

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ADOLESCENTES DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO, 2013”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

Presentan:

M.P.S.S. Amairani Novia García

M.P.S.S. Cristal Plata Zúñiga

Directores de tesis

Dra. Clementina Jiménez Garcés

Dra. Blanca Guadalupe Alvarado Bravo

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

SEPTIEMBRE 2013

ÍNDICE

Resumen	2
1. Antecedentes	3
1.1. Modelo biomédico y biopsicosocial de la salud	3
1.2. Clasificación de trastornos de salud mental	5
1.3. Trastornos de la infancia y la adolescencia	6
1.4. Conceptualización del trastorno de somatización	6
1.5. Etiología de la síntomas somáticos sin causa orgánica (SSO)	8
1.6. Cuadro clínico de pacientes con síntomas somáticos	9
1.7. Método diagnóstico de Trastorno de Somatización	12
1.8. Criterios diagnósticos de acuerdo a DSM-IV	13
1.9. Criterios diagnósticos de acuerdo a CIE-10	14
1.10. Diagnósticos diferenciales	15
1.11. Tratamiento de pacientes con SSO	19
1.12. Instrumentos de evaluación de SSO	22
2. Planteamiento del Problema	23
2.1. Pregunta de investigación	23
3. Justificación	24
4. Hipótesis	27
5. Objetivos	28
6. Metodología	29
6.1. Diseño del Estudio	29
6.2. Operacionalización de Variables	29
6.3. Universo de Trabajo	30
6.4. Instrumento de Investigación	30
6.5. Desarrollo del Proyecto	31
6.6. Límite de Tiempo y Espacio	32
6.7. Cronograma	32
6.8. Diseño de Análisis	33
7. Implicaciones éticas	33
8. Resultados	34
9. Discusión	46
10. Conclusiones	49
11. Sugerencias	50
12. Anexos	51
13. Bibliografía	59

RESUMEN

Esta tesis estudió la frecuencia y tipo de síntomas somáticos en adolescente de 18 a 21 años de edad de la Universidad Autónoma del Estado de México. Dicho patrón de estudio fue clasificado por sistemas: inmunológico general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, músculo esquelético, piel y alergias y genitourinario. En cuanto al sistema reproductor solo se estudiaron mujeres.

Para la obtención de datos se utilizó la Escala de Síntomas Somáticos Revisada de B. Sandín y P. Chorot(1999), ésta escala da a conocer la frecuencia con que se han experimentado síntomas somáticos durante el último año de vida; consta de 90 puntos distribuidos entre los sistemas de estudio.

Al analizar los datos obtenidos se observó que las mujeres universitarias refieren mayor frecuencia de síntomas somáticos en comparación a los hombres. El mayor número de participantes que reportan síntomas somáticos tienen una edad promedio de 20 años.

Al estudiar cada sistema orgánico se encontró un mayor número de síntomas somáticos en el sistema gastrointestinal seguido por el inmunológico y el cardiovascular, concordando todos ellos con patologías frecuentes propias de la edad y por cambios hormonales.

Si bien en este trabajo se informó sobre las frecuencias de cada síntoma somático en estudiantes universitarios, los resultados obtenidos reflejan cómo éste sector poblacional se ve susceptible a interactuar con factores que pudiesen contribuir a la aparición de síntomas sin explicación médica condicionados por el entorno escolar, social, laboral y familiar.

1. ANTECEDENTES

1.1 MODELO BIOMÉDICO Y BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD

Partiendo desde el punto de vista biológico, se define a la salud como ausencia de enfermedad. Como profesionales en la salud nos basamos en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los descubrimientos de la anatomía patológica. Algunas de las características del modelo biomédico son:

- Se basa en una concepción patologista: es la enfermedad la que suele estar en el centro de la escena y es la razón del encuentro entre profesional y paciente.
- Es reduccionista: fenómenos extremadamente complejos (como padecer diabetes) se reducen a sus componentes más elementales en otro nivel (ejemplo las alteraciones bioquímicas de la diabetes).
- Es curativo: la competencia o éxito de un profesional se define en función de curar enfermedades y salvar vidas.
- Es objetivo: esto supone que el profesional deja por fuera de la interacción con los pacientes su propia subjetividad y el bagaje cultural y social en el cual está inmerso al igual que su paciente. Así mismo los pacientes también tienen incorporado este modelo objetivo por lo tanto demandan del médico respuestas precisas y certeras.
- Mente/cuerpo: esto determina que la tarea curativa se divida, los médicos se ocupan del cuerpo, de lo somático y los psiquiatras o psicólogos se ocupan de lo psíquico.
- Diagnóstico biológico: el diagnóstico se hace sobre la base de procedimiento de tipo biológico. Si se descarta una patología orgánica se piensa en lo psicológico.
- Territorios: se establecen barreras disciplinarias (especialidades) y el paciente queda sometido al análisis clínico perteneciente a cada especialidad.

- Tratamiento: el tratamiento debe ser integral. Los pacientes deben ser pasivos y sin responsabilidad en sus problemas y en sus soluciones.

Otro modelo importante en salud es el biopsicosocial; es un modelo holístico o modelo de salud integral. Es un modelo general, que plantea que los factores biológicos, psicológicos (lo que implica pensamientos, emociones y conductas), y factores sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad o la percepción de enfermedad. Implica pues, que hay determinantes generales que influyen en la salud y en el desarrollo humano incluidos sus determinantes sociales y por tanto, los económicos. La salud y la enfermedad se transmiten en red. Los elementos de la red de relaciones entre los determinantes de la salud están interactuando de forma continua y simultánea. Cualquier factor relativo a la salud se transmite por la red compleja de elementos interconectados¹.

El enfermar adquiere sentido en función de la vida de la persona. Al introducir el valor de la palabra, de la historia que construye el paciente, permite que la enfermedad deje de ser solamente alteración bioquímica o física, puede ser también insatisfacción en las relaciones, emociones o afectos inadecuadamente elaborados o de un dolor somatizado. Características del modelo biopsicosocial:

- La salud y la enfermedad son un continuo: las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, la salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.
- Diagnóstico: incluye tanto aspectos biológicos como emocionales, culturales y psicosociales.
- La relación médico-paciente: el médico participa junto con el paciente en la definición del problema; tiene en cuenta a la familia y piensa la relación en términos triangulares (profesional – paciente – familia).

1.2 CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL SEGÚN CIE -10

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. Para clasificarse como trastornos, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida. Los trastornos mentales y conductuales se caracterizan también por síntomas y signos específicos, y suelen seguir una evolución espontánea más o menos previsible, salvo si se llevan a cabo intervenciones terapéuticas.

La Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento se describe como pautas clínicas para el diagnóstico que ofrecen una relación completa de trastornos mentales y conductuales. El paciente puede padecer uno o varios trastornos durante uno o varios periodos de su vida, pero no debe utilizarse una etiqueta diagnóstica para describir a un individuo. Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida.² Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento².

1.3 TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Contrariamente a la creencia popular, los trastornos mentales y del comportamiento son frecuentes durante la infancia y la adolescencia.³ No se presta suficiente atención a esta parcela de la salud mental. Uno de cada 10 niños sufre una enfermedad mental lo bastante grave como para causarle cierto grado de deterioro, pero menos de la quinta parte de ellos recibe el tratamiento

necesario. La situación en grandes zonas del mundo en desarrollo probablemente sea todavía menos satisfactoria.

La CIE-10 identifica dos amplias categorías específicas de la infancia y la adolescencia: los trastornos del desarrollo psicológico y los trastornos emocionales y del comportamiento. Los primeros se caracterizan por la alteración o el retraso del desarrollo de funciones específicas como el habla y el lenguaje (dislexias) o un trastorno generalizado del desarrollo (p. ej., el autismo). La evolución de estos trastornos es sostenida, sin remisiones ni recidivas, aunque la mayoría tienden a mejorar con el tiempo. La segunda categoría, los trastornos emocionales y del comportamiento, comprende trastornos hiperkinéticos (en la CIE-10), el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de la conducta y los trastornos emocionales de la niñez. Además, muchos de los trastornos más frecuentes en la población adulta pueden iniciarse durante la infancia.

1.4 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

El término “somatización” fue introducido por Stekel en la década de los veinte para hacer referencia a un proceso hipotético mediante el cual una neurosis profundamente arraigada podría causar un trastorno corporal. Desde su introducción en el DSM-II, dicho vocablo se ha definido de diversas maneras.²

Lipowski (1988) se refiere a la somatización como a un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa natural no permiten la “expresión de la ansiedad” y, en su lugar, sólo es posible la “expresión visceral” impidiendo la manifestación de la ansiedad consciente experimentada por el individuo. Las definiciones del término muestran la existencia de un consenso en relación a algunas dimensiones que son parte del concepto, como son: una tendencia a experimentar y comunicar tensión somática y síntomas no establecidos en los hallazgos patológicos, atribuir estos síntomas a una enfermedad física y buscar ayuda.

Allen et al.⁴ definen al somatizador como un individuo que repetidamente exhibe importantes quejas sugiriendo una enfermedad física, pero para las cuales se carece de explicación médica. Craig y Boardman⁵ plantean que los desórdenes

del ánimo estimulan la percepción de los síntomas somáticos y empujan al individuo a buscar ayuda médica y que, al parecer, los factores emocionales tienen una influencia importante sobre la regularidad e intensidad de los nuevos episodios.

Kirmayer et al.⁶⁻⁷ mencionan que la somatización es un término usado para referirse a aquellas situaciones clínicas en las cuales los pacientes se presentan con síntomas exclusivamente somáticos, a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o de estrés emocional demostrable. Al respecto se ha indicado que la somatización implica formas de patología que tienen componentes psicológicos y psiquiátricos, Fava et al.⁸.

Las definiciones concuerdan con el hecho de que los pacientes que somatizan acuden repetidamente en busca del médico o medicina, de ahí que la característica distintiva de la somatización resida en la frecuencia, severidad y persistencia de las presentaciones hechas por los pacientes⁹.

Existen otros términos utilizados para hacer mención a la somatización, entre los que destacan: problemas de salud mental, enfermedad mental, malestar o alteración psicológica, quejas somáticas, síndromes funcionales, síntomas sin enfermedad, síntomas de enfermedad no diagnosticada, trastornos médicamente inexplicables, síntomas psicósomáticos, entre otros.

Los estudios de Nimnuan¹⁰ comprueban que pacientes que presentan un grupo similar de síntomas son diagnosticados funcionales dependiendo del especialista al que acudan: fibromialgia, si acuden al reumatólogo; fatiga crónica, si acuden al neurólogo; y colon irritable, si se trata del gastroenterólogo. Cada especialista toma en consideración los síntomas que le son familiares y dejan fuera de los diagnósticos aquellos que no encajan en su especialidad¹¹.

