



**“UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO”  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS  
“DR. IGNACIO CHAVEZ”**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

**QUEDMA SARAI PEREZ RODRIGUEZ  
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**“CONFIABILIDAD DE LA ESCALA PRIME MD TODAY EN LOS PACIENTES CON  
TRASTORNO DE SOMATIZACION EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA  
FAMILIAR.”**

**ASESOR  
DR. ALVARO CASTILLO NAVARRO**

**MEDICO PSIQUIATRA**

**COASESOR  
DR. VALENTIN ROA SANCHEZ  
MEDICO FAMILIAR**

Morelia, Michoacán, México Marzo del 2010

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DR. EDUARDO PASTTRANA HUANACO

COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD

DR. BENIGNO FIGUEROA NUÑEZ

COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

DR. JAVIER RUIZ GARCIA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA UMF 80

DR. VALENTIN ROA SANCHEZ

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR UMF 80

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO**

**DR. VICTOR MANUEL FARIAS RODRIGUEZ**

**JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHAVEZ”**

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO**

**DR. RAFAEL VILLA BARAJAS**

**COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHAVEZ”**

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO**

Este trabajo se realizó dentro del Instituto Mexicano del seguro social en la unidad de medicina familiar número 80 en Morelia Michoacán.

Asesor

Dr. Alvaro Castillo Navarro

Médico especialista en Medicina Familiar

Médico especialista en psiquiatría

Co-asesor

Dr. Valentín Roa Sánchez

Médico especialista en medicina familiar

Profesor titula de la especialidad en Medicina familiar

Número de registro IMSS:

## COLABORADORES

Mat. Carlos Gómez Alonso

Analista Coordinador “A”

Centro de Investigación Biomédica de Michoacán

Hospital regional No. 1 Morelia

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Valentín Roa Sánchez

Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular de la Especialidad en medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 80.

## CONTENIDO

RESUMEN	7
ABREVIATURAS	8
INTRODUCCION	9
ANTECEDENTES	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
LA PREGUNTA A CONTESTAR	20
JUSTIFICACION	21
HIPOTESIS	22
OBJETIVOS	23
MATERIAL Y METODOS	24
RESULTADOS	28
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	49
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA	50
INSTRUMENTO PRIME MD TODAY	52
BIBLIOGRAFÍA	53

## **RESUMEN:**

Es un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo. Donde el objetivo fue detectar pacientes con Trastorno de somatización mediante el instrumento PRIME MD Today y corroborándose o descartándose el diagnóstico con el especialista en psiquiatría del hospital. Se realizó la conformación de 43 pacientes a los que se les realizó el cuestionario. El tamaño de muestra se realizó mediante estimación de proporciones de una población. Se requiere de n pacientes (n=43). De los cuales hasta el momento solo 30 han acudido con el psiquiatra y de estos solo 28 han puntualizado para trastorno de somatización.

**ABREVIATURAS:**

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Disorders

**APA:** Asociación Psiquiátrica Americana

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades

## **INTRODUCCION:**

En los últimos años se ha visto un incremento importante en la demanda de la consulta externa del médico familiar, principalmente por pacientes recurrentes que solicitan el servicio por múltiples patologías dentro de las cuales destacan síntomas de dolor, síntomas gástricos, artralgias entre otros que forman parte del Trastorno de somatización y del cual de acuerdo al registro de los últimos años en el SIMO de la UMF 80 del IMSS se tienen pocos casos lo que nos hace pensar que es un diagnóstico que se esta pasando por alto quizá por lo referido en la literatura de que se tiende a estigmatizar al paciente, haciendo que el problema se agudice cada vez más y que de ser un problema agudo se convierta en crónico llegando en etapas ya muy avanzadas con el especialista en este caso con el psiquiatra, además de sobre saturar la consulta del médico familiar.

Dado lo anterior se pensó en la aplicación de un instrumento que en forma rápida y sencilla se pueda realizar al paciente para agilizar el diagnóstico y la derivación del paciente en forma oportuna evitando así la complicación del mismo y además abatir en forma importante la sobre demanda de consulta por parte de este tipo de pacientes.

El PRIME MD Today es un instrumento para la evaluación de trastornos mentales diseñado para que el médico de primer nivel pueda diagnosticar adecuadamente los trastornos mentales que se identifican en el primer nivel de atención.

Es una guía clínica que consiste en 5 módulos de diagnóstico que cubren algunos trastornos del DSM, trastornos del afecto, ansiedad, uso de alcohol, trastornos de la alimentación y trastornos de somatización.

En este caso solo utilizaremos el módulo referente a trastorno de somatización y en conjunto con el psiquiatra del HGR No. 1 en Morelia quien mediante su experiencia profesional corroborara o descartara el diagnóstico de Trastorno de somatización lo cual nos servirá para ver la utilidad del instrumento aplicado en la consulta externa donde además hay que tomar en cuenta la limitante tan importante que se tiene de tiempo. Se pretende también la validación del mismo ya que no se tienen referencias de su validación en nuestro país.

## ANTECEDENTES

La constatación clínica de pacientes con múltiples y recurrentes quejas físicas para las que no es posible hallar un origen orgánico, y por tanto cabe interpretar como resultado de una “enfermedad mental”, tiene una larga historia. (1)

En 1859 Paul Briquet, en su obra *Traite clinique et Therapeutique de L'histerie*, describió un cuadro psicopatológico principalmente presente en mujeres y caracterizado por frecuentes quejas sexuales y síntomas de dolor. El síndrome era caracterizado como una forma de histeria en la que los pacientes presentaban una conducta extravagante y emocional (2). El trastorno aparecía una edad temprana y se mantenía estable a lo largo del tiempo (3). La descripción de Paul Briquet de este síndrome clínico ha sido la base a partir de la cual se ha ido configurando, a través de los diferentes sistemas diagnósticos. El actual Trastorno de somatización. El concepto fue retomado en el DSM II en 1968, donde bajo la denominación de *Síndrome de Briquet*, se describe un grupo de pacientes histéricos, caracterizados por diferentes quejas somáticas principalmente referidas a vómitos, intolerancia la comida, pérdida de conciencia, pérdida de peso, dismenorrea e indiferencia sexual (2).

El principal impulso para clarificar y delimitar unos criterios que facilitaran el diagnóstico del trastorno se da en los años sesenta, gracias al trabajo de Samuel B. Guze y sus colaboradores del denominado grupo de San Luis (2). Bajo la denominación de histeria o síndrome de Briquet definen un trastorno caracterizado por la existencia de un patrón recurrente de síntomas pertenecientes a diferentes sistemas orgánicos y asociados a malestar psicológico, no pudiendo asociarse a una

enfermedad física que los justifique adecuadamente (4,5,6). Para estos autores el diagnóstico del síndrome de Briquet requería la presencia de al menos 25 síntomas de un listado de 60, pertenecientes a 9 o 10 categorías. Estos criterios posteriormente fueron incluidos, bajo la denominación de “histeria”, dentro de los criterios diagnósticos para trastornos psiquiátricos de Feighner et al. (1972).

Es en el DSM III (APA, 1980) cuando por primera vez se utiliza el término trastorno de somatización como diagnóstico oficial, cuya conceptualización es directamente heredera de los criterios del grupo de Feighner (7,8,9). La sustitución del término Síndrome de Briquet por el de Trastorno de somatización viene motivada por el interés de suprimir, en esa versión del manual diagnóstico, la mayor parte de epónimos (8). Es también en el DSM III donde por primera vez se incluye la categoría de trastornos somatomorfos que en el aspecto esencial mantiene su contenido hasta el DSM IV.

El trastorno por somatización queda definido, como un carácter esencialmente descriptivo, como un desorden crónico (aunque fluctuante), polisintomático, que empieza antes de los 30 años y que ocurre prioritariamente en la mujer. El número de síntomas evaluados pasa de 60 del listado original a 37, excluyéndose, entre otros, los síntomas de carácter psicológico (9) como por ejemplo: nerviosismo, sentimientos depresivos, facilidad de llanto o pensamientos suicidas.

Este grupo de 37 síntomas lo componen aquellos que mejor discriminan entre el síndrome de Briquet y otros trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión (10) y “deben afectar invariablemente” a los siguientes sistemas orgánicos: pseudoneurológico, gastrointestinal, sistema reproductor femenino, psicosexual, dolor y cardiopulmonar. La corroboración de que el síntoma esta “realmente presente” no es imprescindible: “el hecho de que sea narrado por el individuo ya es suficiente” (11). Para recibir el diagnóstico se requiere la presencia de una historia de al menos 12 síntomas en hombre y 14 para las mujeres, es decir, se establece un criterio diferente en función del

sexo. (Es importante tener en cuenta que entre los síntomas se incluyen algunos propiamente femeninos, como son por ejemplo tener dolor durante la menstruación o vómitos durante el embarazo.)

Con el DSM –III-R (APA, 1988), vuelve a igualarse el número de síntomas para hombres y mujeres, siendo ahora 13 los necesarios para poder realizar el diagnóstico, y el número de síntomas a evaluar se reduce de 37 a 35 ( 10 ). Otra importante modificación es la inclusión de la *creencia de estar enfermo* como criterio primario y una alternativa a la presencia de múltiples síntomas. En concreto el *Criterio A* indica: “Historia de múltiples síntomas o creencia de estar enfermo”. Característica diagnóstica ésta que no será mantenida en el DSM IV. También se explicita que los síntomas no aparecen únicamente durante las crisis de angustia y se incluye también como síntoma diagnóstico aquel que, aún poseyendo un origen médico, ocasiona un malestar excesivo al que cabría esperar por la historia clínica. Finalmente el DSM III-R propone 7 síntomas que podrían considerarse casi patognomónicos. Estos síntomas coinciden, y probablemente proceden, de los propuestos como criterios de *screening* para el Trastorno de Somatización por Omher y Desouza 1985. Según estos autores la presencia de 2 ó más síntomas de este grupo de 7 (dismenorrea, nudo en la garganta, vómito, dificultades para respirar, ardor en recto, genitales o boca, dolor en extremidades y amnesia), proporciona un diagnóstico preciso del trastorno. Este *screening* ha sido validado en versión española por García Campayo, Sanz, Pérez-Echeverría, Campos y Lobo (1996). En este trabajo el punto de corte es de 3 o más síntomas. Según los autores, las diferencias se explican por la utilización de criterios metodológicos distinto y por las diferencias culturales entre ambas muestras.

