LA TRÍADA ANSIEDAD -DEPRESIÓN -SOMATIZACIÓN DINÁMICA Y ENFOQUE ASISTENCIAL ENFERMERO

Coletas Juanico. Jordi, Cañada Momblant. Ruth, Abad Cuella. María Teresa. Martín Valero. Loli, Julbe Benbingut. Ester, Aceña Domínguez. Rosa.

RESUMEN

A finales del 2009, principios del 2010 se observó un creciente número de visites (estrés, crisis…) por trastornos de ansiedad y depresión, y una mayor detección de trastornos de somatización, lo que dio lugar a un mayor consumo de recursos sanitarios. Enfermería ante esta observación se propuso efectuar un programa de disminución de riesgo y optimización de recursos, a través del abordaje individual y de grupo de este tipo de pacientes.
Nuestro objetivo fue el de determinar la relación existente entre la ansiedad, la depresión y los síntomas psicosomáticos en una muestra de pacientes visitados en nuestro Centro de Salud Mental.
Se ha realizado un estudio exploratorio en dichas sintomatologías a partir de herramientas de detección. La muestra total del estudio ha sido de 71 pacientes. Los cuestionarios aplicados fueron la escala de Golberg, la HDRS y HARS de Hamilton, para la ansiedad y la depresión, el cuestionario de salud EuroQoL-5D y el test de Othmer y DeSouza para la detección del trastorno de Somatización y la asociación con la comorbilidad presente, valorando su intensidad..
Se establecieron aleatoriamente dos grupos de pacientes, unos para el abordaje terapéutico en grupo y otros de forma individual, siendo el mismo método para los dos aplicando: Psicoeducación teórica participativa y métodos de relajación.
Los cuestionarios se pasaron prelab-postlab y a los tres meses, para considerar la efectividad de la intervención. Todos los datos y las variables se sometieron a tratamiento estadístico con el programa SPSS 12.0.
Se confirmó la relación directa entre la intensidad de los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad. Los síntomas somáticos más frecuentes y de mayor preocupación fueron los dolores de cabeza, menstruales, sensación de nudo en la garganta y dolores generalizados de dedos, manos y pies. Estos síntomas no se asociaban con la posible comorbilidad de base (diabetes, insuficiencia cardíaca…) El abordaje de enfermería y su intervención terapéutica paliaron los síntomas y en el marcaje post-lab se observó la disminución en el consumo de recursos, por lo que recomendamos la inclusión de programas a nivel grupal o individual de prevención y/o tratamiento de cualquiera de estos tres trastornos.
Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Trastornos Psicosomáticos, Intervención Enfermera, Psicoeducación

Este estudio no ha recibido ningún tipo de subvención.
Se ha realizado en el ámbito de la Salud Mental Comunitaria.

ANXIETY, DEPRESSION AND SOMATIZATION NURSING CARE AND DYNAMIC APPROACH

SUMARY

From the end of 2009, we observed an increase of the number of consultations for anxiety and depression (stress, crisis, etc), as well as a higher detection of somatic disorders, which means a high consumption of health resources. Regarding this fact, we proposed a nurse program to reduce risk and resources by individual and group assistance of these patients.

Our goal was to evaluate the relation between anxiety, depression and somatic symptoms in patients attended in our Primary Mental Health Service.

The sample was 71 patients. We explored the symptoms and passed some tests. For anxiety and depression they filled the Golberg Scale, HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) and HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). To detect somatic symptoms they filled the EuroQoL-5D health questionnaire, and to detect severity and comorbidity they filled the Othmer and DeSouza questionnaire.

We made two groups of patients by random sampling. For both groups the nurse carried out he same intervention composed of theoretical and practical psychoeducation and relaxation training. But one group was attended individually and the other by group.

To consider effectiveness, all the questionnaires were filled before and after intervention, and then in three months.

The data was analysed using the statistic program SPSS v. 12.0.

We confirmed the relation between severity of somatic symptoms and depression and anxiety. The most common and severe somatic symptoms we headache, dysmenorrhoea, lump in the throat, generalised pain of fingers, hands and feet. These symptoms were not related to comorbidity (diabetes, heart failure, etc). The nurse intervention improved the symptoms and regarding the tests after intervention we observed a reduction of the resources consumed. We recommend the inclusion of programs like this (individual or by group) to prevent and treat these disorders.

Keywords: Anxiety, Depression, Psychosomatic disorder, Nurse Intervention, Psychoeducation.

This project has not received any grant.

INTRODUCCIÓN

A principios del 2010 se observó un creciente número de visites (estrés, crisis…?) en nuestro centro por trastornos de ansiedad y depresión, y una mayor detección de trastornos de somatización, lo que dió lugar a un mayor consumo de recursos sanitarios.

