciado

¹La propuesta de Fink y colaboradores es para Atención Primaria.

5.5. GRUPO DE TRABAJO DEL DSM-V: SUSTITUCIÓN DE LA CATEGORÍA DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS POR LA DE *TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS*

El grupo de trabajo para la revisión de los trastornos somatomorfos se constituyó en febrero de 2008¹⁶ (APA, www.psych.org.dsmv) con la denominación de grupo de trabajo de *Trastornos de Estrés Somático* y que ha pasado a llamarse de *Trastornos de Síntomas Somáticos* (Dimsdale y Creed, 2009). Ésta es también la denominación que se propone para que sustituya en el DSM-V a la categoría de trastornos somatomorfos. En la primera publicación de este grupo de trabajo (Dimsdale y Creed, 2009) se plantean una serie de cuestiones sobre cuya base justifican la propuesta provisional de los nuevos criterios diagnósticos.

En primer lugar, se hacen eco de las múltiples críticas que ha recibido la categoría de trastornos somatomorfos, afirmando que es “inaceptable para los paciente e incomprensible para los médicos de atención primaria, que son quienes principalmente atienden a estos pacientes” (p. 473).

Plantean también que el concepto de “no explicado médicamente” es especialmente problemático, porque perpetua el dualismo mente-cuerpo, fundamenta el diagnóstico en un criterio negativo, y en muchas ocasiones los médicos no están de acuerdo en si un síntoma en particular es o no explicable médicamente. Por tanto, proponen que el diagnóstico se realice sobre la base de “criterios positivos”, tomando como referencia las características conductuales y psicológicas del trastorno.

Por otra parte señalan que, desde su punto de vista, no queda claro si la hipocondría y la somatización son verdaderamente trastornos distintos. Según estos autores, varios estudios han mostrado la existencia de un solapamiento significativo entre ambos trastornos (se basan en la revisión de Creed y Barsky, 2004). Consideran que las investigaciones futuras pueden verse dificultadas, más que favorecidas, al considerar de forma separada estos trastornos: “cuando su independencia es incierta” (p. 473).

¹⁶ Miembros del grupo de trabajo de los Trastornos por Síntomas Somáticos: Joel Dimsdale (Chair), Arthur J. Barsky, Francis Creed, Nancy Frasure-Smith, Michael R. Irwin, Frank Keefe, Sing Lee, James L. Levenson, Michael Sharpe, Lawson R. Wulsin, Javier Escobar.

Finalmente, también se refieren a la confusión que puede generar la comorbilidad de estos trastornos con los trastornos depresivos y ansiosos. A pesar de ser muy frecuente la comorbilidad, afirman que, “únicamente” la mitad de pacientes con elevada somatización tienen puntuaciones elevadas en ansiedad y depresión, y lo mismo ocurre con pacientes diagnosticados de síndromes somáticos funcionales. Por otra parte, la investigación ha mostrado que el tratamiento de los síntomas somáticos puede ser efectivo incluso cuando no hay mejoría en los síntomas de ansiedad y depresión. Estos datos les llevan a plantear que el diagnóstico jerárquico en estos casos no debe contemplarse, y que deben hacerse ambos diagnósticos cuando existan síntomas que lo justifiquen.

5.5.1 Propuesta de categoría: Trastornos de síntomas somáticos

La propuesta resultante del grupo de trabajo del DSM-V es una categoría diagnóstica que agrupa a un conjunto de trastornos en los que predomina la presencia de síntomas somáticos, que ocasionan malestar y disfunción psicosocial. Proponen la denominación descriptiva de *trastornos de síntomas somáticos*. Para estos autores, estos trastornos se presentan habitualmente en consultas no psiquiátricas. Consideran que los factores psicológicos pueden iniciar, exacerbar o mantener los síntomas. Los síntomas somáticos son multicausales y son comunes en la vida diaria. Esos trastornos pueden acompañar tanto a diversas enfermedades médicas, como a otros trastornos mentales. Cuando se cumplan criterios diagnósticos para un *trastorno de síntomas somáticos* y también para otro trastorno mental como, por ejemplo, depresión mayor, han de realizarse ambos diagnósticos.

La sección incluye cuatro categorías (ver tabla 5.13), que agrupa los actuales trastornos somatomorfos y los trastornos facticios.

Tabla 5.13. Trastornos incluidos en la categoría *trastornos de síntomas somáticos*. (Dimsdale y Creed, 2009)

TRASTORNOS INCLUIDOS EN LA CATEGORÍA DE <i>TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS</i> (propuesta del grupo de trabajo del DSM-V)
1. Trastorno complejo de síntomas somáticos (agudo o crónico)
2. Trastorno facticio (y trastorno facticio por poderes)
3. Trastorno de conversión
4. Síntomas somáticos no especificados

5.5.2. Propuesta de diagnóstico: Trastorno complejo de síntomas somáticos

La categoría de *trastorno complejo de síntomas somáticos* incluye las anteriores clasificaciones de trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno por dolor y trastorno hipocondriaco. El motivo de diagnosticar conjuntamente el trastorno de somatización y el trastorno hipocondriaco, según el grupo de trabajo del DSM-V, es debido a que sus similitudes son mayores que sus diferencias. Sin embargo, esta decisión ha sido objeto de las primeras críticas a esta propuesta (Rief, 2010; Schröder y Fink; 2010).

Los criterios plantean realizar el diagnóstico a partir de la identificación de características cognitivas y conductuales “positivas”, en contraposición a los anteriores diagnósticos de trastorno de somatización que implicaban, como único criterio, un diagnóstico negativo por exclusión de explicación médica de los síntomas somáticos.

El diagnóstico incluye principalmente tres rasgos en el trastorno: 1) la presencia de síntomas somáticos; 2) atribuciones erróneas, excesiva preocupación [concern] o preocupación [preoccupation] por los síntomas o por una enfermedad; y 3) el incremento de la utilización de recursos sanitarios. Los criterios propuestos de forma provisional se presentan en la 5.14. Esta propuesta ha sido sometida a discusión pública en febrero de 2010 en www.dsm5.org.

Tabla 5.14. Propuesta de criterios diagnósticos para el Trastorno Complejo de Síntomas Somáticos (Fuente: <http://www.dsm5.org>)

PROPUESTA DSM-V: TRASTORNO COMPLEJO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS
<p>(Para el diagnóstico los criterios A, B y C son necesarios)</p> <p>A. <i>Síntomas somáticos.</i> Síntomas somáticos múltiples que ocasionan malestar, o un síntoma grave.</p> <p>B. <i>Atribuciones erróneas, excesiva preocupación [concern] o preocupación [preoccupation] por los síntomas o la enfermedad.</i> Se requiere al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elevada ansiedad por la salud. 2. Las sensaciones físicas normales son interpretadas como amenazantes y dañinas. 3. Tendencia a asumir lo peor respecto a la salud (catastrofización). 4. Creencia respecto a la gravedad de los síntomas físicos, a pesar de la evidencia contraria. 5. La preocupación por la salud ocupa un papel central en su vida. <p>C. <i>Cronicidad.</i> Aunque algunos de los síntomas pueden no estar siempre presentes, el estado de encontrarse sintomático es crónico y persistente.</p> <p><i>La siguientes especificaciones opcionales pueden aplicarse al diagnóstico cuando en la presentación clínica predomina una de las siguientes:</i></p> <p><i>XXX.1 Multiplicidad de síntomas somáticos (previamente, trastorno de somatización)</i></p> <p><i>XXX.2 Elevada ansiedad por la salud (previamente, hipocondría)</i> Si los pacientes presentan únicamente ansiedad por la salud en ausencia de síntomas somáticos, puede ser más apropiado que sea diagnosticado como trastorno de ansiedad.</p> <p><i>XXX.3 Trastorno de dolor.</i> Esta clasificación está reservada para personas que presentan predominantemente quejas de dolor, y que también presentan muchas de las características descritas en el criterio B. Pacientes con otras presentaciones de dolor pueden adaptarse mejor a otros diagnósticos psiquiátricos, como depresión mayor o trastorno de adaptación.</p> <p><i>Para evaluar la gravedad del trastorno, están disponibles medidas para el grado de síntomas somáticas (véase por ejemplo PHQ, Kroenke et al., 2002). También hay escalas disponibles para evaluar la gravedad de las atribuciones erróneas del paciente y sus preocupaciones excesivas (véase por ejemplo el inventario de Whiteley, Pilowsky, 1967).</i></p> <p>Nota: Tanto los grupos de trabajo de los Trastornos por Síntomas Somáticos, de los Trastornos de Ansiedad, del Espectro de los Trastornos Obsesivos, de los Trastornos de Estrés Postraumático y de los Trastornos Disociativos están considerando la posibilidad de que, lo que se describió como hipocondría en el DSM-IV, pueda ser un trastorno heterogéneo en el que algunos individuos pueden ser mejor caracterizados si se incluyen como casos de trastornos por síntomas somáticos, mientras que otros pueden caracterizarse más adecuadamente como padeciendo un trastorno de ansiedad.</p>

PARTE II:

**MARCO
EMPÍRICO**

CAPÍTULO 1.

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, E HIPÓTESIS

1.1. JUSTIFICACIÓN

El interés fundamental al plantear esta investigación es examinar en profundidad las características psicopatológicas y la presentación clínica del Trastorno de Somatización (TS). De modo que se pueda establecer una mejor delimitación diagnóstica y clínica del trastorno respecto a otras entidades psicopatológicas con características clínicas similares, y se pueda obtener de manera fiable el diagnóstico del TS, tanto en el contexto de la Atención Primaria como en el de la Atención Especializada a la Salud Mental, ya que es en ellos donde desarrollamos nuestra actividad clínica cotidiana.

Se incluyen los aspectos de comorbilidad y diagnóstico diferencial y su consistencia como entidad clínica, es decir, la especificidad del TS en relación con otros trastornos incluidos en la misma categoría diagnóstica en los dos sistemas de clasificación psiquiátrica, los trastornos somatomorfos, con especial referencia a la hipocondría, además de con otro trastorno para cuyo diagnóstico los síntomas físicos ocupan un lugar central, el Trastorno de Pánico.

La inclusión de la Hipocondría como grupo clínico preferente de comparación con el TS se justifica sobre la base de las nuevas propuestas diagnósticas, presentadas en el último capítulo de la revisión teórica, según las cuales este trastorno es prácticamente indistinguible en una de sus presentaciones con el TS.

En cuanto a la inclusión de un grupo de pacientes con diagnósticos de trastorno somatomorfo diferentes al TS, nos parecía importante considerarlos como grupo clínico de comparación dado que pertenecen, hoy por hoy, a la misma categoría diagnóstica que el TS.

Finalmente, dado que la población general no clínica también experimenta una amplia diversidad de síntomas somáticos en distintos momentos de su vida, parecía relevante incluir un grupo de personas que fuera equiparable en cuanto a las características socio-demográficas con los otros tres grupos clínicos, que careciera de historia de trastorno mental y no presentara enfermedades médicas relevantes en el momento del estudio. Este grupo control adicional nos debería permitir esclarecer en qué medida las quejas y el malestar que los pacientes con TS experimentan en relación con sus síntomas físicos son excesivas y constituyen, por tanto, un punto de inflexión importante de cara al establecimiento de un diagnóstico de trastorno mental específico: el TS.

1.2. OBJETIVOS

Teniendo en cuenta las consideraciones precedentes, el **objetivo general** de esta investigación es poder disponer de indicadores fiables y de aplicación sencilla en la práctica clínica que permitan identificar a personas con un TS, o en riesgo de padecerlo, tanto en el contexto de la atención primaria de la salud, como en el de las consultas de salud mental.

Este objetivo general se concreta en los dos **objetivos específicos** que siguen:

1. Describir el perfil clínico y psicopatológico característico del TS: patrón cognitivo, comportamental, emocional, y de personalidad que caracteriza a pacientes con diagnóstico principal de TS mediante análisis comparativo con otros grupos clínicos que cuenten entre sus síntomas principales con síntomas somáticos, y con un grupo no-clínico.
2. Poner a prueba algunos de los postulados y planteamientos más relevantes que se han propuesto en los últimos años para explicar el TS.

1.3. HIPÓTESIS

Las hipótesis que nos planteamos en relación con los dos objetivos específicos anteriormente enunciados son las siguientes:

HIPÓTESIS 1. El TS, según es definido por el DSM-IV-TR, es una entidad clínica que puede ser diagnosticada diferencialmente respecto a otros trastornos clínicos de características similares. En consecuencia, las personas con TS, en comparación con los otros grupos clínicos con síntomas somáticos, presentan:

- a. Más síntomas somáticos de los 4 grupos de síntomas incluidos entre los criterios diagnósticos del DSM para el TS.
- b. Mayor interferencia en los distintos ámbitos de la vida cotidiana como consecuencia de los síntomas somáticos.
- c. Tendencia incrementada a atribuir sus síntomas a causas físicas.
- d. Mayor grado de frustración por su “mala salud”.
- e. Más convicción de enfermedad médica.
- f. Más insatisfacción con la atención médica que reciben y mayor uso de recursos sanitarios no relacionados con salud mental.
- g. Estilo inadecuado de comunicación del malestar y el estrés y mayor grado de alexitimia, en especial en relación con la dificultad para identificar emociones y para diferenciar entre emociones y sensaciones.

Todas estas características diferenciales comportarán, además, una mayor tendencia a experimentar sintomatología depresiva que los otros grupos clínicos, así como mayores tasas de comorbilidad con otros trastornos mentales de la esfera emocional (p.e., de ansiedad y depresivos).

HIPÓTESIS 2. Las personas con diagnóstico de TS comparten características clínicas con otros individuos con trastornos que cursan con síntomas físicos o preocupación por su estado de salud:

- a. Con la hipocondría comparten, a diferencia de los otros dos grupos de pacientes: la preocupación por el funcionamiento de su cuerpo y su salud, el miedo a la enfermedad y la muerte, el sentimiento de ser más vulnerables a la enfermedad que el resto de la gente, la excesiva atención y vigilancia de su estado de salud.
- b. Con el trastorno de pánico comparten, a diferencia de los otros dos grupos de pacientes: una tasa equiparable de síntomas cardio-pulmonares, y mayor sensibilidad a la ansiedad.
- c. Con el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno somatomorfo diferente al TS comparten, a diferencia de con los otros dos grupos clínicos (hipocondría y pánico), una mayor vulnerabilidad al estrés psicológico.
- d. Con el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno somatomorfo diferente al TS y con el grupo de hipocondríacos (es decir, con todos los pacientes que actualmente se incluyen bajo la categoría de trastornos somatomorfos del DSM) comparten una mayor tendencia a amplificar sus “síntomas” e interpretarlos como indicadores de enfermedad médica.
- e. No difieren de los otros grupos clínicos, pero sí de la población general no clínica, en tendencia a la preocupación excesiva.
- f. Presentan el mismo patrón disfuncional de personalidad que los otros grupos clínicos, con especial referencia a niveles elevados de neuroticismo, a diferencia del grupo de población general no clínica.

CAPÍTULO 2.

MÉTODO

2. 1. PARTICIPANTES

Para este estudio se han evaluado 105 personas. De ellas, 85 procedían del servicio de salud mental de Albacete y habían sido derivadas expresamente para esta investigación, y otras 20 fueron seleccionadas como muestra no clínica. Tras la evaluación de la muestra clínica se excluyeron completamente del estudio 3 pacientes, uno por presentar clínica psicótica y dos por trastorno de ansiedad diferente a trastorno de pánico (fobia social y trastorno de ansiedad no especificado, respectivamente).

Los grupos clínicos resultantes fueron los siguientes: un grupo de 23 pacientes con diagnóstico principal de Trastorno de Somatización (TS), un grupo de 22 pacientes con diagnóstico principal de Trastorno Hipocondríaco (TH), un grupo de 22 pacientes con diagnóstico principal de Trastorno de Pánico (TP) y, finalmente, un grupo de 15 pacientes con otros diagnósticos somatomorfos diferentes del TS: 4 trastornos por dolor, 5 trastornos somatomorfos indiferenciados y 6 trastornos conversivos.

Todos los pacientes fueron evaluados por el autor de este trabajo de forma individualizada y los diagnósticos se asignaron según los criterios contemplados en cada caso en el DSM-IV-TR. En el apartado de procedimiento se explica el proceso en detalle.

El grupo control no clínico lo constituyen un grupo de sujetos con ausencia de historia de trastorno mental que voluntariamente aceptaron participar en el estudio. La selección se realizó intentando equiparar las características sociodemográficas de la muestra clínica, una vez esta estuvo completada.

2.2. INSTRUMENTOS

Presentamos a continuación la descripción de los instrumentos de evaluación incluidos en el protocolo utilizado en la investigación.

2.2.1. Instrumentos para la evaluación diagnóstica

- *Entrevista semi-estructurada para la evaluación del trastorno de somatización (TS).*

Para el diagnóstico del TS se elaboró una entrevista semi-estructurada que facilitase la evaluación detallada de la historia de síntomas somáticos sin explicación médica a lo largo de la vida, junto con otros aspectos clínicos relevantes para el diagnóstico. En primer lugar se recogía la historia de enfermedades a lo largo de la vida (Anexo 3). Después se preguntaba de forma abierta por el principal problema que le ocasionaba malestar en la actualidad.

Antes de realizar una evaluación detallada de su historia de síntomas somáticos (Anexo 5) se preguntaba si se habían padecido muchos síntomas somáticos a lo largo de la vida, si en los últimos años esos síntomas habían interferido significativamente en su vida, y si los médicos habían tenido dificultades para diagnosticar o tratar esos síntomas (Anexo 4). Estas tres preguntas fueron extraídas de la entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad (ADIS-IV) de Di Nardo, Brown y Barlow (1994).

Posteriormente se evaluaba en detalle un listado de 41 síntomas, de los que 34 se corresponden con los síntomas somáticos indicados en el DSM-IV como somatizaciones, junto con los 4 síntomas cardiopulmonares incluidos en la versión del

DSM-III-R. El listado se completó con los síntomas incluidos como somatizaciones en la versión de investigación de la CIE-10 (OMS, 1993) y que no eran mencionados en los listados del DSM.

Para cada síntoma se evaluaron los aspectos siguientes: presencia, edad de inicio, existencia de una enfermedad diagnosticada que pudiera explicar su causa y el modo de presentación (continuo o intermitente). Finalmente la frecuencia y gravedad subjetiva de cada síntoma era evaluada mediante una escala likert de 0 (nada, ninguna) a 8 (continua, muy intensa).

A partir de toda esta información se valoraba, para cada síntoma individualmente, si era considerado como presente de forma significativa en la historia somática del paciente (somatización), o se trataba de un síntoma de enfermedad diagnosticada, o era un síntoma ausente en su historia somática. También se evaluaba si existía algún evento vital o situación estresante que pudiera estar relacionado con el inicio o agravamiento del cuadro somático referido en la evaluación. Finalmente se preguntaba por cuál había sido la reacción del entrevistado cuando los médicos le habían comunicado que no habían encontrado ninguna enfermedad que justificase los síntomas (Ver Anexo 4).

Una vez concluida la evaluación de síntomas somáticos se valoraba la presencia de sintomatología anímica o ansiosa a partir de una pregunta diagnóstica para cada uno de los principales trastornos incluidos en el DSM-IV. Cuando había una respuesta positiva, o se sospechaba sobre la presencia de un trastorno concreto, se completaba la entrevista diagnóstica utilizando como guía el SCID (SCID I y SCID II) para confirmar que cumplía los criterios diagnósticos (ver más abajo la descripción de esta entrevista). Como todos los sujetos clínicos eran atendidos en el servicio de salud mental de Albacete también se revisaba la historia clínica para apoyar el diagnóstico.

Los diferentes componentes del instrumento se presentan en el los Anexos 3, 4 y 5.

- *Evaluación de la interferencia de los síntomas*

Tras la evaluación de los 41 síntomas se preguntaba, mediante una escala likert de 0-8, por el grado en que los síntomas referidos afectaban la vida cotidiana en 7 áreas: relaciones con los demás, trabajo, pareja, relaciones sexuales, relaciones familiares, tiempo de ocio y globalmente. Este instrumento fue utilizado previamente en un estudio de características similares al del presente trabajo (Castañeiras, 2001).

Una copia del instrumento se presenta en el Anexo 6.

- *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, versión clínica (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID I; First Spitzer, Gibbon, William, 1997)*

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, William, 1997) es una entrevista semiestructurada para establecer los principales diagnósticos del DSM-IV. Existen dos versiones del instrumento: la versión clínica (SCID-VC) y la versión para investigación (SCID-I).

La versión clínica ha sido traducida al castellano (First et al., 2001) y permite confirmar de forma sencilla los criterios diagnósticos de los trastornos mentales más comunes. El instrumento puede ser utilizado de diferentes formas. La que se ha utilizado aquí consiste en que el clínico realiza una entrevista diagnóstica abierta y luego utiliza una parte de la SCID-VC para confirmar y documentar el diagnóstico DSM-IV sospechado (First et al., 2001).

La mayoría de estudios de validez de la versión anterior de la escala para el diagnóstico de trastorno del DSM-III-R muestra valores *Kappa* de concordancia entre investigadores por encima de 0,70 para la mayoría de los diagnósticos (Segal, Hersen y Van Hasselt, 1994). Recientemente, Lobbestael, Leurgans y Arntz, 2010 han mostrado que el instrumento presenta una fiabilidad interjueces de moderada a excelente para la mayoría de los diagnósticos del Eje I.

2.2.2. Instrumentos para la evaluación de variables clínicas directamente relacionadas con el trastorno de somatización.

- *Encuesta Respecto a las Actitudes Sobre La Salud (Health Attitude Survey, HAS; Noyes, Langbehn, Happel, Sieren y Muller, 1999).*

Es una medida breve de la somatización basada en las características clínicas y conductuales atribuidas a estos pacientes en la literatura y, especialmente, en los trabajos de Lipowski (Lipowski, 1986, 1987a, 1987b, 1988). Ha sido traducida al castellano como *Encuesta Respecto a Actitudes Sobre La Salud* y se encuentra disponible en el banco de instrumentos BIPFAES (<http://www.faes.es/>).

Para su construcción se utilizaron ítems procedentes de otros cuestionarios ya validados, como el cuestionario de conducta de enfermedad (IBQ, Pilowsky, Murrell y Gordon, 1979), la escala de alexitimia de Toronto (Taylor, Ryan, Bagby, 1985) y el cuestionario de percepciones respecto a la salud (Health Perceptions Questionnaire) (Ware, 1976). El cuestionario no evalúa directamente síntomas somáticos.

Noyes et al. (1999) han analizado las propiedades psicométricas de la escala. El instrumento es auto-administrado y la respuesta a cada cuestión ofrece 5 posibilidades de respuesta (totalmente en desacuerdo, un poco en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, un poco de acuerdo y totalmente de acuerdo). La versión definitiva del cuestionario consta de 27 ítems y fueron identificados 6 factores que explican el 61% de la varianza:

- 1) Insatisfacción con la atención médica (ítems 1 a 9)
- 2) Frustración por la mala salud (10 a 13)
- 3) Elevada utilización de servicios médicos (14 a 17)
- 4) Excesiva preocupación por la salud (18 a 20)
- 5) Estrés psicológico (21 a 24)
- 6) Disonante comunicación del estrés (25 a 27)

No todos los factores tienen el mismo número de ítems, con un rango de 3 a 9. La correlación de los factores con la escala total se encuentra entre 0,18 y 0,44.

En el estudio de Noyes et al. (1999) se comparan un grupo de pacientes somatizadores (aquellos que presentaban quejas somáticas y además recibían un diagnóstico de ansiedad, depresión o trastorno somatomorfo) frente a un grupo de no somatizadores (no “presentación somática” de trastornos de ansiedad o depresivos). La escala en su conjunto permite discriminar entre ambos grupos. Además, en la mayoría de los ítems la puntuación es significativamente más elevada en el grupo somatización. Respecto a las subescalas, en todas ellas, menos en alta utilización de servicios médicos, la puntuación es más elevada en el grupo somatización.

Los autores han propuesto como punto de corte para la detección de somatización una puntuación igual o superior a 42, con una sensibilidad del 79%, una especificidad del 74%, un valor predictivo positivo del 49% y un valor predictivo negativo del 92%. También seleccionaron los 8 ítems con mayor poder discriminativo para el trastorno de somatización (4, 5, 6, 9, 11, 20, 21 y 22) y tomando un punto de corte igual o superior a 14 la sensibilidad fue de 78%, la especificidad del 88%, el valor predictivo positivo del 67% y el valor predictivo negativo del 93%.

Finalmente estudiaron la validez externa de la escala encontrando una asociación moderada con los síntomas somáticos del PHQ-15 (Kroenke et al., 2002) y con la valoración realizada por los clínicos. Sin embargo, el estudio no presenta información respecto a la consistencia interna de la escala (coeficiente alfa).

Desde su publicación, la escala ha sido incluida en varias revisiones de instrumentos y estrategias para la evaluación de los trastornos somatomorfos (Fabbri, Fava, Sirri y Wise, 2007; Hiller y Janca, 2003) y ha sido utilizada en algunos trabajos empíricos publicados recientemente (Hausteiner et al., 2009). Finalmente, un estudio con población española respecto a la efectividad del tratamiento cognitivo conductual de la fibromialgia ha utilizado la HAS como medida de cambio (Vazquez-Rivera et al., 2009).

Una copia del instrumento se presenta en el Anexo 7.

- *Cuestionario de interpretación de síntomas (Symptom Interpretation Questionnaire, SIQ; Robbins y Kirmayer, 1991).*

Decidir cómo comportarse cuando se experimenta un síntoma somático – ignorarlo, preocuparse por él, tomar un remedio casero, o ir al médico– dependerá, en gran medida, de las creencias respecto a la causa de los síntomas en cuestión (Robbins y Kirmayer, 1991). Desde diferentes perspectivas (teoría atribucional, investigación en percepción de síntomas o la tradición diagnóstica en medicina) se han identificado tres dimensiones respecto a la atribución de síntomas, relacionadas con la conducta de enfermedad:

- 1) Factores psicológicos,
- 2) Factores somáticos o de enfermedad física,
- 3) Factores normales o ambientales.

Robbins y Kirmayer (1991) han desarrollado un instrumento, el Cuestionario de Interpretación de Síntomas (SIQ, Symptom Interpretation Questionnaire), que evalúa el tipo de atribución que se realiza sobre 13 síntomas comunes: de origen psicológico, somático, o debido a causas ambientales. Los síntomas fueron extraídos de la escala de somatización del SCL-90 (Symptom Checklist, Derogatis, 1973) y del PILL (Pennebaker Inventory of Limbic Languidness; Pennebaker, et al., 1982). La escala SIQ consta de 39 ítems, ya que cada uno de los 13 síntomas se evalúa en cada una de las tres dimensiones atribucionales utilizando escalas tipo likert de 0-3.

Los autores han estudiado las propiedades psicométricas de la escala. El análisis factorial identifica tres factores que se corresponden con las tres dimensiones que pretende evaluar, y la consistencia interna resulta adecuada, con coeficientes alfa entre 0,71 y 0,86 para las tres subescalas (Hiller y Janca, 2003; Robbins y Kirmayer, 1991).

El SIQ también puede utilizarse en una versión que obligue a elegir entre las tres alternativas en cada ítem, en lugar de evaluar cada uno de ellos como dimensiones independientes. Esta versión muestra una menor consistencia interna y tiene una moderada estabilidad test-retest a los 6 meses (entre 0,60 y 0,65) (Robbins y Kirmayer, 1991)

El instrumento utilizado en el estudio es una versión experimental traducida para esta investigación. En el capítulo de resultados se presentan las propiedades psicométricas de esta versión para la muestra aquí utilizada. Una copia del instrumento se presenta en el Anexo 8.

- *Escala De Amplificación Somatosensorial (Somatosensory Amplification Scale, SSAS; Barsky, Wyshak y Klerman, 1990)*

Es una escala construida con el fin de evaluar la sensibilidad a las sensaciones benignas que resultan molestas, pero que no constituyen síntomas típicos de enfermedad (Barsky et al., 1990). La escala está compuesta por 10 ítems, que se deben responder en una escala Likert de 5 puntos (desde 0= “nada en absoluto” hasta 4=“muchísimo”), y se pide a la persona que indique la respuesta que piensa que le caracteriza en general.

Las propiedades psicométricas de la escala fueron estudiadas originariamente en una población de pacientes con diagnóstico clínico (criterios DSM-III-R) procedentes de atención primaria, que incluía una elevada proporción de pacientes con diagnóstico de hipocondría (Barsky et al., 1990). La consistencia interna (alfa de Cronbach), según el estudio citado, es de 0.82 y la fiabilidad test-retest, medida en un intervalo de tiempo de 74 días, de $r = 0.79$. Estos resultados fueron confirmados en un estudio posterior en una muestra con características similares (Speckens, Spinhoven, Sloekers, Bolk y van Hemert, 1996) en el que la escala presentó una fiabilidad test-retest de $r = 0,87$ y una consistencia interna de $\alpha = 0,77$.

El instrumento ha sido estudiado en nuestro medio, tanto en población no clínica (Belloch, Ayllón, Martínez, Castañeiras y Jiménez, 1999), con una consistencia interna de $\alpha = 0,80$, como en una muestra de pacientes hipocondríacos según criterios DSM-III-R (Martínez, 1997; citado en Martínez, 2001). En este caso, la consistencia interna fue algo menor, pero elevada ($\alpha = 0,77$). Las adaptaciones de la SSAS a otros contextos e idiomas, como el turco (Gulec y Sayar, 2007) o el japonés (Nakao, Barsky, Kumano y Kuboki, 2002), han mostrado propiedades psicométricas adecuadas.

El análisis factorial de la versión castellana de la escala en una muestra de pacientes diagnosticados de trastornos de pánico e hipocondría (Martínez, Belloch, y Botella, 1999), ha reflejado dos componentes:

- 1) Amplificación de Estímulos Externos (ítems 1, 2, 5 y 7), y
- 2) Amplificación de Estímulos Internos (ítems 3, 5, 6, 8, y 10).

Esta misma versión, analizada en población general, ha replicado la estructura bifactorial aunque con ligeras variaciones (Belloch et al., 1999). En este último estudio se estableció como punto de corte una puntuación superior a 21, que identifica, con “razonable seguridad”, a personas amplificadoras entre la población normal (Belloch et al., 1999). Estos resultados discrepan de los obtenidos en el trabajo de Speckens et al. (1996) en que la SSAS se compone de un único factor.

Las principales críticas a la escala se refieren a su validez. Según Kirmayer, Robbins y Paris (1994) la escala parece ser más una medida de los productos de la amplificación somática y no tanto una medida de los procesos cognitivos y perceptivos implicados en el constructo teórico de la amplificación. Por otra parte, tampoco queda claro si el instrumento permite diferenciar la amplificación de síntomas somáticos de otras formas de malestar.

Finalmente, como muy bien ha señalado Martínez (2001), una de las principales limitaciones es su validez de constructo, en la medida en que el cuestionario sólo evalúa dos de los tres componentes del constructo de amplificación: la hipervigilancia corporal y la focalización atencional sobre los síntomas corporales. Pero respecto al tercer componente, la interpretación negativa de las sensaciones físicas, nada puede inferirse de las respuestas al cuestionario (Martínez et al., 1999). Una copia del instrumento se presenta en el Anexo 9.

- *Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale, TAS, Bagby et al 1994)*

El término alexitimia es introducido en la literatura científica por Sifneos (1972, 1973) para definir a los “pacientes psicósomáticos”. El concepto de alexitimia puede resumirse en la incapacidad para expresar el mundo emocional interno ya sea

mediante palabras, ensueños o fantasías. Engloba una serie de rasgos como: pobre conciencia emocional, dificultad para expresar verbalmente los sentimientos, ausencia de vida imaginativa, pensamiento concreto, centrado en detalles externos y con escasa creatividad, y distorsión de la autoevaluación (Moral de la Rubia y Retamales, 2000).

Aunque se han desarrollado varios instrumentos para la evaluación de la alexitimia (Ayuso Mateos, 1993; Bagby, Taylor y Atkinson, 1988), el más utilizado y validado ha sido la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) (Taylor, Ryan y Bagby, 1985), y más concretamente su versión reducida de 20 ítems (TAS-20, Bagby, Parker y Taylor, 1994). Se trata de un cuestionario autoadministrado, con cinco alternativas de respuesta, que van desde “nada de acuerdo” hasta “totalmente de acuerdo” y que se puntúan entre 1 y 5. Los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 puntúan de forma inversa.

En la versión definitiva de esta escala abreviada se ha encontrado una estructura de tres factores:

- 1) Dificultad para la discriminación de las señales emocionales (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14);
- 2) Dificultad para describir sentimientos (ítems 2, 4, 11, 12 y 17)
- 3) Pensamiento orientado hacia detalles externos (ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20). La consistencia interna de esta subescala ha sido considerablemente más baja que las otras dos subescalas.

Kooiman, Spinhoven y Trijsburg (2002) han realizado una revisión sistemática de los estudios psicométricos de la TAS-20. La consistencia interna de la puntuación total en la escala es elevada (valores de α entre 0,79 y 0,82), al igual que sucede con las dos primeras subescalas, que en los diferentes estudios revisados muestran valores de α que oscilan entre 0,67 y 0,85. Sin embargo, la tercera subescala, pensamiento orientado hacia detalles externos, presenta valores más bajos que no sobrepasan en ningún estudio un α de 0,70. La fiabilidad test-retest oscila en entre $r = 0,71-0,86$ en los diferentes estudios.

Existen dos validaciones en nuestro medio (Moral de la Rubia y Retamales, 2000; Martínez-Sánchez, 1996). La consistencia interna fue de 0,82 y la fiabilidad test-retest a las 24 semanas de 0,72 y a las 48 semanas de 0,69 (Moral de la Rubia y

Retamares, 2000). Estos datos son similares a los obtenidos en Martínez-Sánchez (1996).

La versión que presentamos es la recogida en este segundo estudio. Una copia del instrumento se presenta en el Anexo 10.

- *Escalas de Actitudes hacia la Enfermedad (Illness Attitude Scales, IAS; Kellner, 1987)*

Se trata de un instrumento que consta de 9 escalas independientes, cada una compuesta por 3 ítems, con el objetivo de medir las actitudes hipocondríacas que tienden a estar asociadas con la conducta anormal de enfermedad (Kellner, 1987).

Los ítems se evalúan en una escala likert de 0-4. Las nueve escalas que componen el instrumento son: preocupación por la enfermedad, preocupación por el dolor, hábitos de salud, creencias hipocondríacas, tanatofobia, fobia a la enfermedad, preocupación por el cuerpo, experiencia con el tratamiento y efectos de los síntomas.