El concepto psicósomático tiene, además, otras acepciones. La primera se puede considerar como somatización, González y Landero¹² definen los trastornos de este tipo como las dolencias físicas para las que no se tiene la posibilidad de

practicar un diagnóstico médico que las explique y cuya aparición, mantenimiento o agravamiento puede relacionarse con factores psicológicos.

En la segunda acepción se considera el término psicósomático para nombrar aquellos padecimientos que involucran factores psicológicos que tienen un daño orgánico demostrable, a diferencia de los trastornos somáticos. Se enlistan entre los principales trastornos psicósomáticos aquellos asociados al sistema inmune, por ejemplo: cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), alergias y problemas de la piel, artritis reumatoide, enfermedades infecciosas, trastornos cardiovasculares (como cardiopatía coronaria), trastornos gastrointestinales¹³ (como úlcera péptica, síndrome de intestino irritable y trastornos inflamatorios del intestino), trastornos respiratorios (entre los que están el asma bronquial), diabetes mellitus, dolor crónico, entre otros.

En este trabajo de investigación se utilizará de manera indistinta el término de somatización como síntomas somáticos sin explicación médica o síntomas somáticos sin causa orgánica¹⁴, además, se retomará la conceptualización que González y Landero utilizan para la palabra psicósomático.

1.5 ETIOLOGÍA DE LA SINTOMATOLOGÍA SIN CAUSA ORGÁNICA

Los síntomas somáticos sin causa orgánica (SSCO) incluyen una larga serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen. Puede tratarse de síntomas solos o agrupados. Algunos grupos de síntomas constituyen síndromes funcionales que coexisten, a menudo, en los mismos pacientes y se suceden a lo largo de su vida. Los diagnósticos funcionales se solapan unos con otros y también con diagnósticos psicopatológicos como ansiedad y depresión. El solapamiento puede depender, entre otros factores, tanto de que se apliquen clasificaciones nosológicas basadas en criterios para trastornos orgánicos que no se pueden objetivar en estos síntomas y síndromes, como de la consecuente interpretación subjetiva de los médicos¹⁴.

1.6 CUADRO CLÍNICO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS SIN CAUSA ORGÁNICA

La clínica es muy característica, los pacientes acuden a las consultas de atención primaria con más síntomas que signos físicos, muy heterogéneos y no atribuibles a enfermedades conocidas, malestar intenso, preocupación por la salud y una demanda de atención médica típicamente itinerante y errática a la que se ha denominado “doctor shopping”. Con frecuencia los pacientes resultan intervenidos quirúrgicamente sin justificación. Los síntomas suelen comenzar en la adolescencia o en la primera vida adulta y cursar de modo crónico, con períodos de remisión y de recurrencia (coincidiendo habitualmente estos últimos con épocas de estrés). Por otro lado, es habitual que los trastornos por somatización coexistan con depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos fóbicos y abuso de drogas de prescripción médica. En el 65-70% de los casos se asocia también a trastornos por personalidad psicopática, evasiva, paranoide, autodestructiva y obsesivo-compulsiva.¹⁵ La valoración de la personalidad suele requerir exploraciones psicológicas con instrumentos específicos.

Existe un deterioro de la actividad socio-laboral en estos pacientes que es característico y que suele manifestarse más en las actividades ingratas para el paciente que en las gratas. Las dificultades interpersonales y sociales contribuyen a que estos pacientes parezcan “más enfermos que los enfermos crónicos”¹⁶. La falta de armonía es la norma en la relación de pareja, los síntomas siempre son graves y discapacitantes y no guardan proporción con los hallazgos orgánicos.

Han sido descritas tres formas para categorizar los posibles cuadros clínicos:

- Síndromes clínicos en relación a los síntomas.
- Categorías psiquiátricas
- Visión integradora.

* Síndromes clínicos relacionados a síntomas orgánicos.

Una primera alternativa es categorizar a estos pacientes desde el punto de vista de la descripción de síntomas definidos que van configurando patrones clínicos para los que cada especialidad describe sus síndromes en relación al órgano,

aparato o sistema de su incumbencia. Si bien hay muchos descritos, no ofrecen al médico y al paciente más que una definición o etiqueta, lo que puede ser útil y estratégico en algunos casos, sin embargo la explicación que ofrecen es limitada, y no ayudan a establecer la relación entre los motivos de consulta y los problemas psicosociales relacionados, además existe gran superposición de cuadros clínicos y los pacientes pueden cumplir criterios de varios síndromes al mismo tiempo¹⁷. Por ejemplo, muchos pacientes con síndrome de intestino irritable también cumplen criterios para dolor pelviano crónico o fibromialgia y viceversa. El pronóstico de los cuadros es muy variable siendo similares los factores emocionales relacionados y las respuestas a los tratamientos. Los nombres de los síndromes parecen tener un nivel de certeza biomédica o científica mucho mayor al que en realidad tienen

Cuadro 1: Síndromes funcionales somáticos descritos por especialidad.

❖ Gastroenterología	Colon irritable, dispepsia no ulcerosa
❖ Urología	Prostatodinia, dolor pelviano crónico
❖ Reumatología	Fibromialgia.
❖ Neumología	Síndrome de hiperventilación
❖ Neurología	Cefalea tensional, acufenos
❖ Otorrinolaringología	Globus faríngeo, tinnitus idiopático
❖ Cardiología	Dolor precordial atípico.
❖ Ortopedia	Dolor lumbar crónico
❖ Miscelánea	Síndrome de fatiga crónica

* Categorías psiquiátricas.

La segunda forma de categorizar a estos pacientes es intentar incluirlos dentro de las categorías psiquiátricas del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (en inglés DSM-IV) que incluye los trastornos somáticos. Este consenso define estos trastornos como la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, efectos de una sustancia u otro trastorno mental. Además,

los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo¹⁸. Las sub categorías de estos trastornos son los desordenes conversivos, hipocondríacos, el trastorno dismórfico corporal, los desórdenes de dolor, y la categoría residual de trastornos somáticos indiferenciados y no especificados.

El valor de esta visión ofrece la ventaja de correlacionar los síntomas psíquicos con los somáticos y pensarlos como patologías potencialmente tratables como la depresión y la ansiedad, siendo importante en este sentido, hacer diagnóstico de los componentes hipocondríaco y dismórfico corporal cuya respuesta al tratamiento psicofarmacológico parece ser diferente.¹⁹ Además, permite la identificación del subgrupo de pacientes con desórdenes de somatización, que poseen síntomas múltiples y crónicos y cuya respuesta al tratamiento es muy pobre. La desventaja de esta visión es que deja afuera muchos síntomas del espectro más simple, como aquellos adaptativos a situaciones especiales transitorias que representan el espectro mayor en atención primaria.

Los diagnósticos deben conllevar también estrategias de trabajo y tratamiento. Por ejemplo, raramente a un paciente que cumple criterios para síndrome de intestino irritable, el médico le dice que posee un trastorno somático indiferenciado.

*Visión integradora

Una tercera forma de categorizar esta problemática, integra las clasificaciones anteriores en forma práctica y con fines pragmáticos. Esta parte de la premisa de que la somatización no es una entidad específica y sí un proceso con diferentes aristas y grados de expresión y de que si el proceso de somatización es identificado, el manejo de las diferentes formas de expresión es similar. En ocasiones puede ser más claro y conveniente utilizar las "etiquetas" los cuadros clínicos y en otras, las de la terminología psiquiátrica. Sin embargo, el profesional debe recordar que se trate de variantes de un mismo síndrome somático general. El espectro del síndrome es tan variable que puede relacionarse, en un extremo del espectro, con síntomas comunes o habituales como lumbalgia, cefalea o diarrea, en el contexto, por ejemplo, de una crisis vital normativa como

casamiento, duelo o nacimiento de un hijo; y en el otro extremo, con síntomas crónicos, múltiples e incapacitantes que generan gran interferencia en la vida del sujeto y fatiga en el equipo de salud.

1.7 MÉTODO DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

El diagnóstico de trastorno de somatización no es simple, ni en servicios del nivel primario (CIE-10) ni en los especializados.²⁰ La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) define seis tipos de trastornos somatomorfos que se traslapan con los cuadros ansiosos y depresivos: el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, los síntomas conversivos, el trastorno por dolor, la hipocondriasis y el trastorno dismórfico corporal.²¹

La somatización es con frecuencia un diagnóstico de exclusión, por la dificultad de explicar médicamente los síntomas somáticos debido al gran número de entidades orgánicas que puedan producirlos.²²

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias"²³.

Las categorías diagnósticas del DSM-IV-TR que incorporan el concepto de somatización incluyen el trastorno dismórfico corporal, el trastorno conversivo, hipocondría, trastorno de somatización, trastorno por dolor, trastorno somatomorfo indiferenciado y trastorno somatomorfo no especificado.

En la práctica clínica, los trastornos somáticos se superponen y habitualmente se presentan con síntomas y signos²⁴, la presentación varía de moderado a severo y puede basarse principalmente en síntomas (hipocondría) o en signos (trastorno conversivo).

1.8 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO AL DSM IV

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

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

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

2. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).

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

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).

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

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)

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

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).²⁵

1.9 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO AL CIE 10

El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas.²⁰

Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes. En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico.²⁴

El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. Se sabe que en algunos países el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones, y por lo general comienza al principio de la edad adulta. Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedantes y analgésicos).

Pautas para el diagnóstico:

- a) Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años.
- b) La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.
- c) Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

La CIE-10 a diferencia del DSM-IV, no incluye en la definición del trastorno de somatización un inicio previo a una edad determinada, ni el requisito de un número mínimo de síntomas físicos, ni el criterio de exclusión de que los síntomas no se encuentran bajo el control voluntario del sujeto. Además la CIE-10 señala que los síntomas han de tener una persistencia de al menos dos años y que el sujeto ha de mostrarse renuente a aceptar las explicaciones médicas, especificaciones que el DSM-IV no contempla.

1.10 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.²³

El establecimiento de un diagnóstico diferencial cobra especial relevancia cuando entendemos los trastornos mentales de un modo categorial, estructurados a partir de determinadas nosologías.

Según Cloninger²⁶ referido en Martin y Yutzy²⁷ hay tres características que sugieren que un cuadro sintomático se aproxima más a 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 indicadores 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.

Por otro lado los trastornos del estado de ánimo en el DSM-IV plantea criterios diferenciales similares a los de los trastornos ansiosos, explicando 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”.²⁰

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.