En los criterios para el trastorno de somatización propuestos en el DSM- IV (APA, 1994) se ha pretendido realizar una definición más útil y operativa, tanto desde el punto de vista de la especificidad y sensibilidad, como de la facilidad y comodidad a la hora de establecer el diagnóstico

(8,10). El cambio más destacado respecto a las anteriores versiones del DSM hace referencia al número de síntomas, quedando ahora el criterio reducido a 8 y manteniéndose el punto de vista del DSM-III-R al equipararlo en ambos sexos. Además los síntomas han de especificarse, requiriéndose al menos una historia de 4 síntomas de dolor, 2 gastrointestinales, 1 síntoma sexual y 1 síntoma pseudoneurológico. También se ha eliminado el criterio referido a la creencia de tener una enfermedad, junto con la referencia explícita al carácter de *screening* de algunos síntomas.

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

Respecto a la CIE, el concepto de Trastorno de Somatización no fue incluido hasta su décima versión (OMS, 1992), siendo conceptualizado por la CIE-9 como un tipo de histeria, sin especificar criterios para el diagnóstico (9). Para este sistema clasificatorio el criterio fundamental es la presencia de síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado explicación médica (no especifica como han de distribuirse estos aunque destaca como los más frecuentes molestias gastrointestinales y dérmicas junto con quejas menstruales y sexuales). Incluye también como criterio, que constituye denominador común de los trastornos somatomorfos, “es la negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para sus síntomas” (12), Y por último estos síntomas o “el comportamiento consecuente” ocasionan cierto grado de deterioro en el comportamiento social y laboral.

Dos son las principales diferencias que podemos encontrar en las definiciones que las dos clasificaciones vigentes de los trastornos mentales (CIE-10 y DSM-IV) ofrecen del trastorno de somatización. En primer lugar la CIE-10 no explicita ni la necesidad de un número concreto de síntomas ni una distribución determinada de estos, cosa que el DSM-IV, en su mayor interés de ofrecer definiciones operativas de los desordenes que incluye, si especifica. En segundo lugar, y

probablemente con mayor significación psicopatológica, encontramos la diferencia que ambos sistemas presentan con relación al criterio referido al rechazo del paciente del diagnóstico médico, característica no mencionada en el DSM-IV.

En los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 (13) si se propone una distribución específica de síntomas, requiriendo la presencia de 6 síntomas de un total de 14 distribuidos en 4 categorías. Estos 6 síntomas deben pertenecer al menos a 2 de las categorías. El criterio de rechazo persistente a aceptar el diagnóstico médico de ausencia de enfermedad, permanece en esta clasificación. Frente a los listados de síntomas propuestos por las diversas conceptualizaciones el DSM, la ofrecida en los criterios de investigación del CIE-10 presenta un aspecto de interés que es la reducción considerable del número de síntomas a evaluar.

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

Estos resultados otorgan cierta solidez al trastorno de somatización, entendido de forma genérica como un trastorno polisintomático y persistente durante varios años. Además, permiten enlazar, en un sentido amplio, el síndrome de Briquet (6) con el trastorno de somatización, ya que a pesar de las sustanciales diferencias, hay diversos estudios que proporcionan considerables correlaciones entre ambos; 0,59, 0,60 y 0,84 (14, 9,10), Sin embargo esta concordancia diagnóstica ya no resulta tan significativa si incluimos dentro de la definición del trastorno aspectos etiológicos o atribucionales respecto a la naturaleza y origen de los síntomas (15).

La somatización ha sido definida como “la experiencia y comunicación de malestar psicológico en forma de síntomas físicos” (16). Este es un fenómeno común en la población general (17) y representa el 25-30% del total de las consultas de atención primaria (18). Añadido a la alta prevalencia, la somatización es importante para el sistema médico porque es el responsable de al menos el 10% del coste total de salud en los países desarrollados (19). Aunque la causa de la somatización no está clara, la mayoría de los autores defienden un modelo etológico multicausal interactivo (20), incluyendo aspectos tales como mecanismos fisiopatológicos, afrontamiento, procesos familiares o ganancias secundarias.

En estos últimos años, la somatización aguda ha sido objeto importante de investigación porque se ha sugerido que las formas de somatización crónica vistas en las consultas de psiquiatría provienen de la evolución de las somatizaciones agudas y subagudas encontradas en atención primaria (21).

La literatura especializada sobre el tema coincide en señalar a Steckel como el autor que acuñó el término somatización (2,22 23,8), quién le otorgó un significado similar al del concepto de conversión de Freud, es decir, el de un mecanismo que convierte la “energía psíquica” en síntomas “psicógenos” – en el caso de las somatización, físicos (24,25). Steckel definió el término cómo: “el proceso en que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales” (22)

Una definición que con frecuencia se cita en la literatura reciente para definir el trastorno es la propuesta en Kleinman y Kleinman (1986), para quienes la somatización es “la expresión de malestar social y personal mediante un idioma de quejas somáticas que lleva a la búsqueda de ayuda médica”

Resumiendo de una forma operativa este concepto de somatización, Bridge y Goldberg (1985) han definido al paciente somatizador –diferenciándolo del que denominan “psicologizador”- a partir de la presencia de cuatro características. Según ellos, un somatizador sería un individuo que: 1) realiza una presentación somática de su malestar; 2) realiza una atribución somática para sus síntomas, 3) se

constata la existencia de un trastorno psiquiátrico; y 4) existe la expectativa de una respuesta positiva al tratamiento psiquiátrico.

Desde esta definición de somatización como un lenguaje de expresión de malestar psicológico, el etiquetar una queja como tal puede invitar a pensar que ésta es imaginaria, o que de un modo más o menos consciente es provocado por la persona que lo refiere. Sin embargo, según diversos autores (22, 26,27) es probable que muchos síntomas y síndromes sean debidos a pequeñas lesiones o sutiles alteraciones, difíciles de detectar por pruebas convencionales de laboratorio. Y aunque la somatización se distingue claramente de la simulación, es muy frecuente que en los medios sanitarios, e incluso en la opinión general, se tienda a estigmatizar a aquella persona que presenta frecuentes y diversas quejas físicas sin una clara justificación médica.

En somatización se presentan síntomas múltiples, de órganos diversos, en forma crónica, de inicio en el paciente joven, con historial de multiplicidad de estudios diagnósticos, el rechazo a médicos previos y frecuente presencia de trastornos psiquiátricos (28).

El Prime MD today es un cuestionario para la salud del paciente el cual es el primer examen de diagnóstico que puede ser usado enteramente y de manera autoadministrada por el paciente.

Estudios previos sugieren que médicos hoy en día fallan en el diagnóstico y tratamiento de 50% de pacientes que sufren de depresión y otros desordenes mentales comunes. Pero un psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social de la Facultad de Columbia así como médicos de atención primaria han introducido nuevo procedimiento diseñado para remediar esta situación.

Es el sistema de evaluación de cuidados primarios de desordenes mentales (PRIME\_MD), el sistema consiste en un cuestionario para el paciente de 1 pagina y una guía de evaluación clínica de 12 paginas para que los médicos se ayuden y acceden a los 4 grupos de desordenes mentales (Edo. De animo, ansiedad, alcoholismo y somáticos) así como desordenes de alimentación. El cuestionario consiste en 26 preguntas cerradas de síntomas y signos presentados durante el mes pasado y una

pregunta acerca de la salud del paciente en general. Basados en las respuestas del cuestionario los médicos determinan si alguno de los módulos de la guía diagnóstica deberá ser usado. Dr. Spitzer y colaboradores realizaron el estudio el cual fue validado y reportado en el Journal de la Asociación Americana de Médicos (AAM).

Es una versión actualizada y expandida del ya ampliamente usado Prime MD primeramente desarrollado en 1993.

El Prime MD fue inicialmente un test estandarizado por psiquiatras y médicos de cuidados primarios para ayudar a evaluar, clarificar y diagnosticar enfermedades mentales que se ven con más frecuencia en el ambito de cuidados primarios.

Mientras que el nuevo cuestionario para la salud del paciente en este jurado clínico multicentrico es más corto y más eficiente que la versión original, evalúa exitosamente la severidad de desordenes del estado de animo y somatomorfos; desarrollado por el instituto de psiquiatría y la Universidad de Columbia líder autor del estudio con un diagnóstico más exacto y oportuno obtenido a través de PHQ. Como los doctores pueden determinar el tratamiento apropiado y acercarse a mejorar la calidad de vida del paciente.

Los desordenes mentales en cuidados primarios son comunes, inútiles y costosos.

Los estudios muestran que uno de cada 5 pacientes que visita cuidados primarios puede estar sufriendo de un desorden mental como una condición primaria y asociada, y muchos de esos pacientes permanecen sin diagnóstico y sin tratamiento.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La consulta externa en la UMF 80 presenta una demanda importante en su servicio. La falta de información en conceptos básicos de psiquiatría contribuye a la sobrecarga de trabajo en la institución y complicación en el estado general del paciente.

Los antecedentes reportados en la literatura ponen de manifiesto que el trastorno de somatización es de las entidades que más se relacionan con demandas excesivas en la consulta del médico familiar.

Lo anterior se complica con la falta de actualización en conceptos de psiquiatría en el Médico familiar. Por lo que consideramos importante aplicar un instrumento rápido de evaluación del trastorno de somatización que sirva como herramienta para el médico de primer contacto y de esta manera llevar a cabo una canalización oportuna al servicio de psiquiatría.

**LA PREGUNTA A CONTESTAR:**

¿Es útil la aplicación del PRIME MD Today como una herramienta para el médico de primer contacto que propicie un diagnóstico rápido y oportuno del trastorno de somatización?

## **JUSTIFICACION:**

El trastorno de somatización es uno de los padecimientos psiquiátricos mas frecuentes en la consulta de medicina familiar

La ansiedad que caracteriza a este cuadro, así como las molestias somáticas, conduce a la demanda constante de consultas que se perpetúan si el cuadro psicopatológico de fondo no se corrige.

El médico de primer contacto debe de estar capacitado para la detección oportuna del trastorno de somatización para el beneficio del paciente y de la institución prestadora del servicio.