En la actualidad nos encontramos prácticamente con una masificación en las consultas de Asistencia Primaria de pacientes con Trastornos de Ansiedad (TA), depresión (TD) y somatizaciones (TS), con poco tiempo para su atención llegando tal vez a una excesiva intervención en la medicalización de estos trastornos con una repercusión directa en la derivación al equipo de salud mental satélite del propio Centro de Asistencia Primaria (CAP), resultando un gran aumento en la actividad con un mínimo de disponibilidad, en aproximado de un día semanal a ocho horas. (1)

La salud mental tiene una gran repercusión en sanidad, principalmente centrada en la salud pública y comunitária, por lo que sus actividades irán encaminadas en la promoción, prevención y actividades de soporte para evitar los posibles trastornos en grupos de riesgo. (1)

El aumento de los trastornos mentales se relaciona con las transformaciones en nuestra sociedad, falta de soporte del grupo principal- familiar y social, asociándose con la soledad y la rotura de las redes sociales, aumentando de esta forma la prevalencia de patologías orgánicas crónicas relacionadas con el aumento de esperanza de vida y envejecimiento de la población.

Se calcula que en Cataluña el 23,7% de la población de más de18 años presentará a lo largo de su vida un trastorno mental según un estudio de Estudi ESEMed-España / SAMCAT-Cataluña, 2002.

El 15,2% de las personas presentan una depresión mayor a lo largo de su vida (versus el 10,5% España) y el11,3% presentan trastornos de ansiedad (versus el 9,4% en el Estado español) y es a partir de los 35-49 años cuando estos problemas de salud son más frecuentes.

La atención en la salud mental ha de incrementar esfuerzos para la mejora en las estrategias de salud centradas en las necesidades de la población y de los usuarios.

En la actualidad, los profesionales de enfermería están comprometidos con los problemas relacionados con la salud mental y a trabajar en la cooperación y coordinación con los servicios especializados y a la vez en la mejora hacia los problemas de salud mental.

Desde Salud Mental y de Atención Primaria enfermería ha de centrar su trabajo en la implementación del abordaje a nivel individual/grupal en los episodios de del TA y TD con una actividad anticipatoria y preventiva. Confirmando la vital importancia de la cohesión entre la enfermería de atención primaria y la de salud mental como piezas clave, para la educación sanitaria, soporte, vínculo terapéutico y acompañamiento de los pacientes con problemas de ansiedad (TA), depresión (TD) y somatización (TS). Siendo este el primer paso para la integración y coordinación con los demás profesionales de los equipos de atención primaria (médicos de familia, asistente social), y los recursos especializados en salud mental en sus diferentes niveles asistenciales.

Algunos estudios demuestran que los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más comunes (2).

A través de la información y de la educación sanitaria en un ambiente grupal, se mejora el estado de ansiedad del paciente y se adquieren nuevas habilidades. (3)

Ansiedad

En la ansiedad encontramos varias definiciones, ya que los diferentes autores la pueden definir por sus respuestas a nivel fisiológico, motor y cognitivo, así Spierberger (1972) la define cómo "Un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo."

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA), (1975) "La define como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida."

En el DSM – IV – TR (2002) (11) "Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo."

La ansiedad es una respuesta adaptativa enfrente a un peligro, siendo una reacción de alerta y control. (4)

La ansiedad es considerada como patológica cuando se manifiesta de forma desadaptativa, disfuncional y esta caracterizada por estar acompañada de un sentimiento de miedo con signos somáticos que indican una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Suele aparecer cómo una emoción desagradable en aumento, de forma creciente.

Nos referiremos a ansiedad patológica cuando delante de un peligro inminente aparece un estado de alerta fuera de control, como ansiedad anticipatoria, o las evitaciones fóbicas, y hasta los ataques de pánico.(5)

Cuando hablamos de ansiedad hemos de diferenciar diferentes términos.

No obstante primero me gustaría dar a conocer los términos al hablar de ansiedad i/o angustia:

La ansiedad es una sensación desagradable, difusa y vaga de inquietud. (Kaplan), también podríamos decir que ansiedad es lo que ahora se llama "estrés", La **ansiedad** es el miedo a lo desconocido y tiene un significado interno. Más que una reacción frente a un peligro real es el producto de un estado emocional.

La **angustia** es la reacción de un individuo frente a una situación traumática, cuando no puede dominar las excitaciones de origen externo o interno. Es un estado de tensión acumulada y no descargada.

La ansiedad y la angustia son palabras que se utilizan de forma indistinta en muchas ocasiones. La angustia hace referencia, sin embargo, a una sensación más física, caracterizada por opresión en el pecho o el estómago y que se acompaña de un temor inminente a morir o a volverse loco.

Coloquialmente se diría que el ansioso es el impaciente y el angustiado está amargado. Conocido este punto diferenciaremos distintos términos de la ansiedad.