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.²⁵ 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.²⁸

El matiz diferenciador entre hipocondría y trastorno de somatización referido por la CIE-10 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, 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”, es decir, ante la presencia de quejas somáticas recurrentes junto a las preocupaciones hipocondríacas se prioriza el diagnóstico de hipocondría.²⁹

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 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”.³⁰ 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 aparezca de forma muy frecuente en pacientes hipocondríacos.

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.

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, 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 pueda existir conjuntamente el trastorno de somatización a la vez que el de simulación o facticio.

1.11 TRATAMIENTO

No existe hoy un tratamiento curativo eficaz para la somatización. Un médico hábil, que se relacione de modo flexible y empático, que conozca las técnicas específicas de entrevista y sepa aplicar las normas de buena práctica clínica para somatizadores recientes y crónicos es la herramienta terapéutica más eficaz de las conocidas.³¹

El tratamiento de los trastornos por somatización tiene dos aspectos diferenciales y complementarios:

– Atención primaria. El abordaje de estos pacientes en la atención primaria fue estudiado por Murphy.³¹ Su plan, más conservador y paliativo que curativo, trataba sobre todo de corregir la iatrogenia aplicando los siguientes principios: a) Proporcionar un solo médico al paciente; b) Evitar procedimientos de diagnóstico o tratamiento innecesarios o peligrosos; c) Llevar a cabo exploraciones físicas simples del área afectada, y d) Proporcionar soporte en las áreas estresantes de la vida del paciente. Estudios posteriores, han demostrado que la aplicación de normas de buena práctica clínica por el médico de atención primaria es capaz de aliviar los síntomas, de disminuir la demanda de atención, de mejorar la satisfacción de los pacientes por la atención recibida y limitar los costes en un

53% (sobre todo por disminución de las hospitalizaciones). La llamada técnica de reatribución de síntomas fue diseñada específicamente por Goldberg et al²⁰, para el tratamiento de las somatizaciones en atención primaria.²⁰ Esta técnica pretende poner en contacto al paciente desde la primera entrevista con factores determinantes o desencadenantes de su trastorno. Requiere que el paciente tenga una cierta disposición psicológica, no sea abiertamente hostil y sus síntomas sean leves o de corta duración. Se ha probado su aplicabilidad y su eficacia como técnica de entrevista, pero no su eficacia terapéutica.³²

La medicación psicoactiva y analgésica que se ha probado hasta la fecha en los trastornos por somatización parece poco útil. No obstante, no existen prácticamente ensayos clínicos al respecto. Como estos pacientes abusan de drogas de prescripción médica, las prescripciones han de restringirse y controlarse. Si existe un trastorno psiquiátrico concurrente que tenga un tratamiento psicofarmacológico eficaz, dicho tratamiento ha de aplicarse explicando al paciente el objetivo del mismo (que, en todo caso, no sería “curar” el trastorno por somatización).

En el mismo sentido, es posible el tratamiento sintomático o conservador de algunos síntomas que suelen presentarse en el trastorno por somatización mediante antidepresivos, analgésicos, acupuntura y otras técnicas para el tratamiento del dolor crónico. En el caso de ansiedad crónica la relajación, en general, es preferible a los ansiolíticos en estos pacientes. Los tricíclicos son útiles en el tratamiento del colon irritable o la fibromialgia. Los nuevos inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (ISRNS) (venlafaxina, duloxetina) podrían ser de utilidad en el tratamiento de algunos síntomas funcionales dolorosos.³³

Respecto a la limitación en el trabajo, la política más adecuada es disuadir de bajas laborales mientras es posible. En casos concretos puede ser útil la “negociación” de períodos cortos de baja médica, tras los cuales el paciente se comprometa a volver al trabajo. En otros casos crónicos, graves y resistentes a todo tipo de intervenciones, iniciar un expediente de incapacidad puede ser la decisión más adecuada.

– Atención especializada. El tratamiento psiquiátrico especializado requiere la colaboración con el médico que refiere la consulta. Ciertos estudios empíricos han mostrado la eficacia (relativa) de psicoterapias psicoeducativas aplicadas en grupo, psicoterapias cognitivo-conductuales y psicodinámicas. Los somatizadores crónicos, aunque no estén psicológicamente orientados y hayan resultado resistentes a otros tratamientos, pueden beneficiarse de psicoterapias específicas en las que se fomenta la aparición de un vínculo psicosomático a través de la relación con el terapeuta; para ello se necesita que entiendan y acepten la técnica terapéutica concreta y que no sean abiertamente hostiles con los médicos. En los casos de pacientes hostiles y negadores el paciente puede ser atendido “como si tuviese un problema orgánico” y el papel del psiquiatra, en ese caso, puede limitarse al de “experto en el control de algunos síntomas”; no obstante, una relación de este tipo, una vez establecida, tiene posibilidades psicoterapéuticas que comienzan por la exploración de la relación previa con médicos y cirujanos, que suele estar presidida por la rabia y la frustración.

En algunos casos especialmente crónicos y graves, en los que la historia clínica muestra que cualquier tipo de intervención ha empeorado el estado clínico del paciente, la decisión terapéutica puede ser no iniciar ningún tratamiento y aplicar, simplemente, normas de buena práctica clínica.

1.12 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE SSO

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. 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.

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.

Escala De Síntomas Somáticos, Sandín y Chorot.

El ESS-R fue diseñado para evaluar un amplio rango de síntomas y manifestaciones somáticas. Los sujetos estiman, en un rango que oscila entre 1 y 5, la frecuencia con que han experimentado cada uno de los síntomas durante el último año. Además de facilitar una puntuación general sobre la sintomatología somática, permite también obtener puntuaciones en relación con las sub escalas siguientes: Inmunológico general (IG), Cardiovascular (CV), Respiratorio (RS), Gastrointestinal (GI), Neurológico-sensorial (NS), Piel y alergia (PA), Músculo-esquelético (ME), Genitourinario (GE) y Reproductor femenino (RF), este último como sumatorio de todos los sistemas, salvo del reproductor femenino, aplicable únicamente a mujeres fértiles. Los datos relativos a la validez y fiabilidad Sandín y Chorot³⁵ han indicado que las propiedades somáticas de esta escala son aceptables.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las condiciones y exigencias crecientes de la sociedad moderna demandan reconocer la importancia de la salud mental al mismo nivel que la salud física, ya que en las últimas décadas se han incrementado los trastornos y desordenes psíquicos, que aunque afectan a la población en general, impactan de manera considerable a los adultos y jóvenes, que son la población altamente productiva desde el punto de vista económico.

La información disponible sobre trastornos reconoce a la somatización como uno de los mayores problemas de salud pública, sin embargo, los trastornos de somatización son los menos estudiados.

En una revisión ya clásica sobre el tema por Kellner, 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. En cuanto a estudios de epidemiología realizados por Kroenke³⁶ estima que alrededor del 80% de la población general experimenta uno o más síntomas somáticos a lo largo de un mes.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuál es la frecuencia y tipos de síntomas somáticos que presenta una población de adolescentes universitarios?

3. JUSTIFICACIONES

Académica: El análisis de este tipo de alteraciones emocionales requiere de un análisis interdisciplinario para comprender mejor la importancia de enfermedades tratadas exclusivamente con un enfoque biológico dejando de lado el factor Psicológico; siendo este un punto de partida fundamental para diagnosticar y tratar dicho padecimiento.

Social: La sociedad en general tiene como costumbre acudir al médico solamente cuando manifiesta dolor, probablemente por desconocimiento o aceptación de que el fondo del problema no es orgánico sino más bien emocional y acuden equivocadamente a buscar el tratamiento para la sintomatología y no para resolver realmente la probable causa. Esto conlleva a desórdenes y alteraciones a nivel familiar y social.

Esta prevalencia de la somatización tiene impactos económicos, sociales y personales, la sobreutilización de recursos médicos, expresada a través de la solicitud de estudios innecesarios e interconsultas a especialistas, genera altos costos y riesgo de complicaciones iatrogénicas; lo cual determina una inversión, en recursos de la salud, de seis a catorce veces superior si se compara con lo observado en la población general.

Científica: Actualmente encontramos estudios sobre síntomas somáticos en población general pero ninguno se enfoca en adolescentes, siendo esta una de las etapas donde más desordenes encontramos, es por esto nuestro interés en abordar este tema, en este grupo de edad. De acuerdo a los estudios reportados por Sánchez, 2012 que muestran una frecuencia de síntomas somáticos en la práctica médica general de hasta 33%.

En México la investigación de González y Landero¹² la presencia de síntomas somáticos con severidad media o alta es de un 21.8% de la población estudiada; se incluyen los aspectos de comorbilidad y diagnóstico diferencial y su

consistencia como entidad clínica, es decir, la especificidad de la somatización en relación con otros trastornos incluidos en la misma categoría diagnóstica en los dos sistemas de clasificación psiquiátrica.

El impacto personal es debido a que los pacientes somatizadores disminuyen su calidad de vida en forma similar a quienes padecen enfermedades crónicas graves o trastornos del ánimo como ansiedad o depresión, con la desventaja de que son más persistentes y refractarios al tratamiento médico. Por otra parte, la insistencia en buscar el origen de los síntomas y la imposibilidad de calzar con un molde diagnóstico, sumado a la falta de reconocimiento del origen psicosocial, genera una sensación de ineffectividad en el profesional de la salud, frustración e inclusive antipatía mientras los pacientes no alivian su sufrimiento, ni mejoran su incapacidad.

El diagnóstico y consecuentemente el tratamiento de este trastorno se dificultan en primer término por la multiplicidad de definiciones; la somatización no es atendido debido a la baja frecuencia que presenta cuando se considera la definición de DSM-III, además, para realizar el diagnóstico se requiere formular gran cantidad de preguntas, por esta razón, muchos decidieron dejar de tener en cuenta la definición del DSM-III y comenzaron a guiarse por definiciones más prácticas como: trastorno somatomorfo leve (con cuatro síntomas somáticos en los varones y 6 en las mujeres) y trastorno multisomático.

Lo dicho, entre otras varias razones de índole conceptual, lleva a los médicos (en la mayoría de los casos) a diagnosticar este trastorno como estrés limitando o bien de acuerdo a su área de especialidad. El resultado es el mismo, un inadecuado tratamiento del padecimiento. Por ello, en México sólo el 2.5% de la gente que padece algún trastorno relacionado con salud mental (como lo es el caso de la somatización) recibe la atención adecuada.