Con el empleo de las escalas validadas, en este caso, el PRIME MD Today, y el asesoramiento por el servicio de psiquiatría, se espera un mayor involucramiento del médico familiar con dicha especialidad y una atención más eficiente a la población derechohabiente.

Para ello, es pertinente aclarar la sencillez y economía del método de detección del trastorno de somatización, tratando, así mismo, de determinar la validez de la escala en cuestión.

### **HIPOTESIS:**

Una vez que el médico familiar identifique a los pacientes con trastorno de somatización por medio de la escala PRIME, se espera una concordancia mayor del 75% con respecto a la valoración que el servicio de psiquiatría realice en cada uno de los pacientes del estudio.

## **OBJETIVOS**

### **1.- Objetivo general.**

Valorar el diagnóstico del médico de primer nivel de Trastorno de somatización mediante la aplicación del PRIME MD Today comparándolo con la valoración psiquiátrica.

### **2.- Objetivos específicos:**

a) Determinar los datos demográficos de cada uno de los pacientes que conformen la investigación.

b) Detectar a los pacientes que presenten trastorno de somatización y corroborar el diagnóstico con la valoración psiquiátrica.

c) Efectuar la metodología y análisis estadístico para establecer las conclusiones pertinentes.

## MATERIAL Y METODOS:

Diseño del estudio: Es un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

Universo de trabajo: Población derechohabiente que acude a la consulta externa de Medicina Familiar en la UMF 80.

Determinación del tamaño muestral: Se utilizo la fórmula de estimación de proporciones de una población (referencias 29, 30 y 31). Tomando como referencia el total de población mayor de 18 años adscritos a la UMF 80 que es de 130,025 derechohabientes.

$$n = \frac{Z^2 P(1 - P)}{\delta^2}$$

Donde  $n$  es el número de pacientes,  $Z$  es el factor que nos asegura que el 95% de toda la población se encuentra dentro de los límites de error establecidos;  $\delta$  es el límite de error o la diferencia aceptada entre el valor de la muestra y el valor real de la proporción poblacional.  $P$  es la proporción de la población general que tiene la característica que se desea estudiar, y por tanto representa la posibilidad de obtener al azar un individuo con esa característica.  $(1-P)$  es la proporción de individuos de la población que no tienen la característica de interés y por tanto representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin esa característica.

Por lo tanto  $n$  es igual a 43 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes del IMSS de la consulta externa.
- Ambos sexos.
- Mayores de 18 años.
- Pacientes que acepten participar en la investigación.
- Pacientes que no hayan recibido o estén bajo tratamiento psiquiátrico.

Criterios de no inclusión:

- Menores de 18 años.
- Pacientes que no acepten participar en la investigación
- Pacientes que presenten alteraciones de la conciencia.
- Pacientes que estén o hayan estado bajo tratamiento psiquiátrico.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no deseen continuar con la investigación.
- Pacientes que desarrollen alteraciones en la conciencia posterior a la aplicación del cuestionario.
- Pacientes que durante el transcurso de la investigación reciban tratamiento psiquiátrico ajeno al asesor de la tesis.

Descripción de variables:

- Variable dependiente: Trastorno de somatización.
- Variable independiente: Pacientes de la consulta externa de Medicina Familiar

## DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	ESCALA DE MEDIDA
DEPENDIENTE  TRASTORNO DE SOMATIZACION	<b>Es un padecimiento psiquiátrico frecuentemente presentado en la consulta externa de Medicina Familiar.</b>	NOMINAL
INDEPENDIENTE  PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.	Considera al numero de pacientes encuestados con el cuestionario PRIME MD Today	ORDINAL

Cedula de recolección de datos:

Se empleara el cuestionario Prime MD Today que se anexa al final del protocolo.

Procedimiento:

En el presente estudio la residente de medicina familiar, en la consulta externa de la UMF 80, se encargó de aplicar aleatoriamente la escala Prime MD Today a los pacientes que acudieron a solicitar servicio y que cumplían con los criterios de inclusión arriba referidos.

Es conveniente aclarar que se solicitó consentimiento por escrito al paciente entrevistado, al que se le explicó la naturaleza de la presente investigación.

Consistió en aplicar el cuestionario Prime MD Today a los pacientes; dicho cuestionario consta de 13 reactivos a los que el paciente solo contesta: no me ha molestado, me ha molestado poco o me ha molestado mucho.

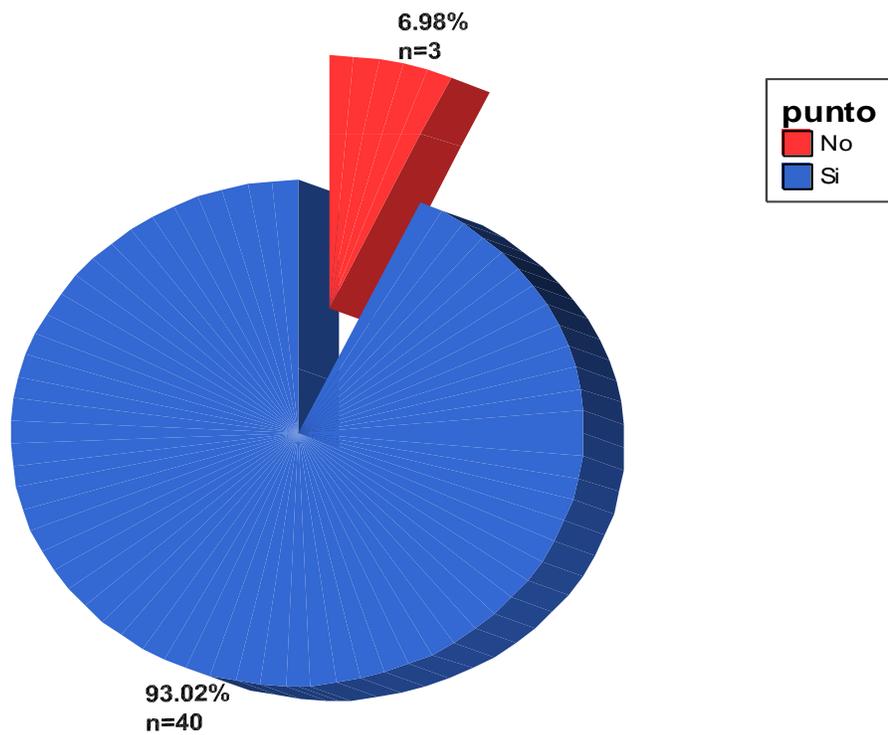
En los casos que el puntaje obtenido puso de manifiesto trastorno de somatización en el paciente en estudio se canalizó a la consulta externa de psiquiatría en donde se le citó de forma periódica y ordenada en horarios previamente establecidos.

El psiquiatra que apoyó en la investigación llevó a cabo la elaboración de una historia clínica psiquiátrica completa y se determinó la impresión diagnóstica en base a los criterios que establece el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su cuarta y última edición revisada (DSM – IV TR), editado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

## **RESULTADOS.**

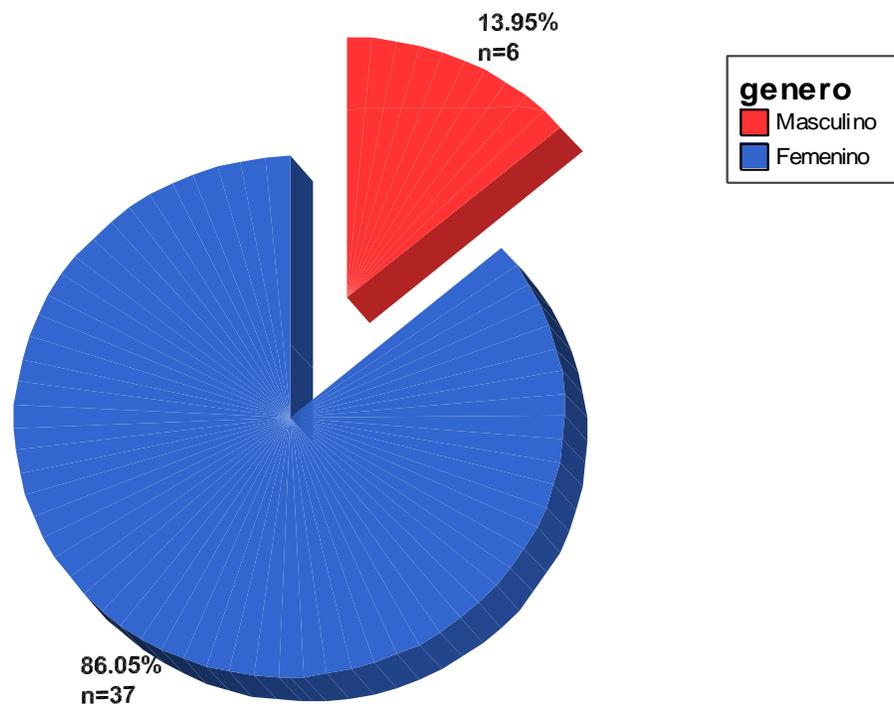
Consistió en aplicar el cuestionario Prime MD Today a los pacientes de la consulta externa de Medicina familiar de la UMF 80; el cuestionario consta de 13 reactivos a los que el paciente solo contesta: no me ha molestado, me ha molestado poco y me ha molestado mucho, si el paciente contesto positivamente a 3 o más preguntas se realizó historia clínica psiquiátrica y se envió con el Psiquiatra del HGR No. 1, quien valoró al paciente corroborando o descartando el diagnóstico de Trastorno de somatización.