El miedo, es una relación normal delante de una situación de peligro fácilmente identificable en el ambiente. Es un sentimiento motivado por algo alguien y normalmente se acompaña de un objeto concreto.

La angustia, es una respuesta anticipada a una amenaza, es un sentimiento in motivado o autónomo y normalmente no viene acompañada por un objeto en concreto, sin poder definirlo.
La angustia normal, la concretaremos como mas leve, es más adaptativa, con menor sensación corporal y surge dentro del ámbito de nuestro entorno, aunque no esté sujeto a nuestra propia persona.
La angustia patológica es más grave, recurrente, persistente, lleva a un deterioro del funcionamiento psicosocial, y fisiológico, afecta a los sentimientos de la psique, implica reducción en la libertad de la propia persona, es anacrónica llevando a revivir situaciones pasadas, también suele ser fantasmagórica en un mudo irreal, es como la representación imaginaria de un conflicto del inconsciente. Suele ser esteriotipada y esta filiada en el carácter del individuo. (4,6,7,8,9,12).
A continuación mostramos la clasificación de los trastornos de ansiedad según el manual DSM-IV-TR (2007), utilizados en asistencia primaria y con los códigos CIE-10. (10,11) Tabla 1.

CIE - 10	Trastorno (según DSM – IV – TR)
F06.4	Trastorno por ansiedad debido a… (indicar enfermedad).
F10.8	Trastorno de ansiedad inducido por alcohol.
F19.8	Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias.
F40.01	Trastorno de angustia con agarofobia.
F41.0	Trastorno de angustia sin agarofobia.
F40.1	Fobia social.
F40.2	Fobia específica.
F40.00	Agarofobia sin historia de trastorno de angustia.
F39.0	Trastorno de ansiedad por separación.
F42.8	Trastorno obsesivo compulsivo.
F43.1	Trastorno por estrés postraumático.
F43.0	Trastorno por estrés agudo
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada.
F43.28	Trastorno adaptativo con ansiedad.
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado.

Tabla 1

Enfermería tiene su propia taxonomía en la clasificación de los diagnósticos, a continuación en la Tabla 2 mostramos los diagnósticos para enfermería relacionados con la ansiedad, según la clasificación NANDA. (13, 19) (Tabla 2)

NANDA	DIAGNÓSTICO
00051	Deterioro de la Comunicación Verbal.
00053	Aislamiento Social.
00054	Riesgo de Soledad.
00070	Deterioro de la Adaptación
00082	Manejo Efectivo del Régimen Terapéutico.
00093	Fatiga.
00095	Deterioro del Patrón del Sueño.
00096	Deprivación de Sueño
00099	Mantenimiento Inefectivo de la Salud.
00120	Baja Autoestima Situacional.
00146	Ansiedad.

00148	Temor.
00152	Riesgo de Impotencia.

Tabla 2

Depresión

La depresión ocupa el cuarto lugar dentro de las patologías más emergentes, en la actualidad afecta alrededor de 121 millones de personas en todo el mundo se calcula que en el año 2020 se situará en segundo lugar, justo por detrás de las patologías coronarias, entre el 9% y el 20% de la población estará afectada por una depresión a lo largo de la vida (14). En un estudio del año 1997(*Global Burden of Disease* [1997]) considera la depresión cómo la patología de más importancia por su impacto clínico, social y mental y por la carga derivada que comporta (entorno familiar y social).

La depresión es una alteración del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (por un tiempo mínimo de dos semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos.

Por su naturaleza es difícil distinguir la depresión de los sentimientos normales de tristeza y duelo. En algunos casos lo que parece ser ansiedad en realidad es un estado de depresión profunda, trastorno que es más común entre las mujeres que entre los hombres.

La depresión afecta a personas de todas las edades (desde niños hasta ancianos) y es también causa de muchos suicidios cada año en todo el mundo. El trastorno depresivo provoca deterioro en el trabajo, las actividades de ocio, las relaciones, la salud en general y la capacidad para desempeñar roles sociales.

Existen diversas clasificaciones del trastorno depresivo atendiendo a diversos criterios. En general podríamos distinguir dos grupos en cuanto a la depresión, las depresiones reactivas y las depresiones endógenas.

Las depresiones reactivas son aquellas en las que podemos encontrar un desencadenante ambiental claro del estado depresivo (por ejemplo la pérdida del puesto de trabajo, la muerte de un ser querido...). En estos casos el estado depresivo puede durar un período más o menos largo.

Las depresiones endógenas son aquellas en las que no existe un desencadenante ambiental del estado depresivo y se deben a condicionantes internos, de la biología del propio individuo. En estos casos el factor genético (la herencia) juega un papel fundamental. (15,16,17,18)

Estas, a su vez, se clasifican en unipolares (las depresiones clásicas) y el trastorno bipolar (del que no hablaremos en este estudio).