En última instancia, si se reconsidera que los síntomas somáticos tienen consecuencias personales a nivel psíquico (sufrimiento emocional), a nivel físico (exceso de medicación), a nivel social (deterioro de las relaciones

interpersonales), incidencia sobre costos económicos y en el funcionamiento de los programas de salud, se podrá reconocer la importancia de este tema para el ámbito de la salud.

4. HIPÓTESIS

- La frecuencia de síntomas somáticos que presenta la población de adolescentes universitarios es de 12.4% en sus diferentes tipos.

5. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la frecuencia y tipos de síntomas somáticos que presentan los adolescentes universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia y tipo de síntomas somáticos más frecuentes asociados al sistema inmunológico, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, músculo esquelético, piel y alergias, genitourinario y reproductor femenino.
- Analizar la frecuencia de síntomas somáticos por edad y sexo.

6.- METODOLOGÍA

6.1 Diseño del Estudio

Se realizará un estudio descriptivo de tipo transversal.

6.2 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable (Operacionalización)	
Frecuencia de síntomas Somáticos	Frecuencia de aparición de diferentes síntomas en el último año.	1. Inmunológico general 2. Cardiovascular 3. Respiratorio 4. Gastrointestinal 5. Neurosensorial 6. Músculo esquelético 7. Piel-alergia 8. Genitourinario Reproductor femenino	Categorica	Nominal
Sexo	Aparición de los diferentes síntomas somáticos en mujeres y hombres	Según sexo biológico de pertenencia	1. Mujeres 2. Hombres	Cualitativa nominal dicotómica
Edad	Adolescentes	Rango de edad entre los 10 y 19 años de edad según definición de la OMS.	Según la edad en el momento de la encuesta	Cuantitativa discreta

6.3 Muestra

La muestra estuvo conformada por 250 personas, utilizándose un muestreo no probabilístico intencional. Se captaron personas de ambos sexos que se encontraban en espacios libres académicos de la facultad de Psicología y Economía de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Se les invitó a participar de manera voluntaria y se garantizó la confidencialidad de la información, haciendo uso de un número de registro consecutivo para cada participante, por lo cual no se les pidió nombre ni cualquier dato personal que pudiese identificarlos. Quienes solicitaron los resultados de dichos cuestionarios aplicados, se les proporcionó información sobre centros de atención médica y psicológica en la ciudad de Toluca.

Criterios de inclusión: Adolescentes de ambos sexos que, mediante la escala de síntomas somáticos acepten participar en el estudio previamente informado.

Criterio de exclusión: No firmar el consentimiento informado o que no pertenezcan a la Universidad Autónoma del Estado de México.

6.4 Instrumentos

Escala de Síntomas Somático Revisada (ESS-R) de Sandín y Chorot³⁵. Cuestionario de autoinforme que detecta la frecuencia de aparición de diferentes síntomas en el último año. Consta de 80 ítems que miden la frecuencia de síntomas en una escala del 1, “raras veces”, al 4, “más de una vez al mes”. Se incluyen diez reactivos adicionales que hacen referencia a los dolores o molestias relacionados con el periodo menstrual y que, por tanto, sólo son contestados por mujeres. (Ver Anexo No. 1)

Los ítems se agrupan en los siguientes categorías: inmunológico general (IG), cardiovascular (CV), respiratorio (RS), gastrointestinal (GI), neurosensorial (NS),

piel y alergia (PA), músculo-esquelético (ME), genitourinario (GU), cuya puntuación máxima es de veinticinco a treinta y mínima de cinco a seis. Se puede obtener la puntuación total sumando los valores de ocho categorías, dado que la novena solo corresponde a mujeres. Tomando en cuenta signos y síntomas claves para delimitar de qué tipo de somatización se habla (Ver Anexo No. 2).

A los participantes se les informará sobre los objetivos del estudio y las recomendaciones sobre la forma en que se responde el cuestionario. La participación será voluntaria y anónima con consentimiento informado, se garantizará la confidencialidad de la información.

6.5 Desarrollo del Proyecto

Por medio del instrumento utilizado en ésta investigación (Escala de Síntomas Somáticos Revisada) se hará entrega y distribución de cuadernillos que contendrán los ítems a evaluar, informándose a los participantes los objetivos de la investigación, la confidencialidad, forma de contestar los cuestionarios y obtener la firma de consentimiento informado. Todos los participantes recibirán la misma información, la aplicación del instrumento tomará aproximadamente diez minutos.

Se interrogará a los participantes si están interesados en los resultados del cuestionario o si requiere algún apoyo de tipo médico y/o psicológico, Informándole sobre los centros de atención médica y orientarlo sobre la mejor opción para él.

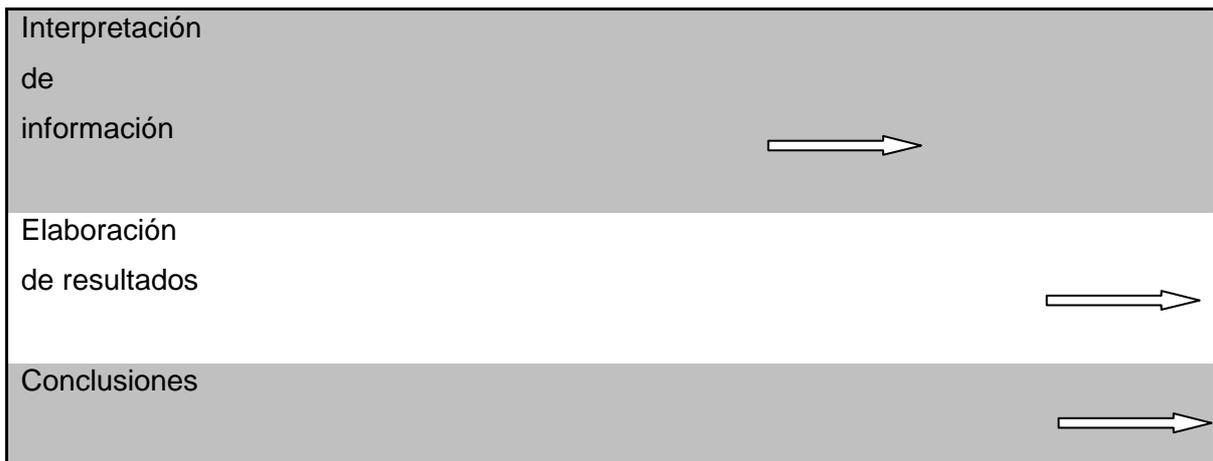
6.6 Límite de tiempo y espacio

La aplicación de cuestionarios será en un período de tiempo de 30 días en los organismos académicos de la Universidad Autónoma del Estado de México con previa autorización de las autoridades correspondientes, en un grupo máximo de 10 personas, actividad que será repetitiva durante el horario establecido y autorizado; los encuestadores serán los investigadores participantes de la investigación, quienes debidamente identificados se darán a la tarea del desarrollo de la dinámica.

Posterior a los 30 días de aplicación de cuestionarios se procederá al procesamiento y análisis de la información proporcionada en un límite de tiempo no mayor a 30 días, así mismo, teniendo la información necesaria se comenzará con la redacción de los resultados y objetivos de éste trabajo de investigación en un plazo de 30 días.

6.7 Cronograma

Actividad	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Registro proyecto	→				
Aprobación del proyecto		→			
Aplicación de instrumento		→			
Recolección de datos			→		
Captura de datos			→		
Análisis de datos				→	



6.8 Diseño de Análisis

Para el análisis, interpretación y elaboración de resultados se utilizará el programa estadístico SPSS versión 16 para la asociación de variables, así mismo utilizaremos estadística descriptiva que incluirán frecuencias, media, etc; para la elaboración de cuadros, gráficas, clasificación y tabulación de datos se ocupara Excel Windows Vista.

7. IMPLICACIONES ÉTICAS

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol siendo participantes en dicha investigación dejando en claro la confiabilidad de la misma. (Ver Anexo No. 3)

8. RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a 250 alumnos de la Universidad Autónoma del Estado de México de la Facultad de Psicología y Economía mostraron lo siguiente: 24.8% de los participantes tuvieron 21 años de edad al momento de la encuesta, de los cuales 12.4% fueron mujeres y 12.4% hombres; 34% tuvieron 20 años, 18% mujeres y 18% hombres; 23.6 % tuvieron 19 años, 15.2% mujeres y 8.4% hombres, finalmente 17.6 % de los participantes con 18 años de edad, 10% mujeres y 7.6 % hombres.

Tabla No. 1
Distribución de estudiantes por edad y sexo

	Sexo				Total	
	Mujeres		Hombres			
Edad	No.	%	No.	%	No.	%
21	31	12.4	31	12.4	62	24.8
20	45	18.0	40	16.0	85	34
19	38	15.2	21	8.4	59	23.6
18	25	10.0	19	7.6	44	17.6
Total	139	55.6	111	44.4	250	100

Fuente: Base de datos

Al distribuir la población en estudio por sexo, se encontró que 139 fueron mujeres y 111 hombres, los cuales representan el 55.6% y el 44.4% respectivamente; por tanto la mayor parte de los estudiantes encuestados fueron mujeres. (Gráfica No.1)

Gráfica No.1



Fuente: Base de datos

La Escala de Síntomas Somáticos Revisada se dividió por aparatos y sistemas orgánicos, que consta de 10 ítems tipo Likert, de cuya sumatoria se obtuvo una puntuación máxima de 40 puntos, los indicadores fueron: 0 que significa nunca haber presentado algún síntoma clínico, 1 = casi nunca (sólo en una ocasión), 2= algo frecuente (en más de una ocasión), 3 = Con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces), 4 = Con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año), tal como se muestra en la Tabla No. 2

Tabla No. 2

Puntuación general obtenida de acuerdo a frecuencia de síntomas somáticos

Puntuación	Indicadores	
0-8	0	Nunca
9-16	1	Casi nunca (sólo en una ocasión)
	2	Algo frecuente (en más de una ocasión)
25-32	3	Con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)
33-40	4	Con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente: Escala de Síntomas Somáticos- Revisada; Sandín y Chorot, 1999.

Con lo anterior, en la Tabla No. 3 se muestra la frecuencia de síntomas somáticos por sistema orgánico tomando sólo en cuenta aquellos que presentaron el indicador 3 y así mismo a los que presentaron el indicador 4 dentro de la Escala de Síntomas Somáticos Revisada, encontrándose que los sistemas orgánicos con mayor frecuencia de aparición de síntomas somáticos fueron: Sistema Gastrointestinal (37.5%), seguido del Sistema Inmunológico (7.5%) y finalmente el Sistema Cardiovascular (2.5%), mismos que se representan en la Gráfica No. 2 junto con el Sistema reproductor femenino, el cual se analiza más adelante de forma independiente.