Se recibieron en total 43 pacientes en la consulta de psiquiatría de los cuales solo 3 no puntualizaron para T. de Somatización (Figura 1) obteniéndose los siguientes resultados:



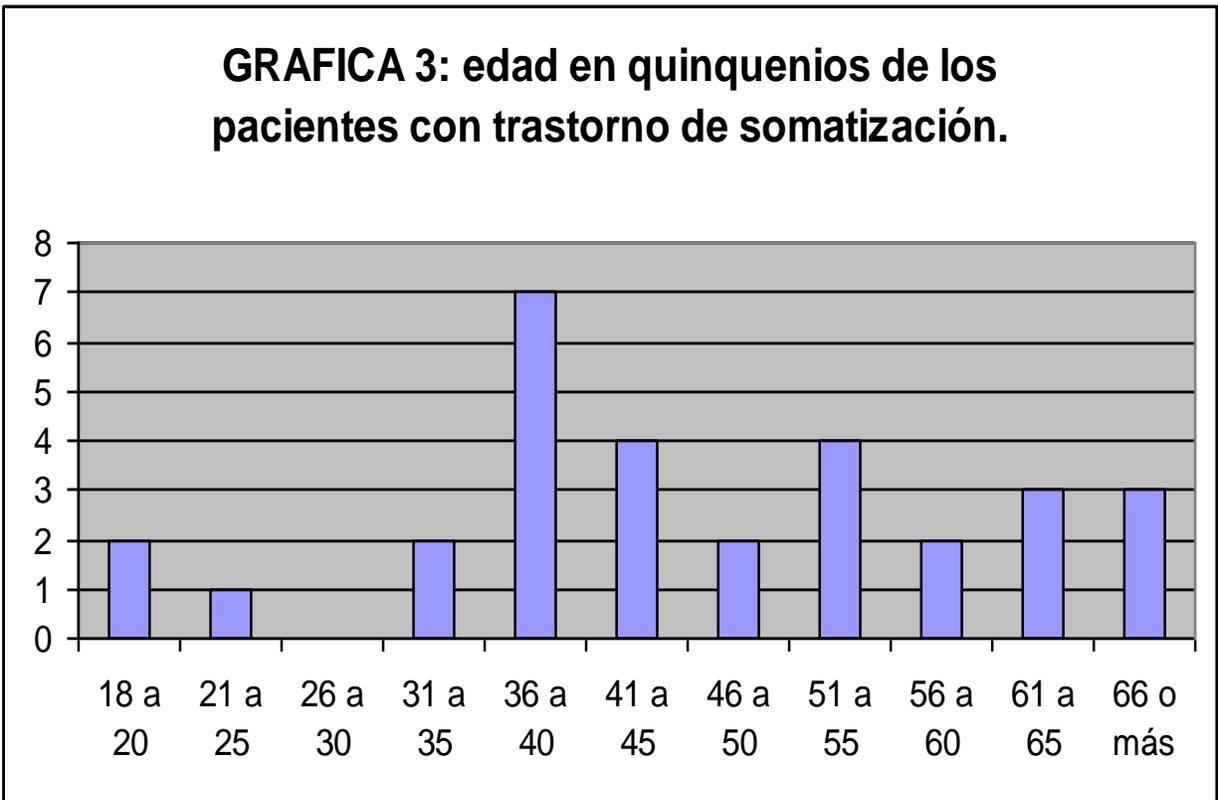
**Figura 1: Trastorno de somatización en los pacientes entrevistados por el servicio de psiquiatría.**

De los 43 pacientes en su mayoría corresponden al sexo femenino obteniéndose un total de 37 pacientes del sexo femenino y solo 6 del sexo masculino lo cual corresponde al 86 y 14 % respectivamente. (Figura 2).

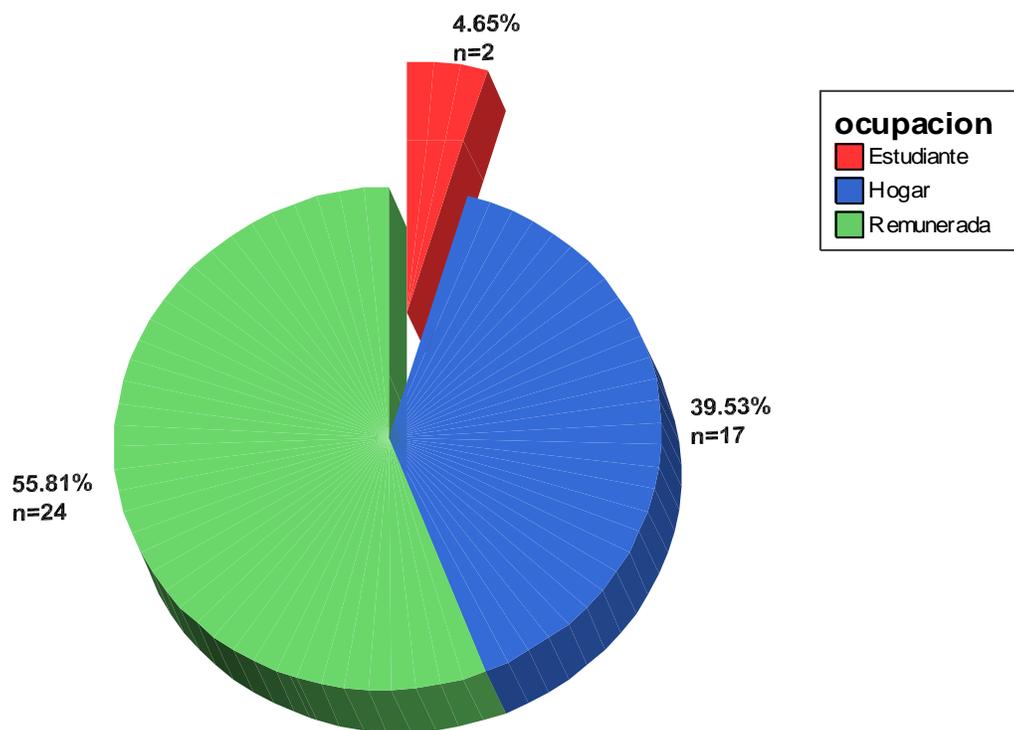


**Figura 2: Genero de los pacientes con Trastorno de somatización**

Las edades oscilan entre los 19 y 80 años observándose mayor predominio en el 5to quinquenio que va de los 36 a los 40 años de edad (Grafica 3);

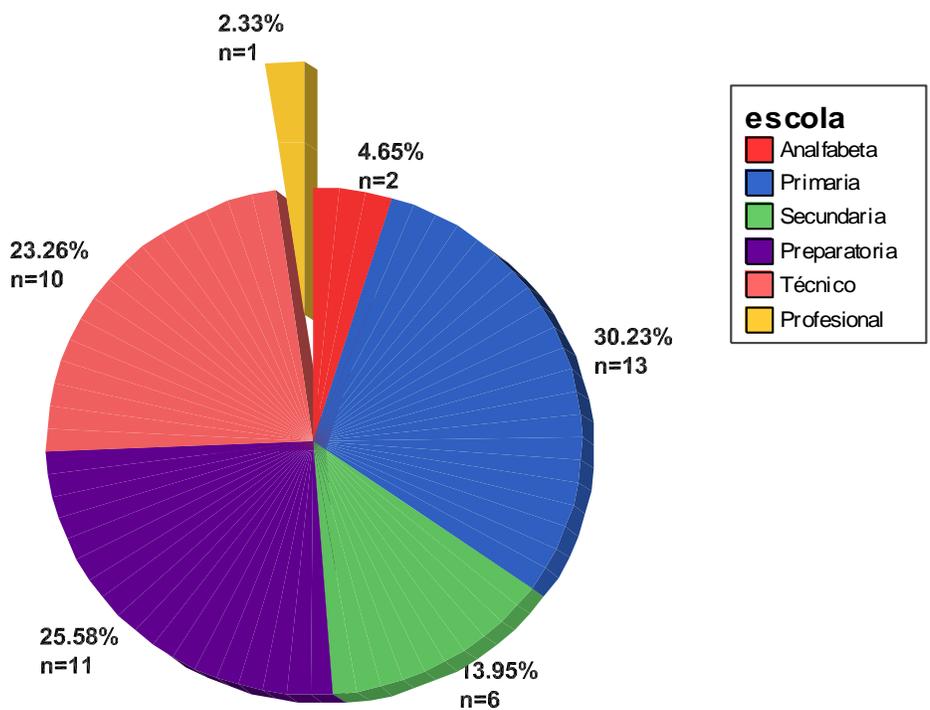


Con respecto a la ocupación se encontró que 17 se dedican al hogar (H), 24 son remunerados (R) y solo 2 son estudiantes (E) (Figura 4).



**Figura 4: Ocupación de los pacientes con trastorno de somatización.**

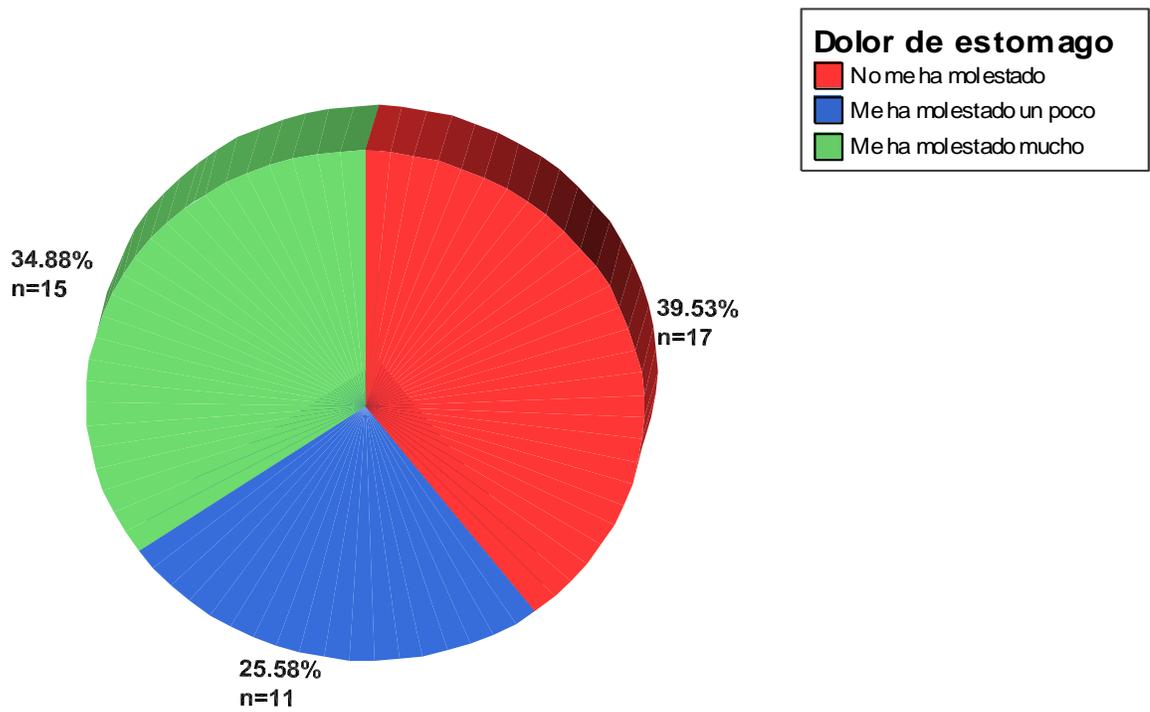
De acuerdo al grado de escolaridad 2 son analfabetas, 7 tienen primaria incompleta, 6 terminaron la primaria, 6 la secundaria, 21 el nivel medio superior y 1 profesionista (Figura 5).