Las depresiones de origen endógeno suelen ser las más graves y suelen afectar a más de un miembro de una misma familia, aunque también pueden darse en individuos que no tienen una historia familiar de este trastorno.

En la realidad existen situaciones mixtas, es decir, ante un desencadenante ambiental desarrollan con más facilidad un trastorno depresivo aquellas personas que presentan una predisposición biológica. (20,21,22).

A continuación mostramos la clasificación de los trastornos de ansiedad según el manual DSM-IV-TR (2007), utilizados en asistencia primaria y con los códigos CIE-10. (10,11) Tabla 3.

CIE - 10	Trastorno (según DSM – IV – TR)
F06	Trastorno del estado de ánimo debido a… (indicar enfermedad).
F32.0	Episodio Depresivo.
F33.0	Trastorno Depresivo Recurrente.
F34.0	Trastorno Ciclotímico.
F34.1	Distimia.
F43.25	Trastorno con Alteración de las Emociones y Comportamiento
F43.9	Trastorno No Especificado

Tabla 3

En la Tabla 4 mostramos los diagnósticos para enfermería relacionados con la depresión, según la clasificación NANDA. (13, 19) (Tabla 4)

NANDA	DIAGNÓSTICO
00002	Desequilibrio Nutricional por Defecto.
00015	Riesgo de Estreñimiento.
00023	Retención Urinaria.
00108	Déficit de Autocuidado. (baño, higiene…)
00109	Déficit de Autocuidado. (vestido, acicalamiento…)
00095	Deterioro del Patrón del Sueño.
00094	Fatiga.
00119	Baja Autoestima Crónica.
00146	Ansiedad.
00148	Temor.
00060	Interrupción de los Procesos Familiares.
00140	Riesgo de Violencia Autodirigida.
00078	Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico.

Tabla 4

Somatización

El trastorno de la Somatización (TS), anteriormente conocido como histeria o síndrome de Briquet, es un trastorno poli sintomático que se caracteriza por una presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de los repetidos resultados negativos de las exploraciones y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen justificación somática. Aún en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aún estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. (27) El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico. (24, 25)

En estos trastornos aparecen con frecuencia un comportamiento de demanda de atención (histriónico), en particular en enfermos resentidos por su fracaso a la hora de convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales. 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. (16,26)
La clasificación de los trastornos de somatización, según el manual DSM-IV-TR (2007), utilizados en asistencia primaria y con los códigos CIE-10, (10,11) Tabla 5.

CIE - 10	Trastorno (según DSM – IV – TR)
F45	Trastornos Somatoformos.
F45.1	Trastorno Somatoformo Indiferenciado.
F45.2	Trastorno Hipocondríaco.
F45.3	Disfunción vegetativa Somatomorfa.
F45.4	Trastorno de Dolor Somatoformo Persistente.
F45.8	Otros Trastornos Somatomorfos.
F45.9	Trastorno Somatoformo sin Especificación.

Tabla 5

En la somatización los diagnósticos NANDA, a los que nos podríamos referir nos llevaría prácticamente al enunciado de casi todos, causa debida a la posibilidad de estar alteradas gran parte de las funciones relacionadas, debido principalmente al diagnostico primario de la somatización. Por lo que no los enumeraremos.
Lo que es muy importante y a tener en cuenta es que en el diagnóstico de la hipocondría debe hacerse con mucho cuidado si las ideas del paciente sobre la enfermedad se ven reforzadas por curanderos que no están de acuerdo con las explicaciones y las exploraciones médicas.
El trastorno afecta igual a hombres y mujeres, siendo la prevalencia en la práctica médica entre un 4% y un 9%.
También hemos de tener en cuenta que la hipocondría puede iniciarse a cualquier edad; sin embargo, lo más frecuente es que empiece en los primeros años de la vida adulta. El curso es generalmente crónico, con períodos de mayor o menor intensidad, aunque algunas veces es posible que el individuo se recupere totalmente. El inicio agudo, la comorbilidad, la ausencia de trastornos de personalidad y la ausencia de una ganancia secundaria son indicadores de buen pronóstico. (28)
Las personas con hipocondría a menudo presentan también otros trastornos mentales, especialmente trastornos de ansiedad y depresivos.

HIPÓTESIS

El abordaje enfermero en un entorno grupal/individual mediante información en ansiedad y depresión, y con la adquisición de habilidades/herramientas para su manejo, mejora el estado de ánimo de la persona.

OBJETIVOS

Objetivo principal:
Determinar la relación existente entre la ansiedad, la depresión y los síntomas psicosomáticos en una muestra de pacientes visitados por salud mental en nuestro centro.