Tabla No. 3
Frecuencia de Síntomas Somáticos por Sistema Orgánico

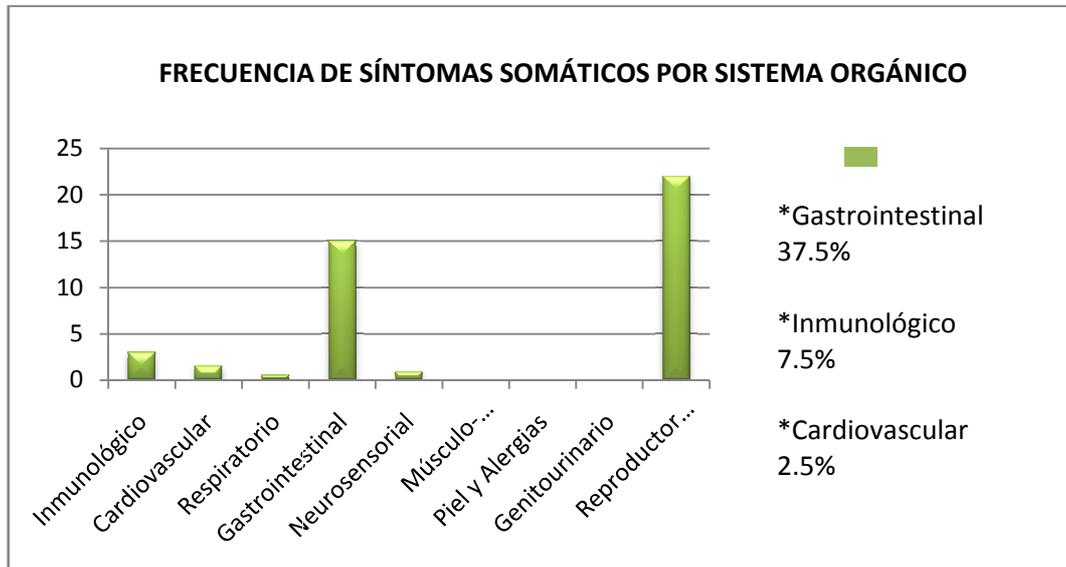
SISTEMA ORGÁNICO			
	3	4	%
Inmunológico	2	3	7.5
Cardiovascular	1	1	2.5
Respiratorio	2	0	2.0
Gastrointestinal	15	2	37.5
Neurosensorial	8	0	3.0
Músculo-esquelético	0	0	0
Piel y Alergias	0	0	0
Genitourinario	0	0	0
Reproductor Femenino	3	22	84.1

3= con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)

4= con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente : Base de datos

Gráfica No. 2



Fuente: Base de datos

En relación con la serie de preguntas dirigidas a los estudiantes sobre el Sistema Reproductor Femenino, cabe hacer mención que únicamente fueron dirigidas al sexo femenino basadas en las implicaciones por cambios hormonales propios del género. En la tabla No. 4 se observan los síntomas somáticos referidos: aumento de peso o distensión abdominal (vientre, etc.) antes o durante el período menstrual, dolores musculares (de espalda, cabeza, etc.) antes y durante el período, fluido menstrual excesivo, molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc.) durante el período; en general, la dimensión del dolor y alteraciones menstruales representan la mayor parte de la sintomatología, siendo estos causados por la liberación de prostaglandinas y sustancias químicas presentes en el organismo, haciendo contraer la musculatura lisa del útero, acentuándose en esta etapa por la adaptación del cuerpo a los cambios hormonales, con esto concluimos que hasta 117 mujeres presentan síntomas somáticos más de 4 veces al año, representando así el 84.1% de las 139 mujeres encuestadas así como se muestra en la Gráfica No. 3

Tabla No. 4

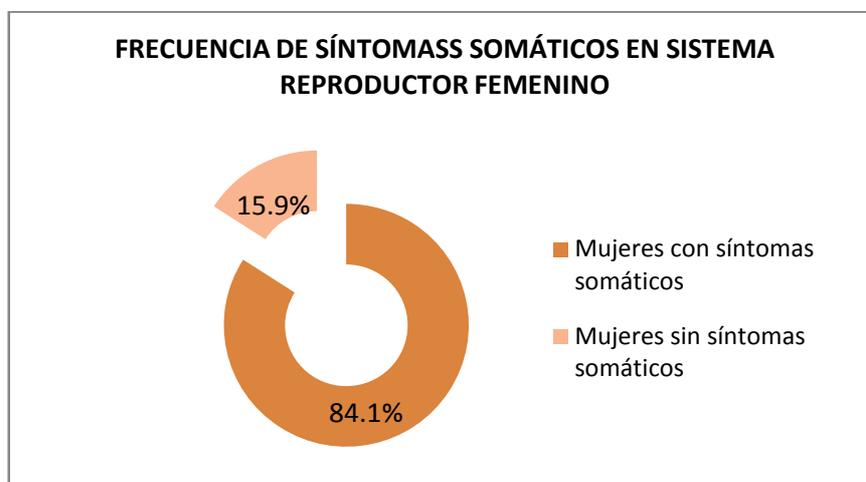
Frecuencia de síntomas somáticos en Sistema Reproductor Femenino

REPRODUCTOR FEMENINO	
	4
88. Aumento de peso o hinchazón antes o durante el período	22
89. Dolores musculares durante el periodo	22
82. Dolores musculares antes del periodo	19
84. Fluido menstrual excesivo	11
90. Molestias generales durante el periodo	11
83. Molestias generales antes del período	9
85. Retraso del periodo entre 10 y 20 días	8
86. Retraso del periodo mayor a 20 días	8
81. Adelanto del periodo	7
87. Hemorragia fuera del periodo	0
TOTAL	117 (84.1 %)

4= con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente: Base de datos

Gráfica No. 3



Fuente: Base de datos

Ahora bien, en base a los 90 ítems de la Escala de Síntomas Somáticos Revisada de B. Sandín y P. Chorot, se calculó la frecuencia de cada uno de ellos, analizando los datos, se dan a conocer sólo aquellos que muestran algún síntoma clínico en la categoría: 3 “con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)” y 4 “con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)”, los cuales arrojan información significativa para nuestro estudio.

En la Tabla No. 5 se muestran los cinco síntomas somáticos de mayor aparición del Sistema Gastrointestinal, en primer lugar se encuentran “Molestias o sensación de malestar en el estómago” presentándose en 58 personas en el indicador 3y en 21 personas en el 4, seguido de sensación de acidez estomacal, y en tercer lugar, síntomas de gastritis con bastante y mucha frecuencia respectivamente. Estos datos evidencian de manera muy importante la alta frecuencia de síntomas que impactan a nivel gastrointestinal en los estudiantes y que posiblemente sean un reflejo de problemas subyacentes no atendidos o bien a los que se les restó relevancia médica, inadecuados hábitos dietéticos, tipo de alimentación, estrés, etc., y a los que dicha sintomatología se le atribuyó otra etiología, no por ello debe postergarse la atención médica oportuna ya que la serie de complicaciones puede manifestarse a corto plazo.

Tabla No. 5
Frecuencia de síntomas somáticos en el Sistema Gastrointestinal

GASTROINTESTINAL		
	3	4
4. Molestias o sensación de malestar en el estómago	58	21
36. Acidez de estómago	31	21
68. Gastritis	29	20
76. Dolor de estómago	43	13
12. Dolores abdominales	31	9

3= con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)

4= con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente: Base de datos.

En la Tabla No. 6 se muestran los cinco síntomas somáticos de mayor frecuencia presentes en el Sistema Inmunológico General, teniéndose que el de mayor frecuencia es “Estado general de baja energía” presentándose en 27 personas en el indicador 3 y en 12 personas en el 4, seguido por “Sensación general de debilidad” y “Gripe”, siendo este sistema el que ocupa el segundo lugar de

manifestaciones clínicas arrojado por nuestro estudio, y al que al que se le tiene que poner atención ya que en algunas ocasiones, problemas con el sistema inmunológico pueden conllevar a enfermedades o infecto-contagiosas, que pudieron controlarse en una primera visita al médico.

Tabla No. 6
Frecuencia de síntomas somáticos en el Sistema Inmunológico General

INMUNOLÓGICO GENERAL		
	3	4
73.Estado general de baja energía	27	12
57. Sensación general de debilidad	22	11
33.Gripe	31	9
1. Catarro	22	3
41. Bulto o verruga	4	1

3= con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)

4= con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente: Base de datos.

En la Tabla No. 7 se muestra el tercer sistema con mayor frecuencia de aparición, de acuerdo a los síntomas somáticos presentes en el Sistema Cardiovascular, teniéndose que el de mayor frecuencia es “Palpitaciones” presentándose en 25 personas en el indicador 3 y en 10 personas en el 4, en segundo lugar se encuentra “Sensación de opresión en pecho” y por último “Dolor en el pecho”, ahora bien, en este apartado se poner especial atención y énfasis a los pacientes que presentaron dicha sintomatología, ya que de no tratarse de síntomas somáticos o sin explicación médica; nos hablaría de que existe algún riesgo para padecer una enfermedad cardiaca a largo plazo; nuestra intervención como médicos es prevenir, identificar y reducir factores de riesgo tales como: Hipertensión Arterial, dislipidemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, e incluso indagar sobre lapredisposición genética para el desarrollo de padecimientos cardiovasculares que representen un potencial factor de riesgo, el cual podría contribuir a la aparición temprana de esta sintomatología.

Tabla No. 7**Frecuencia de síntomas somáticos en el Sistema Cardiovascular**

CARDIOVASCULAR		
	3	4
2. Palpitaciones	25	10
18. Sensación de opresión en pecho	15	5
58. Dolor en el pecho	7	4
34. Dolor en pecho acompañado de fatiga	8	2
74. TA ligeramente alta	6	1

3= con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)

4= con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente: Base de datos.

En la Tabla No. 8 se muestran los cinco síntomas somáticos de mayor frecuencia presentes en el Sistema Respiratorio, teniéndose que el de mayor frecuencia es “Sensación de ahogo o respiración difícil tras emociones fuertes” presentándose en 8 personas en el indicador 3 y en 5 personas en el 4, seguido por “Sensación de ahogo o falta de respiración” y “Dificultad para respirar durante el esfuerzo”. Datos clínicos que nos pueden sugerir una afección a nivel del tracto respiratorio tanto superior como inferior, o una relación con el sistema cardiovascular.