Diversos estudios han mostrado que se trata de un instrumento fiable (Kellner Abbott, Winslow y Pathak, 1987; Kellner, Hernández y Pathak, 1992). La versión en español de la escala (Chorot y Sandín, 1989) muestra propiedades psicométricas adecuadas, tanto de validez como de fiabilidad (Chorot, Sandín, Santed y Jiménez, 1994; citado en Chorot, Sandín, Valiente, Santed y Romero, 1997).

En el presente estudio se ha utilizado únicamente la escala *experiencia con el tratamiento* que hace referencia a la frecuencia de consultas médicas realizadas y a los tratamientos recibidos en el último año. En el Anexo 11 se presenta una copia del instrumento.

2.2.3. Instrumentos para la evaluación de preocupaciones hipocondríacas

- *Índice Whiteley (Whiteley Index of Hypochondriasis, IW; Pilowsky, 1967)*

El Índice Whiteley (Pilowsky, 1967) es un cuestionario autoadministrado de 14 ítems con respuesta dicotómica (Sí o No), que fue diseñado para servir de cribado del trastorno hipocondríaco. Su estructura factorial ha reflejado tres dimensiones principales (Pilowsky, 1967):

- 1) Preocupación por el cuerpo,
- 2) Fobia a la Enfermedad,
- 3) Convicción de Enfermedad

El cuestionario se puede utilizar de forma independiente o como subescala del más amplio Illness Behavior Questionnaire (IBQ) (Pilowsky y Spence, 1983), que consta de 62 ítems, también de respuesta dicotómica.

La consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenida para el Índice osciló entre 0,76 a 0,80. La fiabilidad test-retest fue, en pacientes psiquiátricos, de $r = 0,81$ con un intervalo medio de aplicación de 18,4 semanas, y en población general la estabilidad test-retest fue de 0,90, con un intervalo de aplicación de 3,3 semanas (Speckens et al., 1996). Pilowsky y Spence (1983) establecen como punto de corte para detectar a los pacientes con elevada probabilidad de manifestar conducta anormal de enfermedad una puntuación mayor o igual a 8. El trabajo de Castañeiras (2001, Tesis Doctoral) concluye que el instrumento es una medida sensible para valorar la presencia del trastorno hipocondríaco. En este estudio se ha utilizado la versión en castellano de Avia (1993), que dispone de corrección automatizada (<http://faes.com>). Existe otra versión en Ballester y Botella (1993). Una copia del instrumento se presenta en el Anexo 12.

- *El Inventario de Preocupaciones Hipocondríacas de Aiglé (IPHA, Belloch et al., 2004)*

El Inventario de Preocupaciones Hipocondríacas de Aiglé (IPHA; Belloch, Fernández y Castañeiras, 2004) es un instrumento diseñado para evaluar las preocupaciones y miedos hipocondríacos en la población general. El IPHA evalúa los criterios que actualmente se manejan para el diagnóstico de hipocondría, así como algunos de los más relevantes supuestos que, desde una perspectiva cognitivo-conductual, caracterizan este trastorno.

El instrumento consta de 30 ítems que deben responderse en una escala likert de 7 pasos, cuya estructura de cinco factores explica el 56,4% de la varianza total, y el coeficiente alfa de Cronbach para cada factor es igual o superior a 0,80 para cada uno de los factores (Belloch et al., 2004).

Los cinco factores identificados son:

- 1) Miedo a la enfermedad fatal y a la muerte (ítems: 1, 5, 10, 12, 15, 18, 21 y 26)
- 2) Consciencia de hipocondría (ítems: 2, 7, 11, 17, 22 y 27),
- 3) Atención y vigilancia por la salud (3, 6, 14, 16, 23 y 28),
- 4) Sentimientos de vulnerabilidad a la enfermedad (9,13, 19, 24 y 29), y
- 5) Desconfianza hacia el médico y convicción de enfermedad (ítems: 4, 8, 20, 25 y 30).

Cada uno de estos componentes se mostró relativamente independiente de los demás. Además, fue sensible para diferenciar entre aquellas personas que manifestaban preocupaciones por la posibilidad de estar enfermas, y las que decían tener síntomas que les preocupaban, aunque no estuvieran enfermas, de las que decían no tener este tipo de preocupaciones. Una copia del instrumento se presenta en el Anexo 13.

2.2.4. Instrumentos para la evaluación de otras variables clínicas.

- *Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)*

Este conocido inventario auto-aplicado consta de 21 ítems (con cuatro grupos de alternativas cada uno) y evalúa el grado de sintomatología depresiva (p.e., tristeza, pensamientos de suicidio). En cada ítem, el sujeto debe elegir aquellos enunciados que mejor describan los sentimientos que ha experimentado durante la última semana.

Su alternativa de respuesta varía de 0-3, desde la ausencia de la condición anímica planteada (0) hasta la presencia intensa de la misma (3). Por tanto, el rango de puntuación posible oscila entre 0-63. La puntuación total permite establecer distintos rangos de depresión (Beck, Steer y Garbib, 1988): ausencia de depresión (0 a 9), depresión entre leve y moderada (10-18), depresión entre moderada y grave (19-29), y depresión grave (30-63).

Una característica importante del BDI es que aproximadamente dos tercios de los ítems que lo componen tienen un contenido cognitivo, en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Beck, et al., 1979).

La consistencia interna de la escala ha sido exhaustivamente estudiada, reflejando valores entre 0,78 y 0,92 (Beck, Steer y Garbin, 1988). La versión en castellano del instrumento también ha reflejado adecuadas propiedades psicométricas. Sanz y Vázquez (1998) encuentran una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,83 y una fiabilidad test-retest también alta. Por otra parte el instrumento también presenta una adecuada validez de contenido, convergente y discriminante. Una copia del instrumento se presenta en el Anexo 14

- *Cuestionario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ, Meyer et al., 1990).*

Se trata de un cuestionario que evalúa la preocupación patológica (del inglés *worry*), es decir, la preocupación como un fenómeno incontrolable, generalizado y excesivo (Sandín, Chorot, Valiente y Lostao, 2009). Fue elaborado por Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990) y consta de 16 ítems cuantificables en una escala likert cuyo rango oscila entre 1 (nada en absoluto) y 5 (muy a menudo). Cinco de los ítems de cuestionario (ítems 1, 3, 8, 10 y 11) están enunciados de forma inversa. La puntuación global oscila entre 16 y 80.

Los estudios realizados por los autores informan que se trata de una medida válida para evaluar la preocupación-rasgo; su consistencia interna es elevada y la fiabilidad test-retest es aceptable (Meyer et al., 1990, Molina y Borkovec, 1994). Mediante el instrumento se ha podido diferenciar a pacientes diagnosticados con

trastorno de ansiedad generalizada de los que tienen otros trastornos de ansiedad (Brown, Antony y Barlow, 1992; Meyer et al., 1990).

Respecto a la estructura factorial del cuestionario existe controversia en la literatura respecto a si son uno o dos factores los que lo componen. En los estudios que han mostrado dos factores, el primero se trata de una dimensión general de preocupación y el segundo factor estaría constituido por los ítems inversos del cuestionario (para una información más detallada véase: Sandín et al., 2009).

El instrumento ha sido traducido y validado a múltiples idiomas. Existe una versión en castellano (Sandín y Chorot, 1995). Recientemente, Sandín et al. (2009) han estudiado las propiedades psicométricas y la estructura del cuestionario. En este estudio, la consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0,90 para la escala total y de 0,92 para la escala abreviada, que incluía únicamente los 11 ítems formulados de forma directa. La estabilidad temporal (test-retest) era de 0,82 para la escala total y de 0,85 para la versión abreviada. Por otra parte, los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de una estructura de dos factores. Recientemente, Berle et al. (2010) han presentado una versión “ultra-breve” del cuestionario de únicamente 3 ítems que, en un estudio preliminar, presenta propiedades psicométricas similares a las de la escala completa. Una copia del instrumento se presenta en el Anexo 15.

- *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index, ASI, Peterson y Reiss, 1992)*

La sensibilidad a la ansiedad se define como el miedo a los síntomas de ansiedad. Se supone que este miedo es debido a la creencia de que la ansiedad y sus sensaciones poseen consecuencias peligrosas o dañinas (Reiss y McNally, 1985; en Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Sostao, 2004). El principal instrumento utilizado para evaluar este rasgo ha sido el *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index, ASI; Peterson y Reiss, 1992)*.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 16 ítems, que deben responderse según una escala likert de 0 (nada en absoluto) a 4 (severo). La

puntuación total oscila entre 0-64. El ASI ha mostrado buenas propiedades psicométricas tanto en muestras clínicas como en controles normales (Borden y Lister, 1994; Peterson y Reiss, 1992). En la versión española del instrumento, estas propiedades fueron muy satisfactorias, tanto en muestra clínica ($\alpha = 0,91$) como en controles no clínicos ($\alpha = 0,80$) (Sandín, Chorot y McNally, 1996).

El ASI ha sido relacionado consistentemente con miedos y trastornos de ansiedad y de forma más específica con el trastorno de pánico (Sandín, Valiente, Chorot, y Santed, 2005). Según se recoge en Botella, Vila, García-Palacios, Baños, y Perpiñá (2005) la puntuación media en una muestra de Trastorno de Pánico (TP) era de 32,1 (DT= 11,3). En otro estudio con población española, los pacientes con TP presentaban puntuaciones similares (M= 32,8; DT= 10,7; Sandín et al., 1996).

La versión española del instrumento ha sido nuevamente validada, y estudiada su estructura factorial, por el grupo de investigación de la UNED (Sandín et al., 2004; Sandín et al., 2005). Estos autores han confirmado un estructura factorial jerárquica compuesta por 3 factores primarios (SA-somática, SA-cognitiva y SA-social) y un factor de orden superior, como había sido indicado en otros estudios previos (p.e., Zinbarg, Barlow y Brown, 1997). Por otra parte, Sandín et al. (2005) estudiaron también las propiedades psicométricas de la escala total y de las subescalas. Los coeficientes alfa de Cronbach fueron 0,84 (ASI-total, 16 ítems), 0,83 (ASI-somática, 7 ítems), 0,77 (ASI-cognitiva, 5 ítems) y 0,50 (ASI-social, 4 ítems). Además el instrumento presenta también una adecuada validez convergente y discriminante.

Recientemente, y con posterioridad al inicio del trabajo de investigación aquí presentado, ha sido elaborada una nueva versión del instrumento (*Anxiety Sensitivity Index-3, ASI-3*; Taylor et al., 2007) de 18 ítems, que evalúa explícitamente tres subescalas, que se corresponden con las tres dimensiones identificadas en estudios anteriores (física, cognitiva y social). Esta versión también ha sido traducida al castellano y estudiada su fiabilidad y validez (Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2007), confirmándose unas buenas propiedades psicométricas del instrumento. Una copia del instrumento utilizado aquí se presenta en el Anexo 16.

2.2.5. Evaluación de la personalidad

- *Inventario de Personalidad NEO revisado (Revised Neo Personality Inventory, NEO-PI-R, Costa y McCrae, 2002)*

El NEO-PI-R (Costa y MacCrae, 2002) ofrece una medida abreviada de las 5 principales dimensiones o factores de personalidad y de los más importantes rasgos o facetas que definen cada dimensión (incluye un total de 30 facetas). Consta de 240 ítems y es autoadministrado. Los 5 factores que evalúa son: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Las facetas que componen cada uno de los factores son las siguientes:

- 1) **Neuroticismo:** Ansiedad, Hostilidad, Depresión, Ansiedad Social, Impulsividad y Vulnerabilidad.
- 2) **Extraversión:** Cordialidad, Gregarismo, Asertividad, Actividad, Búsqueda de Emociones y Emociones Positivas.
- 3) **Apertura:** Fantasía, Estética, Sentimientos, Acciones, Ideas y Valores.
- 4) **Amabilidad:** Confianza, Franqueza, Altruismo, Actitud Conciliadora, Modestia, y Sensibilidad hacia los Demás.
- 5) **Responsabilidad:** Competencia, Orden, Sentido del Deber, Necesidad de Logro, Autodisciplina y Deliberación.

El instrumento ha mostrado adecuadas características psicométricas. La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala indica que los 5 factores de personalidad presentan unos valores de entre 0,86 y 0,92. Por su parte, los valores de las facetas oscilaban entre 0,56 y 0,81 (Costa, McCrae y Dye, 1991). En la validación de la versión española de la escala la consistencia interna ha presentado resultados similares, oscilando el coeficiente alfa entre 0,82 y 0,90 (Costa y McCrae, 2002).

2.3. PROCEDIMIENTO

Todos los sujetos de la muestra clínica proceden del servicio de Salud Mental especializado de la provincia de Albacete (Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha), incluido en el marco de la atención pública del Sistema Nacional de Salud

Español. En el área de salud de Albacete se atiende una población total de 402.000 habitantes de los que 265.000 corresponde a la franja de edad de entre 15 y 65 años (Plan de Salud Mental 2005-1010). Se calcula que son atendidas en esta área 5600 nuevas consultas de salud mental anualmente (Plan de Salud Mental 2005-2010). La muestra fue seleccionada para el estudio por distintos facultativos (psiquiatras y psicólogos clínicos de atención ambulatoria) durante un periodo de 18 meses, procedentes de sus respectivas consultas ambulatorias. Para la obtención de la muestra, se dio la indicación a todos los facultativos de atención ambulatoria que derivaran para el estudio a aquellos pacientes que, según su juicio clínico, tenían algún tipo de trastorno somatomorfo (especialmente, TS o TH). Fueron derivados pacientes para el estudio desde un total de 14 consultas (6 de psicología clínica y 8 de psiquiatría).

Los criterios indicados a los facultativos de referencia para la derivación eran los siguientes:

1) Pacientes atendidos en el Servicio de Salud Mental de Albacete que presentaran múltiples quejas somáticas no explicadas por patología orgánica, y/o excesiva preocupación por la salud.

2) Edad comprendida entre 18 y 60 años.

3) Ausencia de una enfermedad orgánica grave diagnosticada.

4) Ausencia de un trastorno mental grave incapacitante (p.e., psicosis en fase activa, retraso mental, consumo de tóxicos), y

5) Habilidad normal para la lecto-escritura (no analfabetismo).

Además de este perfil de pacientes, también se solicitó para el estudio la derivación de pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico, igualmente procedentes de las consultas ambulatorias de salud mental, con los mismos requisitos antes expresados.

Una vez aceptada la participación en el estudio y firmado el consentimiento informado, se realizaba una entrevista para el diagnóstico y se recogían los datos demográficos. Para el diagnóstico del TS se diseñó una entrevista semi-estructurada, que se ha descrito antes, con la que se evaluaron de forma detallada 41 síntomas somáticos, que incluían los 34 enumerados por el DSM-IV, los 4 cardiopulmonares incluidos en el DSM-II-R, más los síntomas incluidos en la versión de investigación de la CIE-10 (OMS, 1993) que no están incluidos en el DSM-IV. Para determinar si cada síntoma podía considerarse como somatización se contaba con la historia médica hospitalaria del paciente y se evaluaba la gravedad y la frecuencia según una escala likert de 8 puntos.

El resto de diagnósticos se establecieron a partir de los criterios DSM-IV, mediante una entrevista clínica abierta, junto con la utilización de una pregunta de screening para cada uno de los trastornos de ansiedad y estado anímico, y utilizando la SCID I (First, et al., 2001) y la SCID II (First, et al., 2001) como apoyo a la confirmación diagnóstica de trastornos de Eje I y Eje II del DSM-IV-TR, respectivamente.

Posteriormente, con la información obtenida, el diagnóstico era consensuado entre el autor de este trabajo y la directora del mismo, quien no había participado en las entrevistas diagnósticas, tras revisar dichas entrevistas y la historia del paciente.

Después de la evaluación diagnóstica se realizaba el proceso de evaluación clínica mediante una batería psicométrica, con el objetivo de contrastar las hipótesis planteadas en el estudio. Todas las escalas de evaluación, excepto el NEO-PI, eran cumplimentadas por los participantes en consulta, después de la entrevista de evaluación diagnóstica y en distinto día.

La duración total de las entrevistas osciló entre 150-250 min, repartidas entre 2 y 3 días con una diferencia de una semana entre citas. La derivación de pacientes para el estudio y su consiguiente evaluación se realizó durante un periodo de 18 meses. En el siguiente cuadro se ofrece el orden de administración de los instrumentos psicométricos auto-administrados.

Tabla 2.1. *Orden de administración de instrumentos*

Orden de administración de instrumentos psicométricos
1. Inventario de depresión de Beck (BDI)
2. Índice Whiteley (IW)
3. Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI)
4. Encuesta sobre actitudes hacia la enfermedad (HAS)
5. Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20)
6. SIQ Cuestionario de interpretación de síntomas
7. Cuestionario de preocupación (PSWQ)
8. Experiencia con el tratamiento (ET de IAS)
9. Escala de Amplificación somatosensorial (SSAS)
10. Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO-PI)

2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete SPSS para Windows v. 15.

2.4.1. Estadísticos descriptivos

Se han analizado los estadísticos de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica), y se han calculado porcentajes cuando correspondía. A lo largo de la exposición y en las tablas correspondientes, estos datos se expresan como Media (DT). Se ha explorado el cumplimiento de la normalidad mediante la prueba de significación estadística Kolmogorov-Smirnov, y la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene.

2.4.2. Análisis de Fiabilidad y análisis factorial

Se ha calculado la consistencia interna para los instrumentos no validados para su aplicación en muestras españolas mediante el cálculo del alfa de Cronbach. Se consideran aceptables valores de 0,70 o mayores.

Para estos mismos instrumentos se ha examinado la estructura factorial (validez de contenido) mediante análisis factoriales exploratorios, con las siguientes especificaciones: método de componentes principales, rotación Oblimin o Varimax, según correspondiera, valor propio para la retención de factores ≥ 1 , saturación mínima exigida para la inclusión de un ítem en un factor $\geq 0,40$.

2.4.3. Diferencias entre grupos

(A) Variables nominales

Para comparar pares de medias se ha empleado el estadístico de χ^2 y como método de cálculo de los niveles de significación se ha empleado el método asintótico o de Monte Carlo en caso necesario (cuando alguna de las casillas = 0). Dado que χ^2 no

indica la magnitud de la relación entre las variables comparadas, en caso de haber diferencias significativas, se ha empleado el coeficiente de contingencia (tablas JxK), que permite interpretar la magnitud de las diferencias (valores comprendidos entre 0-1, donde 0 indica independencia y 1 relación perfecta entre las variables).

(B) Variables de intervalo

Para comparar las medias de diferentes grupos se ha empleado la prueba t de Student (2 grupos) y la prueba F del análisis de varianza (3 o más grupos). Se han llevado a cabo pruebas t de Student para estudiar las diferencias entre dos grupos independientes concediéndose una especial importancia al estudio de la homogeneidad de las varianzas (prueba de Levene). En las Tablas aparece el valor de *t* correspondiente teniendo en cuenta si las varianzas eran o no homogéneas. Para cada una de las comparaciones se ha calculado la magnitud de los efectos con la prueba del tamaño del efecto de la “*d* de Cohen”. Se considera un efecto bajo si los valores de *d*= 0,2, un efecto medio si están en torno a *d* = 0,5 y grande si *d*= 0,8 (Cohen, 1988).

En los casos en los que se ha querido comparar las medias de 3 o más grupos independientes, se ha empleado la prueba F del análisis de varianza (ANOVA) unifactorial entre-sujetos. Se ha examinado la homogeneidad de las varianzas por medio del estadístico de Levene y en los casos en que no se ha podido mantener el supuesto de igualdad de varianzas, se ha empleado la aproximación a la F por el estadístico de Welch. Las comparaciones a posteriori se han realizado con la prueba de Tukey HSD si las varianzas eran iguales, y con la prueba de Games-Howell en caso contrario. Se han examinado los tamaños del efecto ofrecidos por el paquete estadístico SPSS: η_p^2 (Eta cuadrado parcial). En los casos en que hemos querido controlar la influencia de alguna variable (p.e., depresión), hemos realizado análisis de la covarianza (ANCOVA).

CAPÍTULO 3.

RESULTADOS

La presentación de los resultados obtenidos se hará teniendo en cuenta los objetivos propuestos y sus respectivas hipótesis de trabajo. No obstante, se dedicará un apartado inicial a la exposición de los datos preliminares que hemos considerado necesarios para asegurar la correcta interpretación y valoración de los resultados relacionados con los objetivos e hipótesis.

3.1. ANÁLISIS PRELIMINARES

3.1.1. Diferencias entre grupos en variables sociodemográficas

Dado que el logro de los objetivos propuestos con esta investigación requiere realizar diversas comparaciones entre los diferentes grupos de participantes en las medidas relevantes, resulta necesario comprobar previamente la equivalencia de estos grupos en relación con las variables demográficas analizadas.

Como puede observarse en Tabla 3.1., no existen diferencias en los cuatro grupos respecto a las principales variables demográficas analizadas: edad, sexo, situación laboral, y estado civil. La única diferencia constatable se observa en relación con las diferencias al nivel de estudios.

Tabla 3.1. Diferencias entre grupos en variables socio-demográficas

Variables socio-demográficas	TOTAL (N= 102)	TS (N=23)	TH (N=22)	OTROS- TSM (N=15)	TP (N=22)	Control (N=20)	χ² o F
Edad	39,43 (9,84)	41,13 (9,18)	40,95 (8,87)	41,07 (10,24)	35,50 (10,22)	38,90 (10,55)	NS
Género							NS
Mujeres	62 (71,3%)	18 (78,3%)	18 (81,8%)	12 (80%)	11 (50%)	15 (75%)	
Hombres	25 (28,7%)	5 (21,3%)	4 (18,2%)	3 (20%)	11 (50%)	5 (25%)	
Estado civil							NS
Solteros/separados	38 (37,3%)	8 (34,8)	6 (27,3%)	4 (26,7%)	12 (54,5%)	8 (40%)	
Casados	64 (62,7%)	15 (65,2%)	16 (72,7%)	11 (73,3%)	10 (45,5%)	12 (60%)	
Nivel de Estudios (máximo alcanzado)							23,89**
Primarios	36 (35,3%)	12 (52,2%)	10 (45,5%)	9 (60%)	3 (13,6%)	2 (10%)	
Secundarios	38 (37,3%)	7 (30,4%)	8 (36,4%)	4 (26,7%)	7 (31,8%)	12 (60%)	
Universitarios	28 (27,5%)	4 (17,4%)	4 (18,2%)	2 (13,3%)	12 (54,5%)	6 (30%)	
Situación laboral							NS
Empleados	68 (66,7%)	14 (60,9%)	12 (54,5%)	9 (60%)	18 (81,8%)	15 (75%)	
Parados	5 (4,9%)	2 (8,7%)	1 (4,5%)	0 (0%)	1 (4,5%)	1 (5%)	
Amas de casa	21 (20,6%)	6 (26,1%)	8 (36,4%)	5 (33,3%)	1 (4,5%)	1 (5%)	
Estudiantes	7 (6,9%)	0 (0%)	1 (4,5%)	1 (6,7%)	2 (9,1%)	3 (15%)	
Jubilados	1 (1%)	1 (4,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

**p< 0,01; TS: Trastorno de somatización; TH: Trastorno Hipocondríaco; TP: Trastorno de Pánico; OTROS-TSM: Otros diagnósticos de trastorno somatomorfo diferentes a TS.

3.1.2. Análisis de las características psicométricas de los instrumentos no validados para muestras españolas

3.1.2.1. Cuestionario de Interpretación de Síntomas (SIQ)

El SIQ (Noyes et al 1999) consta de tres escalas independientes que evalúan el grado de interpretación de 13 síntomas o sensaciones comunes como debidas a factores psicológicos, somáticos o a factores normales/ambientales. La versión utilizada en nuestra investigación es una versión experimental traducida para su utilización en el estudio. Las tres escalas presentan una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach). En concreto, en la escala SIQ-psicológico la puntuación es de $\alpha=0,88$; en la escala SIQ-somático de $\alpha=0,85$ y, por último, en la escala SIQ-normal el estadístico alfa es de 0,81.

3.1.2.2. Encuesta de Actitudes hacia la Salud (HAS)

La versión utilizada de la escala HAS es la traducción al castellano del instrumento original realizada por García Campayo y colaboradores (<http://www.faes.com>). No conocemos estudios que analicen las propiedades psicométricas del instrumento en su versión en castellano, motivo por el cual se ha realizado aquí este análisis.

En primer lugar, se realizó un análisis factorial exploratorio, según las especificaciones indicadas en el apartado correspondiente de análisis estadísticos. La rotación más adecuada (método de Kaiser) fue la Varimax. Para este análisis se incluyeron todos los sujetos. Al igual que en la versión original, la estructura factorial más interpretable fue la de 6 factores principales, que explican conjuntamente el 64,13% de la varianza total. Los factores se corresponden en líneas generales con los de la escala original, aunque con algunas variaciones importantes (Ver Tabla 3.2)

En relación con la consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala total, el valor alcanzado fue elevado ($\alpha=0,87$). Por su parte, los seis factores obtenidos, arrojaron valores asimismo satisfactorios y, en general, mayores que los informados

con la versión inglesa del instrumento: factor 1 (ítems 1, 2, 3, 4, 6, 7) $\alpha=0,87$; factor 2 (ítems 10, 11, 12, 22, 24) $\alpha= 0,80$; factor 3 (13, 18, 19, 20) $\alpha=0,87$; factor 4 (ítems 5, 8, 9, 23) $\alpha=0,63$; factor 5 (ítems 15, 21, 25, 26, 27) $\alpha=0,76$, y factor 6 (ítems 14, 16, 17) $\alpha=0,65$. Por su parte, las seis subescalas originales del instrumento presentan los siguientes valores: 1) insatisfacción con la atención médica (ítems 1 a 9) $\alpha= 0,69$; 2) frustración por la mala salud (ítems 10 a 13) $\alpha= 0,71$; 3) elevada utilización de servicios médicos (ítems 14 a 17) $\alpha= 0,24$; 4) excesiva preocupación por la salud (ítems 18 a 20) $\alpha=0,88$; 5) estrés psicológico (ítems 21 a 24) $\alpha= 0,68$ y 6) disonante comunicación del estrés (ítems 25 a 27) $\alpha= 0,64$.

Dado que existen publicaciones en nuestro entorno con la versión original de la escala (Vázquez-Rivera et al., 2009) y que está adecuadamente validada en su versión en inglés (Noyes et al., 1999), decidimos utilizar en este estudio las subescalas de la versión original inglesa con el fin de poder establecer las comparaciones pertinentes entre nuestros resultados y los publicados tanto con muestras españolas como inglesas. No obstante, somos conscientes de que la estabilidad de estas subescalas, a la luz de nuestros resultados, es dudosa, al menos en lo que se refiere a su aplicación en los sujetos-objeto del estudio que se presenta.

Tabla 3.2. Análisis factorial exploratorio de la Encuesta de Actitudes hacia la salud

ITEMS HAS	FACTORES					
	1	2	3	4	5	6
2	,866					
4	,825					
3	,820					
1	,794					
6	,543			,436		
7	-,468					
12		,779				
10		,750				
11		,680				
22		,594	,407			
24		,507				
18			,848			
19			,818			
20			,772			
13			-,502			
5				-,660		
9				,650		
23				,626		
8				-,527		
25					,751	
26					,669	
27					,551	
21		,453			,497	
15		,405			,413	
14						,749
17						-,701
16				,448		-,590

Los ítems en negrita son los incluidos en cada factor. Solo se indican los ítems con saturaciones ≥ 0.40

3.2. HIPÓTESIS 1ª. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS DE LOS PACIENTES CON TS

El planteamiento de esta hipótesis está asociado al supuesto adicional de que las características clínicas específicas y diferenciales de los pacientes con un TS se manifiestan, en última instancia, en unas mayores tasas de comorbilidad con trastornos de ansiedad y sintomatología depresiva. En consecuencia, comenzaremos por examinar estos dos aspectos ya que, en caso de que se confirme esta parte de nuestra hipótesis, sería necesario controlar el peso modulador que estas variables pueden ejercer en los resultados que podamos obtener al examinar el resto de variables que hemos considerado, a priori, como específicas de los pacientes con TS.

Las diferencias entre los grupos establecidos se examinarán, en primer término, mediante ANOVAS, con las correspondientes pruebas post-hoc (Tukey, Bonferroni, o Games-Howell, dependiendo del valor del estadístico de Levene). En el caso de que sea necesario controlar el peso de la comorbilidad con depresión y/o ansiedad, se realizarán posteriormente ANCOVAS. Además, se calculará el estadístico η^2_{parcial} para valorar el tamaño del efecto de los valores de F obtenidos. Los datos que aparecen en las Tablas se expresan, salvo indicación en contra, como Media (DT).

3.2.1. Diferencias en Depresión (BDI)

Las diferencias entre los grupos en depresión, evaluadas mediante el BDI, se presentan en la Tabla 3.3. Como puede observarse, el valor de F es estadísticamente significativo y su tamaño del efecto entra en el rango de *grande*.

La comparación *a posteriori* (Games-Howell) muestra, en primer lugar, que todos los grupos clínicos obtienen una puntuación más elevada que el grupo control. Además, y como cabía esperar, este es el único grupo que obtiene puntuaciones que no se encuentran en el rango de la significación clínica para este inventario. Entre los grupos clínicos, es el de TS quien presenta la puntuación más elevada, aunque el contraste *a posteriori* indica que únicamente son significativas las diferencias con el grupo TP, pero no con el grupo TH ni con el de OTROS-TSM. En este último caso, la

potencia del contraste *a posteriori* es de $p= 0,076$. El resto de comparaciones entre grupos clínicos no evidencia diferencias con significación estadística.

Según los puntos de corte habitualmente establecidos para este cuestionario (p.e., Sanz y Vázquez, 1998), la puntuación del grupo TP y OTROS-TSM se correspondería con una depresión leve (entre 10 y 18) y la de los grupos TS, TH con una depresión moderada (entre 19 y 29).

Tabla 3.3. *Diferencias entre los grupos en BDI*

Escala	TS (23)	TH (22)	OTROS- TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
BDI	24,17 (11,08) _a	19,18 (11,91) _{a,b}	15,4 (8,9) _{a,b}	14,45 (6,52) _b	5,55 (4,01) _c	21,45***	0,33

*** $P < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*. BDI: Inventario de Depresión de Beck

3.2.2. Comorbilidad con otros trastornos mentales

En la tabla 3.4 se presentan las diferencias de los grupos clínicos respecto al número de diagnósticos comórbidos. El ANOVA resulta significativo, y los análisis post-hoc indican que la fuente principal de diferencias reside en que el grupo TS presenta un mayor número de diagnósticos comórbidos que el resto de grupos. El siguiente grupo de pacientes que presenta más número de diagnósticos comórbidos es el grupo TH.

Tabla 3.4 *Diferencias entre los grupos clínicos en el número total de diagnósticos comórbidos*

Variable	TS (23)	TH (22)	OTROS- TSM (15)	TP (22)	F	η^2 parcial
Nº Diagnósticos Comórbidos	1,78 (0,95) _a	1 (0,93) _b	0,93 (0,46) _b	0,68 (0,78) _b	7,32***	0,22

*** $P < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*

Respecto al número de diagnósticos de ansiedad y depresión comórbidos asociados al diagnóstico principal, son de nuevo los pacientes incluidos en el grupo TS

los que presentan un número más elevado: de hecho, el 52,17% presentaron un diagnóstico de ansiedad asociado y el 56,52% presentaron también un trastorno depresivo. No obstante, el estadístico χ^2 refleja únicamente diferencias significativas en el número de diagnósticos afectivos asociados (ver Tabla 3.4).

En consecuencia con este último dato, las diferencias respecto al número de diagnósticos comórbidos de trastornos afectivos son significativos en el grupo TS respecto a los grupos OTROS-TSM y el grupo Pánico. Por otra parte, también son significativas las diferencias entre el grupo de TH y el de TP.

Tabla 3.5. Número y porcentaje de diagnósticos de ansiedad y depresión comórbidos en los grupos clínicos

Variables	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	χ^2
Trastornos de ansiedad comórbidos	12 (52,17)	6 (27,27)	6 (40)	4 (18,18)	NS
Trastornos depresivos Comórbidos	13 (56,52) _a	7 (31,81) _{a,b}	3 (20) _b	1 (4,54) _c	15,43**

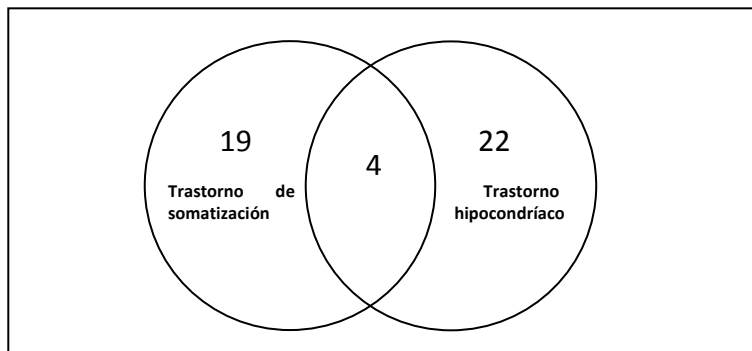
** $p < 0,01$. Los datos se expresan como N (%)

A la vista de estos resultados, resulta evidente que la elevada comorbilidad con depresión de los pacientes que forman el grupo TS, que es el principal objeto de estudio de este trabajo, puede estar modulando, o interviniendo en, las diferencias en otras variables clínicas de interés entre este grupo y los demás. Esta comorbilidad se evidencia no solo en relación con la puntuación en BDI, sino también en cuanto a la co-ocurrencia del TS con psicopatología afectiva. En consecuencia, optamos por controlar las puntuaciones en BDI en los sucesivos análisis y, por tanto, una vez realizados los ANOVAS llevaremos a cabo también ANCOVAs, en los que la puntuación en BDI se incluya como covariable.

- **Interrelación entre pacientes diagnosticados de TH y TS**

En nuestro estudio se han incluido 55 sujetos que presentaban diagnóstico de trastorno de somatización o trastorno de hipocondría, o bien ambos diagnósticos (ver figura 3.1.). Los sujetos que presentaban comorbilidad entre ambos diagnósticos, como explicábamos en la descripción de la muestra, han sido incluidos en el grupo TS. En concreto, 23 sujetos presentaban diagnóstico de TS de los cuales 4 (17,4%) tenían también un diagnóstico de TH. Por otra parte, de los 26 sujetos que recibían el diagnóstico, los cuatro sujetos que presentaban comorbilidad con el TS suponen el 15,4%.