Objetivos secundarios:
Que el paciente adquiera los suficientes conocimientos sobre su enfermedad.
Mejorar los signos y síntomas, de la ansiedad y depresión.
Disminuir los síntomas somáticos.
Participación grupal con la identificación de la depresión y la ansiedad.
Aplicar la relajación como función terapéutica.

METODOLOGIA

Se ha realizado un estudio exploratorio en el ámbito comunitario de salud mental, en el centro de asistencia primaria (CAP Ramón Turró) y el de salud mental (CSMA Sant Martí Sud), perteneciente a la zona litoral de Barcelona ciudad. Se buscaron las sintomatologías: ansiedad, depresión, somatización, y a si mismo se observó el cruce entre ellas adecuando su interacción, digamos: ansiedad, depresión, somatización, ansiedad-depresión, ansiedad-depresión-somatización, ansiedad-somatización, y depresión somatización.
El resultante final ha sido de una n= 120 pacientes, por lo que se decidió efectuar un ensayo clínico con unos criterios de inclusión, siendo la muestra final de n=71.
Los criterios de inclusión fueron la de cumplir, de forma inicial, los criterios NANDA (13,19) para la ansiedad, depresión (ver tablas 4,2) y los diagnósticos para la ansiedad, depresión y somatización según el manual DSM-IV-TR (2007), utilizados en asistencia primaria y con los códigos CIE 10(10,11) (ver tablas 1,3,5).
Ser mayores de 18 años, que no presentasen ningún tipo de patología que les impidiese asistir a las visitas individuales/grupo.
Compromiso de asistencia.
Firma del consentimiento informado para el ensayo clínico.
Se establecieron aleatoriamente dos grupos de pacientes, unos para el abordaje terapéutico en grupo y otros de forma individual, siendo el mismo método para los dos aplicando: Psicoeducación teórica participativa y métodos de relajación.
Con la muestra obtenida se efectúo un cuestionario con una recogida datos de historial y variables sociodemográficas.
A todos los pacientes se les administraron los siguientes instrumentos/escalas, Todos los instrumentos se realizaron en el total de la muestra, pre-test, post-test y a los tres meses del estudio.
<u>Escala de Hamilton para la Depresion. (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS). Anexo I</u>
Es una escala heteroaplicada, consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo, ha de ser administrada por un clínico, el marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los del sueño, que se exploran los dos días

previos. Por cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación. (34)

Escala de Hamilton para la Ansiedad. (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS Anexo II

Es una escala heteroaplicada cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos. Físicos y conductuales de la ansiedad. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad y no se ha demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. (34)

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. (EADG). Anexo III

Este cuestionario es un test discriminatorio, no es válido para realizar diagnóstico
o seguimiento evolutivo.
Las preguntas se refieren a la situaciones vividas o sentidas por el paciente en los últimos 15 días
Cada ítem se puntúa sí / no y cada respuesta afirmativa contabiliza 1 punto.
En caso de duda o de que el paciente no le de importancia, prevalecerá el juicio
del médico en función de la significación clínica del síntoma.
Las cuatro primeras preguntas de cada subescala son obligatorias, el resto del cuestionario sólo se realizarán en el caso de haber obtenido al menos dos respuestas
positivas de las preguntas obligatorias en la subescala de ansiedad y una
en el caso de depresión.
Un total de puntuación > 2 para la depresión se considera positivo para el test.
Un total de puntuación > 5 para la ansiedad se considera positivo para el test.
Puntuaciones mayores incrementan la posibilidad de padecer la enfermedad.
Validada en AP en España por Montón et al en 1993. Para los valores indicados el
test presenta: Sensibilidad 83% - Especificidad 82%. (31,36)

Test de Othmer y DeSouza para la Detección del Trastorno de Somatización. Anexo IV

Es una escala heteroaplicada, fue desarrollada con la intención de obtener un instrumento sencillo y breve para la detección del trastorno de somatización. Consta de 7 ítems de respuesta dicotómica si o no. Cada uno de los ítems explora síntomas somáticos localizados (garganta, órganos genitales/recto, dificultades de memoria, dificultades para respirar, vómitos, dolores menstruales y dolores en dedos manos y pies).
Cada respuesta positiva vale 1 punto, la puntuación total se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los 7 ítems, por lo que oscila entre 0 y 7. El punto de corte recomendado para la población española es:
0-2 sin trastorno de somatización.
3-7 posible trastorno de somatización. (29,30)