Tabla No. 8**Frecuencia de síntomas somáticos en el Sistema Respiratorio**

RESPIRATORIO		
	3	4
35. Sensación de ahogo o respiración difícil tras emociones fuertes	8	5
19. Sensación de ahogo o falta de respiración	11	4
11. Dificultad para respirar durante el esfuerzo	8	4
51. Dolor de garganta	24	4
75. Tos acompañada de flemas	13	1

3= con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)

4= con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente: Base de datos.

A continuación en la Tabla No. 9 se muestran los cinco síntomas somáticos de mayor frecuencia presentes en el Sistema Neurosensorial, teniéndose que el de mayor frecuencia es “Mareos” presentándose en 25 personas en el indicador 3 y en 18 personas en el 4, en segundo lugar se encuentra “Visión borrosa (manchas, destellos, etc.)” y por último “Molestias en oídos (dolor, zumbidos, etc.).”

Tabla No. 9
Frecuencia de síntomas somáticos en el Sistema Neurosensorial

NEUROSENSORIAL		
	3	4
5. Mareos	25	18
21. Visión borrosa (manchas, destellos, etc.)	29	11
37. Molestias en oídos (dolor, zumbidos, etc.)	13	9
29. Vértigos	8	8
45. Sensaciones de adormecimiento en brazos o piernas	14	7

3= con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)

4= con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente: Base de datos.

En la Tabla No. 10 en base al Sistema Músculo-esquelético, el de mayor frecuencia fue “Dolores de espalda” presentándose en 49 personas en el indicador 3 y en 38 personas en el 4, seguido por “Dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión”, así como “Dolores de nuca o zona cervical” convirtiéndose estos tres síntomas por los que más se asiste a consulta, muy probablemente relacionado con el estrés escolar, la exigencia y rendimiento físico al realizar actividades extracurriculares tales como deportes, sin descartar patologías subyacentes que no se interrogaron durante la encuesta y que pudiesen contribuir a dicha sintomatología.

Tabla No. 10**Frecuencia de síntomas somáticos en el Sistema Músculo-esquelético**

MÚSCULO-ESQUELÉTICO		
	3	4
14. Dolores de espalda	49	38
6. Dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión	49	20
22. Dolores nuca o zona cervical	28	16
38. Calambres o dolor en las piernas	21	8
30. Temblor muscular	23	3

3= con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)

4= con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente: Base de datos.

En la Tabla No. 11 se muestran los cinco síntomas somáticos de mayor frecuencia presentes en el Sistema Piel y Alergias, teniéndose que el de mayor frecuencia es “Estornudos repetitivos” presentándose en 18 personas en el indicador 3 y en 8 personas en el 4, seguido por “Picores en los ojos, de tipo alérgico” y “Constipado o congestión de tipo alérgico”, cabe mencionar que la sintomatología presentada en este Sistema Orgánico pudiese estar relacionado con un componente hereditario o bien relacionado de igual manera que otros sistemas con el estrés y con cambios emocionales que pudieran alterar la respuesta inmunológica.

Tabla No. 11**Frecuencia de síntomas somáticos en el Sistema Piel y Alergias**

PIEL Y ALERGIAS		
	3	4
39. Estornudos repetitivos	18	8
71. Picores en los ojos, de tipo alérgico	11	6
47. Constipado o congestión de tipo alérgico	5	5
63. Sensación de picor o escozor en la piel	14	3
15. Sudoración excesiva (por ejemplo, en las palmas de las manos)	30	0

3= con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)

4= con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente: Base de datos.

En la Tabla No. 12 se muestran los cinco síntomas somáticos de mayor frecuencia presentes en el Sistema Genitourinario, teniéndose que el de mayor frecuencia es “Necesidad de orinar con frecuencia” presentándose en 16 personas en el indicador 3 y en 17 personas en el 4, en segundo lugar por “Necesidad de orinar con urgencia” y “Sensación de picor en zona genital, que incitan a rascarse” sintomatología que no es muy frecuente en este rango de edad en comparación con personas de edad adulta quienes presentan otro tipo de alteraciones tales como en la próstata en los hombres y la retención urinaria en el caso de las mujeres.

Tabla No. 12
Frecuencia de síntomas somáticos en el Sistema Genitourinario

GENITOURINARIO		
	3	4
16. Necesidad de orinar con frecuencia	16	17
32. Necesidad de orinar con urgencia	11	10
80. Sensaciones de picor en zona genital, que incitan a rascarse	13	9
8. Dificultades para orinar	3	7
40. Molestias o dolor de riñones sin saber por qué	7	5

3= con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)
4= con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)

Fuente: Base de datos.

9. DISCUSIÓN

La búsqueda de atención médica por presencia de síntomas sin causa orgánica representa un problema difícil de abordar en la atención primaria; el efecto y repercusión que estos síntomas adquieren es de igual dimensión que los efectos de una enfermedad de origen orgánico en la persona que los padece, los obstáculos se manifiestan desde el diagnóstico, de este modo, la frecuencia y severidad con la que se presentan generan la necesidad de tomar medidas frente a estas condiciones usualmente mal diagnosticadas, debido a la complejidad de los síntomas y la confusión en la etiología de estos mismos, generando así altos costos para la sociedad y el paciente.

La finalidad de este estudio ha sido comprobar la siguiente hipótesis: “La frecuencia de síntomas somáticos que presenta la población de adolescentes universitarios es de 12.4% en sus diferentes tipos”; en base al número de pacientes que presentaron síntomas somáticos se usaron los siguientes indicadores 3 “con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)” y 4 “con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)”, de los 250 pacientes se tuvo una $f(x)=39$ en base al total de síntomas somáticos por sistema orgánico, así pues por una relación de proporcionalidad se tiene que el 15.6% de la población estudiantil encuestada presenta síntomas sugestivos de síntomas orgánicos sin explicación médica.

A continuación analizaremos las variables que se tomaron en cuenta para la realización de este estudio, comenzando con la variable sexo en donde las mujeres obtuvieron puntajes más altos en todos los sistemas orgánicos, lo cual resulta consistente con lo que reportan otros investigadores (Escobar, Rubio, Canino y Karno, 1989, Francois, 2004; Moral 2010; Orejudo y Frogan 2005)³⁷ que consideran que los síntomas sin explicación médica en las mujeres tienen múltiples causas, destacando las sociales, culturales e incluso religiosas, sin quitar peso al efecto sobre la tolerancia al estrés y las alteraciones del estado de ánimo de los niveles oscilantes de estrógeno e indolaminas en relación con el ciclo menstrual.

Como se expuso anteriormente, las edades de los encuestados oscilan entre los 18 y los 21 años, observándose que el mayor número de participantes que reportan algún síntoma somático se encuentra en una edad promedio de 20 años, conformando así, un grupo de edad joven, lo que influye en un mayor reporte de alteraciones o síntomas somáticos en ciertos sistemas orgánicos tales como el gastrointestinal, inmunológico o cardiovascular, pudiendo ser éste un reflejo para manejar las situaciones de la vida diaria, convirtiéndose en una forma de refugio que el sujeto aprendió cuando era pequeño aportación hecha por Nimnuan, Hotopf y Wessley³⁸ a lo que ellos mencionan no puede ser considerada como enfermedad diagnóstica; a diferencia de otros grupos de edad como las personas jubiladas, el sistema genitourinario presentó la menor frecuencia de aparición debido a la ausencia de problemas relacionados con la próstata en el hombre y de retención urinaria en la mujer, según estudios de Orejudo y Frojan (2005)³⁹.

El uso del cuestionario de auto informe constituyó un recurso fundamental en la determinación de los síntomas somáticos más frecuentes en los estudiantes universitarios, de acuerdo al sistemas orgánico perteneciente, en este caso el de mayor frecuencia Gastrointestinal, se reflejaron síntomas relacionados con enfermedades ácido-pépticas y/o Síndrome de Intestino Irritable, dentro de los síntomas inmunológicos generales se reflejan síntomas de fatiga y neurosensoriales, posiblemente relacionados con la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica, los síntomas respiratorios coadyuvan con los cardiovasculares constituyendo un cuadro de síntomas cardiorrespiratorios que constituyen un problemas de vías respiratorias altas de naturaleza gripal, situación que involucraría una patología subyacente, más no sin explicación médica o de somatización.

Ahora bien los síntomas relacionados con trastornos alérgicos pueden tener un componente hereditario importante, sin embargo estos síntomas también se han asociado con factores estresantes que puedan inducir cambios emocionales, lo que puede modificar respuesta inmunológica al igual que ocurre en otras alteraciones como lo mencionan Montoro, Mullol, Jáuregui y colaboradores⁴⁰; en el grupo de edad de adolescentes encuestados González, M.T. y Landero, R.⁴¹

sugieren que la aparición de estos síntomas muy probablemente se encuentren ligados al estrés al que se someten por estar cursando estudios universitarios.

10. CONCLUSIONES

El estudio realizado ha permitido conocer los diferentes tipos de síntomas somáticos, frecuencia y distribución por edad y sexo en adolescentes universitarios que pudiesen estar relacionados con alteraciones sin causa orgánica, permitido indagar en las manifestaciones de mayor presentación en una muestra de hombres y mujeres mexicanos potencialmente productiva.

A través del estudio se encontró que el sexo femenino es quien reporta el mayor número de síntomas somáticos, de éstos los sistemas orgánicos con mayor frecuencia de aparición fueron el sistemas gastrointestinal, inmunológico general y cardiovascular.

Con el uso sistematizado de la Escala de Síntomas Somáticos Revisada para determinar tipos y frecuencias de síntomas somáticos se tiene que éste instrumento está limitado para realizar un diagnóstico de Somatización, dichos síntomas sin explicación médica, estarán sujetos a determinar su etiología orgánica antes de sugerir dicho Trastorno de somatización, ya que es de suma importancia realizar una buena anamnesis sobre los antecedentes médicos y personales del paciente, descartando patologías subyacentes.

Si bien hablar de somatización engloba un amplio campo tanto de la medicina, como en psicología, debemos realizar un diagnóstico certero; en este trabajo se informó sobre las frecuencias de cada síntoma somático en estudiantes universitarios, los resultados obtenidos reflejan cómo éste sector poblacional se ve susceptible a interactuar con factores que pudiesen contribuir a la aparición de síntomas sin explicación médica condicionados por el entorno escolar, social, laboral y familiar.