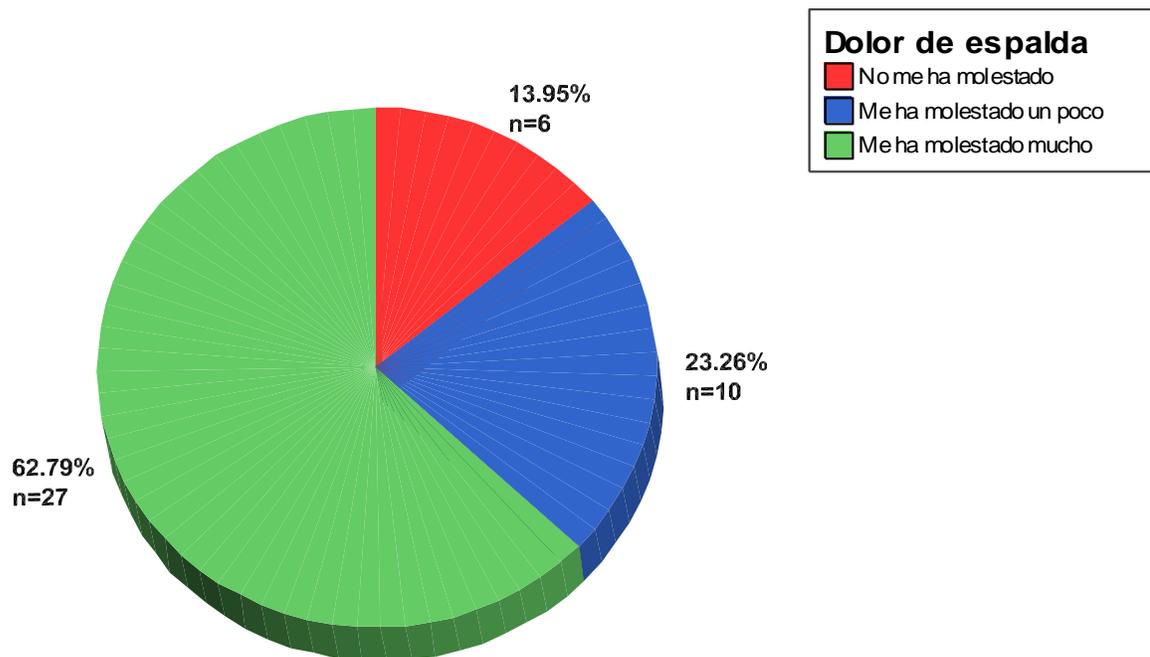
**Figura 5: Escolaridad en los pacientes con Trastorno de somatización**

En relación a la sintomatología presentada detallaremos a continuación los encontrados, mostrando con N los que no presentaron, con P los que presentaron poco dolor y con M los que presentaron mucho dolor:

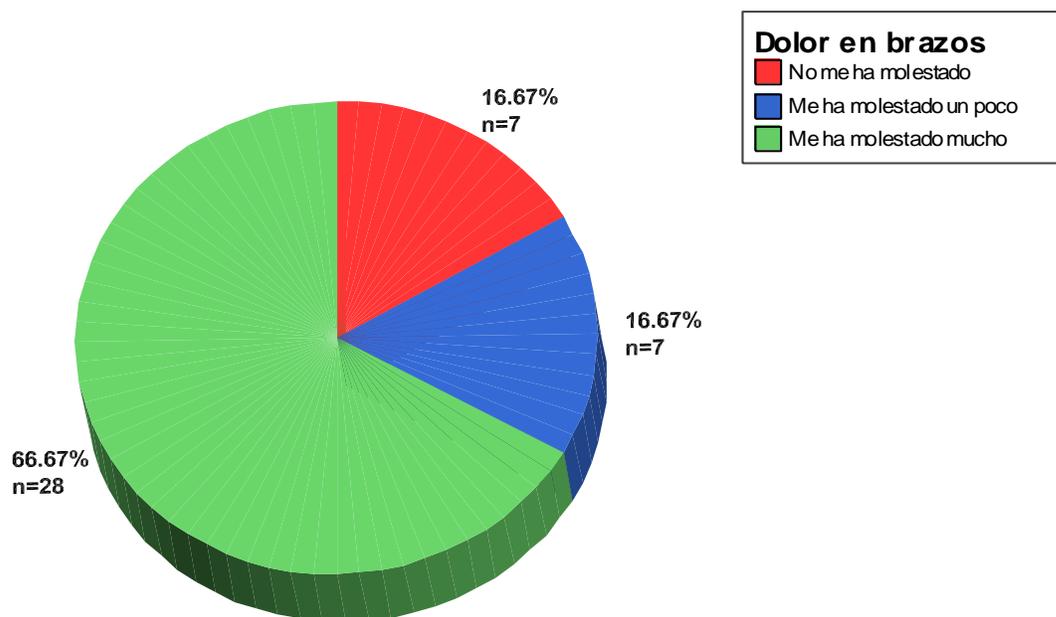
Dolor de estomago: N = 18, P = 11 y M = 14



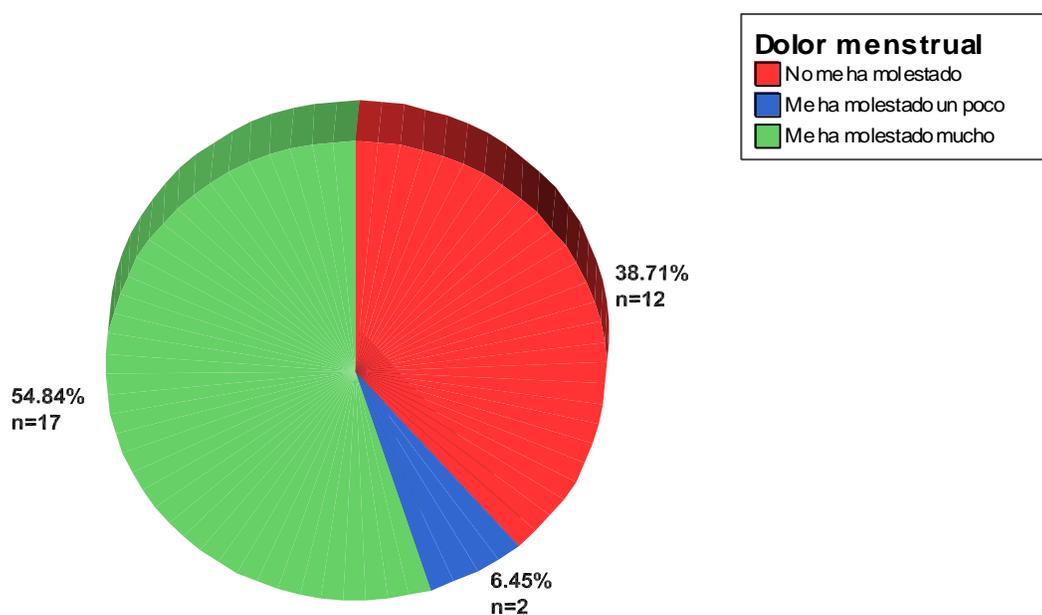
Dolor de espalda: N = 5, P = 10 y M = 28



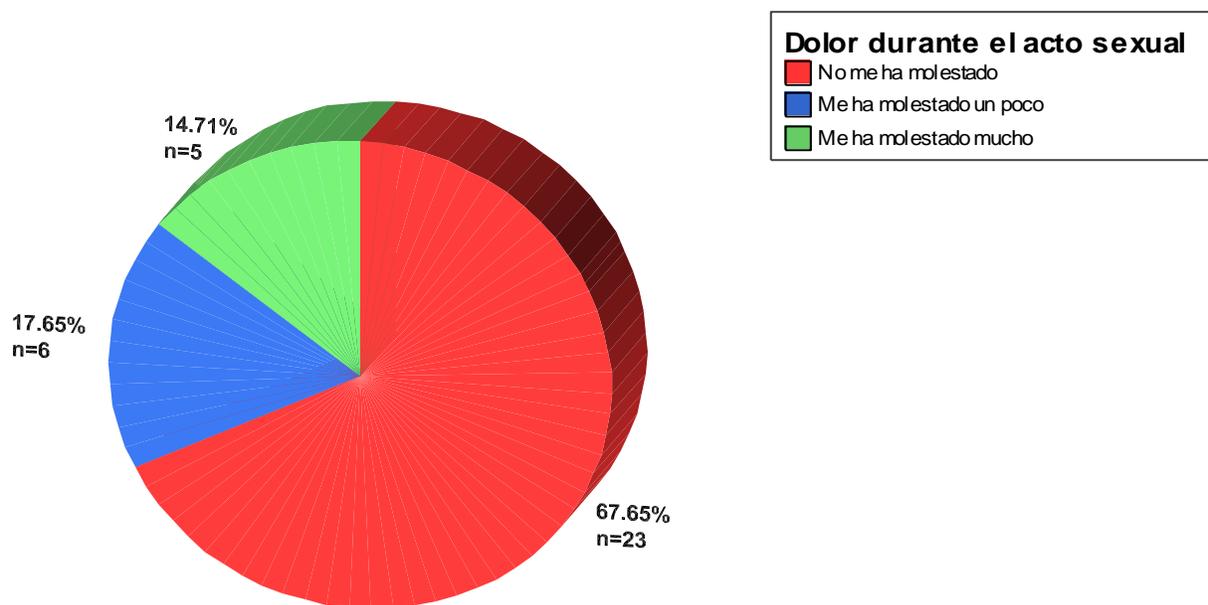
Dolor en brazos, piernas, articulaciones (rodillas, caderas, etc.): N = 6, P = 8 y M = 29