Cuestionario de Salud EuroQol – 5D (EQ – 5D). Anexo V

Es un cuestionario Autoaplicado, esta diseñado con la intención de obtener un instrumento estandarizado y genérico para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud que permita el intercambio de datos entre los diferentes países.
Consta de dos partes:
La primera evalúa 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, por cada dimensión se

describen tres estados entre los cuales el paciente ha de elegir el que mejor refleje su situación. Esos 3 estados describen ausencia de problemas en esa dimensión (1 punto), problemas moderados (2 puntos) y problemas graves (3 puntos).
La segunda parte consiste en una escala analógica visual representada mediante una línea vertical de 20cm de longitud y graduada del 0 (peor estado de salud imaginable) al 100 (mejor estado de salud imaginable). El paciente ha de marcar en dicha escala el punto que mejor represente su estado de salud global en el día de la entrevista.
La primera parte del instrumento (las 5 dimensiones con los 3 estados cada una) proporciona una información de tipo descriptivo, de tal modo que todas las combinaciones posibles generan un total de 243 estados de salud posibles (combinación de 3 elementos tomados de 5 en 5).
El grupo español del EuroQol transforma esas posibles 243 combinaciones o estados en una puntuación que oscila entre 0 (sin problemas) (corresponde a la combinación obtenida de puntuar 1 en las 5 dimensiones {11111} y 1 (problemas graves) (corresponde a la combinación obtenida de puntuar de 3 en las 5 dimensiones {33333}.
La segunda parte del EuroQol, la línea vertical, proporciona un a información cuantitativa sobre el estado de salud global percibido por el paciente, que oscila entre 0 (el peor estado de salud imaginable) y 100 (el mejor estado de salud imaginable). (32,33)

Dinámica y Enfoque Asistencial Enfermero.

En la metodología ha seguir en el abordaje de los pacientes tanto a nivel individual cómo en el grupo, se realizó tanto en un marco teórico, como en el practico.
Inicialmente nos centramos en la educación sanitaria, dando a los usuarios los conocimientos básicos sobre su enfermedad para poder mejorar la identificación de los síntomas y de los pensamientos que los envuelven.
La psicoeducación es una intervención útil para la prevención y la promoción de la salud en el ámbito de la salud mental. La bibliografía, recomienda estas intervenciones psicoeducativas, a nivel individual y grupal como tratamiento de elección o alternativo para este tipo de trastornos. La psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren un trastorno mental con el objetivo de la comprensión y la capacidad para poder convivir con sus dificultades. Refuerza los puntos fuertes, los recursos, y las habilidades de los pacientes para adecuarse a su situación, evitar las recaídas y contribuir a la salud y al bienestar. También tiene la función de contribuir a la no estigmatización del trastorno psiquiátrico y a la disminución de las barreras para su tratamiento. La intervención educativa se basa en la intervención activa del paciente, en el análisis de su problema y en su solución.
Al grupo se le informa de la patología de los pacientes y se posibilitan intercambios y experiencias entre ellos.
Distinguiremos 3 fases
1a fase. El es que el paciente aumente sus conocimientos sobre el trastorno, adquiera conciencia de su situación actual y un conocimiento sobre si mismo. Se trabajan diferentes modelos de autoayuda.
2a fase. En esta fase el objetivo es alcanzar los suficientes conocimientos sobre un estilo de vida saludable y la adquisición de conductas facilitadotas de su salud.

3a fase. Es la ultima fase tiene como objetivo el análisis de los recursos para el abordaje de situaciones críticas. En esta fase se trabajan las técnicas de resolución de problemas, de activación conductual y de las técnicas de relajación y respiración. (35)
Las intervenciones de enfermería NIC (Nursing Intervention Classification) (19) que se llevaron a cabo en las 12 sesiones de grupo y a nivel individual han sido:
NIC 0200. Promoción del ejercicio.
NIC 1.100 Gestión de la nutrición.
NIC 1.850 Mejorar el sueño.
NIC 2.380. Gestión de la medicación.
NIC 4.340. Adiestramiento de la asertividad.
NIC 4.360. Modificación de la conducta
NIC 4.362. Modificación de la conducta: habilidades sociales
NIC 4.370. Adiestramiento para controlar impulsos
NIC 4.470. Ayudar al autocambio.
NIC 4.700. Reestructuración cognitiva.
NIC 5.020. Mediación de conflictos
NIC 5.100. Fomento de la sociabilización.
NIC 5.220. Mejorar la imagen corporal.
NIC 5.230. Mejorar el afrontamiento.
NIC 5.360. Terapia de entretenimiento.
NIC 5.400. Mejorar la autoestima.
NIC 5.430. Grupo de apoyo.
NIC 5.450. Terapia de grupo
NIC 5.510. Educación sanitaria
NIC 5.604. Enseñanza: grupal
NIC 5.900. Distracción.