Figura 3.1. Interrelación entre diagnóstico de TS y TH



3.2.3. Número de síntomas somáticos

La manifestación de síntomas somáticos con significación clínica es la característica esencial del trastorno de somatización, aunque también está presente en otros trastornos. Se incluyeron en la evaluación los síntomas enumerados en el DSM y en los criterios de investigación de la CIE-10. Los síntomas evaluados se agruparon a partir de los clústeres que propone el DSM-IV para el diagnóstico del trastorno de somatización (dolor, gastrointestinales, sexuales/urogenitales y pseudoneurológicos), además de evaluar síntomas cardiopulmonares, incluidos en criterios anteriores (DSM-III-R). Estos últimos no se tuvieron en cuenta para establecer el número total de síntomas y los resultados son presentados en el siguiente capítulo. Se cuantificaron los síntomas sobre los que no podía atribuirse claramente una

enfermedad somática, y aquellos en los que la queja era excesiva respecto al malestar esperado.

En lo que se refiere a los síntomas se preguntaba por aquellos que hubieran tenido algún grado de significación clínica a lo largo de la vida, como indica el DSM. No obstante, la mayoría de los síntomas referidos por los sujetos están presentes en algún grado en los últimos meses. También se presentan en este apartado los resultados de la presencia, en los últimos 3 meses, de los síntomas somáticos comunes evaluados mediante el SIQ.

Los resultados obtenidos tras el cálculo de los correspondientes ANOVA fueron significativos en todas las comparaciones (en todos los casos $p < 0,001$) y, también en todos los casos, el estadístico η^2_{parcial} mostró tamaños del efecto grandes. Los resultados se muestran en la Tabla 3.6.

Respecto a las comparaciones a posteriori en el *total de síntomas* todos los grupos presentan puntuación más elevada que el grupo control (en todos los casos el contraste a posteriori muestra una $p < 0,001$). Como podría esperarse, el grupo TS es el que presenta una puntuación más elevada y las diferencias son estadísticamente significativas en relación con el resto de grupos clínicos (en todos los casos $p < 0,001$). Entre el resto de grupos clínicos no existen diferencias significativas, siendo además las puntuaciones muy similares.

El número más elevado de *síntomas de dolor* lo presenta el grupo TS y en el contraste *a posteriori* las diferencias son estadísticamente significativas respecto a los grupos clínicos y al grupo control (en todos los casos $p < 0,001$). Entre los grupos clínicos no existen diferencias estadísticamente significativas y de éstos, únicamente el grupo TH presenta diferencias con el grupo control. La prueba *a posteriori* de los *síntomas gastrointestinales* ofrece resultados idénticos a los observados con los *síntomas de dolor*: la puntuación más elevada es del grupo TS y las diferencias son significativas con el resto de grupos (en todos los casos $p < 0,001$). Entre los grupos TH, OTROS-TSM, y TP no se aprecian diferencias. Y respecto al grupo control, además de con el grupo TS, también presenta diferencias con el grupo TH.

Por lo que se refiere a los *síntomas sexuales/urogenitales* la puntuación más elevada vuelve a ser la de los pacientes con TS, con diferencias estadísticamente significativas respecto al resto de grupos clínicos (en todos los casos $p < 0,001$). Por otra parte, en ninguna de las comparaciones entre los otros grupos clínicos, ni entre éstos y el grupo control, las diferencias muestran significación estadística.

En relación con los síntomas *pseudoneurológicos* todos los grupos clínicos presentan diferencias estadísticamente significativas con el grupo control. El grupo TS vuelve a ser el que presenta una puntuación más elevada y las diferencias son estadísticamente significativas con los pacientes de los grupos TP y TH ($p < 0,001$), pero no con los del grupo OTROS-TSM. Por otra parte, las diferencias entre estos tres últimos grupos clínicos no son estadísticamente significativas.

Tabla 3.6. Diferencias entre grupos en el número de síntomas somáticos

SINTOMAS	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
DOLOR	5,91 (1,50) _a	2,90 (1,6) _b	2,23 (1,17) _{b,c}	1,71 (1,31) _{b,c}	1,25 (1,16) _c	38,14***	0,62
GASTRO.	3,26 (0,91) _a	1,38 (1,1) _b	0,77 (0,83) _{b,c}	1,05 (0,92) _{b,c}	0,35 (0,97) _c	33,74***	0,59
SEXUAL.	2,65 (1,49) _a	1,1 (0,99) _b	1,08 (1,32) _b	0,81 (0,84) _b	0,55 (0,76) _b	8,70***	0,34
PSEUDO-NEUROL.	3,83 (2,32) _a	1,24 (1,22) _b	2,15 (1,67) _{a,b}	2 (1,41) _b	0,25 (0,55) _c	20,26***	0,39
CARDIO PULM.	2,78 (1,12) _a	2,1 (1,41) _{a,b}	1,38 (1,26) _b	2,76 (0,83) _a	0,2 (0,52) _c	47,69***	0,47
TOTAL SINT.	15,39 (3,74) _a	6,62 (3,02) _b	6,23 (3,22) _b	5,57 (2,61) _b	2,4 (1,98) _c	58,15***	0,71

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*.

Finalmente respecto a los síntomas cardiopulmonares la puntuación más elevada es la del grupo TS, aunque con un valor casi idéntico al obtenido por el grupo TP. En las comparaciones *a posteriori*, todos los grupos presentan diferencias

estadísticamente significativas respecto al grupo control ($p < 0,001$). Entre los grupos clínicos, las diferencias entre los grupos TS y TP con respecto al grupo OTROS-TSM son significativas estadísticamente ($p < 0,01$), pero no lo son entre los grupos TS, TP y TH, como tampoco resultan significativas las diferencias entre los grupos TH y OTROS-TSM.

En resumen, de los diferentes dominios de síntomas evaluados, los de dolor, gastrointestinales y sexuales, parecen ser específicos de los pacientes con TS.

Cuando se controló la puntuación de los sujetos en BDI, los resultados indicaron de nuevo diferencias significativas en relación con los síntomas somáticos para todos los clúster de síntomas. Los resultados se ofrecen en la Tabla 3.7.

Por lo que se refiere al *total de síntomas*, el contraste *a posteriori* de las medias marginales (Bonferroni) muestra que los pacientes con TS difieren significativamente del resto de grupos. Entre los otros grupos clínicos no existen diferencias y respecto al grupo control son significativas las diferencias con el grupo TH, pero no entre los grupos TP y OTROS-TSM, que sí aparecían en los análisis anteriores.

En los *síntomas de dolor* la comparación de las medias marginales muestra que todas las diferencias del grupo TS, tanto con los grupos clínicos como con el grupo control, son estadísticamente significativas (al igual que ocurría con el ANOVA). Entre el resto de grupos las diferencias no presentan significación estadística. En el caso de los *síntomas gastrointestinales* también las diferencias del grupo TS son estadísticamente significativas respecto a todos los grupos clínicos y el grupo control, y las diferencias del grupo TH con el grupo control presenta significación estadística. En este caso los resultados son idénticos a los obtenidos con el ANOVA. Respecto a los *síntomas sexuales* el contraste *a posteriori* refleja exactamente las mismas diferencias que las observadas en los síntomas de dolor: las únicas diferencias aparecen en el grupo TS frente al resto de grupos (clínicos y control). El resto de comparaciones no presentan diferencias. En consecuencia, aun controlando la puntuación en depresión, estos tres tipos de síntomas –dolor, gastrointestinales, y sexuales– son experimentados de manera claramente diferencial por los pacientes con TS, lo que indica una elevada especificidad de estos síntomas para este grupo.

Con los *pseudoneurológicos* de nuevo las únicas diferencias mostradas en el contraste (Bonferroni) son entre el grupo TS y los grupos TH y TP, y con el grupo control. En este caso (al igual que ocurría en el ANOVA) las diferencias entre los grupos TS y OTROS-TSM no son significativas.

Tabla 3.7. Diferencias entre grupos en el número de síntomas somáticos controlando la puntuación en BDI (ANCOVA)

SÍNTOMAS	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
DOLOR	5,5 (0,31) _a	2,8 (0,29) _b	2,25 (0,37) _b	1,79 (0,29) _b	1,74 (0,34) _b	21,83***	0,48
GASTRO.	3,28 (0,21) _a	1,38 (0,2) _b	0,77 (0,25) _{b,c}	1,04 (0,2) _{b,c}	0,33 (0,23) _c	23,9***	0,51
SEXUALES	2,57 (0,26) _a	1,39 (0,2) _b	0,77 (0,25) _b	0,83 (0,25) _b	0,65 (0,28) _b	7,67***	0,25
PSEUDO-NEUROL.	3,53 (0,36) _a	1,16 (0,34) _{a,b}	2,17 (0,43) _b	2,06 (0,34) _b	0,41 (0,27) _b	8,36***	0,27
CARDIO-PULMON	2,6 (0,25) _a	2,05 (0,23) _{a,b}	1,39 (0,29) _{b,c}	2,8 (0,23) _a	0,41 (2,7) _c	13,40***	0,37
TOTAL SINT	15,54 (0,67) _a	6,4 (0,63) _b	6,3 (0,8) _b	5,73 (0,63) _b	3,41 (0,73) _c	34,19***	0,60

*** $p < 0,001$. Los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*

3.2.4. Interferencia como consecuencia de los síntomas

Además de evaluación de la presencia de síntomas, se valoró el grado de interferencia que éstos ocasionaban en diferentes áreas significativas, mediante una escala likert de 9 ítems (de 0 a 8) en la que se evaluaban 7 áreas (relaciones, trabajo, pareja, sexual, familia, ocio y global). Esta escala, que se describió en el apartado de instrumentos, se diseñó para facilitar la cuantificación de este importante aspecto que el clínico debe evaluar en la práctica para clarificar el diagnóstico de un TS. No obstante, somos conscientes de que, en la medida en que no se ha sometido a ningún proceso de validación específico, los resultados estadísticos obtenidos deben tomarse como una mera aproximación a la realidad clínica.

Los resultados se muestran en la Tabla 3.8. Al igual que ocurría con la comparación del número de síntomas en cada grupo, los datos procedentes de los ANOVA revelan diferencias significativas en todas las comparaciones (en todos los casos $p < 0,001$), con tamaños del efecto grandes. Por otro lado, como las pruebas de Levene indicaron que en todos los ítems se violaba el supuesto de homocedasticidad, los contrastes *a posteriori* se realizaron con el estadístico Games-Howell.

Como puede observarse en la Tabla 3.8, los pacientes del grupo TS obtuvieron los valores medios más elevados en todas las áreas de interferencia evaluadas, y las personas del grupo control no clínico las más bajas. De hecho, las puntuaciones de este grupo fueron significativamente inferiores a las de todos los grupos clínicos en todas las áreas de interferencia. Sin embargo, las diferencias entre los pacientes con TS y los otros grupos clínicos no fueron significativas en las áreas de relaciones interpersonales, de pareja, y de actividades de ocio.

Respecto a la interferencia que ocasionan los síntomas en el ámbito laboral, los pacientes del grupo TS puntuaron significativamente más que los pacientes con TH y TP, pero no que los incluidos en el grupo OTROS-TSM. En la interferencia referida a las relaciones sexuales, las personas con TS obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que los pacientes del grupo TP, pero no que las incluidas en los grupos TH y OTROS-TSM. En cuanto a la interferencia de los síntomas en las relaciones familiares, las pruebas post-hoc muestran como significativas las diferencias entre el grupo TS y el grupo TP, pero no entre éste último y los otros dos grupos clínicos (TP y OTROS-TSM).

Finalmente respecto a la valoración de la interferencia que los síntomas ocasionan de forma global en su vida, los resultados muestran que el grupo TS difiere con claridad del grupo TP, pero no de los otros dos grupos somatomorfos, TH y OTROS-TSM. En síntesis, ninguno de los ámbitos en los que se ha evaluado la interferencia generada por los síntomas es específico de las personas con TS cuando se las compara con los otros grupos clínicos.

Tabla 3.8. Diferencias entre grupos en la interferencia como consecuencia de los síntomas

INTERFERENCIA	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F (Welch)	η^2 parcial
RELACIONES	5,9 (1,68) _a	4,17 (2,89) _a	4,64 (2,94) _a	4,24 (2,59) _a	0,4 (0,88) _b	49,108***	0,45
TRABAJO	7,15 (0,93) _a	4,33 (0,76) _b	5,64 (2,9) _{a,b}	4,52 (3,0) _b	1,1 (0,38) _c	46,928***	0,43
PAREJA	5,25 (2,55) _a	4 (3,22) _a	3,45 (3,11) _a	3,1 (2,24) _a	0,35 (0,87) _b	23,939***	0,34
RELAC. SEX.	6,4 (2,28) _a	4 (3,1) _{a,b}	3,36 (3,44) _{a,b,c}	2,85 (2,39) _b	0,55 (1,43) _c	23,821***	0,39
FAMILIA	5,84 (1,92) _a	4,06 (3,06) _{a,b}	4,27 (2,61) _{a,b}	1,76 (1,92) _b	0,4 (0,88) _c	36,100***	0,49
OCIO	5,7 (2,41) _a	4,22 (3,1) _a	4 (2,83) _a	4,86 (2,31) _a	0,9 (1,52) _b	19,193***	0,34
GLOBAL	7,05 (0,76) _a	6 (2,61) _{a,b}	5,55 (1,97) _{a,b}	5,33 (0,85) _b	0,85 (1,18) _c	92,580***	0,63

*** $p < 0,001$. Los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*.

Los resultados de estos mismos análisis controlando depresión se exponen en la Tabla 3.9. Todos los valores de F resultaron estadísticamente significativos de nuevo, aunque los tamaños del efecto fueron menores que los observados cuando no se controló la puntuación en depresión. Los resultados del contraste de las comparaciones de las medias marginales por pares (Bonferroni), indicaron que los resultados obtenidos previamente se mantenían prácticamente igual. Por lo que debemos concluir que la interferencia que ocasionan los síntomas en los distintos ámbitos de la vida cotidiana de los pacientes con TS no es significativamente diferente de la que experimentan los otros grupos de pacientes y, por tanto, no es una variable específica del TS.

Tabla 3.9. Diferencias entre grupos en la interferencia como consecuencia de los síntomas controlando la puntuación en depresión (ANCOVAS)

INTERFERENCIA	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
RELACIONES	5,31 (0,56) _a	3,77 (0,53) _a	4,54 (0,65) _a	4,53 (0,48) _a	1,07 (0,56) _b	7,49***	0,27
TRABAJO	6,28 (0,6) _a	3,88 (0,57) _{b,c}	5,5 (0,71) _{a,b}	4,47 (0,52) _{a,b}	2,04 (0,61) _c	5,84***	0,22
PAREJA	4,57 (0,62) _a	3,81 (0,59) _a	3,35 (0,73) _{a,b}	3,19 (0,54) _{a,b}	1,08 (0,63) _b	3,45*	0,14
R. SEXUALES	5,3 (0,6) _a	3,69 (0,57) _{a,b}	3,18 (0,7) _{a,b}	3 (0,52) _{a,b}	1,77 (0,61) _b	3,57*	0,15
FAMILIA	4,56 (0,45) _a	3,45 (0,43) _{a,b}	4,06 (0,53) _a	1,83 (0,39) _b	1,87 (0,46) _b	6,59***	0,25
OCIO	4,74 (0,59) _a	3,74 (0,56) _{a,b}	3,85 (0,69) _{a,b}	5,08 (0,52) _a	1,94 (0,6) _b	4,29**	0,17
GLOBAL	6,26 (0,42) _a	5,67 (0,4) _a	5,42 (0,49) _a	5,4 (0,36) _a	1,69 (0,43) _b	15,790***	0,44

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias a posterior

3.2.5. Atribución de síntomas

La escala de atribución de síntomas (SIQ) consta de 3 subescalas independientes, que evalúan distintos tipos de atribuciones respecto a un total de 13 síntomas somáticos comunes. En concreto, la primera subescala evalúa el grado en que los síntomas son atribuidos a una enfermedad orgánica (SIQ_Somático). La segunda subescala evalúa el grado en que los síntomas son atribuidos a causas de origen psicológico (SIQ-Psicológico), y la última subescala hace referencia a la atribución de los síntomas a factores ambientales o normales del entorno (SIQ-Normal). La escala también evalúa la presencia de los 13 síntomas en los últimos 3 meses (SIQ_total), resultados que ya han sido comentados.

Los resultados de las subescalas del SIQ son presentados en la Tabla 3.10. El ANOVA muestra diferencias estadísticamente significativas en todas ellas ($p < 0,001$) y también en todos los casos el estadístico η^2_{parcial} muestra un *tamaño del efecto* grande.

En la subescala SIQ-Somático las puntuaciones más elevadas son las del grupo TH. Los contrastes *a posteriori* (Tukey HDS) muestran que las diferencias son estadísticamente significativas respecto a los grupos clínicos TP y OTROS-TSM y también con el grupo control no clínico. Las diferencias entre los grupos TH y TS no son estadísticamente significativas (si bien la prueba a posteriori presenta una $p = 0,09$). Además, los resultados indicados son los únicos que presentan diferencias estadísticas entre todas las comparaciones, incluido el grupo control no clínico. En otras palabras, a excepción del grupo TH no existen diferencias entre los demás grupos clínicos, ni entre ellos ni respecto al grupo control.

Los contrastes *a posteriori* (Tukey HDS) con la subescala SIQ-Psicológico reflejan que el grupo TS no se diferencia de ninguno de los grupos clínicos ni del control no clínico. Las únicas diferencias son las que mantienen los pacientes de los grupos TH y TP con el grupo control no clínico. De hecho, las personas con TH y TP son las que realizan en un mayor grado una atribución psicológica de los síntomas evaluados.

Tabla 3.10. Diferencias entre grupos en atribución de síntomas

SIQ	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2_{parcial}
Psicológico	16,52 (9,77) _{a,b}	19,62 (7,07) _a	13,54 (6,91) _{a,b}	19,05 (6,65) _a	10,68 (6,15) _b	4,85**	0,18
Somático	10,86 (5,44) _{a,b}	16,20 (8,02) _a	8,54 (7,47) _b	7,9 (7,57) _b	5,42 (5,04) _b	7,25***	0,24
Normal	10,52 (6,48) _b	11,14 (5,69) _b	11,23 (7,01) _b	13,52 (4,58) _b	19,47 (6,87) _a	6,98***	0,23
Total	10,05 (2,25) _a	8,19 (2,36) _{a,b}	7,15 (4,12) _{a,b,c}	7,71 (2,65) _b	4,32 (2,0) _c	18,35***	0,35

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias a posteriori. SIQ: escala de interpretación de síntomas.

Finalmente, el análisis *a posteriori* (Tukey HDS) con la subescala SIQ-Normal refleja que, como cabía esperar, el grupo normal presenta las puntuaciones más elevadas, y las diferencias respecto a los cuatro grupos clínicos son estadísticamente significativas.

Cuando se controló la puntuación en depresión, los valores de F fueron, como en el análisis anterior, significativos en todos los casos. Los resultados se presentan en la Tabla 3.11. En la subescala SIQ-Psicológico la comparación de las medias marginales (Bonferroni) no muestra diferencias significativas, si bien la diferencia entre el grupo TP con el grupo control es marginalmente significativa ($p= 0,06$). Por tanto respecto a los ANOVA, la diferencia entre los grupos TH y TP respecto al grupo control no es en este caso significativa. Respecto a la subescala SIQ-Somático la comparación de pares a partir de la estimación de las medias marginales muestra diferencias del TH con el resto de grupos, siendo éstas las únicas diferencias estadísticamente significativas reflejadas por el estadístico. En este caso, el ANCOVA refleja una diferencia entre los grupos TH y TS no encontrada antes. Finalmente, en la subescala SIQ-Normal el grupo control sigue obteniendo la puntuación más alta, pero en este caso, la diferencia es estadísticamente significativa únicamente con respecto a los grupos TH y OTROS-TSM, pero no con TP y TS como aparecía en el contraste *a posteriori* en el ANOVA.

Tabla 3.11. Diferencias entre grupos en atribución de síntomas controlando la puntuación en BDI (ANCOVA)

SIQ	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
Psicológico	15 (1,76) _{a,b}	19,01 (1,62) _{a,b}	13,59 (2,04) _{a,b}	19,4 (1,61) _a	12,59 (1,9) _b	3,36*	0,13
Somático	9,08 (1,56) _b	15,54 (1,45) _a	8,6 (1,82) _b	8,3 (1,44) _b	7,62 (1,7) _b	4,69**	0,17
Normal	11,59 (1,44) _{a,b}	11,54 (1,33) _b	11,2 (1,67) _b	13,27 (1,32) _{a,b}	18,15 (1,56) _a	3,20*	0,13
Total	9,05 (0,58) _a	7,82 (0,54) _{a,b}	7,19 (0,67) _{a,b}	7,94 (0,53) _a	5,55 (0,63) _b	3,85**	0,15

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias estimadas. SIQ: escala de interpretación de síntomas.

3.2.6. Frustración por la mala salud

El sentimiento de frustración por tener una historia de mala salud, evaluada con la subescalas del HAS-Frustración por la mala salud, es un rasgo habitualmente atribuido a los pacientes somatomorfos. Los resultados del ANOVA indica que existen diferencias estadísticamente significativas siendo además grande el tamaño del efecto (ver Tabla 3.12).

Esta diferencia significativa es atribuible, en primer lugar, a que todos los grupos clínicos puntuaron más que el grupo control no clínico. En segundo término, las comparaciones entre los grupos clínicos indican que, aunque las puntuaciones de los pacientes con TS y con TH son similares, el grupo TS obtuvo una puntuación significativamente más alta que el grupo TP. Entre los tres grupos de pacientes con diagnóstico de trastorno somatomorfo (TS, TH y OTROS-TSM) las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 3.12. Diferencias entre grupos en frustración por la mala salud

HAS-FMS	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
No control BDI	0,84 (0,10) _a	0,83 (0,15) _{a,b}	0,78 (0,17) _{a,b}	0,74 (0,09) _b	0,33 (0,24) _c	19,88***	0,60
Control BDI	0,8 (0,04) _a	0,82 (0,03) _a	0,78 (0,04) _a	0,75 (0,03) _a	0,39 (0,04) _b	20,44***	0,47

*** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*. HAS-FMS: Subescala de la Encuesta de Actitudes hacia la Salud, Frustración por la Mala Salud

Al controlar la puntuación en depresión, aunque el valor de F sigue siendo significativo, las diferencias observadas se deben únicamente a la menor puntuación del grupo control no clínico en comparación con los cuatro grupos de pacientes, entre los cuales no se aprecian diferencias estadísticamente significativas. En consecuencia, esta variable no es específica de los pacientes con TS.

3.2.7. Convicción de enfermedad médica

La creencia firme de tener una enfermedad somática, a pesar de no existir hallazgos médicos que lo confirmen es una característica clínica esencial atribuida a los pacientes somatomorfos, independientemente del diagnóstico específico que tengan. En nuestro estudio la hemos evaluado mediante las subescalas *convicción de enfermedad* (CE) del IW y *desconfianza con el médico y convicción de enfermedad* (DMCE) del IPHA.

Los valores de F para la escala CE del IW indican diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con un tamaño del efecto grande (Tabla 3.13). Estas diferencias (Games-Howell) se deben, por un lado, a que las personas del grupo control no clínico obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores a las de los cuatro grupos clínicos. Y, por otro, a que los pacientes con TS puntuaron más que los de los grupos OTROS-TSM y TP. Sin embargo, no se observan diferencias entre los

pacientes de los grupos TS y TH, si bien estos tampoco difieren de los otros dos grupos clínicos.

Este patrón de resultados es prácticamente equivalente al obtenido con las puntuaciones en la subescala DMCE del IPHA. Todos los grupos clínicos difieren del grupo control no clínico. La puntuación más elevada se observa de nuevo en el grupo TS pero la diferencia, en el contraste *a posteriori* (Games-Howell), con la puntuación del grupo TH no es significativa. No obstante, a diferencia de lo que se observó con la subescala anterior, en este caso ambos grupos TS y TH obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a las de OTROS-TSM y TP.

Tabla 3.13. Diferencias entre grupos en convicción de enfermedad médica

Subescalas	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
IW-CE	2 (0,9) _a	1,68 (0,89) _{a,b}	0,93 (0,88) _b	1,23 (0,86) _b	0,15 (0,36) _c	30,68***	0,40
IPHA-DM_CE	17,9 (7,3) _a	15,89 (7,9) _a	8,38 (5,37) _b	8,80 (7,41) _b	3,20 (3,98) _c	20,24***	0,59

*** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*. IW-CE: Índice Whiteley subescala Conciencia de Enfermedad. IPHA-DM_CE: Inventario de Preocupaciones Hipocondríacas de Aiglé, subescala Desconfianza Médico_Conciencia de Enfermedad.

Cuando se controla la depresión, los valores de F siguen siendo significativos para ambas subescalas, si bien el tamaño del efecto pasan a ser moderados en el caso de la subescala CE (ver Tabla 3.14). En relación con esta escala, la diferencia previamente observada entre los pacientes TS y TP desaparece, al igual que sucede con los controles no clínicos y el grupo OTROS-TSM. En cuanto a la evaluación de la convicción de enfermedad con la subescala DMCE, el contraste *a posteriori*, muestra el mismo patrón de diferencias observado en el ANOVA.

Estos resultados indican que, efectivamente, la convicción de enfermedad médica no es específica de los pacientes con TS puesto que es asimismo compartida por las personas con diagnóstico de hipocondría.

Tabla 3.14. Diferencias entre grupos en convicción de enfermedad médica controlando la puntuación en BDI (ANCOVA)

Subescalas	TS (23)	TH (22)	OTROS- TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
IW-CE	1,90 (0,18) _a	1,64 (0,17) _{a,b}	0,94 (0,21) _c	1,25 (0,17) _{a,b}	0,28 (0,20) _c	8,63***	0,26
IPHA- DM_CE	14,79 (1,48) _a	14,46 (1,40) _a	8,87 (1,65) _b	9,43 (1,34) _b	6,71 (1,52) _b	20,52***	0,49

*** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias a posteriori. IW-CE: Índice Whiteley subescala Conciencia de Enfermedad. IPHA-DM_CE: Inventario de Preocupaciones Hipocondríacas de Aiglé, subescala Desconfianza Médico_Conciencia de Enfermedad.

3.2.8. Insatisfacción con la atención médica

Una característica atribuida habitualmente a los pacientes somatizadores es que manifiesten queja y desacuerdo con la atención médica recibida. Este rasgo es evaluado explícitamente por la subescala de la HAS, Insatisfacción con la Atención Médica (IAM).

El ANOVA respecto a esta escala muestra diferencias estadísticamente significativas y el estadístico η^2_{parcial} indica un *tamaño del efecto* medio. El contraste *a posteriori* (Games-Howell) refleja que las únicas diferencias que aparecen con significación estadística son las del grupo TS respecto al resto de grupos clínicos y al grupo control. Entre el resto de grupos clínicos no existen diferencias, ni entre ellos, ni con el grupo control (ver Tabla 3.15)

Tabla 3.15. Diferencias entre grupos en insatisfacción con la atención médica

HAS-IAM	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
No control BDI	0,61 (0,14) _a	0,46 (0,20) _b	0,40 (0,19) _b	0,35 (0,17) _b	0,34 (0,13) _b	9,39***	0,29
Control BDI	0,55 (0,04) _a	0,44 (0,03) _{a,b}	0,40 (0,04) _{a,b}	0,36 (0,03) _b	0,43 (0,04) _{a,b}	3,73**	0,14

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias a posteriori. HAS-IAM: Encuesta de Actitudes hacia la Enfermedad, subescala Insatisfacción con la Atención Médica. BDI: Inventario de Depresión de Beck.

Al controlar la variable depresión, la puntuación más elevada continúa siendo la del grupo TS, pero la única diferencia que se mantiene en la comparación de las medias marginales (Bonferroni) es la que presenta el grupo de pacientes con TS respecto al grupo TP. El resto de comparaciones no son estadísticamente significativas al controlar el peso de la depresión. En consecuencia, esta característica parece estar presente en todos los pacientes que se incluyen bajo la categoría general de trastorno somatomorfo, pero no es específica de ninguno de ellos.

3.2.9. Uso de recursos sanitarios

La evaluación del uso de recursos sanitarios por los sujetos participantes en el estudio se ha valorado a través de dos escalas: la subescala del IAS-Experiencias con el Tratamiento (ET) y la subescala del HAS-Alta Utilización de Servicios Médicos (AUSM). Los resultados se muestran en la tabla 3.16.

En las dos escalas, los valores de F indican diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$), con un tamaño del efecto grande. En ambas escalas, el grupo TS obtiene las puntuaciones más elevadas y el grupo control no clínico las más bajas. De hecho, los valores de F se deben, en primera instancia, al hecho de que todos los pacientes puntuaron más que los sujetos no clínicos en ambas escalas.

En cuanto a las comparaciones entre los cuatro grupos clínicos, los contrastes post-hoc (Games Howell) indican que, en la escala AUSM del HAS el grupo TS no difiere del de OTROS-TSM, pero sí de los otros dos grupos clínicos. Estos mismos resultados se observan con las puntuaciones derivadas de la escala ET de la IAS (ver Tabla 3.16).

Tabla 3.16. Diferencias entre grupos en utilización de recursos sanitarios

Subescalas	TS (23)	TH (22)	OTROS- TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
HAS- AUSM	0,71 (0,13) _a	0,51 (0,20) _b	0,61 (0,25) _{a,b}	0,54 (0,17) _b	0,33 (0,12) _c	26,31***	0,36
IAS- ET	8,35 (1,93) _a	6,58 (1,43) _b	7,14 (1,7) _{a,b}	6,50 (1,67) _b	3,05 (2,23) _c	23,1***	0,51

*** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*. HAS-AUSM: Encuesta de Actitudes hacia la enfermedad, subescala Alta Utilización de Servicios Médicos. IAS-ET: Escala de Actitudes hacia la Enfermedad, subescala Experiencias con el Tratamiento.

Al controlar la puntuación en depresión, si bien los valores de F se mantienen estadísticamente significativos, los tamaños del efecto son menores. Además, desaparece la diferencia previamente observada en la escala AUSM entre los pacientes TS y TP, aunque se mantiene la previamente obtenida entre los primeros y el grupo TH, y en la subescala ET de la IAS todos los grupos clínicos se integran en uno solo. En consecuencia, esta variable no es específica de los pacientes con TS, al menos tal y como se ha valorado con estas subescalas (ver Tabla 3.17).

Tabla 3.17. Diferencias entre grupos en uso de recursos sanitarios controlando la puntuación en BDI (ANCOVAS)

Subescalas	TS (23)	TH (22)	OTROS- TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
HAS- AUSM	0,65 (0,04) _a	0,49 (0,04) _{b,c}	0,61 (0,04) _{a,b}	0,55 (0,04) _{a,b,c}	0,41 (0,04) _c	6,03***	0,21
IAS- ET	7,86 (0,44) _a	6,43 (0,41) _a	7,12 (0,47) _a	6,59 (0,4) _a	3,61 (0,45) _b	11,1***	0,34

*** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*. HAS-AUSM: Encuesta de Actitudes hacia la enfermedad, subescala Alta Utilización de Servicios Médicos. IAS-ET: Escala de Actitudes hacia la Enfermedad, subescala Experiencias con el Tratamiento

3.2.10. Estilo inadecuado de comunicación del estrés y el malestar, y alexitimia

Estos aspectos se han evaluado mediante la subescala del HAS, *disonante comunicación del estrés* (DCE), y la escala de Toronto para la Evaluación de Alexitimia, TAS-20. Recordemos que esta escala incluye, además de la puntuación total, tres subescalas: 1) *dificultad para discriminar señales emocionales* (DDSE), *dificultad para expresar y verbalizar emociones* (DVEE) y *pensamiento orientado hacia detalles externos* (PODE).

Tabla 3.18. Diferencias entre grupos en comunicación disonante del estrés y alexitimia

Escalas	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η ² parcial
DCE	0,57 (0,28) _a	0,49 (0,28) _{a,b}	0,46 (0,28) _{a,b}	0,37 (0,31) _{a,b}	0,24 (0,25) _b	4,05**	0,15
TAS Total	60,5 (13,51) _a	52,14 (11,52) _{a,b}	50,29 (7,23) _a	48,95 (15,05) _a	38,25 (7,61) _b	12,84***	0,29
TAS- DDSE	21,8 (5,81) _a	20,1 (5,23) _a	16,07 (7,08) _a	17,85 (7,25) _a	9,95 (4,13) _b	11,91***	0,35
TAS- DVEE	15,15 (5,16)	11,86 (4,42)	12,79 (4,21)	11,65 (6,01)	11,05 (3,72)	2,23	0,09
TAS- PODE	22,55 (6,23)	20,2 (5,29)	21,43 (4,5)	18,65 (5,17)	18 (5,44)	2,34	0,09

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*. TAS: Escala de Alexitimia de Toronto. DDSE: dificultad para la discriminación de las señales emocionales, DVEE: dificultad de expresar y verbalizar emociones, PODE: pensamiento orientado hacia detalles externos

Como puede observarse en la Tabla 3.18, los pacientes del grupo TS obtuvieron las puntuaciones más elevadas en todos los casos. Sin embargo, los valores de F únicamente fueron significativos para tres de las medidas: la subescala que evalúa comunicación disonante del estrés (DCE), la puntuación total de la TAS-20 y la subescala de este cuestionario que evalúa dificultades para la discriminación de las señales emocionales (DDSE). En este caso el tamaño del efecto fue, además, grande. El

valor de F para las otras dos subescalas de la TAS-20 fue solo marginalmente significativo (véase la Tabla 3.18).

Los contrastes *a posteriori* (Games-Howell) indican que, en el caso de la subescala DCE, el valor de F se debe a la diferencia entre el grupo TS y el control no clínico, dado que no se aprecian diferencias entre los otros tres grupos clínicos y las personas del grupo control. En cuanto a las dos medidas de alexitimia, las diferencias refieren a la mayor puntuación de los grupos TS, TH y TP, en comparación con los controles no clínicos.

Al controlar la depresión (Tabla 3.19), la única medida que alcanzó un valor de F significativo fue la *dificultad para la discriminación de las señales emocionales*, con un tamaño del efecto pequeño. Los resultados de la comparación de medias marginales estimadas muestran que los grupos clínicos, con la excepción del grupo OTROS-TSM, presentan una puntuación más elevada que el grupo control no clínico.