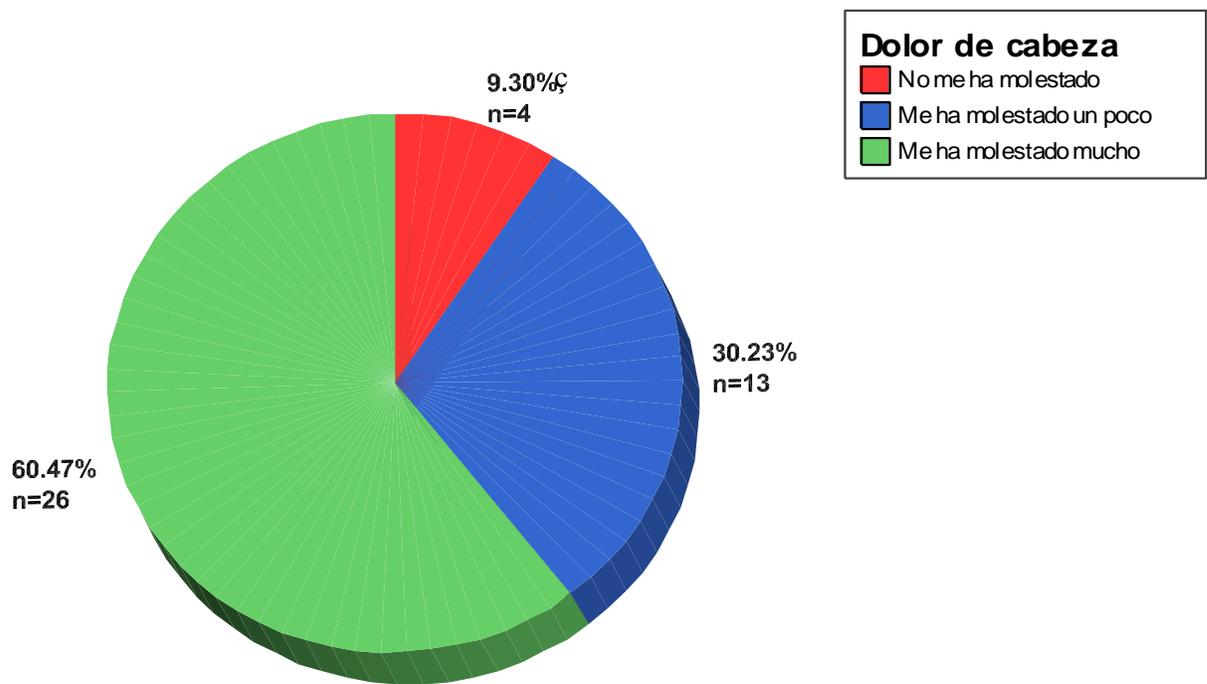
Dolor menstrual o problemas durante el periodo menstrual: N = 14, P = 2 y M = 15



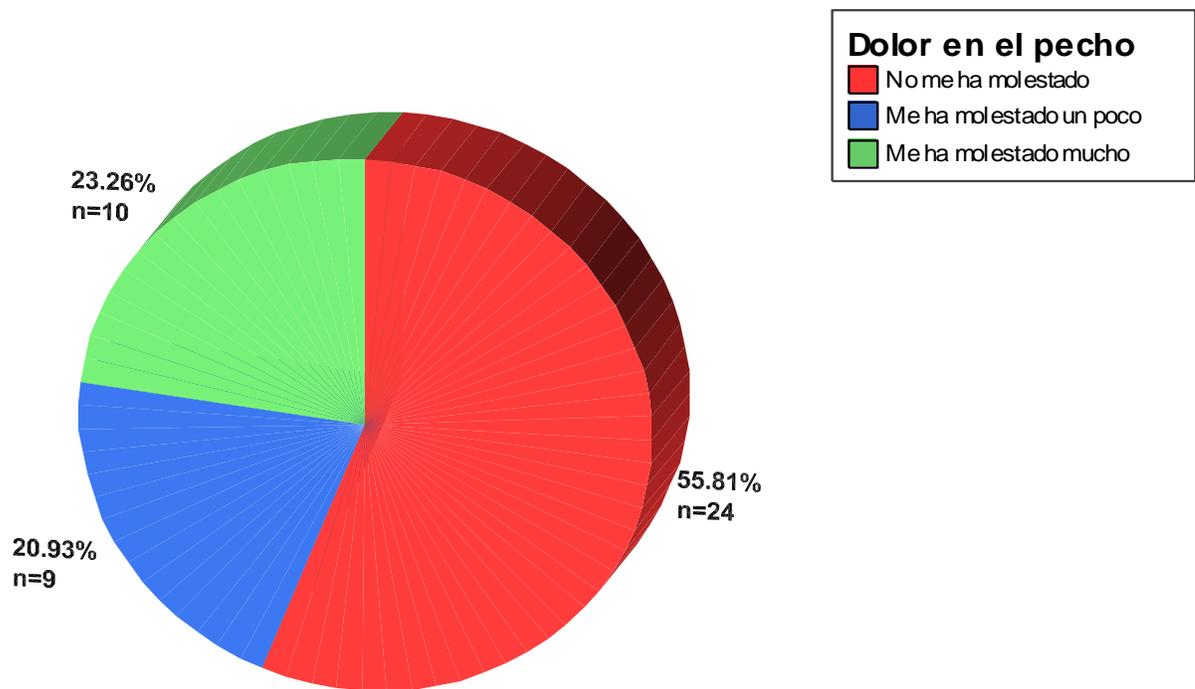
Dolor o problemas durante el acto sexual: N = 26, P = 6 y M = 4



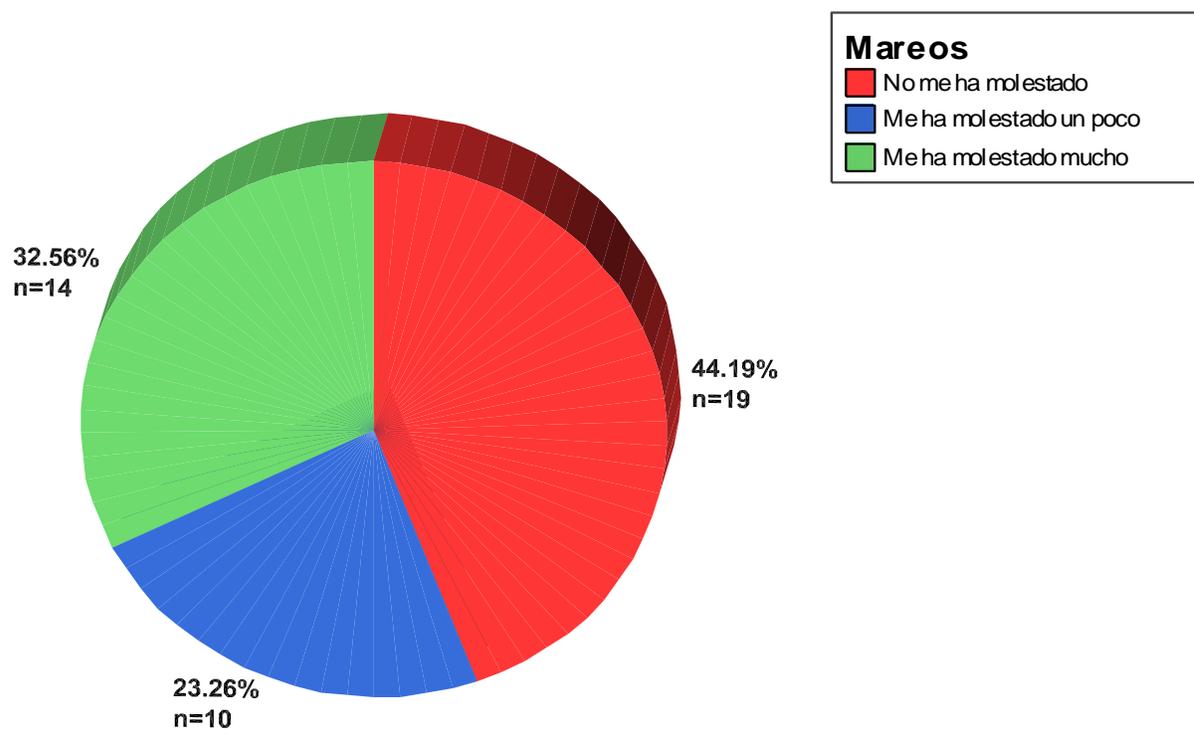
Dolor de cabeza: N = 4, P = 13 y M = 26.



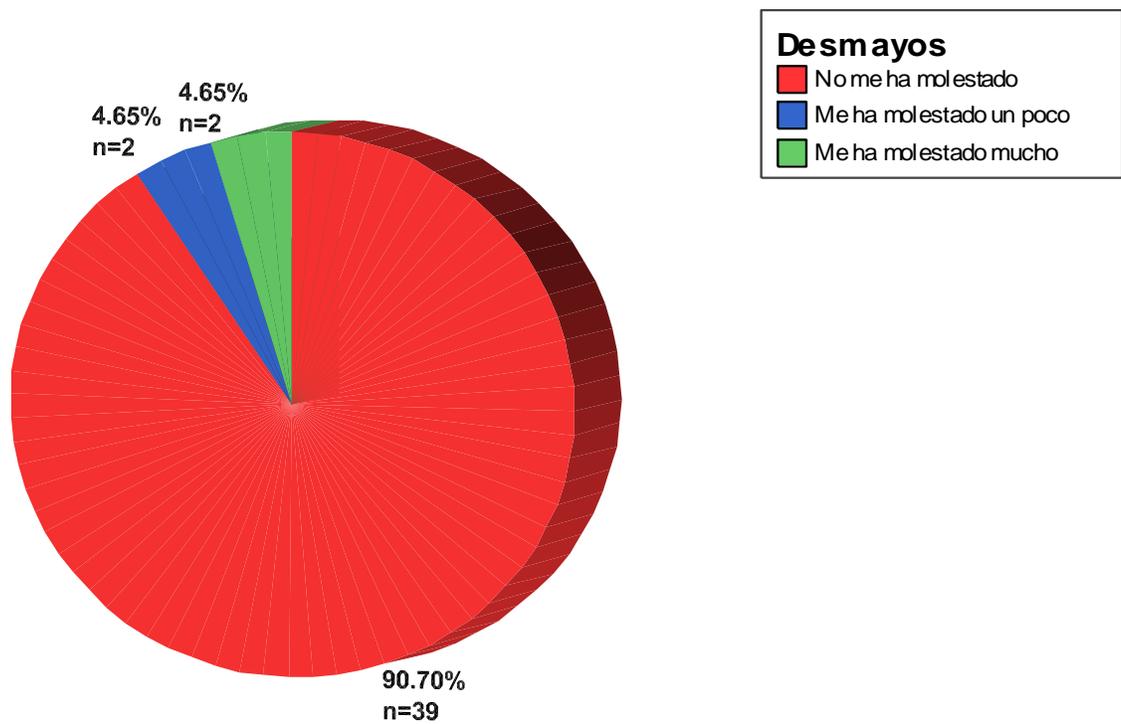
Dolor en el pecho: N = 25, P = 9 y M = 9.