11. SUGERENCIAS

De acuerdo al desarrollo de la investigación con el uso del instrumento estipulado, al concluir que la Escala de Síntomas Somáticos Revisada es una herramienta limitada para el diagnóstico de somatización nosotros sugerimos sería ideal realizar una revisión sistemática por expertos de la salud para conformar un nuevo instrumento de evaluación, y en este caso, diagnóstico, que ayude al médico a identificar de forma certera y confiable a pacientes con Trastorno de somatización, permitiendo así mismo realizar diagnósticos diferenciales y correlacionar con otros trastornos psiquiátricos, ya que en la actualidad la información disponible es poco específica y clara, generando costos altos al Sector Salud en el diagnóstico y tratamiento del paciente con un cuadro sugerente de somatización o síntomas orgánicos sin explicación médica u orgánica.

12. ANEXOS

Anexo No. 1 Escala de Síntomas Somáticos Revisada

ESS-R

Nombre.....Edad..... Sexo.....

A continuación se indica una lista de manifestaciones somáticas que suelen ser más o menos frecuentes en la gente. Por favor rodee con un círculo el número que mejor refleje la **frecuencia con que Vd. ha tenido cada síntoma** de la lista durante los **últimos doce meses (un año)**. No deje ningún enunciado de la lista sin contestar.

- 0 = Nunca durante el último año
- 1 = Raras veces (no más de una vez al año)
- 2 = Algunas veces durante el año
- 3 = Frecuentemente (aproximadamente una vez al mes)
- 4 = Más de una vez al mes

© 1995 B. Sandín y P. Chorot, UNED, Madrid.

1. Catarros o resfriados comunes.....	0	1	2	3	4
2. Palpitaciones (percepción elevada del latido cardíaco)	0	1	2	3	4
3. Respiración dificultosa o molesta.....	0	1	2	3	4
4. Molestias o sensación de malestar en el estómago	0	1	2	3	4
5. Mareos.....	0	1	2	3	4
6. Dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión.....	0	1	2	3	4
7. Picores en la nariz de tipo alérgico	0	1	2	3	4
8. Dificultades para orinar	0	1	2	3	4
9. Fiebre.....	0	1	2	3	4
10. Taquicardias	0	1	2	3	4
11. Dificultades para respirar durante el esfuerzo	0	1	2	3	4
12. Dolores abdominales (por ejemplo, "dolor de tripa").....	0	1	2	3	4
13. Sensaciones de oleadas de frío y calor	0	1	2	3	4
14. Dolores de espalda.....	0	1	2	3	4
15. Sudoración excesiva (por ejemplo, en las palmas de las manos).....	0	1	2	3	4
16. Necesidad de orinar con frecuencia.....	0	1	2	3	4
17. Ulceraciones o llagas	0	1	2	3	4
18. Sensaciones de opresión o molestias en el pecho	0	1	2	3	4
19. Sensaciones de ahogo o falta de respiración.....	0	1	2	3	4
20. Colitis	0	1	2	3	4
21. Visión borrosa (manchas, destellos, etc.)	0	1	2	3	4
22. Dolores en la nuca o zona cervical	0	1	2	3	4
23. Erupciones en la piel (enrojecimiento, salpullidos, ronchas, etc.).....	0	1	2	3	4
24. Molestias al orinar	0	1	2	3	4
25. Herpes	0	1	2	3	4
26. Ligero dolor en el pecho al iniciar algún esfuerzo físico.....	0	1	2	3	4
27. Tos repetitiva.....	0	1	2	3	4

28. Náuseas o sensación de vómitos.....	0	1	2	3	4
29. vértigos	0	1	2	3	4
30. Temblor muscular	0	1	2	3	4
31. Síntomas de conjuntivitis alérgica.....	0	1	2	3	4
32. Necesidad de orinar con urgencia.....	0	1	2	3	4
33. Gripe.....	0	1	2	3	4
34. Dolor en el pecho acompañado de fatiga y respiración dificultosa	0	1	2	3	4
35. Sensación de ahogo o respiración difícil tras emociones fuertes.....	0	1	2	3	4
36. Acidez de estómago	0	1	2	3	4
37. Molestias en oídos (dolor, zumbidos, etc.).....	0	1	2	3	4
38. Calambres o dolor en las piernas.....	0	1	2	3	4
39. Estornudos repetitivos	0	1	2	3	4
40. Molestias o dolor de riñones sin saber por qué.....	0	1	2	3	4
41. Bulto o verruga nuevos o que reaparece.....	0	1	2	3	4
42. Síncope (desmayo, desfallecimiento, lipotimia).....	0	1	2	3	4
43. Respiración dificultosa acompañada de tos.....	0	1	2	3	4
44. Estreñimiento o dificultades para defecar ("hacer de vientre")	0	1	2	3	4
45. Sensaciones de adormecimiento en brazos o piernas	0	1	2	3	4
46. Contracciones o sacudidas musculares	0	1	2	3	4
47. Constipado o congestión de tipo alérgico.....	0	1	2	3	4
48. Dolor en zonas genitales.....	0	1	2	3	4
49. Fibroma o tumor nuevos o que reaparece.....	0	1	2	3	4
50. Necesidad de tomar medicinas para reducir la tensión arterial.....	0	1	2	3	4
51. Dolor de garganta	0	1	2	3	4
52. Vómitos	0	1	2	3	4
53. Visión doble o deformada.....	0	1	2	3	4
54. Dolor en las articulaciones (en manos, piernas, etc.).....	0	1	2	3	4
55. Eccema	0	1	2	3	4
56. Molestias en zonas genitales.....	0	1	2	3	4
57. Sensación general de debilidad.....	0	1	2	3	4
58. Dolor en el pecho.....	0	1	2	3	4
59. Sensación de falta de aire	0	1	2	3	4
60. Diarrea.....	0	1	2	3	4
61. Dificultades de coordinación (de movimientos).....	0	1	2	3	4
62. Dolores musculares	0	1	2	3	4
63. Sensaciones de picor o escozor en la piel.....	0	1	2	3	4
64. Sangre en la orina	0	1	2	3	4
65. Cansancio o fatiga sin causa aparente	0	1	2	3	4
66. Necesidad de hacer dieta para reducir la tensión arterial.....	0	1	2	3	4
67. Respiración dificultosa acompañada de ruidos (por ejemplo, silbidos).....	0	1	2	3	4
68. Gastritis	0	1	2	3	4

69. Sensaciones de hormigueo en algunas partes del cuerpo.....	0	1	2	3	4
70. Torpeza en las manos	0	1	2	3	4
71. Picores en los ojos, de tipo alérgico.....	0	1	2	3	4
72. Escozor o malestar al orinar o después de orinar.....	0	1	2	3	4
73. Estado general de baja energía	0	1	2	3	4
74. Tensión arterial ligeramente alta	0	1	2	3	4
75. Tos acompañada de flemas.....	0	1	2	3	4
76. Dolor de estómago.....	0	1	2	3	4
77. Sensación de inestabilidad en la marcha	0	1	2	3	4
78. Inflamación de las articulaciones.....	0	1	2	3	4
79. Granos en la piel nuevos o que reaparecen.....	0	1	2	3	4
80. Sensaciones de picor en zona genital, que incitan a rascarse.....	0	1	2	3	4

Conteste a los enunciados que vienen a continuación únicamente si Vd. es mujer; se refieren a síntomas relacionados con el período menstrual. Por favor, indique la frecuencia con que le ha ocurrido cada uno de ellos durante los últimos 12 meses.

Tenga en cuenta que:

- 0 = Nunca
 - 1 = Casi nunca (sólo en una ocasión)
 - 2 = Algo frecuente (en más de una ocasión)
 - 3 = Con bastante frecuencia (hasta cerca de 4 veces)
 - 4 = Con mucha frecuencia (más de 4 veces en el año)
-

81. Adelanto del período	0	1	2	3	4
82. Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc.) antes del período.....	0	1	2	3	4
83. Molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc.) antes del período.....	0	1	2	3	4
84. Fluido menstrual excesivo	0	1	2	3	4
85. Retraso del período entre 10 y 20 días.....	0	1	2	3	4
86. Retraso del período de más de 20 días.....	0	1	2	3	4
87. Hemorragias fuera del período	0	1	2	3	4
88. Aumento de peso o hinchazón (de piernas, vientre, etc.) antes o durante el período.....	0	1	2	3	4
89. Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc.) durante el período.....	0	1	2	3	4
90. Molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc.) durante el período	0	1	2	3	4

Escala de Síntomas Somáticos (ESS-R)

Plantilla de Corrección

Corrección de la prueba: Se suman las puntuaciones obtenidas en cada elemento.

- 1) Puntuación global en síntomas somáticos
- 2) Puntuación en cada una de las 9 subescalas:

Inmunológico general (IG):	1,9,17,25,33,41,49,57,65,73,
Cardiovascular (CV):	2,10,18,26,34,42,50,58,66,74,
Respiratorio (RS):	3,11,19,27,35,43,51,59,67,75,
Gastrointestinal (GI):	4,12,20,28,36,44,52,60,68,76,
Neurosensorial (NS):	5,13,21,29,37,45,53,61,69,77,
Músculo-Esquelético (MS):	6,14,22,30,38,46,54,62,70,78,
Piel-Alergia (PA):	7,15,23,31,39,47,55,63,71,79,
Génito-Urinario (GU):	8,16,24,32,40,48,56,64,72,80,
Reproductor Femenino (RF):.....	81,82,83,84,85,86,87,88,89,90

Anexo No. 2 Ítems por categoría para ESS-R

Inmunológico (IG)	<p>1.Catarros o resfriados comunes 9. Fiebre 17.Ulceraciones o llagas 25. Herpes 41. Bulto o verruga nuevos o que reaparecen 49.Fibroma o tumor nuevos o que reaparece 33. Gripe 57. Sensación general de debilidad 65. Cansancio o fatiga sin causa aparente 73. Estado general de baja energía.</p>
Cardiovascular (CV)	<p>2.Palpitaciones (percepción elevada latido cardíaco) 10. Taquicardias 18. Sensación opresión o molestias pecho 26. Ligero dolor en pecho al iniciar esfuerzo física 34. Dolor de pecho acompañada de fatiga y respiración dificultosa 42. Síncope (desmayo, desfallecimiento, lipotimia) 50. Necesidad de tomar medicinas para reducir la tensión arterial 58. Dolor en pecho,66,74 66. Necesidad de hacer dieta para reducir la tensión arterial 74. Tensión arterial ligeramente alta</p>
Respiratorio (RS)	<p>3.Respiración dificultosa o molesta, 11. Dificultad para respirar durante el esfuerzo 19. Sensación de ahogo o falta de respiración 27. Tos repetitiva 35. Sensación de ahogo o respiración difícil tras emociones fuertes 43.Respiración dificultosa acompañada de tos 51. Dolor de garganta 59. Sensación de falta de aire 67. Respiración dificultosa acompañada de ruidos (por ejemplo, silbidos) 75. Tos acompañada de flemas.</p>
Gastrointestinal (GI)	<p>4. Molestias o sensación malestar estómago 12. Dolores abdominales 20. Colitis 28. Náuseas o sensación de vómitos 36. Acidez estómago 52. Vómitos 68. Gastritis 76. Dolor estómago 60. Diarrea 44. Estreñimiento o dificultad para defecar</p>