Tabla 3.19. Diferencias entre grupos en comunicación disonante del estrés y alexitimia controlando la puntuación en BDI (ANCOVAS)

Escalas	TS (23)	TH (22)	OTROS-TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
DCE	0,44 (0,06)	0,44 (0,05)	0,47 (0,06)	0,4 (0,05)	0,4 (0,6)	0,27	0,01
TAS Total	55,17 (2,48)	49,97 (2,25)	50,14 (2,72)	49,98 (2,28)	44,93 (2,59)	1,74	0,07
TAS- DDSE	19,12 (1,27) _a	19 (1,15) _a	16 (1,39) _{a,b}	18,37 (1,17) _a	13,31 (1,32) _b	3,32*	0,13
TAS- DVEE	13,31 (1,07)	11,11 (0,97)	12,74 (1,17)	12 (0,99)	13,35 (1,12)	0,94	0,04
TASPOD E	21,68 (1,3)	19,84 (1,19)	21,4 (1,43)	18,82 (1,2)	19,1 (1,36)	0,93	0,04

* $P < 0,05$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*. TAS: Escala de Alexitimia de Toronto. DDSE: dificultad de discriminar señales emocionales, DVEE: dificultad de expresar y verbalizar emociones, PODE: pensamiento orientado hacia detalles externos.

3.2.10. Resumen de la Hipótesis 1.

Esta hipótesis, que habíamos formulado sobre la base de la literatura científica revisada, planteaba la existencia de un conjunto de características clínicas como específicas y diferenciales del TS en comparación con otros trastornos entre cuyos criterios diagnósticos se incluyen síntomas de tipo físico. Los resultados obtenidos se resumen, de manera simplificada y haciendo referencia únicamente a los datos procedentes de los ANCOVA que resultaron significativos en la Tabla 3.20.

Como puede observarse en la Tabla-resumen, a excepción del número de diagnósticos comórbidos y el número de síntomas de dolor, gastrointestinales, y sexuales, el resto de las variables consideradas no resultaron ser específicas de los pacientes del grupo TS. No obstante, casi todas ellas pueden considerarse sensibles (en un sentido genérico, no estadístico de este término) para diferenciar la presencia de patología somatomorfo de su ausencia, ya que fueron capaces de diferenciar a las personas de la población no clínica del grupo de pacientes con TS. A esta afirmación le caben dos excepciones notables: en las tres medidas sobre fuentes de atribución de síntomas (SIQ) y en la insatisfacción con la atención médica recibida, los pacientes con TS no se distinguieron de la población no clínica.

Tabla 3.20. Resumen de las diferencias entre grupos en las variables que mostraron un valor de *F* significativo en los ANCOVA

VARIABLE	TS	TH	OTROS TSM	TP	CON- TROL
BDI	A	A,B	A,B	B	C
Nº Diagnósticos Comórbidos*	A	B	B	B	--
Trastornos depresivos comórbidos	A	A,B	B	C	--
Síntomas Dolor*	A	B	B	B	B
Síntomas Gastrointestinales*	A	B	B,C	B,C	C
Síntomas Sexuales*	A	B	B	B	B
Síntomas Pseudo-neurológicos	A	A,B	B	B	B
Síntomas Cardiopulmonares	A	A,B	B,C	A	C
Nº Total Síntomas*	A	B	B	B	C
Interferencia Relaciones Sociales	A	A	A	A	B
Interferencia Trabajo	A	BC	AB	AB	C
Interferencia Pareja	A	A	AB	AB	B
Interferencia Relaciones Sexuales	A	AB	AB	AB	B
Interferencia Familia	A	AB	A	B	B
Interferencia Ocio	A	AB	AB	A	B
SIQ-Atribución de síntomas-Psicológico	AB	AB	AB	A	B
SIQ-Atribución de síntomas- Somático	B	A	B	B	B
SIQ-Atribución de síntomas-Normal	AB	B	B	AB	A
SIQ- Total síntomas somáticos	A	A,B	A,B,C	B	C
Frustración por la mala salud	A	A	A	A	B
Convicción de enfermedad (IW)	A	A,B	B,C	A,B	C
Desconfianza médico-convicción enfermo	A	A	A,B	A,B	B
HAS-Insatisfacción con la atención médica	A	A,B	A,B	B	A,B
IAS- Utilización de Servicios Médicos	A	B,C	A,B	A,B,C	C
HAS- Utilización de Servicios Médicos	A	A	A	A	B
TAS-Dificultad discriminar emociones	A	A	A,B	A	B

Las letras A, B, C en la tabla indican pertenencia a un mismo grupo (p.e., ausencia de diferencias entre grupos con la misma letra). * Variables específicas de los pacientes con TS.

3.3. HIPÓTESIS 2ª. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS NO ESPECÍFICAS DE LOS PACIENTES CON TS

A diferencia de la hipótesis anterior, más centrada en características y variables clínicas concretas, en esta nos planteamos la posibilidad de que los pacientes con TS compartan características más generales, aunque también clínicamente significativas, con los otros grupos de pacientes. En consecuencia, el análisis de los resultados se realizará siguiendo el mismo patrón de comparaciones entre grupos que llevamos a cabo con la anterior hipótesis. Pero en esta ocasión, el análisis se centrará en la comparación del grupo de personas con TS con cada uno de los otros grupos clínicos por separado. También como en el caso anterior primero se ofrecen los datos de los ANOVA sin controlar la puntuación en depresión (BDI) y a continuación esos mismos datos introduciendo esta variable como covariada (ANCOVAS).

3.3.1. Características clínicas que comparten el trastorno de somatización y la hipocondría

A. Preocupación por la salud y el funcionamiento del cuerpo

Para evaluar estos aspectos se han utilizado cuatro medidas: las puntuaciones totales de los dos cuestionarios de hipocondría (IPHA e Índice Whiteley, IW), dado que la finalidad de ambos es precisamente la de evaluar la presencia de hipocondría entendida como preocupación por la salud. Además se utilizan las puntuaciones de dos subescalas: la de *preocupación por el funcionamiento del cuerpo*, que es una subescala específica del IW, y la subescala del HAS, *excesiva preocupación por la salud (EPS)*.

Los resultados de los ANOVA (véase la Tabla 3.21) indican que todos los valores de F son significativos con tamaños del efecto grandes, excepto para la subescala EPS del HAS. Estos valores se deben a las diferencias que todos los grupos clínicos mantienen con los controles no clínicos, por un lado, y a las elevadas puntuaciones que el grupo con TH obtiene en las cuatro medidas. En relación con nuestra hipótesis, sin

embargo, los análisis post-hoc (Games-Howell) no la avalan. Aunque los pacientes con TS son quienes, después de los hipocondríacos, obtienen las puntuaciones más elevadas en las dos escalas globales de hipocondría, estas puntuaciones los sitúan más cerca de los otros dos grupos de pacientes que de los del grupo hipocondríaco.

Tabla 3.21. Comparación entre grupos en preocupación por la salud y el funcionamiento del cuerpo

ESCALAS	TS (23)	TH (22)	OTROS TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
IPHA- Total	84,25 (38,56) _b	125,84 (24,92) _a	52,46 (26,58) _b	72,4 (37,28) _b	20,90 (15,09) _c	64,53***	0,57
IW - Total	9,22 (3,07) _{a,b}	10,73 (1,88) _a	5,8 (3,36) _c	6,82 (2,8) _{b,c}	1,8 (1,24) _d	92,41***	0,61
Preocupación cuerpo (IW)	1,61 (1,19) _b	2,59 (0,5) _a	1,0 (1,13) _{b,c}	1,27 (0,88) _b	0,20 (0,89) _c	32,13***	0,44
Preocupación salud (HAS)	0,53 (0,35) _b	0,89 (0,21) _a	0,42 (0,27) _b	0,85 (0,98) _{a,b}	0,14 (0,18) _c	7,49***	0,24

*** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias a posteriori. IW: Índice Whiteley. IPHA: Inventario de Preocupaciones Hipocondríacas de Aiglé. HAS: Encuesta de Actitudes hacia la Salud.

Al controlar el peso de la depresión, se mantiene el mismo patrón de resultados en relación con las puntuaciones totales del Índice Whiteley y del IPHA: los pacientes con TH obtienen las mayores puntuaciones, y el grupo con TS es indistinguible de los otros dos grupos de pacientes en el caso del IPHA, y se encuentra en un lugar intermedio entre los pacientes con TH y con TP en el caso del IW. En relación con la subescala de excesiva preocupación por la salud del HAS, los pacientes de los grupos TH y TP son los únicos que no se diferencian de los controles normales.

Tabla 3.22. Comparación entre grupos en preocupación por la salud y el funcionamiento del cuerpo controlando la puntuación en BDI (ANCOVAS)

ESCALAS	TS (23)	TH (22)	OTROS TSM (15)	TP (22)	CONTROL (20)	F	η^2 parcial
IPHA-Total	74,2 (7,14) _b	121,21 (6,72) _a	50,05 (7,95) _b	74,46 (6,43) _b	32,25 (7,33) _c	20,52** *	0,49
IW-Total	8,69 (0,57) _{a,b}	10,52 (0,54) a	5,843 (0,65) _c	6,92 (0,54) _{b,c}	2,5 (0,63) _d	22,91** *	0,49
Preocupación cuerpo (IW)	1,45 (0,21) _b	2,53 (0,2) _a	1,01 (0,23) _{b,c}	1,3 (0,19) _b	0,41 (0,23) _c	11,88** *	0,35
Preocupación salud (HAS)	0,49 (0,12) _{a,b}	0,88 (0,11) a	0,42 (0,13) _{a,b}	0,86 (0,11) _a	0,2 (0,13) _b	6,14**	0,21

p < 0,01; *p < 0,001. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias a posteriori. IW: Índice Whiteley. IPHA: Inventario de Preocupaciones Hipocondríacas de Aiglé. HAS: Encuesta de Actitudes hacia la Salud.

B. Miedo a la enfermedad y la muerte, sentimiento de vulnerabilidad a la enfermedad, y vigilancia excesiva del estado de salud

Los tres aspectos que contiene el enunciado de este epígrafe, hacen referencia a tres subescalas específicas del cuestionario IPHA. Además, el miedo a la enfermedad se evalúa también en la subescala de fobia a la enfermedad (FE) del IW. Por tanto, en este apartado resumiremos los resultados obtenidos con estas cuatro medidas. En la Tabla 3.23 se presentan los resultados de los ANOVA.

Como puede constatar, todos los valores de F fueron significativos con tamaños del efecto grandes. Los análisis post-hoc indican que todos los grupos clínicos puntuaron más que el grupo control. Además, el grupo de pacientes con hipocondría presentó las puntuaciones más elevadas, hasta el punto de diferenciarse con claridad de los otros grupos de pacientes excepto en la subescala de sentimiento de

vulnerabilidad a la enfermedad del IPHA: en esta variable, los pacientes con TS no se diferenciaron de los hipocondríacos.

Tabla 3.23. Comparaciones entre grupos: miedo a la enfermedad, sentimiento de vulnerabilidad, vigilancia de la salud.

ESCALAS	TS (23)	TH (22)	OTROS TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
IPHA-Miedo a la enfermedad/muerte	19,6 (10,97) _b	39,16 (9,26) _a	13,15 (7,57) _b	20,35 (14,13) _b	5,85 (4,89) _c	48,77***	0,59
IPHA-Vulnerable a enfermedad	14,25 (7,61) _{a,b}	17,89(6,23) _a	8,46 (5,68) _b	10,2 (7,44) _b	2,55 (2,56) _c	32,68***	0,42
IPHA-Vigilancia salud	18,4 (8,84) _b	27,74 (6,00) _a	13,69 (6,1) _b	18,4 (5,96) _b	7,00 (4,06) _c	41,15***	0,44
IW-Fobia enfermedad	2,00 (1,31) _b	3,54 (0,59) _a	1,67 (1,44) _{b,c}	2,18 (1,25) _b	1,05 (0,75) _c	37,74***	0,38

*** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias a posteriori. IPHA: Inventario de Preocupaciones Hipocondríacas de Aiglé. IW: Índice Whiteley.

Tabla 3.24. Comparaciones entre grupos: miedo a la enfermedad, sentimiento de vulnerabilidad, vigilancia de la salud, controlando la puntuación en BDI (ANCOVAS).

ESCALAS	TS (23)	TH (22)	OTROS TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
IPHA-Miedo a la enfermedad/muerte	17,58 (2,47) _{b,c}	38,3 (2,33) _a	13,47 (2,75) _{b,c}	20,76 (2,23) _b	8,13 (2,54) _c	22,07***	0,51
IPHA-Vulnerable a enfermedad	11,68 (1,43) _{a,b}	16,71 (1,35) _a	8,87 (1,6) _b	10,73 (1,29) _b	5,45 (1,5) _b	7,71***	0,26
IPHA-Vigilancia salud	16,75 (1,56) _b	26,98 (1,5) _a	13,95 (1,73) _{b,c}	18,74 (1,4) _b	8,86 (1,6) _c	18,37***	0,46
IW-Fobia enfermedad	1,98 (0,25) _{b,c}	3,58 (0,24) _a	1,69 (0,29) _{b,c}	2,18 (0,24) _b	1,07 (0,28) _c	13,19***	0,35

*** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias a posteriori. IPHA: Inventario de Preocupaciones Hipocondríacas de Aiglé. IW: Índice Whiteley.

Al controlar la depresión, estos resultados son estables en lo que se refiere a la hipocondría, pero no por lo que se refiere a los pacientes con TS (ver Tabla 3.24). En consecuencia, nuestra hipótesis únicamente se confirma parcialmente en relación con la variable *sentimiento de vulnerabilidad a la enfermedad*.

C. Conciencia de hipocondría

La evaluación de este aspecto mediante la escala del mismo nombre derivada del IPHA, ofrece unos resultados muy inequívocos y esperables: los pacientes con hipocondría son, a diferencia de los otros grupos clínicos, claramente conscientes de su problema: esto es, de que su preocupación por la salud es excesiva, independientemente de que esté o no “justificada”. El valor de F es especialmente elevado en este caso, y su tamaño del efecto grande (Tabla 3.25).

El contraste a posteriori (Games-Howell) indica, además, que todos los grupos clínicos presentan una puntuación más elevada que el grupo control, y que no hay diferencias entre los tres grupos diferentes al TH [TS, OTROS, y TP). Estos resultados se mantienen al controlar el peso de la depresión, excepto en la comparación entre el grupo OTROS-TSM y el grupo control, entre los que se anulan las diferencias previamente encontradas.

Tabla 3.25. Comparaciones entre grupos: conciencia de hipocondría

Conciencia Hipocondría	TS (23)	TH (22)	OTROS TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η ² parcial
No control BDI	14,10 (8,72) _b	25,16 (4,65) _a	8,77 (6,95) _b	14,5 (7,64) _b	2,30 (3,09) _c	80,03***	0,55
Control BDI	13,37 (1,63) _b	24,82 (1,53) _a	8,88 (1,81) _{b,c}	14,65 (1,47) _b	3,12 (1,67) _c	23,63**	0,52

p< 0.01; *p< 0.001. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*. BDI: Inventario de Depresión de Beck

3.3.2. Características clínicas que comparten los trastornos de somatización y de pánico

Habíamos hipotetizado que, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos, el TS y el TP compartirían una tasa similar de síntomas cardio-pulmonares y una mayor sensibilidad a la ansiedad.

El primer aspecto ya se comentó en relación con la hipótesis 1, y los resultados indicaban que, una vez controlada la puntuación en depresión, no había diferencias efectivamente entre ambos grupos de pacientes, pero a la vez estos no diferían de los hipocondríacos, con lo que en este aspecto nuestra hipótesis se ve parcialmente confirmada.

Tabla 3.26. Comparaciones entre grupos en Sensibilidad a la Ansiedad (ASI)

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad	TS (23)	TH (22)	OTROS TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
No control BDI	28,43 (13,14) _a	32,64 (12,02) _a	23,13 (11,04) _a	31,95 (10,52) _a	11,05 (7,34) _b	20,82***	0,35
Control BDI	23,09 (2,37) _{b,c}	31,03 (2,16) _{a,b}	23,49 (2,57) _{a,b,c}	32,98 (2,18) _a	16,51 (2,53) _c	8,64**	0,27

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*. BDI: Inventario de Depresión de Beck

Por lo que se refiere a la sensibilidad a la ansiedad, que se ha evaluado mediante el cuestionario específicamente diseñado para ello (ASI), los resultados indican que las diferencias estadísticamente significativas entre los cinco grupos se deben, básicamente, a que todos los grupos de pacientes puntúan más que el grupo control no clínico. Las puntuaciones más elevadas corresponden a los grupos TH y TP si bien el contraste *a posteriori* no muestra diferencias entre ninguno de los grupos clínicos. Los resultados se muestran en la Tabla 3.26. En la segunda fila de esta tabla se recogen los resultados obtenidos cuando se controló la puntuación en depresión. Como se puede constatar, el grupo con TS obtiene una puntuación menor en este caso

en sensibilidad a la ansiedad, lo que indica que, en estos pacientes, parte de la varianza de esta variable está mediada por la sintomatología depresiva. Esto incide, además, en el hecho de que los pacientes con TS obtengan la menor puntuación de todos los grupos clínicos en sensibilidad a la ansiedad.

3.3.3. Características clínicas que comparten el trastorno de somatización con otros trastornos en los que predominan las somatizaciones: Vulnerabilidad al estrés psicológico.

Habíamos hipotetizado que los pacientes en los que predominaran las somatizaciones, es decir, nuestros grupos de personas con TS y con OTROS-TSM, compartirían una mayor vulnerabilidad al estrés psicológico, y que este aspecto sería un elemento diferenciador con los otros dos grupos clínicos (hipocondría y pánico)

La vulnerabilidad al estrés psicológico se ha medido mediante la subescala del HAS denominada *estrés psicológico*. Los resultados se presentan en la Tabla 3.27. El ANOVA muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos y, por otra parte, el estadístico $\eta^2_{parcial}$ presenta un *tamaño del efecto* grande. El contraste *a posteriori* (Tukey HSD) refleja que únicamente existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos clínicos respecto al grupo control no clínico. Además es reseñable la similitud de las puntuaciones de los grupos clínicos, que no se modifica al controlar la puntuación en depresión.

Tabla 3.27. Comparación entre grupos en Estrés Psicológico

Escala	TS (23)	TH (22)	OTROS TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	$\eta^2_{parcial}$
Estrés Psicológico	0,75 (0,28) _a	0,76 (0,23) _a	0,67 (0,28) _a	0,75 (0,16) _a	0,30 (0,18) _b	14,84***	0,39

***p < 0,001. Entre cada escala, los subíndices a y b representan la comparación de las medias *a posteriori*.

3.3.4. Amplificación somatosensorial: Rasgo común de pacientes somatomorfos

La amplificación de sensaciones corporales, que hipotéticamente está en la base de las somatizaciones, puede ser un aspecto que compartan los tres grupos de pacientes que se incluyen en la categoría de TSM (TS, TH, y OTROS-TSM). Esta variable ha sido evaluada mediante la escala de amplificación somatosensorial (SSAS), y los resultados se presentan en la Tabla 3.28.

El ANOVA indica diferencias significativas entre los grupos, si bien el tamaño del efecto entra en el rango de pequeño. Los contrastes *a posteriori* (Games-Howell) reflejan los siguientes resultados: tanto el grupo TS como el TH presentan diferencias estadísticamente significativas respecto a los grupos OTROS-TSM y al control, pero no entre ellos ni con el grupo TP. Por su parte, el grupo TP no presenta diferencias significativas con ningún grupo clínico ni con el grupo control. Cuando se controla el peso de la depresión (segunda fila de la Tabla 3.28), desaparecen las diferencias previamente encontradas, lo que indica que o bien esta variable, o la escala de medida, no son relevantes para la evaluación de este constructo.

Tabla 3.28. Amplificación Somatosensorial (SASS): Comparación entre grupos

SASS	TS (23)	TH (22)	OTROS TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 parcial
No control	28,95 (7,4) _a	28,24 (7,31) _a	22,4 (4,31) _b	25,57 (4,12) _{a,b}	22,15 (4,76) _b	5,46**	0,19
Control BDI	27,27 (1,36)	26,57 (1,26)	21,97 (1,46)	25,99 (1,22)	23,96 (1,4)	NS	0,09

** $p < 0,01$. Entre cada escala, los subíndices a, b y c representan la comparación de las medias *a posteriori*

3.3.5. Características compartidas por todos los grupos clínicos: Preocupación ansiosa excesiva y rasgos de personalidad

El grado de *preocupación ansiosa* ha sido evaluado mediante la escala de preocupación de Pensilvania (PSWQ). Los resultados se presentan en la Tabla 3.29. El Análisis de Varianza muestra que existen diferencias significativas entre los grupos, con un tamaño del efecto medio.

En el análisis *a posteriori* (Tukey HDS), los resultados son similares a los previamente encontrados con el cuestionario ASI de sensibilidad a la ansiedad. En primer lugar, los cuatro grupos clínicos muestran puntuación más elevada que el grupo control no clínico, lo que avala la hipótesis que nos habíamos planteado. En segundo término, los grupos TS y TH obtienen la puntuación más elevada y muy similar, pero no existen diferencias estadísticamente significativas con ninguno de los otros dos grupos de pacientes.

Al controlar la puntuación en depresión (segunda fila de la Tabla 3.29) la comparación de las medias marginales (Bonferroni) muestra como únicas diferencias significativas las encontradas, respecto al grupo control, con los grupos TP y TH. Así pues, controlar la variable depresión hace que las diferencias, respecto al grupo control, de los grupos TS y OTROS dejen de tener significación estadística, lo que ofrece un apoyo solo parcial a nuestra hipótesis.

Tabla 3.29. Preocupación ansiosa excesiva: Comparaciones entre grupos.

PSWQ	TS (23)	TH (22)	OTROS TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η ² parcial
No control BDI	63,5 (13,42) _a	63,09 (9,18) _a	56,4 (12,2) _a	58,57 (10,25) _a	43,55 (9,91) _b	11,07***	0,32
Control BDI	58,42 (2,27) _{a,b}	61,26 (2,1) _a	56,8 (2,51) _{a,b}	59,58 (2,13) _a	49,77 (2,46) _b	11,07***	0,32

***p < 0,001; BDI: Inventario de Depresión de Beck. PSWQ: Cuestionario de Preocupación de Pensilvania.

La **personalidad** ha sido evaluada a partir del cuestionario NEO REVISADO (NEO-PI-R) que consta de 5 factores fundamentales (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad) y 30 escalas parciales. Los resultados del análisis de varianza de estos cinco factores, así como de sus respectivas facetas que mostraron diferencias significativas entre los grupos, se ofrecen en la Tabla 3.29. En esta ocasión no se ha considerado pertinente realizar un ANCOVA controlando la puntuación en depresión, ya que no estamos examinando una variable o característica clínica. Todos los contrastes post-hoc se realizaron con la prueba Tukey-HSD.

Como puede observarse en la Tabla 3.30, solo dos de los cinco grandes factores, Neuroticismo y Apertura, y solo 6 de las 30 facetas mostraron diferencias entre los grupos, con tamaños del efecto pequeños a excepción de la faceta Ansiedad.

En relación con el *Neuroticismo*, el contraste *a posteriori* indica que no hay diferencias entre los cuatro grupos de pacientes, pero todos ellos obtienen puntuaciones significativamente superiores a las del grupo control con la excepción del grupo OTROS-TSM cuyo grado de Neuroticismo no difiere de los controles no clínicos. De las seis facetas que integran el Neuroticismo, constatamos valores de F significativos en dos de ellas: *Ansiedad* y *Depresión*. En la primera, la puntuación más elevada la obtiene el grupo de hipocondría, mientras que los pacientes con TS obtienen la puntuación más alta en Depresión. El análisis *a posteriori* de la faceta *Ansiedad* muestra resultados similares a los observados con el Neuroticismo: el grupo control puntúa significativamente menos que los grupos clínicos TS, TH y TP, pero no se diferencia del grupo OTROS-TSM. Por otra parte, entre los grupos clínicos, las únicas diferencias aparecen en los grupos TH y TP frente al grupo OTROS, mientras que este grupo no difiere del TS (la diferencia es marginalmente significativa: $p=0,053$). Por su parte, el contraste *a posteriori* de *Depresión* revela que las únicas diferencias con significación estadística son las que mantienen los grupos TS y TP en relación con el grupo control. Los grupos OTROS-TSM y TH no se diferencian de ninguno de los grupos.

El análisis post-hoc del otro factor con valor de F significativo, *Apertura*, muestra que el grupo TS presenta la puntuación más baja, si bien no difiere significativamente de los pacientes incluidos en los grupos TH y OTROS-TSM. A su vez, estos dos grupos no se diferencian del grupo control. En consecuencia, las únicas diferencias significativas son las que se producen entre el grupo TS y los grupos TP y control no clínico.

Dos facetas de este factor indican también diferencias entre los grupos: *Ideas y Valores*. En la primera de ellas, la puntuación más baja corresponde al grupo TS y el contraste *a posteriori* muestra que la única diferencia estadísticamente significativa se produce entre los grupos TS y TP, si bien hay que resaltar que este grupo de pacientes obtiene una puntuación muy similar a la del grupo control. En relación con la faceta *Valores*, la única diferencia significativa se encuentra entre el grupo control (con la puntuación más elevada) y el grupo de pacientes con TS, que obtuvo el puntaje más bajo.

Por último, las puntuaciones en las facetas de *Emociones Positivas* (del factor Extroversión) y *Modestia* (del factor Amabilidad), también revelaron diferencias entre los grupos. El contraste *a posteriori* de *Emociones Positivas* muestra que la puntuación más elevada es la del grupo control, que presenta diferencias con los grupos TS y TP. Entre los grupos clínicos, el grupo TS presenta una puntuación inferior que el grupo OTROS-TSM.

En cuanto a *Modestia*, los resultados del análisis post-hoc indican que las puntuaciones de los grupos TS y TP son significativamente más elevadas que las de los grupos OTROS-TSM y control no clínico, mientras que los pacientes con hipocondría no difieren de ninguno de los otros cuatro grupos establecidos.

Tabla 3.30. Personalidad: Comparaciones entre los grupos.

FACTORES	TS (23)	TH (22)	OTROS TSM (15)	TP (22)	Control (20)	F	η^2 Parcial
Neuroticismo	68,3 (8,16) _a	67,31 (6,98) _a	62,64 (8,37) _{a,b}	66,7 (6,98) _a	58,81 (6,77) _b	4,38**	0,18
Extroversión	34,50 (9,17)	38,31 (13,1)	44,50 (9,85)	35,95 (7,29)	42,44 (8,64)	3,21	0,14
Apertura	35,05 (6,96) _a	38,69 (13,14) _{a,b}	38 (7,65) _{a,b}	43,9 (9,9) _b	46 (10,35) _b	3,78**	0,16
Amabilidad	47,25 (10,40)	41,75 (7,90)	21,50 (9,13)	48,35 (9,99)	42,06 (8,79)	2,03	0,09
Responsabilidad	36,20 (7,93)	40,71 (10,60)	36,44 (9,13)	37,30 (8,82)	33,94 (6,09)	1,21	0,05
FACETAS¹							
N1- Ansiedad	66,55 (9,71) _{a,b}	68,25 (7,13) _a	58,5 (10,4) _{b,c}	67,9 (5,62) _a	50,06 (8,54) _c	14,79***	0,42
N3- Depresión	68,15 (8,09) _{a,b}	62,31 (10,69) _{b,c}	61,5 (11,26) _{b,c}	65,6 (9,68) _{a,b}	55,5 (8,88) _c	4,29**	0,17
E6- Emociones Positivas	32,05 (7,1) _c	39,38 (13,7) _{a,b,c}	41,71 (8,57) _{a,b}	36,55 (8,56) _{b,c}	45,56 (9,4) _a	5,04**	0,2
AP5- Ideas	35,9 (6,94) _b	38,81 (10,16) _{a,b}	39,64 (8,33) _{a,b}	43,8 (9,22) _a	43,75 (9,74) _{a,b}	2,73*	0,12
AP6- Valores	40,65 (10,48) _b	43 (12,73) _{a,b}	42,21 (5,48) _{a,b}	49,55 (12,68) _{a,b}	51,81 (10,28) _a	3,58*	0,15
AM5- Modestia	54,9 (8,23) _a	49 (9,74) _{a,b}	45,36 (8,75) _b	55,55 (9,24) _a	45,95 (8,43) _b	5,17**	0,20

¹Solo se indican los resultados de las facetas que arrojaron diferencias significativas entre los grupos.

*<0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001

PARTE III:

DISCUSIÓN

Y

CONCLUSIONES

CAPITULO 1

DISCUSIÓN

En los siguientes apartados de este capítulo analizamos en detalle los resultados en relación con la literatura más relevante sobre el tema y presentamos las principales conclusiones que hemos extraído. La discusión ha sido organizada en epígrafes que se corresponden con el análisis independiente de los diferentes datos del estudio y las hipótesis planteadas al respecto, de modo que permita una lectura más cómoda y ordenada.

1. HIPÓTESIS 1ª: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS DE LOS PACIENTES CON TS.

1.1. Comorbilidad y relación con Depresión

La comorbilidad es un problema común en el diagnóstico clínico de salud mental, ya que es habitual que los pacientes presentes más de un trastorno (Merikangas y Kalaydjian, 2007). El trastorno de somatización ha sido relacionado consistentemente en la literatura con elevadas tasas de comorbilidad, especialmente con trastornos de ansiedad y depresión (Creed y Barsky, 2004; Hanel et al., 2009). En nuestro estudio estos datos se confirman, ya que son los pacientes con trastorno de somatización los que presentan un mayor número de diagnósticos comórbidos respecto al resto de grupos clínicos.

Y este dato es especialmente significativo en relación a los trastornos de la esfera depresiva, ya que el 56% de los pacientes presentan comorbilidad con un trastorno afectivo. Estos resultados coinciden con la literatura que estima que aproximadamente el 50% de los pacientes somatizadores presentan un trastorno afectivo (Dimsdale y Creed, 2009; Hanel et al., 2009; Kroenke, Jackson y Chamberlin, 1997; Lowe, et al., 2008). Por otra parte, la interpretación en dirección opuesta de estos resultados, es decir, el hecho de que casi la mitad de los somatizadores no presenten un trastorno afectivo comórbido, ha sido uno de los principales argumentos del grupo de trabajo del DSM-V, de los denominados “trastornos por síntomas somáticos” (Dimsdale y Creed, 2009), para proponer que estos trastornos configuren una categoría independiente y autónoma dentro de la futura nosología de trastornos mentales (DSM-V).

Otro de los aspectos más significativos de los resultados de nuestro estudio es que el grupo trastorno de somatización presenta una puntuación más elevada en la escala BDI que el resto de grupos clínicos (aunque las diferencias no son significativas respecto al grupo trastorno hipocondríaco), lo que avala la mayor comorbilidad encontrada sobre la base del criterio clínico. Por otra parte, todos los grupos clínicos manifiestan un estado de ánimo más depresivo que el grupo control no clínico. Además, las puntuaciones de los tres grupos clínicos, según los puntos de corte habitualmente establecidos para este cuestionario (Sanz y Vázquez, 2006), son indicadores de ánimo depresivo. Esto no quiere decir que pueda considerarse que los grupos presentan una depresión clínica (p.e., depresión mayor según el DSM), puesto que para llegar a este diagnóstico, o cualquier otro, es necesario realizar una evaluación más detallada que la ofrecida por un cuestionario de autoinforme como el BDI, que es de hecho el procedimiento que hemos seguido en este estudio para establecer los diagnósticos.

La asociación entre somatización y depresión ha dado lugar a muchas teorías respecto al significado de esta relación y ha acuñado conceptos como somatización de presentación o depresión enmascarada (Bridges, et al., 1991; De Gucht y Fischler, 2002; Fisch, 1987).

A partir de los resultados de nuestro estudio únicamente podemos hablar de co-ocurrencia, ya que ambos diagnósticos han sido identificados, lo que no es equiparable a hablar de que el cuadro de somatizaciones “enmascare” un trastorno depresivo. La evaluación de ambos trastornos no nos permite inferir nada respecto a una hipotética relación causal entre ambos (por ejemplo, que las somatizaciones fueran secundarias al cuadro depresivo). Además la literatura respecto a la dirección de la relación entre somatización y depresión no ofrece resultados esclarecedores (Lieb, et al., 2000; Lieb et al., 2002; Lieb, et al., 2007).

En conclusión, los sujetos de nuestro estudio no pueden entenderse como somatizadores puros (Bridges y Goldberg, 1985; Kirmayer y Robbins, 1991), en el sentido de no admitir síntomas psicológicos de carácter afectivo, ya que tanto desde un punto de vista categorial (identificación diagnóstica) como dimensional y fenomenológico (autovaloración en un escala de depresión de marcado carácter cognitivo como es el BDI) son los pacientes que manifiestan, y explícitamente reconocen, encontrarse “deprimidos”. Por tanto, el concepto de “somatizadores” frente “psicologizadores” establecido por (Bridges y Goldberg, 1985) que se refiere a presentación somática de un trastorno mental de la esfera afectiva, no parece de utilidad para conceptualizar a los pacientes de nuestro estudio. La limitada utilidad clínica de este constructo, a pesar de su fiabilidad, ya ha sido puesta de manifiesta en una revisión de los principales trabajos que han estudiado la propuesta de Bridge y Goldberg (García-Campayo y Sanz-Carrillo, 1999).

1.1.1. Interrelación entre hipocondría y trastorno de somatización

Otro aspecto muy relevante, y que puede tener una influencia decisiva en la nueva propuesta de criterios diagnósticos para estos pacientes en la futura revisión del DSM (Dimsdale y Creed, 2009), es la comorbilidad entre trastorno de somatización e hipocondría. En nuestro estudio, de un total de 44 pacientes que cumplían criterios diagnósticos para el trastorno de somatización o para hipocondría, únicamente el 9% presentaban ambos diagnósticos. En concreto, de los 23 pacientes con diagnóstico de trastorno de somatización el 17,5% presentan un trastorno hipocondríaco e,

inversamente, de los 25 pacientes con diagnóstico de hipocondría el 16% presentaban también un trastorno de somatización. Sin embargo, la comorbilidad entre hipocondría y somatización es mucho más elevada si utilizamos criterios de somatización abreviada: en ese caso, de los 25 pacientes con hipocondría el 64% cumplen criterios para somatización abreviada. Nuestros resultados coinciden en líneas generales con los presentados en la literatura. Por ejemplo, en dos recientes revisiones (Creed y Barsky, 2004; Noyes et al., 2006) la comorbilidad entre ambos diagnósticos, utilizando criterios DSM oscilaba entre el 7% y el 21%, pero cuando se utilizaban criterios de somatización abreviada podía ascender hasta el 83%, estimándose habitualmente sobre el 60%.