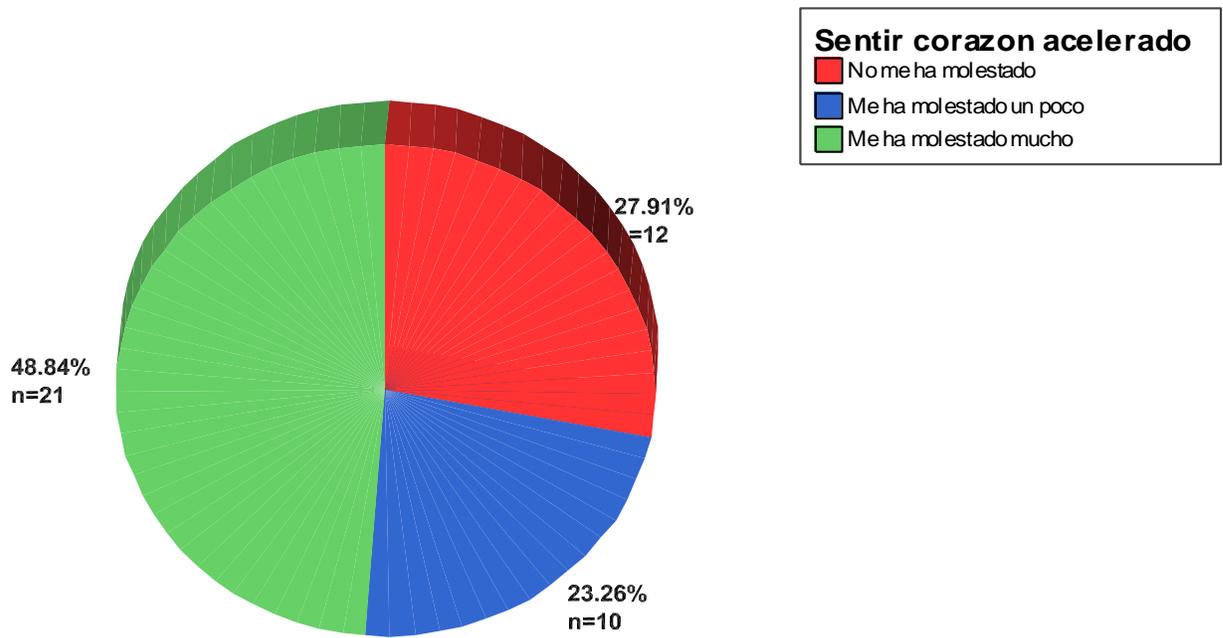
Mareos: N = 18, P = 12 y M= 13



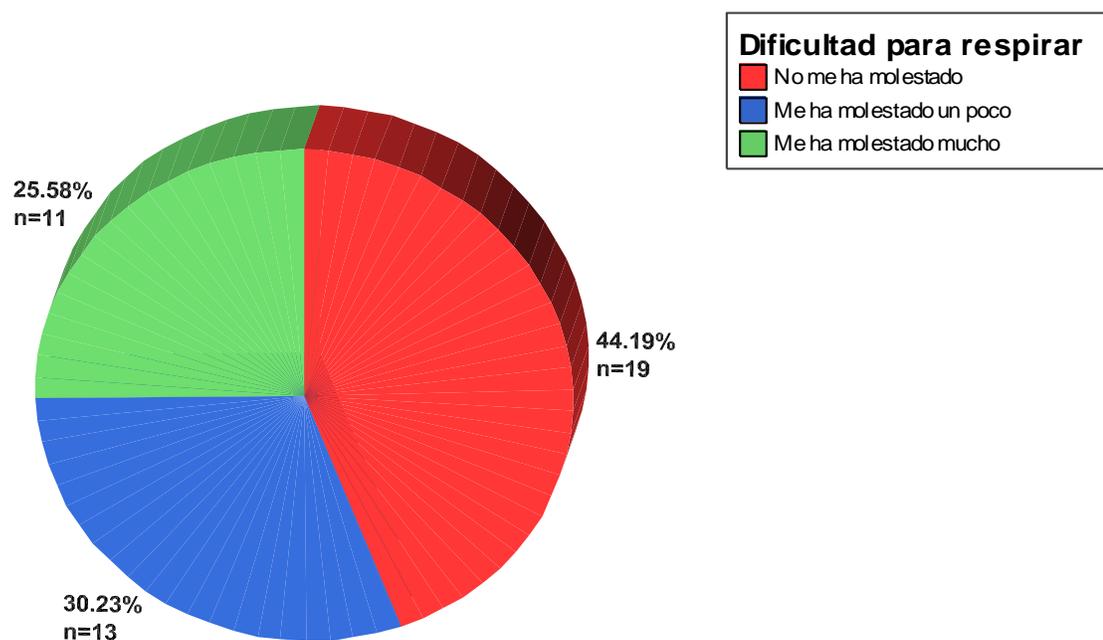
Desmayos: N = 38, P = 3 y M = 2



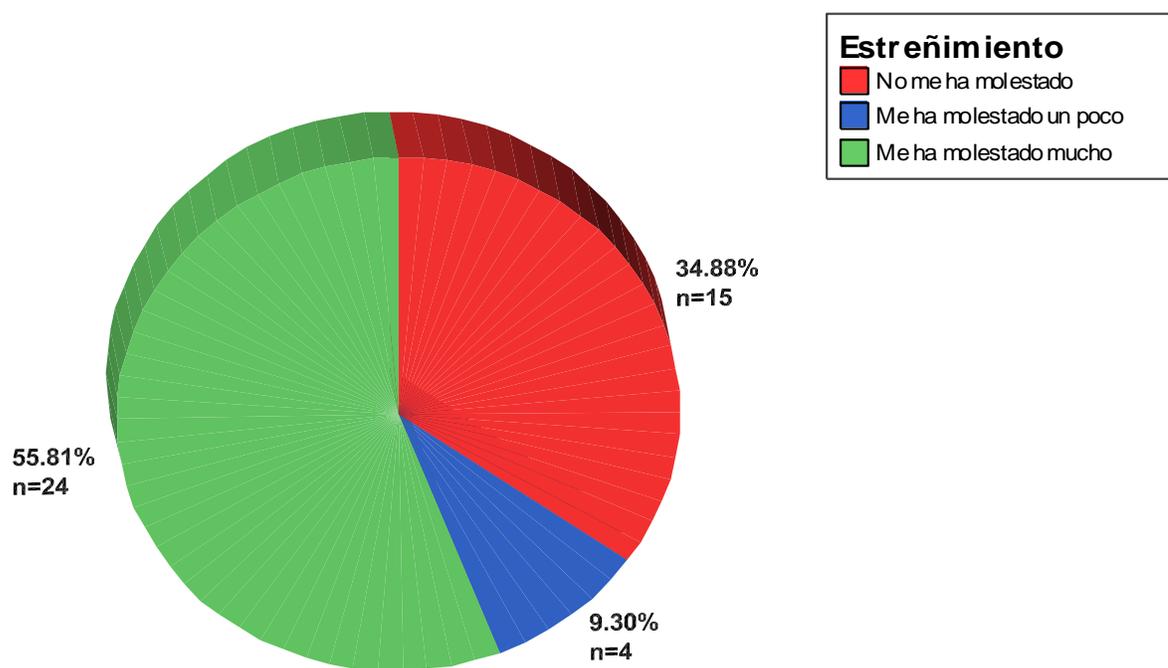
Sentir el corazón acelerado o que palpita fuertemente: N = 14, P = 10 y M = 19



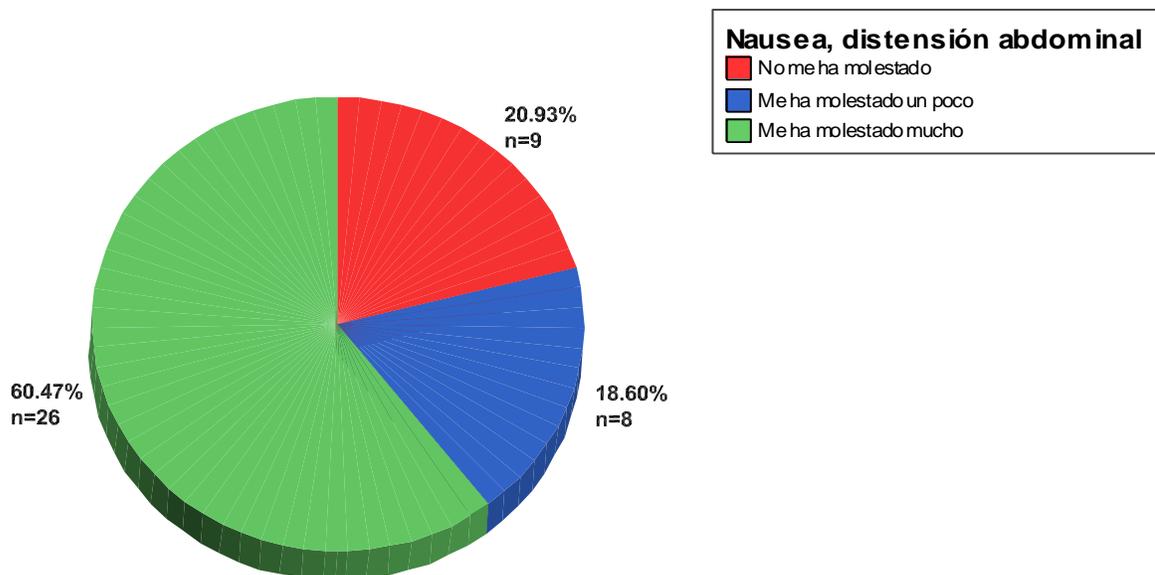
Dificultades para respirar: N = 21, P = 13 y M = 9.