Neurosensorial (NS)	<p>5. Mareos 13. Sensación de oleadas de frío o calor 21. Visión borrosa (manchas, destellos, etc.) 29. Vértigos 37. Molestias en oídos (dolor, zumbidos, etc.) 45. Sensación de adormecimiento en brazos y piernas 53. Visión doble o deformada 61. Dificultades de coordinación (de movimientos) 69. Sensaciones de hormigueo en algunas partes del cuerpo 77. Sensación de inestabilidad en la marcha.</p>
Músculo-esquelético	<p>6. Dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión 14. Dolores de espalda 22. Dolores nuca o zona cervical</p> <p>30. Temblor muscular 38. Calambres o dolor en las piernas 46. Contracciones o sacudidas musculares 54. Dolor en articulaciones (en manos, piernas, etc.) 62. Dolores musculares 70. Torpeza en las manos 78. Inflamación de las articulaciones</p>
Piel y alergia	<p>7. Comezón en la nariz tipo alérgico 15. Sudoración excesiva (por ejemplo, en palmas de las manos) 23. Erupciones piel (salpullidos ronchas, etc.) 31. Síntomas de conjuntivitis alérgicas 39. Estornudos repetitivos 47. Constipado o congestión de tipo alérgico 63. Sensación de picor o escozor en la piel 71. Comezón en los ojos de tipo alérgico 55. Eccema (la piel se enriquece o irrita, a veces con granos) 79. Granos en la piel nuevos o que reaparecen</p>
Genitourinario (GU)	<p>8. Dificultades para orinar 16. Necesidad de orinar con frecuencia 24. Molestias al orinar 32. Necesidad de orinar con urgencia 40. Molestias o dolor de riñones sin saber por qué 48. Dolor en zonas genitales 56. Molestias en zonas genitales 64. Sangre en la orina 72. Escozor o malestar al orinar o después de orinar. 80. Sensación picor zona genital que incita rascarse</p>

Aparato Reproductor Femenino (RF)	<ul style="list-style-type: none">81. Adelanto del período82. Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc.) antes del período83. Molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc.) antes del período84. Fluido menstrual excesivo85. Retraso del período entre 10 y 20 días86. Retraso del período de más de 20 días87. Hemorragias fuera del período88. Aumento de peso o hinchazón (de piernas, vi etc.) antes o durante el período89. Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc.) durante el período90. Molestias generales (náuseas, mareo, febrícula, etc.) durante el período
-----------------------------------	--

Anexo No. 3 Consentimiento informado.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Cristal Plata Zúñiga y Amairani Novia García, de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. La meta de este estudio es conocer la frecuencia de síntomas somáticos en adolescentes dentro de esta Universidad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario de autoinforme; esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la aplicación del cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De antemano agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha:

13. BIBLIOGRAFÍA

1. A, K. A. Psychosomatic disorders in general practice. *Indian Journal of Medical Research* [revista on-line]1999 [consultado 26 de marzo 2013] 110, 145-145. Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/195982887?accountid=14633>
2. Guzmán, R. E; Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol. 4, núm. 3, octubre, 2011, pp. 234-243, Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria España
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169622220009>
3. Gasparino, R.; *Psicosomática y Adolescencia Clínica y Salud*, vol. 20, núm. 3,. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid España [revista on-line] 2009 [consultado 18 de abril de 2013] 281-289,. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613881009>
4. Allen, L..A., Gara, M. A., Escobar, J.I., Waitzkin, H. y Silver, R.C. (2001). Somitization: A debilitating syndrome in primary care. *Psychosomatics*, 42(1), 63-7. Recuperado Octubre, 21, 2008, de ProQuestHealth and Medical, de la base de datos Complete database.
5. Sheehan, Bass, C. Briggs, R, Jacoby, R. (2003). Somatization among older primary care attenders. *Psychological Medicine*, 33(5), 867-877. Recuperado Octubre, 21, 2008 de la base de datos ProQuestHealth and Medical.
6. Kirmayer, L.J., Groleau, D., Looper, K.J., Dominicé M. (2004). Explaining Medically Unexplained Symptoms :[1]. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 663-72. Recuperado Marzo 10, 2009, de la base de datos ProQuestHealth and Medical.
7. Kirmayer, L. J. Brett D T. ,Jurcik, T. Jarvis, G.E. Guzder. J. (2008). Use of an Expanded Version of the DSM-IV Outline for Cultural Formulation on a Cultural Consultation Service. *Psychiatric Services*, 59(6), 683-6. Recuperado Octubre 21, 2008, de la base de datos ProQuestHealth and Medical.
8. Fava G.A., Fabbri, S. Sirri, L. Wise. T.S. (2007). Psychological Factors Affecting Medical Condition: A New Proposal for DSM-

- V. *Psychosomatics*, 48(2), 103-11. Recuperado Octubre 21, 2008, de la base de datos Pro Quest Health and Medical.
9. Di Silvestre, C. (1998). Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. *Cinta de Moebio*, 004 . Recuperado 22 octubre 08. de la base de datos Redalyc.
 10. Nimnuan, C. M. Hotopf, S. W. (2000). Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed? *QJM*, 93(1), 21-8. Recuperado Octubre 21, 2008, de la base de datos Pro Quest Health and Medical.
 11. Ravdin, Greg J Lamberty. (2008). Understanding Somatization in the Practice of Clinical Neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*, 14(5), 912-913. Recuperado en enero 25, 2009, de la base de datos Pro Quest Health and Medical.
 12. González, M.T. y Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y estrés. *Revista de Psicología Social*, 21(2) 141-152.
 13. Porcelli, P., & De Carne, M. (2001). Criterion-related validity of the diagnostic criteria for psychosomatic research for alexithymia in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, [Revista on-line] 2001 [consultado 3 de abril de 2013] 70(4), 184-8. Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/235443128?accountid=14633>
 14. Sara Velasco, Ma. Teresa Ruiz, Carlos Álvarez-Dardet. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres (parte a) *Revista Española de Salud Pública*, vol. 80, núm. 4, julio-agosto, 2006, pp. 317-322, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España.
 15. Granel, A. Pacientes con síntomas somáticos no explicables. *Evid. actual. pract. ambul.* 9(6); 176-180. Nov-Dic.2006.
 16. Zegarra, M.H.; Guzmán, G.R . Trastorno por Somatización .*Rev Paceyña MedFam* 2007; 4(6): 144-148
 17. Gaedicke, H. A.; González, H. J. Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Revista Memoriza.com* 2010; 6:1-14 ISSN 0718-7203
 18. Orejudo, H.S.; Froján P.M. Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y

- enfermedades. *Anales de psicología* 2005, vol. 21, nº 2 (diciembre), 276-285
19. Ávila, L.A. Somatization or Psychosomatic Symptoms?. *Psychosomatics*; Mar/Apr 2006; 47, 2; Pro Quest pg. 163
 20. Carbajal, T. A. Somatizaciones. *Guías Clínicas* 2002; 2 (25) Atención Primaria en la Red España
 21. Caballero, M.L.; Caballero, M.F. Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Monográfico Salud mental en atención primaria*. Octubre 2008. N.º 1.714
 22. Merskey, H. Somatization, Hysteria, or Incompletely Explained Symptoms? *.Canadian Journal of Psychiatry*; Oct 2004; 49, 10; Pro Quest pg. 649
 23. Mai, F. Somatization Disorder: A Practical Review. *Canadian Journal of Psychiatry*; Oct 2004; 49, 10; Pro Quest pg. 652
 24. Wessely, S.; Nimnuan, C. ; Sharpe, M. Functional somatic syndromes: one or many *Lancet*. 1999 Sep 11354(9182):936-9.
 25. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, American Psychiatric Association 2002.
 26. Cloninger C.R.; Martin, R.L., Guze, S.B.; Clayton, P.J. A prospective foUovirup and family study of somatization in men and woman. *American Journal of Psychiatry*, (1986),143, 873-878
 27. Yutzy, S. H.; Cloninger C. R.; Guze, S. B.; Martin, R. L.; Pribor, E.; Kathol, R.; Smith, R.; Strain, J. (1995). DSM-IV Field trial: testing a new proposal for somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 97-101.
 28. Hartmana, C.T.; Machteld S.B.; Lucassena, P.L.B.J. ; Floris, A.V. ; Speckensb, E.A. ;Weela, C. Medically unexplained symptoms, somatization disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 66 (2009) 363–377
 29. Kellner, R. Somatization and hypochondriasis. New York, 1986 Praeger Special Studies
 30. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, American Psychiatric Association 2001.
 31. Jiménez, J.M.; González, M.D.; Vidal D.J; Pucheta, F.D.; Roux, G.M .Manejo del paciente que somatiza. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. N°200 – Abril 2010

32. Maynard, C. K. Assess and manage somatization. *Nurse Practitioner*, Apr 2003; 28, 4; Pro Quest pg. 20
33. Stephen, H. ; Dinwiddie, M.D. Somatization Disorder: Past, Present, and Future. *Psychiatric Annals* 43:2 | February 2013.
34. De Gucht, V.; Fischler, B. Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics* 43:1, January-February 2002
35. Sandín, B. y Chorot, P. Escala de síntomas somáticos. III Congreso de Evaluación Psicológica. 1991.
36. Kroenke K, Sharpe M, Sykes R. Revising the classification of somatoform disorders: Key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics* 2007;48: 277-76.
37. Escobar, J.I., Rubio, M., Canino, G. y Karno, M. (1989). Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. ***Journal of Nervous and Mental Disease***, 177 (3), 140-146.
38. Nimnuan, C. M. Hotopf, S. W. Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed? *QJM*, 2000; 93(1), 21-8. Recuperado Octubre 21, 2008, de la base de datos Pro Quest Health and Medical.
39. Orejudo, H.S. y Froján, P.M.J (2005). Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. ***Anales de Psicología***, 21 (2), 276-285.
40. Montoro, J., Mullol, J., Jáuregui, I., Dávila, I., Ferrer, M., Bartra, J., del Cuvillo, A., Sastre, J. y Valero, A. (2009). Stress and allergy. ***Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology***, 19(Suppl. 1), 40-47.
41. González, M.T. y Landero, R. Síntomas psicósomáticos y estrés. *Revista de Psicología Social*, 2006; 21(2) 141-152.