Estos datos nos permiten concluir que ambos trastornos son, en gran medida, independientes. Al menos a partir del diagnóstico en un muestra de pacientes atendidos en un servicio especializado de salud mental, como la de nuestro estudio. En la literatura este es un aspecto controvertido. Por una parte, varios estudios han mostrado una importante independencia entre el constructo de somatización funcional e hipocondría (Escobar et al., 1998; García-Campayo et al., 1998; Kirmayer y Robbins, 1991), especialmente cuando se comparan criterios de trastorno de somatización según DSM (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara y Hamer, 2006; Escobar et al., 1998; Noyes et al., 2006). Además, la discusión que durante esta década ha existido respecto a la entidad nosológica de los trastornos somatomorfos ha sido unánime en cuanto a la crítica de los criterios relacionados con el trastorno de somatización, pero no ha cuestionado la utilidad del diagnóstico independiente de trastorno hipocondriaco, aunque haya sido incluido preferentemente dentro de los trastornos de ansiedad (p.e., Rief y Sharpe, 2004; Mayou et al., 2005). Sin embargo, la propuesta del grupo de trabajo del DSM-V (Dimsdale y Creed, 2009) plantea, como comentamos anteriormente, agrupar a ambos diagnósticos en una misma categoría en base a la elevada comorbilidad encontrada entre somatización e hipocondría.

1.2. Número de síntomas somáticos

Respecto al número total de síntomas somáticos, encontramos que el grupo de pacientes con trastorno de somatización presenta un número mayor de síntomas que los otros dos grupos clínicos, quienes, por otra parte, presentan más síntomas que el grupo no clínico. Este hecho, que parece evidente, ya había sido reflejado en la literatura (Escobar et al., 1998; García-Campayo et al., 1998), y podría interpretarse como un artefacto derivado de diagnosticar el trastorno de somatización exclusivamente mediante la presencia de múltiples somatizaciones (Noyes et al., 2006), lo que conlleva que el trastorno de somatización sea diagnosticado precisamente en aquellos pacientes que presentaban un mayor número de síntomas.

De más interés es el resultado respecto a los *clústeres* de síntomas evaluados en el estudio, que incluía las cuatro áreas propuestas por el DSM-IV-TR (síntomas de dolor, gastrointestinales, sexuales/urogenitales y pseudoneurológicos) además de los síntomas cardio-pulmonares que se incluían en la versión previa del DSM (DSM-III-R) y fueron excluidos en la vigente edición. Aunque los estudios que han analizado estos *clúster* de síntomas han presentado resultados no concluyentes respecto a su utilidad diagnóstica (Creed y Barsky, 2004; Liu, et al., 1997), nuestros resultados indican que, en los cuatro sistemas somáticos propuestos en el DSM-IV, los pacientes somatizadores presentan un mayor número de síntomas que hipocondríacos y el grupo de trastorno de pánico. Este hecho podría avalar el criterio de diagnosticar el trastorno de somatización incluyendo síntomas de varios sistemas somáticos (Yutzy et al., 1995). No obstante, es necesario indicar que, al obtenerse el diagnóstico de trastorno de somatización a partir de la existencia de un número determinado de síntomas en cada uno de los sistemas somáticos evaluados, las diferencias pueden ser también, en parte, un artefacto de estos criterios diagnósticos.

Una mención especial requiere la comparación entre el grupo trastorno de somatización y el grupo de otros trastornos somatomorfos. A diferencia de lo que sucede con el resto de grupos clínicos, con este grupo el *clúster* de trastornos pseudo-neurológicos no presenta diferencias. Este hecho era esperable en la medida en que este grupo estaba conformado mayoritariamente por sujetos diagnosticados de

trastorno conversivo, en la que este tipo de síntomas es el principal rasgo diagnóstico. Pero de más relevancia es la diferencia que sí existe en los otros tres clúster de síntomas (dolor, gastrointestinales, y sexuales), lo que permite constatar una clara diferenciación en la presencia de quejas somáticas entre los sujetos con trastorno de somatización y los sujetos diagnosticados de trastorno de conversión. De todas formas, es necesario reseñar que dada la heterogeneidad del grupo otros somatomorfos y el *N* más pequeño de este grupo, esta conclusión debe ser tomada con cautela.

Las diferencias comentadas no sólo se mantienen, sino que ganan consistencia al controlar la variable depresión. Frente a otras variables, en las que al realizar el análisis de covarianza, las diferencias de los pacientes con trastorno de somatización respecto a otros grupos eran menos manifiestas (como analizaremos en detalle más adelante), en los síntomas somáticos, no solo se mantienen las diferencias entre somatización y otros grupos clínicos, sino que se afianzan, ya que, en algunos casos, es en esos otros grupos clínicos en los que las diferencias con el grupo control dejan de ser significativas. Como es el caso, por ejemplo, en los sujetos hipocondriacos respecto a los síntomas de dolor y pseudo-neurológicos, o los sujetos con trastorno de pánico en los síntomas pseudo-neurológicos.

Otro aspecto que es importante resaltar respecto al número de síntomas es que, a pesar de que los grupos clínicos diferentes al trastorno de somatización tienen un número menor de síntomas somáticos que éstos, también manifiestan un número significativo de síntomas, de tal modo que presentan el número de síntomas requerido en otros diagnósticos menos inclusivos de somatización. Los tres grupos clínicos informan una media de síntomas de alrededor de seis, lo que permitiría clasificarlos como somatomorfos según el criterio de somatización abreviado (Escobar et al., 1987, 1998), ya que la presencia de 4 síntomas en hombres y 6 en mujeres es el único criterio para este diagnóstico. Este hecho, que es congruente con la elevada prevalencia de este cuadro diagnóstico, que se ha estimado próximo al 20% en atención primaria (Creed y Barsky, 2004), refleja sin embargo, a su vez, la inespecificidad de ese diagnóstico, dentro del que pueden clasificarse indistintamente cuadros, que aunque similares es su preocupación somática, son claramente diferenciables clínica y fenomenológicamente. En definitiva, desde nuestro punto de

vista resulta cuestionable la utilidad nosológica de un diagnóstico tan prevalente, pero a la vez tan inespecífico, a la hora de caracterizar a los sujetos que hipotéticamente lo integran.

1.3. Grado de interferencia de los síntomas

Un aspecto importante respecto a la evaluación de los síntomas somáticos se refiere no solo a su dimensión cuantitativa sino también a la cualitativa: el grado de interferencia y malestar que éstos ocasionan en diferentes áreas de la persona que los padece. El trastorno de somatización ha sido asociado consistentemente a un elevado grado de malestar y discapacidad (Escobar et al., 1987; Gureje, et al., 1997; Katon et al., 1991), además de con conductas de enfermedad como ser muy frecuentadores de servicios sanitarios (Barsky, et al., 2005; Hollifield et al., 1999).

En la evaluación subjetiva de la interferencia de los síntomas somáticos los sujetos diagnosticados de trastorno de somatización obtienen la puntuación más alta en todas las áreas evaluadas. Sin embargo, el análisis estadístico no refleja una clara diferencia con el resto de grupos clínicos, en especial con los dos grupos de trastornos somatomorfos (OTROS-TSM y TH). De todas formas, es el grupo de pacientes con trastorno de somatización el único de los grupos clínicos que presenta alguna diferencia significativa con otros grupos clínicos.

Las diferencias con el grupo de pacientes con trastorno de pánico es significativa en una parte importante de las áreas evaluadas (trabajo, sexual, familia, y en su vida globalmente) aunque no es confirmada estadísticamente esa diferencia en las relaciones familiares, en el tiempo de ocio y relaciones personales. Las diferencias respecto al área sexual pueden relacionarse con la existencia de más síntomas en la esfera sexual en un grupo frente al otro (p.e., “disfunción eréctil”, “falta de deseo sexual”, etc.) que directamente llevarían a una valoración más negativa de ese área de su vida.

Estos datos nos permiten concluir que los pacientes con trastorno de somatización se sienten más afectados en su calidad de vida por la presencia de

síntomas somáticos que los sujetos con diagnóstico de trastorno de pánico. En la literatura se ha informado que los pacientes diagnosticados de pánico pueden referir mayores consecuencias negativas de sus síntomas al ser comparado con un grupo subsindrómico de somatizadores (*síndrome de somatización*) (Rief, Martin, Klaiberg y Brahler, 2005). Sin embargo, el grupo diagnosticado de somatización en el mencionado estudio parece presentar unas características clínicas menos graves que los diagnosticados de trastorno de somatización en nuestro trabajo. Desconocemos la existencia de otros estudios que comparen directamente la interferencia de los síntomas somáticos en la calidad de vida de pacientes con trastorno de somatización y con trastorno de pánico. No obstante, dado el mayor grado de ánimo depresivo, el mayor número de síntomas y tipos de síntomas manifestados, el mayor número de conductas de enfermedad referidos por los pacientes diagnosticados de trastorno de somatización, además de los niveles similares de ansiedad manifestada por ambos grupos, hacen que esas diferencias en el grado de interferencia sean esperables y puedan ser consecuencia de la mayor afectación que tienen los síntomas en los pacientes con diagnóstico de trastorno de somatización. Sin embargo, no hay que olvidar que gran parte de estas diferencias parecen estar relacionadas con el mayor grado de sintomatología depresiva presentada por los sujetos con diagnóstico de trastorno de somatización.

Respecto a la interferencia de los síntomas de los pacientes diagnosticados de somatización frente a los diagnosticados de hipocondría, las diferencias son significativas únicamente en el área laboral, que además parecen ser independientes de la presencia de sintomatología depresiva. La repercusión laboral de los cuadros caracterizados por múltiples síntomas somáticos ha sido habitualmente objetivada con un elevado número de días de baja por enfermedad de estos pacientes (Barsky et al, 2005).

Respecto a la valoración global de la repercusión de los síntomas, el hecho de que no existan diferencias entre los pacientes diagnosticados de trastorno de somatización y trastorno hipocondríaco podría interpretarse en el sentido siguiente: cuando estos pacientes no toman en cuenta una valoración de áreas vitales específicas, ambos grupos comparten una visión global respecto a que su vida se ve

enormemente influida por la vivencia que supone la presencia de síntomas somáticos con una enorme carga negativa, ya sea por el significado catastrófico que se les atribuye o por la discapacidad que directamente ocasionan en sus vidas cotidianas.

Finalmente, es también de interés la ausencia de diferencias entre los sujetos con trastornos de somatización y el grupo de *otros trastornos somatomorfos*. El hecho de que ambos grupos de sujetos muestren marcadas diferencias en otras áreas clínicas pero no en la interferencia que los síntomas somáticos ocasionan en sus vidas, puede ser debido a que en ambos grupos lo más visible es la presencia de los síntomas. Pero también puede deberse a que, en ambos casos, el diagnóstico se realiza a partir de la presencia de síntomas somáticos (ya sea en un número mayor o menor) que ocasionan una marcada disfunción en su vida. Este hecho podría avalar la existencia de una categoría de trastornos somatomorfos, aunque, como hemos visto en el capítulo 5 de la primera parte del presente trabajo, la eliminación de esa categoría es un punto de consenso de la mayoría de los autores relevantes sobre el tema (p.e., Mayou et al., 2005).

Por último, es importante recordar que lo que se evaluaba no era una escala general de calidad de vida, sino el grado en que “los síntomas somáticos referidos interfieren o afectan a las siguientes áreas de su vida”.

1.4. Interpretación de síntomas somáticos comunes

La experiencia de síntomas somáticos no asociados a una enfermedad es un fenómeno universal (Kellner, 1986). Una de las hipótesis cognitivas respecto a los trastornos somatomorfos es que estos pacientes interpretan o atribuyen estos síntomas de un modo distinto a otras personas, comenzando entonces un proceso de circularidad ansiosa que puede convertir sensaciones inocuas en síntomas de enfermedad (Deary et al., 2007). Se han identificado tres modalidades de atribuciones sobre síntomas somáticos habituales: 1) debidos a factores psicológicos, 2) debidos a factores somáticos o de enfermedad física y 3) debidos a factores normales o ambientales (Robbins y Kirmayer, 1991).

Los resultados de nuestro estudio, a partir de la escala SIQ, muestran que, en los grupos clínicos estudiados, existe un perfil distinto a la hora de atribuir síntomas somáticos que puede resultar relevante para comprender los cuadros somatomorfos.

En primer lugar, el grupo control no clínico realiza en un mayor grado atribuciones normales de los síntomas que los tres grupos clínicos. Estos datos son consistentes con la literatura que ha mostrado que la atribución normal es la más habitual en estudios en muestras no clínicas (Kessler, et al., 1999; Robbins y Kirmayer, 1991).

Respecto a la interpretación de esos mismos síntomas como indicadores de enfermedad orgánica, son los pacientes con diagnóstico de hipocondría los que realizan en un mayor grado, mostrando una mayor atribución que el resto de grupos, lo que resulta además especialmente significativo al controlar la variable depresión. Sin embargo, los otros grupos clínicos no difieren del grupo control. También estos resultados son consistentes con algunos hallazgos en otros estudios respecto a que los pacientes con hipocondría son los que presentan un mayor grado de atribución somática que otros trastornos de ansiedad no hipocondríacos (MacLeod, et al., 1999). Para el objeto de nuestro estudio, es importante remarcar la ausencia de un mayor número de interpretaciones somáticas de los pacientes con trastorno de somatización respecto a la población normal, por lo que, en estos pacientes, a diferencia con los diagnosticados de hipocondría, la presencia de síntomas somáticos no parece depender de una mayor atribución de enfermedad ante síntomas comunes.

También revisten interés los resultados respecto a las diferencias en la interpretación psicológica de los síntomas. Aunque en este caso los resultados sean menos claros, sí parece existir una tendencia a realizar atribución psicológica por parte de los pacientes diagnosticados de hipocondría y especialmente de trastorno de pánico, respecto al grupo no clínico. Por tanto, los individuos diagnosticados de enfermedad mental, con una clara conciencia de que su malestar es predominantemente psicológico, tienden a pensar que sus síntomas somáticos comunes pueden tener un origen psicológico. Pero esto no se produce de una forma tan clara en los pacientes con trastorno de somatización, puesto que ellos no realizan

una mayor atribución psicológica de sus síntomas físicos que el grupo control. Estos resultados también son consistentes con los de estudios previos (Duddu, et al., 2003; García-Campayo y Sanz-Carrillo, 1999; Kessler et al., 1999; Kirmayer y Robbins, 1996; Robbins y Kirmayer, 1991).

En conjunto, nuestros resultados parecen avalar un modelo tridimensional respecto a la interpretación de síntomas somáticos (Robbins y Kirmayer, 1991), según el cual el grado en que cada persona interpreta sus síntomas (en cada una de las tres dimensiones) puede servir de heurístico para comprender mejor la fenomenología de los trastornos mentales caracterizados por la experiencia de síntomas de carácter somático. En primer lugar, las personas con un trastorno mental en el que la presencia de síntomas somáticos juega un papel crucial en su presentación clínica (tanto hipocondría, pánico, como somatización) realizan menos atribuciones normales respecto a sus síntomas que la población sana.

Por otra parte, interpretar en un mayor grado estos mismos síntomas como relacionados con una enfermedad orgánica es característico de las personas que padecen un trastorno hipocondríaco. Aunque podría esperarse que lo mismo ocurriera en las personas que presentan un trastorno de somatización, que estos pacientes no interpreten sus sensaciones físicas comunes como síntomas de enfermedad es congruente con la definición del trastorno de somatización (OMS, 1993), en la que se destaca la queja por la experiencia de encontrarse mal pero no una preocupación excesiva respecto a que sus síntomas sean debidos a una enfermedad grave. Esto ha sido constatado al encontrar una menor preocupación por la enfermedad en estos pacientes respecto a los diagnosticados de hipocondría, como más adelante analizamos en detalle. Por tanto, el origen de sus quejas no parece relacionarse significativamente con un proceso de sobre-interpretación de sus sensaciones somáticas comunes como síntomas de enfermedad. Lo que, por otra parte, nos permite realizar una sutil diferenciación con el trastorno hipocondríaco donde esa interpretación sí parece jugar un papel relevante en el cuadro y parece estar relacionada con el desarrollo de preocupaciones desadaptativas respecto a padecer una enfermedad grave (Warwick y Salkovskis, 1990).

Finalmente, en relación con la interpretación de síntomas como factores emocionales (psicológicos), las personas que presentan síntomas somáticos relacionados con un trastorno psicológico y tienen una clara conciencia de que el principal malestar de sus síntomas se debe a una excesiva preocupación por las consecuencias que éstos pueden ocasionarles (inminentes en el trastorno de pánico, y a corto o medio plazo en la hipocondría) presentan una predisposición a “psicologizar” más sus síntomas que las personas sanas. Sin embargo, aquellos para quienes los síntomas somáticos no explicados médicamente son múltiples, intensos, y vividos, por sí mismos, como muy incapacitantes (trastorno de somatización), no realizan más atribuciones psicológicas que las personas sanas. A este respecto, es importante recordar que, aun cuando una persona con un trastorno de ansiedad se expone o se encuentra con la situación temida –o la anticipa– pueda presentar creencias catastróficas relacionadas con el estímulo temido, ello no es incompatible con la capacidad de realizar una crítica respecto a sus creencias y sus respuestas de miedo y evitación cuando no se halla frente al estímulo temido.

1.5. Uso de recursos sanitarios

Los pacientes con trastorno de somatización han sido relacionados consistentemente con una mayor utilización de servicios sanitarios, característica incluida dentro del constructo de conducta anormal de enfermedad (Martínez, 2001; Pilowsky, 1993) y asociado en ocasiones a términos peyorativos como *doctor' shopping* (Martínez y Chorot, 1995). La mayoría de los estudios que han analizado esta variable han sido consistentes a la hora de atribuirle a los pacientes aquejados de somatizaciones (Katon et al., 1991; Lin et al., 1991; Portegijs et al., 1996; Smith, et al., 1986; Smith y Hain, 1970; Swartz, et al., 1989).

En nuestro estudio, las dos medidas utilizadas respecto a la utilización de servicios médicos son congruentes con la literatura, al mostrar que los pacientes con trastorno de somatización realizar más consultas médicas que los pacientes con diagnóstico de hipocondría y de pánico. Estos datos son congruentes con la literatura que ha comparado esta conducta en pacientes con somatización frente a pacientes

con hipocondría (Hollifield, et al., 1999). No obstante, hay que tener en cuenta que, al controlar la variable depresión, prácticamente todas las diferencias entre los grupos clínicos desaparecen.

Podría esperarse que fueran los pacientes hipocondríacos los que presentasen más consultas médicas, ya que esta es una característica asociada a este trastorno (Martínez, 2001). Sin embargo, consideramos que esta ausencia de diferencias puede explicarse a partir de tres circunstancias. En primer lugar, dentro de los pacientes diagnosticados de hipocondría puede encontrarse un subgrupo de sujetos que presenten un elevado grado de fobia a la enfermedad, lo que ocasione que estos pacientes, a diferencia de otros sujetos hipocondríacos, eviten ir al médico aunque estén muy preocupados por creer padecer una enfermedad grave (Martínez, 2001; Starcevic, 2001). En segundo lugar, los sujetos con hipocondría muestran una elevada consciencia de hipocondría, que unido al tercer aspecto que queríamos indicar, el de que se trata de pacientes atendidos en un servicio especializado de salud mental, pueden ser factores que faciliten el autocontrol a la hora de acudir a consultas médicas.

1.6. Frustración por la mala salud

En contra de lo que se podría esperar, en la escala *frustración por la mala salud* del HAS no existen diferencias entre los cuatro grupos clínicos, característica que, por otra parte, los diferencia de forma muy significativa a todos ellos del grupo control no clínico. En principio, podría esperarse que los pacientes somatizadores fueran los que expresaran una mayor frustración por su mala salud física, ya que son los que más síntomas presentan y mayores consecuencias refieren respecto a éstos. Por tanto, ¿qué puede explicar la ausencia de diferencias en la escala de frustración por la mala salud, que, por otra parte, parece incongruente con el mayor uso de recursos sanitarios por los pacientes con somatización? Es probable que esta ausencia de diferencias pueda deberse a un error de constructo. El contenido de los ítems que componen el factor *frustración por la mala salud* (“llevo sintiéndome mal durante bastaste tiempo” o “voy a seguir buscando una solución a mis problemas de salud”)

parecen referirse a una medida global de malestar subjetivo (físico o psicológico), y no tanto una medida específica que refleje el malestar o frustración por tener una salud física frágil durante gran parte de la vida.

1.7. Convicción de enfermedad

El grado de convicción de enfermedad parece ser característico tanto de las personas con diagnóstico de TS como de las que son diagnosticadas de hipocondría. No obstante, cuando este constructo no lo asociamos a la desconfianza del médico, es decir, cuando es medido por la subescala del IW, es únicamente el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno de somatización el que puede diferenciarse de los sujetos con trastorno de pánico y del grupo OTROS trastornos somatomorfos. Por tanto, este rasgo, aunque compartido por hipocondriacos y somatizadores, parece caracterizar más a éstos últimos. Con todo, si la convicción de enfermedad es asociada a la desconfianza del médico, ambos grupos pueden diferenciarse del resto de trastornos estudiados. De todas formas, es importante reseñar que las diferencias en esta escala entre los grupos clínicos están muy influenciadas por el grado de depresión, ya que las diferencias entre los grupos clínicos desaparecen en su mayoría al controlar esa variable.

El hecho de que tanto pacientes somatizadores como hipocondriacos compartan un elevado grado de convicción de enfermedad ha sido puesto de manifiesto recientemente en la literatura (Hausteiner et al., 2009) y desde nuestro punto de vista, tiene un indudable valor heurístico a la hora de comprender la fenomenología de los pacientes con trastorno somatomorfos. Parece que independientemente de cuál sea el foco de la preocupación (bien sea el malestar ocasionado por los síntomas –somatización– o bien la interpretación de los síntomas como indicadores de una enfermedad grave –hipocondría), estos pacientes comparten un grado de convencimiento respecto a que padecen una enfermedad que los médicos no han sido capaces de diagnosticar. Este dato es consistente con los resultados de estudios de características similares al nuestro (Castañeiras, 2001) y recientemente Fergus y Valentiner (2010) han mostrado que los constructos convicción de enfermedad y fobia a la enfermedad, aunque relacionados, son independientes.

También consideramos importante resaltar que este mayor grado de “convencimiento” de estar enfermos, que ha de tomarse con cautela (no podemos olvidar que parece estar mediado por el mayor grado de ánimo depresivo que presentan estos pacientes), en los pacientes hipocondríacos no es incompatible con presentar una clara conciencia de padecer una preocupación excesiva por la salud, es decir, una “con(s)ciencia de ser hipocondríacos”.

Respecto a los pacientes con trastorno de somatización, nuestra experiencia directa con ellos, tanto durante las entrevistas diagnósticas como durante el proceso de tratamientos que hemos llevado a cabo posteriormente a la recogida de información aquí contenida, es congruente con esa manifestación de “saber” que están enfermos, en el sentido de que sus síntomas somáticos deben tener, de algún modo, una explicación somática. Las verbalizaciones que más frecuentemente realizaban estos pacientes al preguntarles respecto a qué atribuían sus síntomas eran de este tipo: “yo sé que lo que a mí me pasa tiene que tener una explicación médica, aunque ahora no se sepa”, “si me duele debe ser por algún motivo”.

Desde nuestro punto de vista, ésta no deja de ser una respuesta natural a la hora de buscar la explicación más plausible ante un síntoma somático. Y este modo de razonar está en consonancia con el *heurístico de representatividad* de la teoría del razonamiento probabilístico de Kahneman y Tversky (Carretero y Asensio, 2008). Desde este modelo se propone que en la medida que A (*síntoma somático*) se parezca a B (*enfermedad somática*) las personas dirán que la probabilidad de que A pertenezca a la clase B será alta. También este razonamiento es congruente con el pensamiento dualista y con el modelo mecánico de la enfermedad, muy presentes todavía en la medicina occidental (Wulff, Pedersen, Rosenberg, 2002) y por extensión, en una sociedad tan medicalizada como la nuestra, que tiene como principal corolario que ante un síntoma somático lo más lícito es realizar una explicación somática (Kirmayer y Taillefer, 1996).

1.8. Insatisfacción con la atención médica

Un aspecto relacionado con la *frustración por la mala salud* y que también reviste relevancia es el resultado en nuestro estudio respecto a la *insatisfacción con la atención médica*. Habitualmente los pacientes somatizadores han sido asociados con pacientes molestos, que no aceptan el diagnóstico negativo del médico y que por tanto muestran insatisfacción con la atención médica (p.e., Woodruff et al., 1978). Desde nuestro punto de vista, aunque esta es una característica recurrente en el imaginario de los profesionales que tratan a estos pacientes, no ha sido adecuadamente estudiada.

Nuestros resultados muestran que ésta es una característica que define preferentemente al grupo de trastorno de somatización, de tal modo que, cuando la variable depresión no es controlada, es el único grupo que presenta diferencias y entre los otros grupos clínicos y el grupo control no existen diferencias.

Desde nuestro punto de vista, varias de las características identificadas en estos pacientes nos pueden servir de heurístico para establecer una hipótesis respecto a qué se debe la *insatisfacción con la atención médica* que refieren los pacientes somatizadores. En primer lugar, presentan múltiples síntomas que condicionan significativamente su vida ante los que muestran una elevada convicción de enfermedad. Por otra parte, no se consideran a sí mismos como hipocondríacos, es decir, no estiman que sus preocupaciones por la salud tengan una base psicológica, además, a diferencia de los otros grupos clínicos, no suelen atribuir un significado psicológico a sus síntomas.

En resumen, parece plausible que atribuyan a su malestar una causa médica (heurístico de representatividad) y, por otra parte, los médicos no encuentran una explicación “médica” a sus quejas, con el consiguiente problema relacional que ese hecho suele ocasionar. Con lo que parece justificado que presenten insatisfacción con la atención médica que reciben, que no resuelve su problema y que, contrariamente, puede ser fuente de insatisfacción e estigmatización (Kirmayer y Taillefer, 1996).

La hipótesis que hemos formulado puede ser útil para cambiar la interpretación que habitualmente se hace del rasgo clínico atribuido a los pacientes con trastorno

somatización de “no aceptar el diagnóstico médico” (OMS, 1992). En lugar de ver esta conducta como patológica e inadecuada, puede ser mejor interpretada como una respuesta natural de búsqueda de sentido a una situación altamente estresante y perturbadora. Nuestra experiencia terapéutica con estos pacientes (López-Santiago y Estévez, 2007) en la que hemos dado mucha importancia a la aceptación incondicional de la fenomenología de los síntomas (Woolfolk y Allen, 2007) y a la comprensión de las estrategias de búsqueda de solución a su problema (como buscar varias opiniones médicas), nos ha confirmado la importancia de entender las conductas de enfado con el sistema sanitario como una respuesta congruente con su vivencia personal ante su malestar y no un rasgo de carácter patológico, de negación o agresividad.

No obstante, es necesario recordar que las diferencias existentes en el grado de insatisfacción con la atención médica, al controlar la variable depresión, únicamente se mantienen respecto al grupo de trastorno de pánico. Lo que indica que es el ánimo depresivo el factor que modula el grado de insatisfacción por la atención médica en los pacientes con trastorno de somatización, ya que al controlar la variable depresión, el grado de insatisfacción se iguala en todos los pacientes con cuadros somatomorfos.

1.9. Estilo inadecuado de comunicación del estrés y malestar y alexitimia

La alexitimia, definida como la dificultad de expresar los estados afectivos a través de palabras, así como para diferenciar sensaciones corporales de afectos (Sivak y Wiater, 1997) ha sido asociada tradicionalmente a los denominados trastornos psicósomáticos (Nemiah y Sifneos, 1970).

La escala TAS es el instrumento con el que preferentemente se ha evaluado este constructo. Los estudios han sido consistentes a la hora de establecer una correlación positiva entre el número de síntomas somáticos y alexitimia, y también en mostrar que los pacientes que presentan somatizaciones (en un sentido amplio) tienen un mayor grado de alexitimia que los sujetos no clínicos (De Gucht, 2003). No obstante, cuando se han comparado pacientes somatomorfos con otros grupos clínicos los resultados son inconsistentes (De Gucht, 2003), incluso algunos trabajos reflejan un

mayor grado de alexitimia en pacientes depresivos en algunas de las subescalas del TAS (Duddu et al., 2003).

Nuestros resultados muestran que es el grupo trastorno de somatización el que presenta puntuaciones más elevadas en todas las escalas de *alexitimia*, aunque los análisis estadísticos no nos permiten concluir que estos pacientes presenten claramente un nivel de alexitimia mayor que los otros grupos clínicos.

La ausencia de diferencias en la subescala *pensamiento orientado a detalles externos* es consistente con la dificultad de esta escala para discriminar adecuadamente a sujetos con somatización de otros grupos, recurrentemente referida en varios estudios (De Gucht, 2003) y ha sido más relacionada con, por ejemplo, trastornos obsesivos que con pacientes con trastornos somatomorfos (Bankier, Aigner y Bach, 2001).

La puntuación global de alexitimia permite diferenciar al conjunto de sujetos clínicos del grupo control, pero no podemos considerar las diferencias entre los pacientes con somatización y el resto de grupos clínicos. Sin embargo, que sea el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno de somatización el único que permite diferenciar con el grupo control en la subescala del HAS, disonante comunicación del estrés, basada en el constructo de alexitimia, nos invita a considerar una mayor tendencia de este grupo a presentar alexitimia que el resto de grupos clínicos estudiados.

No obstante, al controlar la variable depresión, tanto en la TAS-total como en la escala *disonante comunicación del estrés* de la HAS, las puntuaciones de todos los grupos clínicos se igualan de forma considerable con el grupo no clínico. Esta circunstancia no ocurre en la mayoría de escalas estudiadas, en las que, aunque al controlar la variable depresión parte de las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínicos dejaban de serlo, se mantenían la mayoría de las diferencias entre grupos clínicos y control no clínico. Este hecho sugiere que la escala de alexitimia, de forma global, puede considerarse más bien como una medida de afectividad negativa, relacionada con presencia de estado anímico depresivo. El mayor

grado de alexitimia encontrado en algunos estudios en pacientes depresivos que en somatomorfos puede avalar esta hipótesis (Duddu et al., 2003).

De especial significado puede ser la consistencia de la puntuación en la escala *dificultad para la discriminación de las señales emocionales*, que muestra que los cuatro grupos clínicos no presentan diferencias entre ellos pero sí con el grupo control. Esas diferencias se mantienen en los grupos trastorno de somatización, hipocondría y pánico, al controlar la variable depresión. Estos resultados indican que es probable que sea este factor del constructo alexitimia, en esos tres grupos clínicos, el responsable en parte de que estas personas experimenten de una forma más intensa las respuestas afectivas como “síntomas corporales” y no como emociones y que, por tanto, ello les genere un mayor grado de experiencias somáticas a las que “buscar significado”. Otros estudios han reflejado también la consistente asociación de esta subescala de la TAS con la presencia de síntomas somáticos no explicados, síntomas que se relacionan preferentemente con esta subescala más que con la puntuación total del TAS (De Gucht et al., 2004; Deary et al., 1997). No obstante, para dar consistencia a esta hipótesis deberíamos poder confirmar que otros pacientes con similares niveles de ansiedad y depresión, pero con una menor carga de sintomatología somática asociada, presentan una puntuación más baja en esta subescala. Algunos estudios apuntan en esa dirección (Bankier et al., 2001).

Consideramos que el mayor grado de interpretación psicológica (SIQ-psicológico) identificado en los sujetos con trastorno de pánico e hipocondría respecto al grupo no clínico no es incongruente con los resultados en la *dificultad de identificar sentimientos*. La escala SIQ-psicológica se centra en la posibilidad de etiquetar sensaciones físicas habituales como poseyendo una causa emocional, mientras que la escala alexitimia se basa en ítems de contenido más elaborado y conceptual y no relacionado directamente con los síntomas. Por lo que su medición es más próxima (siempre que presente una adecuada validez criterial) al modo inconsciente/automático de reaccionar emocionalmente, frente un conocimiento más explícito reflejado por la SIQ. Por tanto, analizando conjuntamente los resultados de ambas escalas podemos sugerir que, aunque los pacientes con trastorno de pánico e hipocondría son más conscientes de que algunas experiencias somáticas pueden tener

un origen emocional, sin embargo, los tres grupos presentan el mismo grado de dificultad a la hora de identificar sentimientos y distinguirlos de otros tipos de sensaciones corporales desconectadas de una respuesta emocional.

Sin embargo, la utilidad de mantener ambos trastornos como entidades independientes ha sido cuestionada en revisiones de elevado impacto (Creed y Barsky, 2004) y en la primera propuesta del grupo de trabajo para los criterios del DSM-V (Dimsdale y Creed, 2009). En ésta se propone una única etiqueta diagnóstica (“trastorno crónico de síntomas somáticos”) para agrupar tanto a pacientes que presentan somatizaciones como a los que manifiestan preocupaciones hipocondríacas. No obstante, las principales críticas que esta propuesta ha recibido han estado relacionadas principalmente con este hecho, es decir, con la inclusión en la misma categoría diagnóstica de los actuales diagnósticos de trastorno de somatización y trastorno hipocondriaco (Rief, 2010; Schroder y Fink, 2010).

2. HIPÓTESIS 2^a: CARACTERÍSTICAS COMPARTIDAS CON OTROS GRUPOS

2.1. Características clínicas que comparten el trastorno de somatización y el trastorno hipocondríaco

La preocupación por padecer una enfermedad grave es la característica que principalmente define al trastorno hipocondríaco (Starcevic, 2001). Dentro de este rasgo general se han considerado diversas dimensiones, operacionalizadas a través de diversos factores o dimensiones en los instrumentos psicométricos diseñados para evaluar esta preocupación. Por ejemplo, *preocupación corporal, fobia a la enfermedad, convicción de enfermedad, consciencia de hipocondría, atención y vigilancia por la salud o sentimientos de vulnerabilidad a la enfermedad.*

Que existan diferencias en estos rasgos entre los pacientes diagnosticados de hipocondría y los diagnosticados de trastorno de somatización, es un aspecto crucial para justificar que ambos trastornos son entidades independientes y/o diferenciadas. Sin embargo, estos dos síndromes clínicos han sido considerados frecuentemente como interdependientes (Dimsdale y Creed, 2009; Kellner, 1990; Kirmayer y Robbins, 1991). Este planteamiento se pone especialmente de manifiesto en las pautas para el diagnóstico diferencial que propone el DSM-IV, según las cuales, cuando el miedo o la preocupación a padecer una enfermedad ocurren en el transcurso de un trastorno de somatización no debe hacerse el diagnóstico de hipocondría. De ese modo, cuando se diera esa circunstancia, bajo la etiqueta de trastorno de somatización se incluirían tanto la presencia de somatizaciones como de preocupaciones hipocondríacas.