RESULTADOS

El tratamiento estadístico se ha llevado a cabo con el volcaje de todos los datos, pre-post y a los tres meses con el programa estadístico SPSS 12.0 versión Chicago.
Del total de la muestra (n=71), 56 (78,9%) eran mujeres y 15 (21,1%) hombres, en el grupo fueron 36 (76,6%) mujeres y 11 (23,4%) hombres, siendo la media de edad de 49 años en el grupo y de 50 años en la individual. Del total 50 (70,4%) eran casados, 2 (2,8%) solteros, 12 (16,9%) separados y 7 (9,9%) eran viudos/as. Vivian solos/as 15 (21,1%), con la familia 4 (5,6%) y en pareja o casados/as 52 (73,2%). El 100% de la muestra eran de nacionalidad caucasiana.
La situación laboral era de 7 (9,9%) en activo, 18 (25,4%) estaban en el paro y 46 (64,8%) estaban por otras labores.
Con diagnóstico de ansiedad en el grupo se contabilizaron 8 (17,0%) y en individual 8 (33,3%) que representa un total de 16 (22,5%), con diagnóstico de ansiedad más depresión los datos son más significativos representando 39 (83,0%) pacientes en el grupo y 16 (66,7%) en individual, siendo el total de 55 (77,5%).
Los pacientes somatizadores tan sólo representaban el 12,7% (9), siendo el resto del 87,3% (62) que no cumplían criterios de somatización, aunque

encontramos que 45 (63,4%) de los pacientes tenían comorbilidad somática asociada, por un 36,6 (26) que no la tenían.
Tomaban ansiolíticos16 (22,5%), antidepresivos 5 (7,0%), ansiolíticos más antidepresivos 41 (57,7%) y estaban polimedicados 8 (11,3%), sólo había un paciente que no tomaba ningún tipo de medicación.
La media de analíticas y pruebas complementarias que se habían efectuado en un período anterior máximo de dos meses era de 2 pruebas que representa en 40 (56,3%) pacientes, en el período post estudio bajaron al 80,3% que representa un total de 57 pacientes, siendo un dato significativo.
La visitas que en el inicio había un promedio de 4-5-6 visitas por mes que representaba un total de 61 (84,9%), en el post bajo a 1-2 visitas con un total de 76 (93%) pacientes, dato muy significativo.
En la escala Golberg la media del los pacientes del grupo que presentaban ansiedad era de 6,74 pre, 3,19 post y de 2,28 a los tres meses, siendo en la individual de 7,08 pre, 2,13 post y 3,67 en tres meses.
En los pacientes que presentaban depresión en la escala Golberg, la media de grupo era de 2,98 pre, 1,62 post y 1,49 a los tres meses y en individual 1,96 pre, 0,17 post y de 0,08 a los tres meses, dato significativo en abordaje individual.
En Hamilton (HDRS) las medias en grupo son de 6,15 pre, 3,49 post y de 3,56 a los tres meses, y en individual la media es 6,33 pre, 3,96 post, y de 3,46 a los tres meses, estos datos son significativos tanto en la grupal cómo en la individual por la disminución clara de los síntomas de depresión.
En Hamilton (HARS) los datos en grupo eran de una media de 9,21 pre, 6,19 post y 3,79 tres meses y de forma individual la media es 8,75 pre, 3,92 post y 4,63 tres meses, datos significativos tanto a nivel individual como grupal de disminución de los signos y síntomas de ansiedad.
El cuestionario de Salud EuroQol – 5D (EQ – 5D) nos dio unos datos altamente satisfactorios en cuanto a la calidad de vida siendo de una media pre de 62,87 pre, hasta llegar a 78,42 a los tres meses.
La somatización dio pocas diferencias, contando que de inicio teníamos pocos pacientes somatizadotes por lo que pasó de una media de 3,02 pre a una media de 1,03 a los tres meses.
El resultado en pruebas complementarias y analíticas fue sorprendente ya que paso en el total del grupo una media de 0,60 a los tres meses.

CONCLUSIONES

Se confirmó la relación directa entre la intensidad de los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad. Los síntomas somáticos más frecuentes y de mayor preocupación fueron los dolores de cabeza, menstruales, sensación de nudo en la garganta y dolores generalizados de dedos, manos y pies, aunque no eran estadísticamente significativos. Estos síntomas no se asociaban con la posible
comorbilidad de base (diabetes, insuficiencia cardíaca…) El abordaje de enfermería y su intervención terapéutica paliaron los síntomas y signos tanto de la ansiedad como en la depresión y en el marcaje post-lab se observó la disminución en el consumo de recursos, por lo que recomendamos la inclusión de programas a nivel grupal o individual de prevención y/o tratamiento de cualquiera de estos tres trastornos.

BIBLIOGRAFIA

1. Document Àmbit d'Tenció Primària BCN Ciutat Àrea de Salut Mental. 2004.

2. Ross J: Triumph Over Fear- A Book of Help and Hope for People UIT Anxiety, Panic Attacks, and Phobias. New York, Bantam Books, 1994.