Estreñimiento, evacuaciones sueltas o diarrea: N = 16, P = 4 y M = 23.



Náusea, distensión abdominal o indigestión: N =11, P = 9 y M = 23.



## **CONCLUSIONES:**

De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que el cuestionario utilizado Prime MD Today es un instrumento congruente con el diagnóstico especializado para trastorno de somatización, aportando un dato valioso dada la escasa publicación del tema en nuestro país, la facilidad de la aplicación de la escala y de la trascendencia de los resultados.

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino aunque pudiéramos considerar que es debido a que este género demanda más consulta pues, de acuerdo con la literatura médica, las mujeres son más susceptibles de presentar trastornos de ansiedad. Con respecto a la edad predominaron los que se encontraban en edades productivas de la vida, así como en pacientes de la tercera edad, aunque en menor porcentaje; esto se pudiera atribuir a la baja remuneración económica que la mayoría de los pacientes reportaron durante su entrevista.

Con lo anterior expuesto, el trastorno de somatización se presenta con mayor frecuencia en personas con empleos remunerados que en las personas que se dedican al hogar, identificándose sólo 2 estudiantes.

El presente estudio mostró que los pacientes tuvieron un nivel académico medio, indicando que es resultado del tipo de población que tiene acceso a estos servicios. Sólo se apreció un profesionalista y el resto tuvieron principalmente una educación media inferior. La sugestionabilidad, proceso

fundamental de la somatización, se da con mayor facilidad en los niveles educativos bajos, lo que puede estar en relación con los resultados de la presente investigación.

Y de acuerdo con la sintomatología presentada se encontró un pico importante en artralgias y dolor de espalda, siendo la cefalea uno de los síntomas también más presentados junto con los trastornos gástricos de todo tipo; en menor porcentaje también se presentan las palpitaciones y el dolor o problemas durante la menstruación; y aunque los desmayos es uno de los síntomas clásicos en este trastorno en este estudio no se presento en forma importante dado que las encuestas fueron realizadas en la consulta externa y no en el servicio de urgencias donde los resultados hubieran sido probablemente diferentes.

## **RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:**

El cuestionario Prime MD Today es un instrumento útil para el diagnóstico de Trastorno de somatización que bien puede utilizarse a población abierta, en forma rápida y sencilla en la consulta externa, lo cual abatiría en forma importante la demanda de consulta en medicina familiar, pues de acuerdo a los resultados este trastorno es muy común, poco diagnosticado y generador de múltiples consultas en el primer nivel de atención.

Se puede aplicar en la consulta externa, en los servicios de urgencias así como en otros servicios especializados, como Ginecología.

Este estudio pudiera servir como ejemplo para desarrollar los otros cuestionarios del Prime MD Today para diagnosticar Depresión, Trastorno de ansiedad, consumo excesivo de alcohol y psicoactivos y trastornos alimenticios.

Es pertinente aclarar la utilidad que éste instrumento tendría en el mismo personal de las instituciones de salud, como lo es el IMSS.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN  
PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA**

Lugar y fecha.....

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Detección de Trastorno de somatización en pacientes de la consulta externa de la UMF No. 80”.

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número.....

El objetivo del estudio es determinar la presencia del trastorno de somatización en los pacientes de la consulta externa de la UMF No. 80 y se corroborará el diagnóstico con una valoración psiquiátrica.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar la aplicación de un cuestionario en donde contestaré mis datos generales y además 13 preguntas más sobre la presencia de algunas molestias que haya experimentado en las últimas semanas. El manejo de la información se hará de forma confidencial y preservando el anonimato.

Declaro que he sido informado ampliamente por la investigadora sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: dedicar tiempo a las citas requeridas, contestar las preguntas que se me formulen y

contemplar la posibilidad de aceptar tratamiento que el Psiquiatra proponga en su respectiva valoración.

La investigadora principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi atención médica que recibo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La investigadora principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones públicas que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo

.....  
Nombre y firma del paciente

.....  
Nombre, matrícula y firma del investigador

.....  
Testigo

.....  
Testigo

## Prime MDTodaví

Este cuestionario es una herramienta importante para proveerle la mejor atención posible en su salud.

Sus respuestas nos ayudaran a comprender los problemas que usted pueda presentar. Por favor conteste cada pregunta lo mejor que pueda, salvo que se le pida omitir alguna pregunta.

Nombre	Edad	Sexo	D	F	M	Fecha
1. ¿Cuanto le han molestado los siguientes problemas durante las ultimas 4 semanas?				Me ha molestado un		Me ha molestado
		No me ha		poco		mucho
a. Dolor de estomago		D		D		D
b. Dolor de espalda		D		D		D
c. Dolor en brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)		D		D		D
d. Dolor menstrual u otros problemas del periodo menstrual		D		D		D
e. Dolor o problemas durante el acto sexual		D		D		D
f. Dolor de cabeza		D		D		D
g. Dolor en el pecho		D		D		D
h. Mareos		D		D		D
i. Desmayos		D		D		D
j. Sentir el corazón acelerado o que le palpita fuertemente		D		a		D
k. Dificultad para respirar		D		a		D
l. Estreñimiento, evacuaciones sueltas o diarrea		D		a		D
m. Nausea, distensión abdominal o indigestión		D		a		D
2. Durante las ultimas 2 semanas, ¿con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?		Casi todos	La mitad de	Pocas	Nunca	
		los días	los días	veces		

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- López J, Belloch A. La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica* 2002; 7 (2): 73-93.
- 2.- Chorot P, Martínez P. Trastornos somatomorfos. En A. Belloch B Sandín y . Ramos (Eds). *Manual de Psicopatología*. 2: 225-266. Madrid: McGraw Hill.
- 3.- Simon G, Gureje O, (1999). Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Archives of General Psychiatry*. 59: 90-95.
- 4.- Cloninger CR. Martín RL, Guze SB y Clayton PJ (1986). A prospective follow-up and family study of somatization in men and woman. *American Journal of Psychiatry*. 143: 873-878.
- 5.- Guze SB y Perley MJ, (1963). Observation on the natural history of hysteria. *American Journal of Psychiatry*. 119: 960-965.
- 6.- Perley MS y Guze SB, (1962). Hysteria, the stability and usefulness of clinical criteria. *New England Journal of psychology*. 42: 347-351.
- 7.- Liu O, Clark MR, y Eaton WW (1997). Structural factor analyses for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 27: 617-26.

- 8.- Martín RL y Yutzy SH, (1996). Trastornos de somatización. En RE Hales, SC Yudofsky y JP Talbott (Eds.). Tratado de psiquiatria . 2: 350-396. Barcelona Ancora.
- 9.- Tomasson K, Kent D y Curyell W. (1993). Comparision of four diagnostic systems for somatization disorder. Acta psychiatria scandinavica. 88: 311-315.
- 10.- Yutzy SH, Cloninger CR, Guze SB, Martín RL, Pribor E, Kathol R, Smith R, y Strain J. (1995). DSM-IV Field trial: testing a new proposal for somatization disorder. American Journal of psychiatry. 152: 97-101.
- 11.- American Psychiatric Association (1980). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3ª ed. Barcelona: Masson. 235: 36-57.
- 12.- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Trastornos mentales y del comportamiento, 10ª edición (CIE-10). Madrid: Meditor. 43: 22-23.
- 13.- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). Criterios diagnósticos y de investigación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) Madrid: Meditor. 45: 28-30.
- 14.- Brown FW, y Smith OR Jr. (1991). Diagnostic concordance in primary care somatization disorder. Psychosomatics. 32:191-195.
- 15.- Kirmayer LJ, y Robbins JM. (1996). Patients who somatize in primary care: A longitudinal study of cognitive and social characteristics. Psychological Medicine. 26: 937-51.

- 16.- Lipowski ZJ. Somatization the concept and its clinical application. *Am. J. Psychiatry.* 145: 1358-1368, 1988.
- 17.- Escobar J, Canino G. Unexplained physical complaints. Psychopathology and epidemiological correlates. *Br.J. Psychiatry, suppl:* 24-27, 1989.
- 18.- Lobo AC, Pérez-echeverría MJ, Izuzquiza J, García-Campayo J, Saz P, Marcos G. A new interview for the multi-axial assessment of psychiatric morbidity in medical settings. *Psychol. Med.* 23: 505-510, 1993.
- 19.- Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GI. Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilization. *Medical Care* 106; 24: 548-63. 1986.
- 20.- Mayou R, Bass C, Sharpe M. Overview of epidemiology, classification and etiology. In: *Treatment of functional somatic symptom.* Eds. R. Mayou.C.Bass.M.Sharpe, Oxford University Press. 1995. 3: 234-245.
- 21.- Craig TKJ, Boardman AP, Daly-Jones O, Drake H. The South London somatization study: I. Longitudinal course and the influence of early life experience. *Br.J. Psychiatry.* 163: 579-88, 1993.
- 22.- García-Campayo J, (1999) *Usted no tiene nada. La somatización.* Barcelona: Océano. 2: 125-128.

- 23.- Kellner R. (1991). Psychosomatic Síndromes and somatic Sympoms. Washington DC. American Psychiatric Press. 27-45.
- 24.- Freud S. (1993). La formación de síntomas. En S. Freud (Ed.), Compendio de psicoanálisis, Barcelona: Ediciones Altaza. (Edición original 1916). 346-412.
- 25.- Laplanche J y Pontails JB, (1994). Diccionario de psicoanálisis. Columbia : Labor. 232-235.
- 26.- Kellner R. (1986) Somatization and hypochondriasis. New York, Praeger Special Studies. 2: 67-70.
- 27.- Kirmayer LJ, y Taillefer S. (1996) Somatoform disorders. En S.M. Turner y M. Hersen (Eds.), Adult psychopatrolology. 342-360.
- 28.- [www.docencia-css.org.pq/documentos/guía/](http://www.docencia-css.org.pq/documentos/guía/) El paciente somatizador y los trastornos somatomorfos. 27-33.
- 29.-Sampieri RH, Collado PB, Lucio. Metodología de la investigación. Ed. Mc. Graw-Hill 2<sup>a</sup> ed. 2000; 203-215.
- 30.- Cochran WG. Técnicas de muestreo. Ed. John Wiley y Sons, inc. 2000; 125-153.
- 31.- Cañedo DL. Investigación clínica. 118-130.