En la literatura se ha informado consistentemente, utilizando sobre todo el índice Whiteley, de la asociación entre somatización (desde diferentes conceptualizaciones) y la preocupación hipocondríaca (p.e., Barsky y Whysack, 1990, Noyes et al., 2005; Rief et al., 1998). Esta asociación, junto con la comorbilidad entre somatización e hipocondría encontrada en otros estudios, ha llevado a autores de la relevancia de Creed y Barsky (2004) a considerar que existe un “considerable

solapamiento” entre ambos trastornos. Esta valoración ha sido confirmada en la más reciente propuesta del grupo de trabajo del DSM-V (Dimsdale y Creed, 2009) en la que plantean una única categoría diagnóstica para ambos trastornos, que incluye tanto la presencia de síntomas somáticos como de preocupación por la enfermedad en los criterios diagnósticos.

Desde esta perspectiva, en nuestro estudio planteamos la hipótesis de que era esperable que diversos aspectos relacionados con la preocupación por la salud deben ser compartidos por los sujetos diagnosticados de TS y TH. Además, estos rasgos, a su vez, también deberían diferenciarlos de otros grupos clínicos.

En relación con la **puntuación general de hipocondría** o preocupación hipocondríaca hemos utilizado las escalas totas del IW y el IPHA y la subescala EPS del HAS, elaborada a partir de ítems de otros cuestionarios. En todas ellas se evidencia una tendencia del grupo TH a presentar diferencias con el resto de grupos. No obstante, las tres escalas requieren un análisis detallado y diferenciado. Por otra parte, en todas se pone de manifiesto la existencia de una diferencia clara entre los grupos clínicos y el grupo control.

Aunque el IW es uno de los instrumentos más utilizados para identificar a pacientes hipocondríacos, nuestros resultados muestran que la puntuación general en esta escala permite diferenciar a éstos pacientes de los que presentan trastorno de pánico y OTROS-TSM, pero no de los pacientes diagnosticados con trastorno de somatización. Como hemos comentado previamente, esta elevada asociación entre somatización e IW ha sido mostrada consistentemente por la mayoría de los estudios (p.e., Barsky y Whysack, 1990, Noyes et al., 2005; Rief et al., 1998).

El análisis detallado de las tres subescalas (convicción de enfermedad, fobia a la enfermedad y preocupación por la enfermedad) que componen este breve instrumento (11 ítems dicotómicos) nos lleva a buscar una interpretación diferente de la obvia inicial (p.e., no hay diferencias entre los grupos). El hecho de que, como analizaremos a continuación, los pacientes hipocondríacos presentan claramente una puntuación más elevada que los somatizadores en las subescalas fobia a la enfermedad y preocupación corporal, unido a la brevedad del instrumento y su

consideración dicotómica (presencia vs. ausencia) en lugar de dimensional, sugieren, en nuestra opinión, que la ausencia de diferencias en la escala global entre ambos grupos diagnósticos pueden deberse más a aspectos artefactuales que ser el resultado de una similitud clínica real.

Respecto a la subescala excesiva preocupación por la salud del HAS, aunque los sujetos hipocondriacos se diferencian claramente de los demás grupos de trastornos somatomorfos, no existen diferencias con el grupo de pánico. Este resultado es exclusivo para esta escala, ya que en el resto de subescalas y las escalas de hipocondría utilizadas (un total de 11) no se da la circunstancia de que el grupo de sujetos con diagnóstico de hipocondría no se diferencien del grupo TP. En consecuencia, quizá podemos considerar esta subescala como una medida de preocupaciones hipocondriacas compartidas por pacientes diagnosticados de hipocondría y trastorno de pánico, pero no como una medida que permita diferenciar a los pacientes hipocondríacos de los que presentan pánico.

Por último, resulta notable que sea la puntuación total en el cuestionario IPHA, basado en una consideración dimensional de la patología-normalidad, la que realmente diferencie con claridad a los pacientes con hipocondría del resto de grupos clínicos. Además, entre estos últimos no hay diferencias y estos resultados se mantienen cuando controlamos la variable depresión. El alcance de estos resultados es más clarificador al analizar detalladamente las diferentes subescalas que componen el cuestionario.

En primer lugar, el constructo de *preocupación corporal*, tal y como es evaluado con el IW, se relaciona claramente con la hipocondría, no existiendo diferencias entre los restantes grupos clínicos, y estos resultados no son dependientes de las diferencias en depresión.

En segundo término, por lo que se refiere al *miedo/fobia a la enfermedad*, evaluado con las subescalas de fobia a la enfermedad (IW) y miedo a la enfermedad y a la muerte (IPHA), los resultados indican de manera consistente que este aspecto es característico de las personas con hipocondría, y que permite diferenciarlas tanto de otros pacientes somatomorfos como de los que tienen diagnóstico de trastorno de

pánico. Además, este rasgo no permite diferenciar a los otros grupos clínicos entre sí. Nuevamente estas diferencias de los hipocondríacos frente al resto son estables aún controlando la variable depresión.

Tercero, en relación con la sensación de mayor *vulnerabilidad a la enfermedad*, constructo evaluado con la correspondiente subescala del IPHA, los datos indican que se trata de un rasgo característico de los hipocondríacos, ya que los diferencia no solo del grupo control, sino también de los grupos clínicos con diagnósticos de OTROS-TMS y Pánico. Sin embargo, en la medida en que no permite diferenciar con claridad a los hipocondríacos de los sujetos con diagnóstico de trastorno de somatización, hemos de suponer que se trata de un rasgo compartido por ambos grupos, aunque con una tendencia a presentarlo en un grado mayor por hipocondríacos. Esta circunstancia puede deberse, al menos en parte, al hecho de que en ambos conjuntos de pacientes la predominancia de los síntomas físicos (somatización) o la mayor preocupación por su presencia (hipocondríacos), dificulta su atribución a causas no médicas y, a partir de ahí, es más probable que aumente la sensación de que uno es más vulnerable que el resto de la gente a padecer una enfermedad médica, aun cuando ésta no haya recibido un diagnóstico formal.

En cuarto lugar, la tendencia a *vigilar y atender al propio estado de salud*, parece ser una característica específica de las personas con diagnóstico de hipocondría, ya que permite diferenciarlas con nitidez del resto de grupos clínicos, que por otra parte, no muestran diferencias entre ellos. Además, controlar la variable depresión tampoco modifica sustancialmente estos resultados.

Por último, la *conciencia de hipocondría*, o el grado en que se es consciente de tener una preocupación excesiva por la propia salud, parece ser otro aspecto característico de los individuos diagnosticados de hipocondría, y permite diferenciarlos del resto de grupos clínicos, con independencia del grado de depresión manifestado. Además, en esta ocasión, los grupos clínicos se consideran con un mayor grado de preocupación por la salud que los sujetos no clínicos, lo que resulta esperable aunque solo sea por su condición de “pacientes” que acuden a un servicio sanitario especializado.

En síntesis, los resultados de nuestro estudio muestran de forma clara que las preocupaciones por la salud son un rasgo característico de los pacientes hipocondríacos, que permite diferenciarlos de los pacientes con trastorno de somatización, de los pacientes con trastorno de pánico y de otros pacientes con diagnóstico somatomorfo. Además, estas diferencias son consistentes cuando controlamos el efecto del estado de ánimo depresivo. Por otra parte, la variabilidad de estas puntuaciones (medida mediante desviación típica) es más baja en los pacientes hipocondríacos que en el resto de grupos clínicos, mostrando, por tanto, que este rasgo es bastante homogéneo en estos pacientes. Estos resultados van en contra de las propuestas de una equiparación diagnóstica entre pacientes hipocondriacos y pacientes somatizadores (Creed y Barsky, 2004; Dimsdale y Creed, 2009).

Aunque hay pocos estudios que hayan comparado directamente el grado de preocupación por la enfermedad en pacientes con trastorno de somatización en comparación con la que tienen los pacientes con trastorno hipocondríaco y de pánico, nuestros resultados son consistentes con los hallazgos de los trabajos que muestran diferencias en preocupación por la enfermedad entre hipocondría y somatización (Hollifield et al., 1999; Leibbrand et al., 2000; Rief et al., 1998) o entre hipocondría y trastorno de pánico (Hiller et al., 2005).

Otras conclusiones interesantes hacen referencia al análisis conjunto de los resultados en las escalas de preocupación hipocondriaca evaluadas (IW e IPHA) respecto a las diferencias y similitudes de los pacientes con diagnóstico de trastorno de somatización frente a los diagnosticados de hipocondría. En primer lugar, los resultados muestran que la preocupación por la enfermedad no puede entenderse de forma unitaria, ya que algunos aspectos son compartidos entre somatización e hipocondría. Los rasgos que claramente son propios de los pacientes hipocondríacos frente a los pacientes somatizadores se asocian más directamente con el miedo a la enfermedad (*fobia a la enfermedad*, en IW y *miedo a la enfermedad fatal y a la muerte*, en IPHA), con la preocupación y vigilancia por las sensaciones corporales (*preocupación corporal*, en el IW y *atención y vigilancia por la salud*, en el IPHA) y con mostrar una mayor conciencia de que presentan un cuadro de preocupaciones hipocondríacas (*conciencia de hipocondría*). Estos rasgos propios de los pacientes

hipocondríacos permiten hacer una caracterización clara de la fenomenología de este trastorno, dotándolo como una entidad unitaria con una significativa validez de criterio y validez divergente (Lowe, et al., 2008).

Las principales similitudes entre somatizadores e hipocondríacos se evidencian en los constructos de *sentimientos de vulnerabilidad a la enfermedad* y especialmente en el de *convicción de enfermedad* (como hemos analizado en el epígrafe correspondiente de la discusión de la hipótesis 1).

2.2. Características clínicas que comparten los trastornos de somatización y de pánico: síntomas cardio-pulmonares y sensibilidad a la ansiedad

Respecto a la presencia de síntomas cardiopulmonares, los grupos con trastorno de somatización y pánico son los que presentan más similitudes, con unos valores medios prácticamente iguales. Y aunque el contraste estadístico no permite diferenciarlos de los pacientes hipocondríacos, a diferencia de este último grupo, los grupos trastorno de somatización y pánico sí presentan diferencias con el grupo OTROS-TSM. Por tanto, nuestros resultados apoyan la exclusión de los síntomas cardiopulmonares como criterio diagnóstico diferencial del trastorno de somatización, ya que este tipo de síntomas, más directamente asociados con una respuesta de ansiedad (pe., Sandín, 1995), no permite diferenciarlos de los sujetos con trastorno de pánico, ni tampoco de los hipocondríacos. En suma, aunque estos síntomas no son específicos de los pacientes con trastorno de somatización, es posible que su presencia –indudable, por otro lado– sea el reflejo de la prominente sintomatología ansiosa que se encuentra también presente en estos pacientes.

Los dos trastornos de ansiedad que más frecuentemente han sido relacionados al trastorno de somatización han sido el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico (Gureje et al., 1997; Simon y VonKorff, 1991; Swartz, et al., 1986). En nuestro estudio evaluamos dos rasgos dimensionales habitualmente relacionados en la literatura con características clínicas propias de ambos trastornos ansiosos: sensibilidad a la ansiedad (ASI; McNally, 2002, Sandín, 1995) y preocupación ansiosa,

característica del trastorno de ansiedad generalizada y evaluada mediante el PSWQ, el instrumento habitual en este caso.

Los resultados respecto a la sensibilidad a la ansiedad (ASI) muestran que los grupos clínicos no presentan diferencias entre ellos, aunque, cuando controlamos la variable depresión, son los sujetos con hipocondría y especialmente los diagnosticados con trastorno de pánico, los únicos que mantienen las diferencias con el grupo control. Además y con más relevancia para nuestro estudio, el grupo con trastorno de pánico, al controlar la variable depresión, también presenta diferencias con el grupo de pacientes con trastorno de somatización. Así pues, la sensibilidad a la ansiedad parece caracterizar más a los pacientes con trastorno hipocondríaco y, especialmente, a los diagnosticados de trastorno de pánico, que a los somatizadores.

Estos datos sugieren que el elevado nivel de ansiedad de los pacientes somatizadores parece estar mediatizado por su claro estado de ánimo disfórico que, desde el punto de vista clínico revela, no tanto un estado depresivo en sí, sino más bien un estado general de afectividad negativa. Si esto fuera así, entonces la elevada sensibilidad a la ansiedad no sería un aspecto que vincule el TS con los trastornos de ansiedad propiamente dichos, sino con un estado de afectividad negativa que ambos conjuntos de psicopatologías comparten. No obstante, esta interpretación es contraria a la propuesta de algunos autores cuando plantean la eliminación del trastorno de somatización como categoría diagnóstica independiente, proponiendo incluirlo dentro de los trastornos de ansiedad o de los del estado de ánimo. Por ejemplo, la muy reciente propuesta de van der Feltz-Cornelis y van Balkom (2010) propone diagnosticar a los pacientes con trastornos somatomorfos como trastornos de depresión o de ansiedad (siempre que cumplan criterios para esos diagnósticos), incluyendo a partir de ahí los síntomas somáticos asociados al cuadro como una “sub clasificación” que pueda aportar información útil para el tratamiento, como por ejemplo: “con dolor”, “con presentación somática” o “con preocupación hipocondriaca”.

2.3. Características clínicas que comparten el trastorno de somatización con otros trastornos en los que predominan las somatizaciones: vulnerabilidad al estrés psicológico

Aunque se ha hipotetizado que la vulnerabilidad al estrés psicológico es una variable que puede explicar el desarrollo de la somatización (Noyes et al., 1999), los resultados que hemos obtenido no avalan con claridad este planteamiento. Recordemos que, según este constructo es evaluado con el HAS, no hemos constatado que existan diferencias entre los grupos clínicos, aunque todos puntúan más que los controles no clínicos, resultados que se mantienen tras controlar el ánimo depresivo. En consecuencia, podemos entender este constructo con una medida general de afectividad negativa que es compartida por las personas con diagnóstico de trastorno mental, independientemente de cuál sea éste.

2.4. Rasgo común de pacientes somatomorfos: amplificación somatosensorial

Como hemos visto al analizar los resultados del SIQ, el proceso de interpretar síntomas comunes como indicadores de enfermedad no parece que sea lo que permita explicar mejor la experiencia somática de las personas que presentan un trastorno de somatización. Otra posible explicación de estas quejas somáticas puede ser la predisposición a *amplificar* señales o indicios corporales, de modo que estas personas presenten un umbral más bajo para tolerar estas sensaciones, lo que induce a su interpretación disfuncional como síntomas significativos (Barsky, 1992).

Nuestros resultados no apoyan con claridad la hipótesis de la amplificación, al menos como es evaluada con la SSAS, diseñada por el propio Barsky. Si bien es cierto que los pacientes diagnosticados de trastorno de somatización e hipocondría presentan una mayor amplificación que las personas sin psicopatologías, los pacientes de esos dos grupos no se diferencian de los diagnosticados con otros TSM o con pánico, al igual que sucede en otros trabajos realizados con esta escala en contextos similares al de nuestro estudio, en los que se constata la ausencia de diferencias entre trastornos somatomorfos y trastorno de pánico (Castañeiras, 2001; Martínez et al., 1999). Y, lo que es quizá más importante: al controlar la puntuación en depresión, las

diferencias entre los grupos clínicos y el no clínico, desaparecen, con lo que queda en entredicho la utilidad clínica de este constructo.

No obstante, cuando no controlamos la puntuación en depresión, nuestros resultados van en la dirección de otras dos hipótesis formuladas por Barsky y colaboradores (Barsky, 1992; Barsky et al., 1990). La primera de ellas se refiere a que la amplificación puede relacionarse de una forma general con los trastornos en los que los síntomas juegan un papel relevante y, por tanto, no sería exclusivamente un rasgo de hipocondría. Además, Barsky et al. (1990) han planteado que la SASS puede considerarse parcialmente una escala relacionada con un constructo de afectividad negativa en general y, por tanto, condicionada por el estado anímico, como también han propuesto Aronson et al. (2001).

En todo caso, por lo que se refiere específicamente a los pacientes con trastorno de somatización, nuestros resultados con la SASS no permiten relacionar la amplificación somatosensorial con el malestar somático característico de estos pacientes y, en consecuencia, no avalan la hipótesis de que la amplificación juega un papel etiopatogénico en la especificidad de la vivencia de los síntomas somáticos que tienen los pacientes con trastorno de somatización (Barsky, 1992).

A pesar de que el constructo de amplificación somatosensorial, como hipótesis explicativa de la hipocondría y otros trastornos relacionados (Barsky, 1992), incluye tres componentes o procesos (hipervigilancia, focalización selectiva en sensaciones y respuesta cognitiva/afectiva negativa hacia los síntomas), se ha criticado que el instrumento SSAS pueda dar cuenta del tercer elemento, de carácter cognitivo, del constructo (Castañeiras, 2001; Kirmayer, Robbins y Paris, 1994; Martínez et al., 1999). Esta crítica ha estado centrada en que el cuestionario no evalúa ningún tipo de valoración cognitiva, por lo que los resultados que se obtengan no pueden dar cuenta de la existencia de una posible respuesta cognitiva negativa de las sensaciones amplificadas. Por otra parte, es importante recordar que no parece haberse establecido una clara relación entre la medida de autoinforme de amplificación (SSAS) y estudios que utilizan medidas psicofisiológicas. Diversas investigaciones no han encontrado que los pacientes que puntúan alto en SASS o que presentan síntomas

somatomorfos tengan un umbral sensorial más bajo que el resto (Aronson et al., 2001; Barsky et al., 1995; Gramling et al., 1996; Mailloux y Brener, 2002). Por otro lado, si interpretamos conjuntamente los resultados de la SASS con los del SIQ, IW e IPHA (interpretación de síntomas y preocupaciones hipocondríacas), podemos sugerir que los pacientes con hipocondría, además de amplificar más las sensaciones que los sujetos no clínicos, tienden, a diferencia de los diagnosticados con trastorno de somatización, a interpretar esas sensaciones como enfermedades orgánicas potencialmente peligrosas (elevada interpretación somática, medida con el SIQ), lo que puede relacionarse con la mayor fobia a la enfermedad y preocupación y vigilancia por su salud (IW e IPHA) que presentan.

Creemos, por tanto, que aunque el constructo de amplificación somatosensorial, formulado por Barsky, puede ser un buen heurístico para comprender los procesos cognitivos implicados en los trastornos somatomorfos (especialmente en la hipocondría), la escala de amplificación somatosensorial, SASS (Barsky et al., 1990), por sí sola, no parece ser un instrumento adecuado para dar cuenta de la complejidad del constructo *amplificación*.

2.5. Características compartidas por todos los grupos clínicos: preocupación ansiosa excesiva y rasgos de personalidad

2.5.1. Preocupación excesiva

Aunque, como podríamos esperar, los grupos clínicos no difieran en la puntuación en la escala de preocupación ansiosa (PSWQ), al controlar la variable depresión sí aparecen diferencias: los únicos grupos que difieren del grupo control son los diagnosticados con trastorno de pánico y trastorno hipocondríaco. Estos datos nos llevan a suponer que la preocupación excesiva de tipo ansioso parece relacionarse más con estos dos trastornos que con los otros dos grupos clínicos, en los que los síntomas propiamente dichos, y no la preocupación ansiosa, son los que parecen tener un papel relevante en su caracterización clínica.

Por otro lado, la equiparación de ambos trastornos, pánico e hipocondría, en relación con su grado de preocupación patológica, avala las propuestas que se vienen realizando desde hace unos años sobre la naturaleza básicamente ansiosa de la hipocondría: recuérdense por ejemplo los planteamientos de Salkovskis (pe., Warwick y Salkovskis, 1990) sobre la conceptualización de este trastorno como “ansiedad por la salud”. Por su parte, además, el criterio que se plantea en el DSM-IV-TR sobre la consideración del trastorno de ansiedad generalizada como hipocondría cuando las preocupaciones de la persona se centran sobre todo en su salud, indican que es el contenido de la preocupación, y no su presencia, lo que diferencia la ansiedad generalizada de la hipocondría. Si esto es así, entonces podemos suponer que en realidad lo importante desde el punto de vista clínico sería la presencia del síntoma nuclear, la preocupación o *worry*, mientras que el contenido del síntoma sería un mero epifenómeno, o algo vinculado con aspectos tales como los aprendizajes previos, el contexto cultural, etc.,

Más allá de la utilidad diagnóstica de estas propuestas, lo que sí resulta evidente a partir de nuestros datos es que la preocupación de tipo rumiativo que evalúa el PSWQ resulta un elemento común a la hipocondría y el pánico. Si este elemento tiene un papel en la etiopatogenia de ambos trastornos, en su mantenimiento, o en ambos aspectos, queda fuera de las posibilidades de este estudio. No obstante, consideramos que es una cuestión abierta que merece una investigación cuidadosa y pormenorizada.

2.5.2. Características de Personalidad de los grupos clínicos

El neuroticismo, en tanto que tendencia a experimentar afectividad negativa a lo largo de la vida, ha sido propuesto como factor predisponente para padecer un trastorno de somatización (Deary et al., 2007). En nuestro estudio se confirma el elevado neuroticismo de los pacientes con trastorno de somatización, aunque ello no permite distinguirlos del resto de grupos clínicos, lo que indica que no sería una característica diferenciadora. De hecho, este rasgo de personalidad se ha planteado como un factor común para el desarrollo de trastornos mentales, incluyendo los

trastornos de la personalidad (p.e., Barlow, Allen y Choate, 2004; Gelder, Harrison y Cowen, 2006; Tyrer, 1992), pero no aporta nada específico respecto al conocimiento del trastorno de somatización. La ausencia de especificidad en la relación entre neuroticismo y número de síntomas somáticos ha sido también evidenciada en diversos estudios (Deary et al., 1997; De Gucht et al., 2004).

Un dato quizá más relevante en relación con la personalidad, y que puede tener un valor heurístico para comprender a los pacientes con trastorno de somatización, es el bajo grado de “Apertura” reflejado en el NEO-PI, que no sólo diferencia a estos pacientes del grupo normal, sino también de otros sujetos clínicos, como el grupo de pánico. Una de las *facet*as incluidas en este rasgo de personalidad se refiere a la falta de riqueza y complejidad del mundo interior y a presentar respuestas emocionales en cierto modo apagadas (Costa y McCrae, 2002). Aunque no hemos encontrado trabajos que relacionen directamente el rasgo de Apertura con sujetos somatizadores, la literatura es bastante consistente en relacionar alexitimia con baja apertura (Luminet, Bagby, Wagner, Taylor y Parker, 1999; Picardi, Toni y Caroppo, 2005). Estos resultados avalan los planteamientos de Kirmayer et al. (1994), que han defendido, desde una perspectiva teórica, la importancia que ese rasgo de personalidad podría tener en relación con los procesos de amplificar o reducir la percepción de síntomas.

CAPÍTULO 2.

CONCLUSIONES:

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

La finalidad fundamental de este trabajo ha sido llegar a disponer de un conjunto de indicadores fiables que permitieran reconocer a las personas con un trastorno de somatización, tanto en el contexto de la salud mental especializada como en el de la atención primaria. Como consecuencia de este mejor reconocimiento y detección, esperábamos poder llegar a entender mejor la naturaleza y la idiosincrasia de este trastorno, con el objetivo último de diseñar estrategias de tratamiento útiles y eficaces.

Nuestros resultados indican que el grupo de pacientes con trastorno de somatización, en líneas generales, con la excepción de las escalas de valoración de preocupación hipocondriaca, ha presentado un elevado grado de patología y sufrimiento psicológico en la mayoría de aspectos evaluados. A continuación describimos las características por las que principalmente pueden identificarse y que permiten diferenciarlos de otros grupos clínicos estudiados.

Las características clínicas más específicas del trastorno de somatización, y que permiten por tanto diferenciar estos pacientes tanto de la población no clínica como de la mayoría de los otros grupos clínicos son, básicamente, las siguientes:

- 1) Los pacientes con trastorno de somatización presentan claramente un mayor número de síntomas somáticos no asociados a una enfermedad somática diagnosticada.
 - a. Específicamente presentan más síntomas de dolor, gastrointestinales, sexuales/urogenitales y pseudo-neurológicos que otros grupos clínicos también caracterizados por presentar síntomas somáticos, si bien, el número de síntomas pseudo-neurológicos es compartido con los pacientes con diagnóstico conversivo. Por tanto, la presencia predominante de este último conjunto de síntomas, debe orientar hacia el planteamiento de un diagnóstico de conversión, ya sea como principal o comórbido con el de somatización.
 - b. Los síntomas son vividos como incapacitantes y son fuente de deterioro en varias áreas del funcionamiento psicosocial de la persona. Este aspecto en gran medida es compartido con otros sujetos somatomorfos, pero permite diferenciarlo claramente de pacientes con trastorno de pánico. No obstante, en los pacientes con trastorno de somatización es especialmente significativa la interferencia que los síntomas generan en el ámbito laboral.
- 2) Un elevado grado de sintomatología depresiva caracteriza también a estos pacientes. Es el grupo que presenta una mayor puntuación en el BDI y el único de los grupos de diagnóstico de trastorno somatomorfo que presenta diferencias significativas con el grupo trastorno de pánico.
 - a. También es el grupo que presenta más comorbilidad con trastornos del estado anímico.
- 3) Tienden a interpretar sus síntomas como debidos a una enfermedad orgánica no diagnosticada (*convicción de enfermedad*) y realizan más intentos por encontrar una solución médica a su problema (*uso de servicios médicos*) que otros grupos. No obstante, el grado de ánimo depresivo condiciona esos resultados, desvaneciéndose las diferencias al controlar la variable depresión.

- a. Esa interpretación de sus síntomas como enfermedad no es debida específicamente a un proceso cognitivo de atribución de enfermedad somática de sensaciones corporales comunes, ya que no presentan una mayor atribución somática en el SIQ, algo que sí caracteriza a los sujetos hipocondríacos.
- 4) Presentan un elevado grado de insatisfacción con la atención médica. Este es un rasgo que diferencia a los pacientes con TS de los demás grupos, además los otros grupos de pacientes no se diferencian del grupo control. Con todo, hay que tener en cuenta que este aspecto está muy relacionado con el ánimo depresivo, ya que al controlar esa variable, no se mantienen las diferencias con los otros grupos somatomorfos y el grupo control.
- 5) Comparten con el grupo de pacientes hipocondriacos una mayor *amplificación somatosensorial*, aunque los resultados también son dependientes del grado de depresión.
- 6) Respecto a la atribución de sensaciones corporales, no suelen realizar atribuciones a causas psicológicas: en este sentido, no se difieren del grupo control, lo que sí sucede en los pacientes con pánico e hipocondría. Además, al igual que el resto de grupos clínicos, realizan menos atribuciones a factores normales o ambientales que el grupo no clínico.
- 7) Los resultados, aunque de forma no concluyente, parecen apoyar parcialmente la hipótesis de una mayor tendencia a presentar alexitimia por los sujetos somatizadores. La *dificultad para la discriminación de las señales emocionales* es una característica que los pacientes con trastorno de somatización comparten especialmente con los grupos pánico e hipocondría, con independencia de la variable depresión.
- 8) Respecto a la sintomatología ansiosa, los elevados niveles de sensibilidad a la ansiedad (ASI) y de preocupación ansiosa (PSWQ) manifestada, parecen depender en gran medida de la sintomatología depresiva. Al controlar la variable depresión, los pacientes con trastorno de somatización no presentan

diferencias con el grupo control no clínico, lo que sí ocurre en los grupos de trastorno de pánico y de hipocondría. Por lo que estas características cognitivas de ansiedad, parecen ser más propias de pacientes con trastorno de pánico e hipocondría, que propiamente de pacientes con trastorno de somatización.

- 9) Como rasgo de personalidad que puede servir de heurístico para comprender a los sujetos con trastorno de somatización, a parte del elevado neuroticismo compartido por el resto de grupos clínicos, aparece una tendencia a presentar un menor grado de *Apertura* que los sujetos no clínicos.
- 10) El trastorno no se explica mejor por un trastorno de pánico, un trastorno hipocondríaco u otro trastorno somatomorfo.
- 11) Finalmente, aunque no relacionado con los objetivos de nuestro estudio, hay un aspecto que nos parece relevante comentar en relación con la hipocondría. Los principales rasgos de preocupación por la enfermedad evaluados [preocupación por el funcionamiento de su cuerpo (IW) y su salud (HAS), el miedo a la enfermedad y la muerte (IPHA), el sentimiento de ser más vulnerables a la enfermedad que el resto de la gente (IPHA), la excesiva atención y vigilancia a su estado de salud (IPHA), y la conciencia de ser hipocondríacos (IPHA)], son característicos de los pacientes diagnosticados de hipocondría. Estos aspectos, tomados en conjunto, permiten diferenciar con claridad a estos pacientes de los que tienen un trastorno de somatización y del resto de grupos clínicos estudiados.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

- Allen, L. A., Gara, M. A., Escobar, J. I., Waitzkin, H., y Silver, R. C. (2001). Somatization: a debilitating syndrome in primary care. *Psychosomatics*, 42(1), 63-67.
- Allen, L. A., Woolfolk, R. L., Escobar, J. I., Gara, M. A., y Hamer, R. M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(14), 1512-1518.
- American Psychiatric Association (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 3ª Edición. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1988). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 3ª Edición revisada. Barcelona. Masson.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4ª Edición. Barcelona. Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4ª Edición, texto revisado. Barcelona. Masson.
- Aronson, K. R., Barrett, L. F., y Quigley, K. S. (2001). Feeling your body or feeling badly: evidence for the limited validity of the Somatosensory Amplification Scale as an index of somatic sensitivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(1), 387-394.
- Avia, M. D. (1993) *Hipocondría*. Barcelona Martínez Roca.
- Avila, A., Rojí, B. y Saurí, L. A. (2004). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid: UNED.
- Ayuso Mateos, J. L. (1993). Alexitimia: Concepto y medida. *Archivos de Neurobiología*, 56(2), 106-115.
- Bach, M., Bach, D., Bohmer, F., y Nutzinger, D. O. (1994). Alexithymia and somatization: relationship to DSM-III-R diagnoses. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), 529-538.
- Bach, M., Bach, D., y de Zwaan, M. (1996). Independency of alexithymia and somatization. A factor analytic study. *Psychosomatics*, 37(5), 451-458.

- Bach, M., y Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64(1), 43-48.
- Bach, M., y Bach, D. (1996). Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(3), 150-152.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R. M., Psych, C., Quilty, L. C., y Ryder, A. C. (2008). Personality and depression. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(1), 14-25.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., y Atkinson, L. (1988). Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(1), 107-116.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., y Parker, J. D. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Ballester, R., y Botella, C. (1993). Perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 233-265.
- Bankier, B., Aigner, M., y Bach, M. (2001). Clinical validity of ICD-10 neurasthenia. *Psychopathology*, 34(3), 134-139.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barsky, A. J. (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Annals of Internal Medicine*, 91(1), 63-70.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28-34.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., Coeytaux, R. R., y Ruskin, J. N. (1995). The clinical course of palpitations in medical outpatients. *Archives of Internal Medicine*, 155(16), 1782-1788.

- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S., y Cleary, P. D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 510-519.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., y Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903-910.
- Barsky, A. J., Orav, J. E., Delamater, B. A., Clancy, S. A., y Hartley, L. H. (1998). Cardiorespiratory symptoms in response to physiological arousal. *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 604-609.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., y Klerman G. I. (1986). Medical and Psychiatric determinants of outpatient medical utilization. *Medical Care*, 24, 548-563.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., y Klerman, G. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323-334.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., y Klerman, G. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 49(2), 101-108.
- Barsky, A. J., y Wyshak, G. (1989). Hypochondriasis and related health attitudes. *Psychosomatics*, 30(4), 412-420.
- Barsky, A. J., y Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404-409.
- Bass, C. (1991). *Somatization: physical symptoms and psychological illness*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Bass, C. y Murphy, M. R. (1991). Somatization disorder: critique of the concept and suggestions for future research. En Bass, C. *Somatization: physical symptoms and psychological illness*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Bass, C., y Tyrer, P. (2000). The somatoform conundrum: a question of nosological valves. *General Hospital Psychiatry*, 22(1), 49-51.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.

- Beck, A. T., Steer, R. A., y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Rush, A.J., y Shaw B.F., y Emery, G (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.
- Belloch, A., Ayllón, E., Martínez, M. P., Castañeiras, C., y Jiménez, M. A. (1999). Sensibilidad a las sensaciones corporales e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(1), 1-14.
- Belloch, A., Fernández-Alvarez, H., Castañeiras, C (2004). Presentación de un instrumento para la detección y valoración de las preocupaciones hipocondríacas en la población general: El inventario de preocupaciones hipocondríacas *Revista. Argentina de clínica Psicológica*, 13(3), 183-195.
- Belloch, A., y Olabarria, B. (1993). El modelo bio-psico-social: Un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clinica y Salud* 4, 181-190.
- Berle, D., Starcevic, V., Moses, K., Hannan, A., Milicevic, D., y Sammut, P. Preliminary validation of an ultra-brief version of the Penn State Worry Questionnaire. *Clin Psychol Psychother.*
- Bermond, B., Moormann, P. P., Albach, F., y van Dijke, A. (2008). Impact of severe childhood sexual abuse on the development of alexithymia in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 260-262.
- Besancon, B., Besancon, F., Setka, J., y Debray, C. (1972). [Psychism and somatization in hemorrhagic rectocolitis. Retrospective value of graphology]. *Semaine des Hopitaux*, 48(53), 3531-3541.
- Borden, J.W. y Lister, S.C., 1994. The anxiety sensitivity construct: cognitive reactions to physiological change. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 311–321.
- Botella, C., Vila, H., García-Palacios, A., Baños, R., y Perpiñá, C. (2005). La evaluación del pánico y la agorafobia. En Caballo, V. (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 403-425). Madrid: Pirámide.

- Bower, P., West, R., Tylee, A., y Hann, M. (2000). Symptom attribution and the recognition of psychiatric morbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(2), 157-160.
- Brandes, M., y Bienvenu, O. J. (2006). Personality and anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 8(4), 263-269.
- Breuler, E. y Freud, S. (1988). El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. En Freud. *Obras Completas: Volumen 1: Estudios sobre la histeria*. Barcelona: Orbis. (Original: 1895).
- Bridges, K. W., y Goldberg, D. P. (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(6), 563-569.
- Bridges, K., Goldberg, D., Evans, B., y Sharpe, T. (1991). Determinants of somatization in primary care. *Psychological Medicine*, 21(2), 473-483.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: J.-B. Baillie fils.
- Brosschot, J., Pieper, S., y Thayer, J. (2005). Expanding stress theory: prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1043-1049.
- Brown, F. W., Golding, J. M., y Smith, G. R., Jr. (1990). Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder. *Psychosomatic Medicine*, 52(4), 445-451.
- Brown, R. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130(5), 793-812.
- Brown, T. A., Antony, M. M., y Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behav Res Ther*, 30(1), 33-37.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess*, 21(3), 256-271.
- Bucholz, K. K., Dinwiddie, S. H., Reich, T, Shayka, J. J., y Cloninger, C. R. (1993). Comparison of screening proposals for somatization disorder empirical analyses. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 59-64.

- Butler, J. A., Chalder, T., y Wessely, S. (2001). Causal attributions for somatic sensations in patients with chronic fatigue syndrome and their partners. *Psychol Med*, 31(1), 97-105.
- Carretero, M., y Asensio, M. (Coords.) (2008). *Psicología del pensamiento*. Madrid: Alianza.
- Castañeiras, C. (2001). *Avances en psicopatología y clínica de la hipocondría*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia.
- Cathebras, P., Jacquin, L., le Gal, M., Fayol, C., Bouchou, K., y Rousset, H. (1995). Correlates of somatic causal attributions in primary care patients with fatigue. *Psychother Psychosom*, 63(3-4), 174-180.
- Celikel, F. C., y Saatcioglu, O. (2006). Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Ann Gen Psychiatry*, 5, 13.
- Chauvelot, D. (2001). *Historia de la Histeria*. Madrid: Alianza Editorial.
- Chodoff, P. (1978). Psychotherapy of the hysterical personality disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 6(4), 497-510.
- Chorot, P., Sandín, B., Santed, M.A., y Jiménez, P. (1994, septiembre). Comparison of panic disorder and hypochondriasis on somatic and cognitive anxiety. Postar presentado al 24th Congress of the European Association of Behaviour and Cognitive Therapies, Corfú, Grecia.
- Chorot, P., Sandín, B., Valiente, R. M., Santed, M. A., y Romero, M. (1997). Actitud hacia la enfermedad, ansiedad y sintomatología somática en pacientes con trastorno de pánico e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 123-136.
- Chorot, P., y Martínez, P. (1995). Trastornos somatoformes. En Belloch, A. Sandín B., y Ramos F. (Eds.). *Manual de Psicopatología*. Vol.2 (pp.225-266). Madrid: McGraw Hill.
- Chorot, P., y Sandín, B. (1989). *Escalas de Actitud hacia la Enfermedad de Kellner* Madrid: UNED. (no publicado).
- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A., y Kosanke, N. (2005). Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 299-306.

- Cloninger, C. R., Reich, T., y Guze, S. B. (1975). The multifactorial model of disease transmission: III. Familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome). *British Journal of Psychiatry*, 127, 23-32.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa P. T., y McCrae R. R. (2002). *Inventario de personalidad NEO revisado (NEO-PI-R) e inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI). Manual profesional*. Madrid: TEA Ediciones.
- Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R., y Dye, D. A. (1991). Facet scales for Agreeableness and Conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 12, 887-898.
- Creed, F., y Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 391-408.
- D Watson, D., Clark L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*, 54 (6), 1063-1070.
- De Gucht, V. (2003). Stability of neuroticism and alexithymia in somatization. *Comprehensive Psychiatry*, 44(6), 466-471.
- De Gucht, V., Fischler, B., y Heiser, W. (2004). Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care; A follow-up study. *J Psychosom Res*, 56(3), 279-285.
- De Gucht, V., Fontaine, J., y Fischler, B. (2004). Temporal stability and differential relationships with neuroticism and extraversion of the three subscales of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in clinical and nonclinical samples. *J Psychosom Res*, 57(1), 25-33.
- De Gucht, V., y Fischler, B. (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1-9.
- De Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., Assendelft, W. J., y van Hemert, A. M. (2008). Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice*, 9, 5.

- Deary, I. J., Scott, S., y Wilson, J. A. (1997). Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 22, 551-564.
- Deary, V., Chalder, T., y Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781-797.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., y Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.
- Dickinson, W. P., Dickinson, L. M., deGruy, F. V., Candib, L. M., Main, D. S., Libby, A. M., et al. (2003). The somatization in primary care study: a tale of three diagnoses. *General Hospital Psychiatry*, 25(1), 1-7.
- Dimsdale, J., y Creed, F. (2009). The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV--a preliminary report. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 473-476.
- DiNardo, P.A., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Lifetime version)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Duddu, V., Chaturvedi, S. K., y Isaac, M. K. (2003). Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders--a study from Bangalore, India. *Psychopathology*, 36 (2), 98-103.
- Duddu, V., Isaac, M. K., y Chaturvedi, S. K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 435-438.
- Duddu, V., Isaac, M. K., y Chaturvedi, S. K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *Int Rev Psychiatry*, 18(1), 25-33.
- Enns, M. W., y Cox, B. J. (1997). Personality dimensions and depression: review and commentary. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 42(3), 274-284.
- Escobar, J. I., Gara, M. A. (1999). DSM-IV somatoform disorders: do we need a new classification? *General Hospital Psychiatry*, 21, 154-156.

- Escobar, J. I., Gara, M., Silver, R. C., Waitzkin, H., Holman, A., y Compton, W. (1998). Somatisation disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 173, 262-266.
- Escobar, J. I., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R. C., Holman, A., y Compton, W. (1998). DSM-IV hypochondriasis in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20(3), 155-159.
- Escobar, J. I., Golding, J. M., Hough, R. L., Karno, M., Burnam, M. A., y Wells, K. B. (1987). Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *American Journal of Public Health*, 77(7), 837-840.
- Escobar, J. I., Rubio-Stipec, M., y Canino, G. (1989). Somatic Symptoms Index (SSI): A new and abridged somatization construct: Prevalence and epidemiological correlates in two larges community samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 140-146.
- Escobar, J. I., Waitzkin, H., Silver, R. C., Gara, M., y Holman, A. (1998). Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 466-472.
- Escobar, J. I., y Gureje, O. (2007). Influence of cultural and social factors on the epidemiology of idiopathic somatic complaints and syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 841-845.
- Escobar, J. I.; Burnam, M. A.; Karno, M; Forsythe, A., y Golding, J. M. (1987). Somatization in the Community. *Archives of General Psychiatry*, 44, 713-718.
- Fabbri, S., Fava, G. A., Sirri, L., y Wise, T. N. (2007). Development of a new assessment strategy in psychosomatic medicine: the diagnostic criteria for psychosomatic research. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 28, 1-20.
- Faravelli, C., Salvatori, F., Galassi, L., Aiazzi, L., Drei, C., y Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiartric Epidemiology*, 32, 24-29.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Jr., Winokur, G., y Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*, 26(1), 57-63.
- Fergus, T. A., y Valentiner, D. P. (2010). Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 438-444.

- Fink, P., Rosendal, M., y Olesen, F. (2005) Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 772–781.
- Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., Holm, M., y Munk-Jorgensen, P. (1999). Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40(4), 330-338.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. al (1997) *Structured Clinical Interview for DSM–IV Axis I Disorders–Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (2001) Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de I Eje I del DSM-IV (versión clínica) *SCID-I*. Barcelona: Masson.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., y Benjamin, L. S. (2001) *Guía de usuario par la entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje II del DSM-IV (versión clínica) SCID-II*. Barcelona: Masson.
- Fisch, R. Z. (1987). Masked depression: its interrelations with somatization, hypochondriasis and conversion. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17(4), 367-379.
- Ford, C. V. (1983). *The somatizing disorders: Illness as a eay of life*. Nueva York: Elsevier.
- García-Campayo J., Sanz Carrillo C., y Jimeno A. (1993). Diagnóstico del trastorno de somatización: utilidad del un sistema mnemotécnico. *Atención Primaria*, 12, 302-303.
- García-Campayo, J., Sanz, C., Pérez-Echeverría, M., Campos, R., y Lobo, A. (1996). Screening of somatization disorder: validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza test. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 94, 411-415.
- García-Campayo, J., Lobo, A., Perez-Echeverria, M. J., y Campos, R. (1998). Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 554-560.
- García-Campayo, J., y Sanz-Carrillo, C. (1999). A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(3), 337-345.

- Garrabé, J. (2006). Briquet y su síndrome. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 6(2), 125 - 135.
- Gelder, M., Harrison, P., y Cowen, P. (2006). *Shorter Oxford testbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D. (1978). Manual of the general health questionnaire. Windsor: NFER..
- Goldberg, D., y Bridges, K. (1985). The diagnosis of anxiety in primary care settings. *British Journal of Clinical Practice, Suppl*, 38, 28-33.
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., et al. (2003). Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics*, 44(4), 304-311.
- Gramling, S. E., Clawson, E. P., y McDonald, M. K. (1996). Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: amplification and physiological reactivity in women. *Psychosomatic Medicine*, 58(5), 423-431.
- Guggenheim, F.G. y Smith, G. R. (1997). *Trastornos Somatoformes*. En Kaplan H. I. y Sadock B. J. Tratado de Psiquiatría (Vol. 2) sexta edición. Inter- médica: Buenos Aires.
- Gulec, H., y Sayar, K. (2007). Reliability and validity of the Turkish form of the Somatosensory Amplification Scale. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(1), 25-30.
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B., y Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989-995.
- Gureje, O., y Simon, G. E. (1999). The natural history of somatization in primary care. *Psychological Medicine*, 29(3), 669-676.
- Guze, S. B. (1963). The Clinical Diagnosis of Hysteria. *Medical Times*, 91, 1149-1152.
- Guze, S. B. (1967). The diagnosis of hysteria: what are we trying to do? *American Journal of Psychiatry*, 124(4), 491-498.
- Guze, S. B. (1970). Th role of follow-up studies: their contribution to diagnostic classification as applied to hysteria. *Seminars in Psychiatry*, 2(4), 392-402.

- Guze, S. B., Woodruff, R. A., Jr., y Clayton, P. J. (1972). Sex, age, and the diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome). *American Journal of Psychiatry*, 129(6), 745-748.
- Guze, S. B., y Perley, M. J. (1963). Observations on the natural history of hysteria. *American Journal of Psychiatry*, 119, 960-965.
- Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J., et al. (2009). Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(3), 189-197.
- Hausteiner, C., Bornschein, S., Bubel, E., Groben, S., Lahmann, C., Grosber, M., et al. (2009). Psychobehavioral predictors of somatoform disorders in patients with suspected allergies. *Psychosomatic Medicine*, 71(9), 1004-1011.
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenwolf, M., y Weiss, M. G. (2005). Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(2), 85-92.
- Henningsen, P., Zimmermann, T., y Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 528-533.
- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W., y Fichter, M. M. (2005). Differentiating hypochondriasis from panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1), 29-49.
- Hiller, W., Rief, W., Fichter, M.M. (1997). How disabled are patients with somatoform disorders? *General Hospital Psychiatry*, 19, 432-438.
- Hiller, W., Rief, W., y Brahler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 704-712.
- Hiller, W., Rief, W., y Fichter, M. M. (1995). Further evidence for a broader concept of somatization disorder using the somatic symptom index. *Psychosomatics*, 36(3), 285-294.
- Hiller, W., y Janca, A. (2003). Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 167-179.

- Hiller, W., y Rief, W. (2005). Why DSM–III was right to introduce the concept of somatoform disorders. *Psychosomatics*, 46, 105–108.
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., y Viinamaki, H. (2001). Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: a study in a general population. *Comprehensive Psychiatry*, 42(3), 234-239.
- Hollifield, M., Paine, S., Tuttle, L., y Kellner, R. (1999). Hypochondriasis, somatization, and perceived health and utilization of health care services. *Psychosomatics*, 40(5), 380-386.
- Hollifield, M., Tuttle, L., Paine, S., y Kellner, R. (1999). Hypochondriasis and somatization related to personality and attitudes toward self. *Psychosomatics*, 40(5), 387-395.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J., y Viinamaki, H. (2001). Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, 42(3), 229-234.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H. R., y Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health*, 30(1), 20-29.
- Janca, A. (2005). Rethinking somatoform disorders. *Current opinion of Psychiatry*, 18, 65-71.
- Jones, M. P., Roth, L. M., y Crowell, M. D. (2005). Symptom reporting by functional dyspeptics during the water load test. *American Journal of Gastroenterology*, 100(6), 1334-1339.
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Consejería de Sanidad (2006). *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha*, 2005-2010. Toledo: Consejería de Sanidad
- Katon, W., Kleinman, A., y Rosen, G. (1982a). Depression and somatization: a review. Part I. *American Journal of Medicine*, 72(1), 127-135.
- Katon, W., Kleinman, A., y Rosen, G. (1982b). Depression and somatization: a review. Part II. *American Journal of Medicine*, 72(2), 241-247.
- Katon, W., Lin, E., Von Korff, M., Russo, J., Lipscomb, P., y Bush, T. (1991). Somatization: a spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 34-40.

- Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Archives of General Psychiatry*, 42(8), 821-833.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. New York: Preager.
- Kellner, R. (1987). *Abridged manual of the illness attitude scales*. Department of Psychiatry, School of Medicine, University of New Mexico.
- Kellner, R. (1987). Hypochondriasis and somatization. *JAMA*, 258(19), 2718-2722.
- Kellner, R. (1987). Psychological measurements in somatization and abnormal illness behavior. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 17, 101-118.
- Kellner, R. (1990). Somatization. Theories and research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 150-160.
- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms*. Washington DC. American Psychiatric Press.
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W. W., y Pathak, D. (1987). Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(1), 20-25.
- Kellner, R., y Sheffield B. F. (1973). The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normal. *Archives of General Psychiatry*, 130, 102-105.
- Kendall, R. E. (1982). A new look at hysteria. En Roy, A. *Hysteria*. Chichester: John Wiley y sons.
- Kessler, D., Lloyd, K., Lewis, G., y Gray, D. P. (1999). Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *Bmj*, 318(7181), 436-439.
- Kirmayer, L. J. y Robbins, J. M. (1996). Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychological Medicine*, 26(5), 937-51.
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J., y Dao, M. D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 49(10), 663-672.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., y Paris, J. (1994). Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 125-136.

- Kirmayer, L. J., y Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647-655.
- Kirmayer, L. J., y Robbins, J. M. (1996). Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychol Med*, 26(5), 937-951.
- Kirmayer, L. J., y Taillefer S. (1997) Somatoform disorders. En Turner S. M., y Hersen, M. *Adults Psychopathology and diagnosis*. Hardcover: John Wiley y Sons.
- Kisely, S., Golberg, D. y Simon G. (1997). A compararison between somatic symtoms with and without clear organic cause: results of an intenational study. *Psychological Medicine*, 27, 1011-1019.
- Kleinman, A. y Kleinman, J. (1986). Somatization: the interconnections in Chinese society among culture, depressive experiences, and the meaning of pain. En Kleimn, A., Good, B. y Berkeley, C.A. *Culture and Depression* (429-490). Univerity of California Press.
- Kolk, A., Hanewald, G., Schagen, S., y Gijsbers van Wijk, C. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science y Medicine*, 57(12), 2343-2354.
- Kooiman, C. G., Spinhoven, P., y Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1083-1090.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., deGruy III, F. V., Hahn, S. R., Linzer, M., Williams, J. B., Brody, D., y Davies, M. (1997). Multisomatoform Disorder. *Archives of General Psychiatry*. , 54, 352-358.
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12(1), 34-43.
- Kroenke, K. (2006). Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 335-339.
- Kroenke, K. (2008). Trastornos somatomorfos y controversias diagnósticas. En J. Levenson, D. Gitlin, y C. Crone, *Clínicas psiquiátricas norteamericanas*. Medicina Psicosomática. Barcelona: Masson.

- Kroenke, K., Arrington, M. E., y Mangelsdorff, A. D. (1990). The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Archives of Internal Medicine*, 150(8), 1685-1689.
- Kroenke, K., Jackson, J. L., y Chamberlin, J. (1997). Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *American Journal of Medicine*, 103(5), 339-347.
- Kroenke, K., Sharpe, M., y Sykes, R. (2007). Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics*, 48(4), 277-85.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., deGruy, F. V., 3rd, y Swindle, R. (1998). A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*, 39(3), 263-272.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266.
- Kupfer, D. J., First, M. B., Regier, D. A. (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lain Entralgo, P. (1972). *Historia universal de la medicina* (Vol 1). Barcelona: Salvat.
- Lain Entralgo, P. (2006). *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson.
- Laplanche, J. y Portalis, J. B. (1994). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor
- Lasegue C. (1984). De las histerias periféricas. En Sauri J.J. (compilador). *Las histerias*. Buenos Aires: Nueva Visión (original 1878).
- Leibbrand, R., Hiller, W., y Fichter, M. M. (2000). Hypochondriasis and somatization: two distinct aspects of somatoform disorders? *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 63-72.
- Leibbrand, R., Hiller, W., y Fichter, M. M. (2000). Hypochondriasis and somatization: two distinct aspects of somatoform disorders? *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 63-72.
- Leiknes, K. A., Finset, A., Moum, T., y Sandanger, I. (2008). Overlap, comorbidity, and stability of somatoform disorders and the use of current versus lifetime criteria. *Psychosomatics*, 49(2), 152-162.
- Levenson, J. L. (2007). *Tratado de Medicina Psicósomática*. Barcelona: Ars Médica.

- Lex, B. W., Sholar, J. W., Bower, T., y Mendelson, J. H. (1991). Putative type II alcoholism characteristics in female third DUI offenders in Massachusetts: a pilot study. *Alcohol*, 8(4), 283-287.
- Lieb, R., Meinschmidt, G., y Araya, R. (2007). Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 860-863.
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., y Wittchen, H. U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(3), 194-208.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R. H., Hofler, M., Tholen, S., y Wittchen, H. U. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry*, 17(6), 321-331.
- Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Bush, T., Lipscomb, P., Russo, J., et al. (1991). Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *Journal of General Internal Medicine*, 6(3), 241-246.
- Lipowski, Z. J. (1968). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine, III: Theoretical issue. *Psychosomatic medicine*, 30, 395-422.
- Lipowski, Z. J. (1986). Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *Canadian Medical Association Journal*, 135, 609-614.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Lipowski, Z. J. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics*, 31(1), 13-21.
- Lipsanen, T., Saarijarvi, S., y Lauerma, H. (2004). Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia--overlapping or independent constructs? *Psychopathology*, 37(4), 200-206.

- Liu, G., Clark, M. R., y Eaton, W. W. (1997). Structural factor analyses for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*, 27(3), 617-626.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., y Arntz, A. (2010). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother.*
- Lobo, A., García-Campayo, J., Campos, R., Marcos, G., Pérez-Echeverría, M., y GWPZ (1996) Somatisation in Primary Care in Spain. I. Estimates of Prevalence and Clinical Characteristics. *British Journal of Psychiatry*, 168, 344- 353.
- López Piñero, J.M (2002). *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial.
- López Piñero, J.M. y Meseguer J. M. (1968). *Neurosis y Psicoterapia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- López-Santiago J., Madrigal, I., y Belloch, A. (2006) Valoración del Screening de Othmer y Desousa para el trastorno de somatización en salud mental. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 76/77, 73-80.
- López-Santiago, J y Estevez, J. A., (2007, abril). Tratamiento psicológico de los trastornos somatomorfos en el servicio de salud de Albacete. Poster presentado al *XLI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP)*. Oviedo 19-21 Abril 2007.
- López-Santiago, J. y Belloch, A. (2001, diciembre). Síntomas somáticos no explicados médicamente en salud mental (Comunicación). *Actas del III Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. Promolibro: Valencia.
- López-Santiago, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista Española de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 7 (2), 73-93.
- Lowe, B., Mundt, C., Herzog, W., Brunner, R., Backenstrass, M., Kronmuller, K., et al. (2008). Validity of current somatoform disorder diagnoses: perspectives for classification in DSM-V and ICD-11. *Psychopathology*, 41(1), 4-9.
- Lowe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D., y Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 191-199.

- Luminet, O., Bagby, R. M., Wagner, H., Taylor, G. J., y Parker, J. D. (1999). Relation between alexithymia and the five-factor model of personality: a facet-level analysis. *J Pers Assess*, 73(3), 345-358.
- MacLean, P. (1949). Psychosomatic disease and the visceral brain; recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic Medicine*, 11(6), 338-353.
- MacLeod, R. J., McNamee, J. E., Boyle, M. H., Offord, D. R., y Friedrich, M. (1999). Identification of childhood psychiatric disorder by informant: comparisons of clinic and community samples. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 44(2), 144-150.
- Mailloux, J., y Brener, J. (2002). Somatosensory amplification and its relationship to heartbeat detection ability. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 353-357.
- Manu, P., Lane J. L., Matthews, D. A., y Escobar J. I. (1989). Screening for Somatization Disorder in Patients with Chronic Fatigue. *General Hospital Psychiatry*, 11, 294-297.
- Marchesi, C., Fonto, S., Balista, C., Cimmino, C., y Maggini, C. (2005). Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 56-60.
- Marin, C., y Carron, R. (2002). The origin of the concept of somatization. *Psychosomatics*, 43(3), 249-250.
- Martin R. L., y Yutzy, S. H. (1996) Trastornos de Somatización. En Hales, R. E.; Yudofsky, S. C. y Talbott, J. P. *Tratado de Psiquiatría* (2ª Edición). Ancora: Barcelona. (Edición Electrónica).
- Martin, R. D. (1999). The somatoform conundrum: a question of nosological values. *General Hospital Psychiatry*, 21, 177-186.
- Martínez, M. P. (1997). *Nuevas aproximaciones cognitivas a la conceptualización del tratamiento de la hipocondría*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia.
- Martínez, M. P. (2001). *Hipocondría. Aspectos conceptuales y aplicados*. Valencia: Promolibro.

- Martinez, M. P., Belloch, A. y Botella, C. (1995). Sesgos en la interpretación de sensaciones corporales ambiguas en la hipocondría. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 4 (3), 259-276.
- Martinez, M. P., Belloch, A., y Botella, C. (1999). Somatosensory Amplification in Hypochondriasis and Panic Disorder. *Clin. Psychol. Psychother*, 6, 46-53.
- Martinez, M. P., Belloch, A., y Botella, C. (1999). Somatosensory Amplification in Hypochondriasis and Panic Disorder. *Clin. Psychol. Psychother*, 6, 46-53.
- Martínez-Sánchez F (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Marty, P., y M'uzan, M. (1963). La pensee operateiro. *La Revue Francaise de Psychoanalyse*, 27, SUPP. 345-356.
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., et al. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716-722.
- Mayou, R. (1976). The nature of bodily symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 129, 55- 60.
- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., y Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 847-855.
- Mayou, R., Levenson, J., y Sharpe, M. (2003). Somatoform disorders in DSM-V. *Psychosomatics*, 44, 449-451
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52(10), 938-946.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189-194.
- Mechanic, D. (1972). Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *New England Journal of Medicine*, 286(21), 1132-1139.
- Merikangas, K. R., y Kalaydjian, A. (2007). Magnitude and impact of comorbidity of mental disorders from epidemiologic surveys. *Curr Opin Psychiatry*, 20(4), 353-358.

- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther*, 28(6), 487-495.
- Molina, S., y Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: psychometric properties and associated characteristics. In: Davey G, Tallis F, eds. *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment, and Treatment*. (265–283). Sussex, England: John Wiley y Sons.
- Moliner, M. (1998) *Diccionario de Uso del Español (2ª Edición)*. Gredos. Madrid.
- Moral de la Rubia, J., y Retamales, R. (2000). Estudio de validación de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Psiquiatría.com*, 4(2), 1-10.
- Muramatsu, K., Miyaoka, H., Muramatsu, Y., Fuse, K., Yoshimine, F., Kamijima, K., et al. (2002). The amplification of somatic symptoms in upper respiratory tract infections. *General Hospital Psychiatry*, 24(3), 172-175.
- Nakao, M., Barsky, A. J., Kumano, H., y Kuboki, T. (2002). Relationship between somatosensory amplification and alexithymia in a Japanese psychosomatic clinic. *Psychosomatics*, 43(1), 55-60.
- Nakao, M., Barsky, A. J., Nishikitani, M., Yano, E., y Murata, K. (2007). Somatosensory amplification and its relationship to somatosensory, auditory, and visual evoked and event-related potentials (P300). *Neuroscience Letters*, 415(2), 185-189.
- Nakao, M., y Barsky, A. J. (2007). Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med*, 1, 17.
- Nemiah, J. C., y Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18(1), 154-160.
- Noyes, R. Jr., Stuart, S. P., y Watson, D. B. (2008) A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 49(1), 14-22.
- Noyes, R., Jr., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T., y Woodman, C. L. (1994). Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 16(2), 78-87.

- Noyes, R., Jr., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Sieren, L. R., y Muller, B. A. (1999). Health Attitude Survey. A scale for assessing somatizing patients. *Psychosomatics*, 40(6), 470-478.
- Noyes, R., Jr., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Stout, L. R., Muller, B. A., y Longley, S. L. (2001). Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics*, 42(4), 320-329.
- Noyes, R., Jr., Watson, D. B., Letuchy, E. M., Longley, S. L., Black, D. W., Carney, C. P., et al. (2005). Relationship between hypochondriacal concerns and personality dimensions and traits in a military population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(2), 110-118.
- Noyes, R. Jr., Stuart, S., Watson, D. B., y Langbehn, D. R. (2006). Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: a review of the existing literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(5), 270-281.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento 10ª edición*. (CIE-10). Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). *Criterios Diagnóstico y de Investigación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Otero, J. (2000). Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia. *Revista de psicoanálisis*, 4.
- Othmer, E., y DeSouza, C. (1985). A Screening Test for Somatization Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1146-1149.
- Oxman, T. E., y Barrett, J. (1985). Depression and hypochondriasis in family practice patients with somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*, 7(4), 321-329.
- Parker, G., y Parker, K. (2003). Influence of symptom attribution on reporting depression and recourse to treatment. *Aust N Z J Psychiatry*, 37(4), 469-474.
- Parker, J. D., Bagby, R. M., y Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32(5), 387-394.
- Pedrosa Gil, F., Bidlingmaier, M., Ridout, N., Scheidt, C. E., Caton, S., Schoechlin, C., et al. (2008). The relationship between alexithymia and salivary cortisol levels in somatoform disorders. *Nord J Psychiatry*, 62(5), 366-373.

- Pedrosa Gil, F., Ridout, N., Kessler, H., Neuffer, M., Schoechlin, C., Traue, H. C., et al. (2008). Facial emotion recognition and alexithymia in adults with somatoform disorders. *Depress Anxiety*, 25(11), 133-141.
- Pennebaker, J. W., Gonder-Frederick, L., Stewart, H., Elfman, L., y Skelton, J. A. (1982). Physical symptoms associated with blood pressure. *Psychophysiology*, 19(2), 201-210.
- Perley, M. J., y Guze, S. B. (1962). 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. *New England Journal of Medicine*, 266, 421-426.
- Peterson, R. A. y Reiss, R. J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2nd edition). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Phillips, K. A., First, M.B., y Pincus, H. A. (2003). *Advancing DSM: Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*. Washington, DC,: American Psychiatric Association.
- Picardi, A., Toni, A., y Caroppo, E. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychother Psychosom*, 74(6), 371-378.
- Pichot P. (1983). *Un siècle de psychiatrie*. Paris: Roche.
- Pilowsky, I. (1967) Dimensions of Hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 89-93.
- Pilowsky, I. (1969). Abnormal Illness behavior. *British Journal of Psychology*. Vol. 42 (347-51).
- Pilowsky, I., y Spence, N. D. (1983) *Manual for the Illness behavior Questionnaire*. Departamento de Psiquiatria, Universidad de Adelaida. Australia
- Pilowsky, I., Murrell, T. G., y Gordon, A. (1979). The development of a screening method for abnormal illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 23(3), 203-207.
- Portegijs, P. J., van der Horst, F. G., Proot, I. M., Kraan, H. F., Gunther, N. C., y Knottnerus, J. A. (1996). Somatization in frequent attenders of general practice. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(1), 29-37.
- Posse, M., y Hallstrom, T. (1998). Depressive disorders among somatizing patients in primary health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(3), 187-192.

- Purtell, J. J., Robins, E., y Cohen, M. E. (1951). Observations on clinical aspects of hysteria; a quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects. *J Am Med Assoc*, *146*(10), 902-909.
- Regier, D. A., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Blazer, D. G., Hough, R. L., et al. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*, *41*(10), 934-941.
- Reidenberg, M. M., y Lowenthal, D. T. (1968). Adverse nondrug reactions. *New England Journal of Medicine*, *279*, 678-9.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., y McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, *24*(1), 1-8.
- Rief, W. (2010). Painting the picture of distressing somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*(1), 1-3.
- Rief, W., Henningsen, P., y Hiller, W. (2006). Classification of Somatoform Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *163*. 746-47.
- Rief, W., Hessel, A., y Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*, *63*(4), 595-602.
- Rief, W., Hiller, W., y Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(4), 587-595.
- Rief, W., Martin, A., Klaiberg, A., y Braehler, E. (2005). Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behavior. *Psychosomatic Medicine*, *67*(4), 596-601.
- Rief, W., Sharpe, M. (2004). Somatoform disorders: new approaches to classification, conceptualization, and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 387-390.
- Rief, W., Shaw, R., y Fichter, M. M. (1998). Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosom Med*, *60*(2), 198-203.
- Rief, W., y Auer, C. (2001). Is somatization a habituation disorder? Physiological reactivity in somatization syndrome. *Psychiatry Research*, *101*(1), 63-74.

- Rief, W., y Barsky, A. J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 996-1002.
- Rief, W., y Isaac, M. (2007). Are somatoform disorders “mental disorders”? A contribution to current debate. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 143-146
- Robbins, J. M., y Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychol Med*, 21(4), 1029-1045.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., Jr., et al. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41(10), 949-958.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., et al. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1069-1077.
- Robins, L. N., y Reger, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. Nueva York: Free Press.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. The core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10(3), 134-144.
- Sandín B, Chorot P (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En: Belloch A., Sandín B., y Ramos F., editores. *Manual de psicopatología* vol. II (pp. 54-78). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Sandín, B. (1995). Teorías de los trastornos de ansiedad. En: Belloch A., Sandín B., y Ramos F., editores. *Manual de psicopatología* vol. II (pp. 114-169). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M., y Jimenez, P. (1995). Trastornos Psicósomáticos En: Belloch, A., Sandín B., y Ramos F. (Eds.), *Manual de Psicopatología. Vol.2* (pp. 401-471). Madrid: McGraw Hill.

- Sandín, B., Chorot, P., Valiente R. M., y Lostao L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ : estructura factorial y propiedades psicométricas *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14 (2), 107-122.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A. y Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 19-33.
- Sandín, B., Chorot, P., y McNally, R. J. (1996). Validation of the spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), 283-290.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., y Santed, M. A (2005). Propiedades psicométricas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. *Psicothema*, 17, 478-483.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., y Santed, M.A. (2007). ASI-3: nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 91-104.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., y Santed, M.A. (2007). ASI-3: nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 91-104.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Sauri, J (1984). *Las Histerias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Savill, T. D. (1909). *Lectures on Hysteria and Allied Vaso-motor Conditions*. London: HJ Glaiser.
- Sayar, K., Kirmayer, L. J., y Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 108-114.
- Schappert, S. M. (1992). National Ambulatory Medical Care Survey: 1990 summary. *Advance Data*, 18(213), 1-11.
- Schroder, A., y Fink, P. (2010). The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V: two steps forward and one step backward? *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 95-96; author reply 99-100.

- Seco, M., Andrés, O., y Ramos, G. (1999). *Diccionario del Español Actual*. Aguilar. Madrid.
- Segal, D. L., Hersen, M., y Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Compr Psychiatry*, 35(4), 316-327.
- Sensky, T. (1994). Somatization: syndromes or processes? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(1-2), 1-3.
- Sharpe, M., y Mayou R. (2004). Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care?. *British Journal of Psychiatry*, 184, 465-67.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short term psychotherapy and emocional crisis*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255-262.
- Simon, G. E., y Gureje, O. (1999). Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 90-95.
- Simon, G. E., y VonKorff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1494-1500.
- Sivak y Wiater, 1997
- Slater, E. (1965). Diagnosis of "Hysteria". *British Medical Journal*, 1(5447), 1395-1399.
- Slater, E. (1982). What is hysteria? En Roy, A. *Hysteria*. Chichester: John Wiley y sons. (Original 1976)
- Slater, E. T., y Glithero, E. (1965). A follow-up of patients diagnosed as suffering from "hysteria". *Journal of Psychosomatic Research*, 9(1), 9-13.
- Smith, G. R., Jr., Monson, R. A., y Ray, D. C. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*, 146(1), 69-72.
- Smith, G. R., y Brown, F. W. (1990). Screening Indexes in DSM-III-R Somatization Disorder. *General Hospital Psychiatry*, 12, 148-152.

- Smith, G., Rost, K., y Kashner, M. (1995). A trial of effect of a standardize psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, 52, 238-243.
- Smith, R. M., y Hain, J. D. (1970). Relationship between somatization and effects of stress on electrogastric waveforms in humans. *Psychological Reports*, 27(3), 755-765.
- Speckens, A. E., Spinhoven, P., Sloekers, P. P., Bolk, J. H., y van Hemert, A. M. (1996). A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *J Psychosom Res*, 40(1), 95-104.
- Spinhoven, P., y Kooiman, C. G. (1997). Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(2), 87-94.
- Spinhoven, P., y van der Does, A. J. (1997). Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: an explorative study. *Comprehensive Psychiatry*, 38(2), 93-97.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., y Robins, E. (1975). Research diagnostic criteria. *Psychopharmacology Bulletin*, 11(3), 22-25.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., y Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35(6), 773-782.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., y Robins, E. (1989). *Criterios diagnósticos de investigación (revisado)*. Madrid: Editores Médicos. (Original: 1985).
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., 3rd, Hahn, S. R., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272(22), 1749-1756.
- Sriram, T. G., Chaturvedi, S. K., Gopinath, P. S., y Shanmugam, V. (1987). Controlled study of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychother Psychosom*, 47(1), 11-17.
- Starcevic, V. (2006). Somatoform disorders and DSM-V: conceptual and political issues in the debate. *Psychosomatics*, 47 (4), 277-281.

- Stuart, S., y Noyes, R., Jr. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40(1), 34-43.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., y Landerman, R. (1986). Somatization disorder in a community population. *American Journal of Psychiatry*, 143(11), 1403-1408.
- Swartz, M., Hughes, D., George, L., Blazer, D., Landerman, R., y Bucholz, K. (1986). Developing a screening index for community studies of somatization disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 335-343.
- Swartz, M., Landerman, R., Blazer, D., y George, L. (1989). Somatization symptoms in the community: a rural/urban comparison. *Psychosomatics*, 30(1), 44-53.
- Taylor, G. J., Ryan, D., y Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188.
- Toft, T., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K., Frostholm, L., y Olesen, F. (2005). Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychological Medicine*, 35(8), 1175-1184.
- Tomasson, K. Kent D., y Coryell W. (1993). Comparision of four diagnostie systems for somatization disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 311-315.
- Tomasson, K., Kent, D., y Coryell, W. (1991). Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(3), 288-293.
- Tyrer, P. (1992). *Clasificación de las neurosis*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ursin, H. (2005). Press stop to start: the role of inhibition for choice and health. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1059-1065.
- Vaillant, G. E. (1984). The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *American Journal of Psychiatry*, 141(4), 539-53.

- Valdés, M. Trastornos Psicósomáticos. (1991). En Vallejo, J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (520-529). Barcelona: Masson.
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., y van Balkom, A. J. (2010). The concept of comorbidity in somatoform disorder--a DSM-V alternative for the DSM-IV classification of somatoform disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 97-99; author reply 99-100.
- Vazquez-Rivera, S., Gonzalez-Blanch, C., Rodriguez-Moya, L., Moron, D., Gonzalez-Vives, S., y Carrasco, J. L. (2009). Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 517-525.
- Veith, I (1965). *Hysteria, the History of a Disease*. University of Chicago Press.
- Ware, J. E., Jr. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Services Research*, 11(4), 396-415.
- Warwick, H. Y; Clark, D.; Cobb, A., y Salkovskis, P. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.
- Warwick, H., y Salkovskis, P. (1990). Hypochondriasis. *Behavioural Research and Therapy*. Vol. 28, 105-117.
- Wessely, S., Nimnuan, C., y Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*, 354(9182), 936-939.
- Wise, T. N., y Birkett-Smith, M. (2002). The somatoform disorders for DSM-V: the need for changes in process and content. *Psychosomatics*, 43, 437-440
- Wise, T. N., y Mann, L. S. (1994). The relationship between somatosensory amplification, alexithymia, and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), 515-521.
- Wise, T. N., y Mann, L. S. (1995). The attribution of somatic symptoms in psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 36(6), 407-410.
- Witthoft, M., y Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 6, 257-283.

- Wood, R. L., Williams, C., y Kalyani, T. (2009). The impact of alexithymia on somatization after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 23(7), 649-654.
- Woodruff, R. A. , Goodwin, D. W., y Guze, S. B. (1978). *El Diagnóstico en Psiquiatría*. Mexico D. F.: El Manual Moderno. (Original: 1974).
- Woodruff, R. A., Clayton, P. J., y Guze, S. B. (1971). Hysteria. Studies of diagnosis, outcome, and prevalence. *JAMA*, 215(3), 425-428.
- Woodruff, R. A., Robins, L. N., Taibleson, M., Reich, T., y Helzer, J. (1973). A computer assisted derivation of a screening interview for hysteria. *Archives of General Psychiatry*, 29, 450-454.
- Woolfolk, R. L., y Allen, L. A. (2007). *Treating Somatization: A Cognitive-Behavioral Approach*. New York: Guilford Press.
- Wulff, H.R., Pedersen S. A. y Rosenberg R. (2002). *Introducción a la filosofía de la medicina*. Madrid: Triacastela.
- Yutzy, S. H., Cloninger, C. R., Guze, S. B., Pribor, E. F., Martin, R. L., Kathol, R. G., et al. (1995). DSM-IV field trial: testing a new proposal for somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 97-101.
- Zaballa P., Crega Y., Grandes G., y Peralta C. (2001). The Othmer and DeSouza test for screening of somatisation disorder: is it useful in general practice? *British Journal of General Practice*, 51, 182-6.
- Zeitlin, S. B., y McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 658-660.
- Zinbarg, R., Barlow, D. H. y Brown, T. (1997). The hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9, 277-284.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/Doña _____

MANIFIESTA QUE:

- a) Acepta participar voluntariamente en el estudio de investigación que está realizando la Unidad de Salud Mental del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete, el cual ha sido explicado adecuadamente y ha sido entendido suficientemente.
- b) Qué está de acuerdo y se compromete a seguir las instrucciones y cumplimentar las pruebas que se le indiquen.
- c) Que salvaguardando siempre el derecho a la intimidad, acepta que los datos que deriven de dicho estudio de investigación, pueden ser utilizados para divulgación científica.

Albacete a

Fdo: El interesado

Fdo: El investigador

ANEXO 2

***HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES EN PROYECTO DE INVESTIGACION:
"DELIMITACIÓN DIAGNÓSTICA Y CLÍNICA DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN"***

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto de investigación al que se le ha invitado a participar tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de las características psicológicas de las personas que presentan síntomas somáticos (dolencias físicas como: dolores musculares o articulares, molestias estomacales, mareos, etc.) que no han podido ser explicadas o justificadas de forma completa por los médicos, de forma que no pueden ser atribuidos a alguna enfermedad médica conocida. Cuando estos síntomas son muy numerosos y frecuentes en el lenguaje médico y psicológico se utiliza el diagnóstico de Trastorno de Somatización.

La presencia de alguno de estos síntomas, a los que no puede asociarse de forma clara una enfermedad somática, es algo muy habitual y se estima que prácticamente todo el mundo puede padecer algún síntoma de estas características a lo largo de su vida. Sin embargo, en algunas personas, estos síntomas suponen un grave malestar y cuando se cronifican, originan un sufrimiento equiparable al de cualquier otra enfermedad grave.

Nuestra investigación pretende estudiar a las personas que son atendidas en Salud Mental y que padecen este tipo de problema. En el estudio se incluye a personas que padecen este trastorno, junto a personas con diagnóstico de otros trastornos mentales, además de personas que no padecen ningún trastorno mental. Su caso puede ser cualquiera de los tres

¿EN QUÉ CONSISTE EL ESTUDIO?

En la investigación, a la que le invitamos a participar, únicamente se le van a realizar una serie de preguntas, ya sea a lo largo de una entrevista o mediante test o cuestionarios psicológicos. NO SE REALIZA NINGÚN OTRO TIPO DE EXPLORACIÓN O ANÁLISIS (como análisis de sangre, radiografías, etc.).

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3

DATOS BIOGRÁFICOS

NOMBRE:

SEXO: Fecha Nacimiento:

EDAD:

Teléfono contacto:

Nº Identificación:

Nº Screening:

ESPACIO PARA
PEGATINA

ESTUDIOS:

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Enseñanza primaria o inferior | 5. Formación Profesional (grado 2) |
| 2. Enseñanza secundaria (sin graduado) | 6. Estudios superiores incompletos |
| 3. Bachiller o equivalente | 7. Enseñanza superior de 3 años |
| 4. Formación Profesional (grado 1) | 8. Enseñanza superior de 5 años |

PROFESIÓN:

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| 1. PARADO | 5. TRABAJADOR NO CUALIFICADO |
| 2. JUBILADO | 6. TRABAJADOR CUALIFICADO |
| 3. TRABAJO DOMESTICO | 7. PROFESIONALES LIBERALES |
| 4. ESTUDIANTE | 8. OTROS |

ESTADO CIVIL:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Soltero | 3. Divorciado o separado |
| 2. Casado o en pareja | 4. Viudo/a |

UNIDAD FAMILIAR:

- | |
|---|
| 1. Vive sólo |
| 2. Vive con sus padres y/o hermanos |
| 3. Vive en pareja |
| 4. Vive con pareja e hijos |
| 5. Comparte vivienda con otras personas |
| 6. Vive en institución u otras circunstancias |

GENOGRAMA (UNIDAD FAMILIAR)

HISTORIA DE ENFERMEDADES

Intervenciones quirúrgicas

Hospitalizaciones

Enfermedades comunes (Alergias, Diabetes, Hipertensión)

Alergias

Tratamientos Farmacológicos

CRONOLÓGICO:

INFANCIA:

ADOLESCENCIA:

EDAD ADULTA:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANEXO 4

**ENTREVISTA DIAGNÓSTICA SEMI-ESTRUCTURADA PARA EL
DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN**

Fecha:

Nº Identificación:

Nombre:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA:

DERIVANTE:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Médico AP: 2. Salud Mental 3. Otra especialidad Médica (Indicar): 4. Otros. |
|---|

DURACIÓN DEL PROBLEMA ACTUAL Y TIEMPO DE TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. INICIO:

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO. INICIO:

<i>Tratamiento farmacológico</i>							
	<i>M</i>	<i>T</i>	<i>N</i>		<i>M</i>	<i>T</i>	<i>N</i>
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

FECHA PRIMERA CONSULTA EN SALUD MENTAL:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

HISTORIA CLINICA:

SCREENING:

TRAS ESTUDIO:

MOTIVO DE CONSULTA:

¿Cuál es el principal problema que le causa dificultades?

¿Cuándo empezó el problema?

1. ¿Ha padecido muchos problemas o síntomas físicos a lo largo de su vida? *Si – No*

Si: ¿cuáles?

2. En los últimos años, ¿estos problemas o síntomas le han inducido a visitar al médico muchas veces, o han interferido de manera significativa con su estilo de vida (trabajo, ocio, etc.)? *Si – No*

Si: Especifique:

3. En los últimos años, ¿los médicos que ha visitado han tenido dificultades para diagnosticar la causa o el origen de esos síntomas o para darle un tratamiento eficaz?

Si – No

Si: especificar.....

(Evaluar a continuación el listado de síntomas somáticos)¹⁷

¹⁷ Ver Anexo 5.

(PREGUNTAR DESPUÉS DEL EVALUAR LISTADO DE SÍNTOMAS)

1. Si los médicos le han dicho en alguna ocasión que **no han encontrado ninguna enfermedad que justifique sus síntomas**, ¿Lo ha aceptado? ¿Cuál ha sido su reacción?

2. En qué ámbitos **han interferido** estos síntomas en su vida?

Laboral, económico, sexual, pareja, ocio, familia, social

3. Cuándo empezaron estos problemas o síntomas a convertirse en un problema importante para usted, de manera que tuvo que empezar a visitar a los médicos o empezaron a interferir con su vida habitual:

Fecha de inicio:

4. Recuerda algún incidente o acontecimiento vital importante que:

a) coincida con el inicio del problema

b) o que le haya llevado a padecerlo

PREGUNTAS GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICOS DE OTROS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN

1. ¿Ha tenido en los últimos seis meses algún episodio concreto de ansiedad y/o preocupación muy intenso en los que de repente se sintiera asustado/a nervioso/a o extremadamente incómodo/a o irritable sin que supiera por qué? Si su respuesta es afirmativa, indique en qué situaciones y con qué frecuencia durante los últimos seis meses.

2. ¿Ha temido miedo o se ha sentido nervioso/a alguna vez de estar en lugares o situaciones de las cuales podría ser difícil o embarazoso escapar o conseguir ayuda en el caso de que le ocurriera algo? Por ejemplo, situaciones como estar sólo/a en casa, estar entre una multitud o haciendo cola, pasar por encima de un puente o viajar en autobús, en tren o coche. Si su respuesta es afirmativa, indique la frecuencia durante los últimos seis meses.

3. ¿Se pone nervioso ante las situaciones en que tiene que exponerse a la observación de los demás (por ejemplo, hablar en público, comer o escribir mientras le observan, entablar conversación) por temor a actuar de algún modo que pueda resultar ridículo, humillante o embarazoso o por mostrar síntomas de ansiedad (enrojecimiento, temblores...)?

4. ¿Tiene algún miedo persistente y marcado ante la presencia o anticipación de ciertos objetos, acontecimientos o animales (ascensores, entierros, alturas, truenos, sangre, lugares cerrados, volar...)? Si su respuesta es afirmativa, por favor indique la frecuencia con que le ha sucedido en los últimos seis meses.

5. Durante los últimos seis meses ¿Ha tenido pensamientos, impulsos o imágenes que le parezcan absurdos o desagradables (tales como hacer daño a alguien, estar contaminado por

gérmenes o suciedad), que le vuelven una y otra vez a la cabeza a pesar de que intenta detenerlos y que le provocan ansiedad?

6. ¿Hay alguna cosa que en los últimos seis meses tenga que hacer una y otra vez, sin poder resistirse a hacerlo, por ejemplo, lavarse las manos en repetidas ocasiones o revisar algo varias veces para asegurarse de que está bien hecho?

7. En los últimos seis meses ¿ha estado particularmente nervioso o muy preocupado por posibles cosas malas que le pudieran ocurrir a usted, o a su familia, amigos, etc, resultando muy difícil controlar dicha preocupación?

8. En los últimos seis meses ¿Ha tenido episodios de tristeza sin que hubiera una razón importante o un motivo que usted considerara que justificaba ese sentimiento?

9. ¿Ha necesitado recibir tratamiento psicológico o médico por alguno de los problemas antes mencionados en los últimos seis meses?. Si la respuesta es SÍ, por favor indique el tipo de tratamiento y duración.

ANEXO 5

EDAD:

NOMBRE:

Nº:

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS

SÍNTOMAS	PRESENT	FREC (0-8)	GRAVE (0-8)	EDAD INICIO	ENFERMED ¹⁸	MODO ¹⁹
Síntomas DOLOROSOS						
1. Cabeza C ²⁰ :	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
2. Abdomen (CIE) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
3. Dorso (Espalda) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
4. Articulaciones (CIE) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
5. Extremidades (CIE) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
6. Tórax C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
7. Recto C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
8. Durante la menstruación C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
9. El acto sexual C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
10. OTROS DOLOR: C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
S. GASTROINTESTINALES						
11. Náuseas (CIE) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
12. Distensión abdominal (CIE) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
13. Vómitos (no embarazo) (CIE) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
14. Diarrea (CIE) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
15. Intolerancia alimentos C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
16. Mal sabor de boca o lengua sebórrica (CIE, excl.) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
S. SEXUALES/ UROGENITALES						
17. Indiferencia sexual C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
18. Disfunción eréctil/eyaculatoria C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
19. Menstruación irregular C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
20. Pérdidas excesivas (CIE) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.

¹⁸ Ausencia de diagnóstico médico o queja excesiva en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. **No:** sin diagnóstico; **Exc.:** queja excesiva; **¿?:** no confirmada ausencia de enfermedad; **SI:** existencia de enfermedad que justifica síntoma;

¹⁹ **MODO** de aparición del síntoma. CONTINUADO en el tiempo vs. INTERMITENTEMENTE.

²⁰ **C:** causa del síntoma (nombre de enfermedad diagnosticada)

C:						
21. Vómitos (embarazo) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
22. Disuria (dolor al orinar) o micción frecuente.(CIE.excl.) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
23. Sensación de ardor o quemazón en los organos genitales. (CIE. Excl.) C:						cont Int
S. PSEUDONEUROLÓGICOS						
24. Conversivos (alteración coordinación motora o equilibrio) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
25. Parálisis, debilidad muscular C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
26. Dificultad de deglutir C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
27. Sensación nudo garganta C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
28. Afonía C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
29. Retención urinaria C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
30. Alucinaciones C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
31. Pérdida sensibilidad táctil/dolor (CIE) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
32. Parestesia (Hormigueo adormecimiento) (CIE excl.) C:						
33. Diplopía (visión doble) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
34. Ceguera C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
35. Sordera C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
36. Convulsiones C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
37. Síntomas disociativos (amnesia) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
S. CARDIOPULMONARES						
38. Falta de aliento (sin esfuerzo) (CIE) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
39. Palpitaciones C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
40. Mareo o inestabilidad C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
41. Dolor torácico (CIE, exc.) C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
OTRO: C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
OTRO: C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
OTRO: C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.
OTRO: C:	SI NO ?				No Exc. ¿? Si	cont Int.

ANEXO 6

Señale en la siguiente escala cuanto le afectan los síntomas que padece en su vida cotidiana en las áreas que se enumeran a continuación:

En la relación con los demás	0 1 2 3 4 5 6 7 8	No me afecta	me afecta totalmente
En el trabajo	0 1 2 3 4 5 6 7 8	No me afecta	me afecta totalmente
En la pareja	0 1 2 3 4 5 6 7 8	No me afecta	me afecta totalmente
En la relación sexual	0 1 2 3 4 5 6 7 8	No me afecta	me afecta totalmente
En la relación familiar	0 1 2 3 4 5 6 7 8	No me afecta	me afecta totalmente
En el tiempo de ocio	0 1 2 3 4 5 6 7 8	No me afecta	me afecta totalmente
Globalmente	0 1 2 3 4 5 6 7 8	No me afecta	me afecta totalmente

ANEXO 7

HAS*Encuesta Respecto Actitudes Sobre La Salud**(Health Attitude Surve,; Noyes, Langbehn, Happel, Sieren y Muller, 1999).*

Nombre:

Fecha:

1.- Totalmente en desacuerdo; **2**.- Un poco en desacuerdo; **3**.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo;
4.- un poco de acuerdo; **5**.-totalmente de acuerdo

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.- Estoy satisfecho/a con los cuidados médicos que he recibido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.- Los médicos han hecho todo lo que han podido para diagnosticar y tratar mis problemas de salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.- Los médicos se han tomado en serio mis problemas de salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.- Mis problemas de salud han sido minuciosamente evaluados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.- Parece que los médicos no saben mucho acerca de los problemas de salud que he tenido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.- Me han explicado completamente mis problemas de salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.- Los médicos parece que piensan que exagero mis problemas de salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.- Mi respuesta a los tratamientos no ha sido satisfactoria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.- Mi respuesta a los tratamientos normalmente es excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.- Estoy cansado/a de estar enfermo/a y me gustaría solucionar mis problemas de salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.- Llevo sintiéndome mal durante bastante tiempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.- Voy a seguir buscando una solución a mis problemas de salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.- No creo que tenga ninguna enfermedad física seria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.- He visitado a muchos médicos diferentes a lo largo de los años | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.- He tomado muchos medicamentos recientemente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.- No suelo ir al médico con frecuencia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.- He tenido una buena salud a lo largo de los años | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.- A veces me preocupo demasiado por mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

19.- A menudo temo lo peor cuando me surgen síntomas	1	2	3	4	5
20.- Tengo dificultades para dejar de pensar en mi salud	1	2	3	4	5
21.- A veces me siento deprimido/a y parece que no puedo evitarlo	1	2	3	4	5
22.- He buscado ayuda por problemas emocionales o relacionados con el estrés	1	2	3	4	5
23.- Me es fácil relajarme y estar calmado/a	1	2	3	4	5
24.- Creo que el estrés al que estoy sometido/a podría estar afectando mi salud	1	2	3	4	5
25.- Algunas personas piensan que puedo trabajar más de lo que yo siento que puedo hacer	1	2	3	4	5
26.- Algunas personas piensan que me pongo enfermo/a sólo para llamar la atención	1	2	3	4	5
27.- Me es difícil encontrar palabras para expresar mis sentimientos	1	2	3	4	5

ANEXO 8

CUESTIONARIO DE INTERPRETACIÓN DE SÍNTOMAS

(Symptom Interpretation Questionnaire, SIQ; Robbins y Kirmayer, 1991. Versión experimental de López-Santiago y Belloch).

A continuación le presentamos una serie de enunciados que describen síntomas que usted ha podido experimentar y tres posibles razones que pueden explicar la causa de éstos. Intente imaginarse a sí mismo experimentando dichos síntomas e indique, para cada una de las tres posibles explicaciones, en que grado cree que éstas pueden ser la causa del correspondiente síntoma.

Utilice la siguiente escala:

A	B	C	D
Nada en absoluto	algo	bastante	mucho

También indique si ha padecido estos síntomas en los últimos 3 meses.

No deje ninguna pregunta en blanco

1. Si tuviera un dolor de cabeza prolongado, probablemente pensaría qué:

Estoy alterado emocionalmente A B C D

Algo funciona mal en mis músculos, nervios o cerebro A B C D

Un ruido fuerte, una intensa luz o alguna otra cosa me ha irritado A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

2. Si notase que estoy sudando abundantemente, probablemente pensaría qué:

Tengo fiebre o una infección A B C D

Estoy nervioso o ansioso A B C D

Hace demasiado calor en la habitación, llevo mucha ropa o he estado trabajando demasiado A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

3. Si de repente me sintiera mareado/a, probablemente pensaría qué:

Tengo algún problema en mi corazón o presión sanguínea A B C D

No he comido bastante o me he levantado demasiado rápido A B C D

Me encuentro en una situación de mucho estrés A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

4. Si notase que mi boca está seca, probablemente pensaría qué:

Estoy asustado o ansioso por algo A B C D

Necesito beber líquidos A B C D

Algo funciona mal en mis glándulas salivares A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

5. Si sintiera palpitaciones en mi pecho, probablemente pensaría qué:

Me he esforzado demasiado o he tomado mucho café A B C D

Estoy muy asustado o nervioso A B C D

Algo funciona mal en mi corazón A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

6. Si me sintiera cansado, probablemente pensaría qué:

Estoy emocionalmente agotado o desanimado A B C D

He estado realizando demasiado ejercicio o no realizo el suficiente A B C D

Tengo anemia o debilidad en la sangre A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

7. Si notase que me tiemblan las manos, probablemente pensaría qué:

Tengo algún tipo de problema neurológico A B C D

Estoy muy nervioso A B C D

He forzado mucho los músculos de la mano A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

8. Si tuviera problemas para dormir, probablemente pensaría qué:

Algún dolor o problema físico no me deja dormir A B C D

No estoy cansado o he tomado demasiado café A B C D

Estoy preocupado o demasiado nervioso por algo A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

9. Si mi estómago estuviera alterado, probablemente pensaría qué:

He estado muy preocupado por mis cosas A B C D

Tengo gripe o una irritación del estómago A B C D

He comido algo que no me ha sentado bien A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

10. Si perdiese el apetito, probablemente pensaría qué:

He estado comiendo demasiado o mi organismo ya no necesita tanto alimento como antes A B C D

Los nervios me han quitado el apetito A B C D

Tengo algún de problema de estómago A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

11. Si sintiera dificultades para tomar aire (durante largo tiempo), probablemente pensaría qué:

Mi pecho está congestionado por una infección, irritación o problema de corazón A B C D

El ambiente de mi habitación esta cargado o hay demasiada contaminación en el aire A B C D

Estoy muy nervioso o ansioso A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

12 Si notase entumecimiento u hormigueo en las manos o pies, probablemente pensaría qué:

Estoy en una situación de estrés emocional A B C D

Algo funciona mal en mis nervios o en mi circulación sanguínea A B C D

Tengo frío, o se me han dormido las manos o pies A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos 3 meses? SI NO

13. Si fuera estreñido, probablemente pensaría qué:

No tomo suficiente fruta o fibra A B C D

La tensión nerviosa me hace ir estreñido A B C D

Algo funciona mal en mi vientre o intestino A B C D

¿Ha notado ese síntoma en los últimos tres meses? SI NO

ANEXO 9

SSAS

(Barsky, Wyshak y Klerman, 1990)

A continuación se presenta un listado de enunciados que son característicos de algunas personas. Señale con una X en grado en que cree que tales enunciados le caracterizan a usted en general, basándose en la siguiente escala:

1 Nada	2 Un Poco	3 Moderadamente	4 Mucho	5 Totalmente
1. El hecho de que alguien tosa, hace que yo también tosa.....1	2	3	4	5
2. No puedo soportar el tabaco, el humo o los factores contaminantes del ambiente.....1	2	3	4	5
3. A menudo soy consciente de diversas cosas que ocurren en mi cuerpo.....1	2	3	4	5
4. Los ruidos fuertes y repentinos realmente me molestan.....1	2	3	4	5
5. Cuando me hago una magulladura, me la sigo notando durante mucho tiempo.....1	2	3	4	5
6. Algunas veces puedo oír mi pulso o los latidos de mi corazón palpitando en mi oído.....1	2	3	4	5
7. Odio tener demasiado calor o demasiado frío.....1	2	3	4	5
8. Enseguida siento las contracciones de hambre en mi estómago.....1	2	3	4	5
9. Hasta algo sin importancia, como una picadura de un insecto o pincharme con una astilla realmente me molesta.....1	2	3	4	5
10. Tengo escasa tolerancia al dolor.....1	2	3	4	5

ANEXO 10

TAS-20

Código..... Edad..... Sexo (Varón___ Mujer___)

Instrucciones: Los siguientes enunciados se refieren a formas de ser de la gente. Lea cada uno de ellos y conteste rodeando con un círculo el número que mejor indique el grado con que está de acuerdo al aplicarlo a su forma de ser en general. Utilice el siguiente criterio:

1-nada de acuerdo 2- algo de acuerdo 3-Bastante de acuerdo 4-Muy de acuerdo 5- Totalmente de acuerdo

1. A menudo me siento confundido/a en cuanto a la emoción que experimento.....1 2 3 4 5
2. Me es difícil encontrar las palabras adecuadas para expresar mis sentimientos....1 2 3 4 5
3. Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos comprenden1 2 3 4 5
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.....1 2 3 4 5
5. Prefiero analizar los problemas antes que describirlos1 2 3 4 5
6. Cuando tengo un disgusto no sé si estoy triste, asustado/a o enfadado/a1 2 3 4 5
7. A menudo me encuentro confundido/a por las sensaciones corporales1 2 3 4 5
8. Prefiero dejar que las cosas ocurran mejor que tratar de
comprender porqué sucedieron así 1 2 3 4 5
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar1 2 3 4 5
10. Creo que sentir las emociones es fundamental.....1 2 3 4 5
11. Me resulta difícil describir cómo me siento con la gente.....1 2 3 4 5
12. La gente me pide que describa mejor mis sentimientos.....1 2 3 4 5
13. No sé qué está pasando dentro de mí.....1 2 3 4 5
14. A menudo no sé porque estoy enfadado/a.....1 2 3 4 5
15. Prefiero hablarle a los demás de sus actividades cotidianas
antes que de sus sentimientos.....1 2 3 4 5
16. Prefiero ver programas divertidos antes que dramas psicológicos.....1 2 3 4 5
17. Me resulta difícil hablar de mis sentimientos más íntimos,
aunque sea a amigos cercanos.....1 2 3 4 5
18. Puedo sentirme muy cerca de alguien, aunque sea en momentos de silencio1 2 3 4 5
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales...1 2 3 4 5
20. Buscar significados ocultos en películas (cine o tv) reduce el placer de verlas...1 2 3 4 5

ANEXO 11

Experiencia con el Tratamiento (IAS. Kellner, 1986)

1. ¿Con que frecuencia va al médico?

Casi nunca	<i>Con muy poca frecuencia</i>	Aproximadamente 4 veces al año	<i>Aproximadamente 1 vez al mes</i>	Aproximadamente 1 vez a la semana
------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

2. ¿Cuántos médicos diferentes, quiroprácticos u otros profesionales de la salud ha visitado durante el año pasado?

<i>Ninguno</i>	<i>Uno</i>	<i>2 ó 3</i>	<i>4 ó 5</i>	<i>6 ó más</i>
----------------	------------	--------------	--------------	----------------

3. ¿Cuántas veces ha estado en tratamiento durante el pasado año? (por ejemplo, medicamentos, cambio de medicación, intervención quirúrgica, etc.)

<i>Ninguno</i>	<i>Uno</i>	<i>2 ó 3</i>	<i>4 ó 5</i>	<i>6 ó más</i>
----------------	------------	--------------	--------------	----------------

4. Si la respuesta es SI, ¿Cuáles fueron los tratamientos?

ANEXO 12

INDICE WHITELEY

(Pilowsky, 1967)

Identificación **Fecha**

A continuación le presentamos una serie de preguntas sobre su modo de ser con respecto a la salud y a la enfermedad. Rodee con un círculo SÍ o NO para indicar su respuesta a cada preguntas:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| a) ¿A menudo se preocupa por la posibilidad de tener una enfermedad grave? | SI | NO |
| b) ¿Sufre de dolores y achaques diversos? | SI | NO |
| c) ¿A menudo se da cuenta de distintas cosas que ocurren en su cuerpo? | SI | NO |
| d) ¿Está muy preocupado por su salud?..... | SI | NO |
| e) ¿Con frecuencia tiene síntomas de enfermedades muy graves? | SI | NO |
| f) ¿Si tiene noticia de alguna enfermedad (a través de la radio, la televisión, los periódicos o de algún conocido) se preocupa por la posibilidad de padecerla?..... | SI | NO |
| g) ¿Cuándo está enfermo, se molesta si alguien le dice que tiene mejor aspecto? | SI | NO |
| h) ¿Se encuentra molesto por muchos síntomas diferentes? | SI | NO |
| i) ¿Le resulta fácil olvidarse de sí mismo y pensar en cualquier otra cosa? | SI | NO |
| j) ¿Le cuesta creer al médico cuando le dice que no tiene ningún motivo para preocuparse?..... | SI | NO |
| k) ¿Tiene la sensación de que la gente no se toma suficientemente en serio su enfermedad? | SI | NO |
| l) ¿Cree que se preocupa por su salud más que la mayoría de la gente? | SI | NO |
| m) ¿Cree que hay algo que funciona francamente mal en su cuerpo? | SI | NO |
| n) ¿Tiene miedo a la enfermedad? | SI | NO |

ANEXO 13

13. Tengo más síntomas físicos que el resto de la gente que conozco	0 1 2 3 4 5 6
14. Me mantengo alerta y atento a cualquier cambio que se produzca en mi cuerpo	0 1 2 3 4 5 6
15. El miedo a la muerte es mi principal temor	0 1 2 3 4 5 6
16. Una de mis preocupaciones principales en la vida es la de mantenerme sano	0 1 2 3 4 5 6
17. Mis preocupaciones por la salud provocan fastidio a mis allegados	0 1 2 3 4 5 6
18. Tiendo a pensar que mis cambios corporales son señal de alguna enfermedad grave	0 1 2 3 4 5 6
19. Me preocupo mucho cuando tengo un malestar físico, por leve que sea	0 1 2 3 4 5 6
20. Cuando voy al médico, nunca me quedo satisfecho con la información que me da	0 1 2 3 4 5 6
21. Pensar que puedo enfermar, me pone triste	0 1 2 3 4 5 6
22. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo por mi salud	0 1 2 3 4 5 6
23. Cuidar mi salud es lo más importante para mí	0 1 2 3 4 5 6
24. Si tengo algún problema respiratorio, me alarmo mucho	0 1 2 3 4 5 6
25. Me enfado cuando los médicos no me encuentran nada y yo me siento mal	0 1 2 3 4 5 6
26. Ante cualquier dolor, temo lo peor	0 1 2 3 4 5 6
27. Más de una vez me han dicho que soy un hipocondríaco	0 1 2 3 4 5 6
28. Debo estar atento a todo lo que sucede en mi cuerpo para evitar enfermedades	0 1 2 3 4 5 6
29. Yo sé que estoy enfermo aunque los demás opinen lo contrario	0 1 2 3 4 5 6
30. Aunque los médicos me expliquen que mis síntomas no se deben a ninguna enfermedad, yo no les creo	0 1 2 3 4 5 6

**COMPRUEBE QUE NO DEJÓ NINGUNA FRASE SIN RESPONDER.
¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

ANEXO 14

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre:.....Fecha:.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

1 0 No me siento triste

1 Me siento triste

2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo

3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro

1 Me siento desanimado de cara al futuro

2 Siento que no hay nada por lo que luchar

3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3 0 No me siento como un fracasado

1 He fracasado más que la mayoría de las personas

2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro

3 Soy un fracaso total como persona

4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes

1 No disfruto de las cosas tanto como antes

2 Ya no tengo ninguna satisfacción

3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

5 0 No me siento especialmente culpable

1 Me siento culpable en bastantes ocasiones

2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones

3 Me siento culpable constantemente

6 0 No creo que esté siendo castigado

1 Siento que quizá esté siendo castigado

2 Espero ser castigado

3 Siento que estoy siendo castigado

7 0 No estoy descontento de mí mismo

1 Estoy descontento de mí mismo

2 Estoy a disgusto conmigo mismo

3 Me detesto

8 0 No me considero peor que cualquier otro

1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores

2 Continuamente me culpo por mis faltas

3 Me culpo por todo lo malo que sucede

9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio

1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré

2 Desearía poner fin a mi vida

3 Me suicidaría si tuviese oportunidad

10 0 No lloro más que lo normal

1 Ahora lloro más que antes

2 Lloro continuamente

3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

11 0 No estoy especialmente irritado

1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes

2 Me siento irritado continuamente

3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

12 0 No he perdido el interés por los demás

1 Estoy menos interesado en los demás que antes

2 He perdido gran parte del interés por los demás

3 He perdido todo interés por los demás

13 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes

1 Evito tomar decisiones más que antes

2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes

3 Me es imposible tomar decisiones

14 0 No creo tener peor aspecto que antes

1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo

2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo

3 Creo que tengo un aspecto horrible

15 0 Trabajo igual que antes

1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo

2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo

3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

16 0 Duermo tan bien como siempre

- 1 No duermo tan bien como antes
- 2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir

17 0 No me siento más cansado de lo normal

- 1 Me canso más que antes
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada

18 0 Mi apetito no ha disminuido

- 1 No tengo tan buen apetito como antes
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito
- 3 He perdido completamente el apetito

19 0 No he perdido peso últimamente

- 1 He perdido más de 2 kilos Estoy tratando intencionadamente
- 2 He perdido más de 4 kilos de perder peso comiendo menos.
- 3 He perdido más de 7 kilos Si.....No.....

20 0 No estoy preocupado por mi salud

- 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros
- 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
- 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas

21 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo

- 1 La relación sexual me atrae menos que antes
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
- 3 He perdido totalmente el interés sexual

Se prohíbe la reproducción sin permiso escrito del autor.

Se pueden obtener copias o el permiso para utilizar esta escala en: CENTER FOR COGNITIVE THERAPY, Room 602, 133 South Street, Philadelphia, Pa. 19104.

Copyright © 1978 by Aaron T. Beck, M.D.

ANEXO 15

ANEXO 16

ASI

Código..... Edad..... Sexo (Varón____ Mujer____)

INSTRUCCIONES:

Conteste al siguiente cuestionario rodeando con un círculo la alternativa (0,1,2,3,4) que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación, teniendo en cuenta siguiente graduación.

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia. No obstante, si alguna de las frases se refiere a algo que Ud. no ha vivido o experimentado nunca, conteste en base a lo que Ud. piense que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia. Por favor conteste a todas las frases.

1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a	0	1	2	3	4
2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loca	0	1	2	3	4
3. Me asusto cuando siento que tiemblo	0	1	2	3	4
4. Me asusto cuando pienso que me desmayo	0	1	2	3	4
5. Es importante para mí mantener el control de mis emociones	0	1	2	3	4
6. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida	0	1	2	3	4
7. Me resulta embarazoso o molesto cuando mi estómago hace ruidos	0	1	2	3	4
8. Me asusto cuando tengo náuseas (sensación de vómito)	0	1	2	3	4
9. Cuando noto que mi corazón esta latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco	0	1	2	3	4
10. Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respiro con dificultad	0	1	2	3	4
11. Cuando me molesta el estómago, me preocupa que pueda estar seriamente enfermo/a	0	1	2	3	4
12. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea	0	1	2	3	4
13. Cuando siento que tiemblo la gente suele darse cuenta	0	1	2	3	4
14. Las sensaciones corporales poco habituales (raras) me asustan	0	1	2	3	4
15. Cuando estoy nervioso/a me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a	0	1	2	3	4
16. Me asusta cuando estoy nervioso/a	0	1	2	3	4