3. Tierno M., Cassinello C., Rey E., Maldonado S.: Educación Grupal en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad. Rev. Metas de enfermería. Vol.6 nº52 (febr.2003) p.6-10.

4. Bastida de Miguel, A.Mª. Miedos, ansiedad y fobias: diferencias, normalidad o patología. Boletín de novedades de psicología online – 01 de marzo 2012. En http://www.psicologia-online.com/infantil/miedos-ansiedad-y-fobias.shtml.

5. Sandín, B. y Chorot, P. (1995b). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología (Vol. 2, pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.

6. Caballo,V. y cols.(1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Ediciones Siglo XXI.

7.Hué García, C. (2007). Pensamiento emocional. Zaragoza: Mira Editores.

8. Labrador, F. J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1998): Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Editorial Pirámide.

9.Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica. Madrid. Dykinson

10. Organización Munidal de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. 1991.

11. American Psychological Association (APA). DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona:Ed. Masson,1995

12. Sadavoy J, Kenneth L.: Treatment of anxiety disorders in late life. Can J Psychiatry 1997; 42 Supl 1: 28S-35S.

13. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 1999-2000. Madrid: Harcourt, DL; 1999.

14. HaroJM,Palacín C,Vilagut G,Martinez M,Bernal M,LuqueI, et al. Prevalencia de los transtornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España.MedClin (Barc). 2006;126:445–51. 2.

15. Aragones E, Pinol JL, Labad A, Masdeu RM, PinoM,CerveraJ. Prevalenceand determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. Int J Psychiatry Med.2004;34:21–35. 3.

16. Ortiz LA,Gonzalez GR,Rodriguez SF.La derivación a salud mental de pacientes sin un transtorno psíquico diagnosticable. AtenPrimaria.2006;38:563–9. 9.

17. Fernandez A,Haro JM,Codony M,Vilagut G,Martinez-Alonso M, Autonell J,et al.
Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialized care inSpain.JAffect Disord. 2006;96:9–20. 8.

18. Tizón JL.La atención primaria a la salud mental:una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. Aten Primaria.2000;26:111–9.

19. Johnson M, Bulechek G, McCloskey D et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Harcourt Elsevier DL; 2004.

20. Sleath B,Shih YC.Sociological influence son antidepressant prescribing. SocSciMed.2003;56:1335–44. 16.

21. Miedema B,Tatemichi S,Thomas-MacLean R,Stoppard J. Barriers Reating depression in the family physician's office. Can J Commun Ment Health. 2004;23:37–46. 17.

22. BaikSY,BowersBJ,OakleyLD,SusmanJL.There cognition of depression: the primary care clinician's perspective.Ann Fam Med. 2005;3:31–7. 18.

23 Chew-Graham CA, Mullin S, May CR,Hedley S,Cole H.Managing depression in primary care:another example oft he inverse care law? Fam Pract 2002;19:632–7. 19.

24. Granel A. Pacientes con síntomas somáticos no explicables. Evid. Actual. Pract. Ambul 2006; 9(6): 176 –180.

25. Florenzano R, Fullerton C, Acuna J, *et al*. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. Rev. chil.neuro-psiquiatr. [serial online] 2002 enero [citado 28 Febrero 2012]; 40(1): (6 páginas en pantalla). Disponible en: URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-272002000100006&lng=es&nrm=iso>.I SSN 0717-9227.

26. Carvajal de la Torre A. Somatizaciones. Guías clínicas en atención primaria (serial on line) 2002 Abril (Referido en 20 Enero 2012); 2(25): (5 páginas en pantalla).
Disponible en: URL: http://www.fisterra.com/guias2/somatizaciones.asp.

27. Farré F, Fullana M. Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual. Barcelona: Ars Médica; 2005.

28. American Psychiatric Associattion: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ed.Barcelona: Mason; 1995.p. 457 – 468.

29. Garcia-Campayo J, Sanz Carrillo C, Perez-Echevarria MJ, Campos R, Lobo A. Screening of somatizacion disorder: Validation of de Spanish versión of the Otmer and DeSouza Test. Acta Psychiatr Scand 1996; 94: 411-415.

30. Kirmayer LJ, Robbins JM, Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence and socialgraphic characterístics. J.Nerv Ment Dis 1991; 179; 647-655.

31. Goldberg D., Bridges K., Duncan –Jones P., Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988; 97:897-9. BIBLIO

32. Badia X, Roset M, Montserrat S, Segura A. The Spanish version of EuroQol; A description and its applications. European Quality of Life scale. Med Clin (Barc) 1999; 112 (Supl 1): 79-85.

33. Badia X, Schiaffino A, Alonso A, Herdman M, Using the EuroQol, 5-D in the Catalan general population: Feasibility and construct validity. Qual Life Res 1998; 7: 311-322.

34. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Ballesteros J, Ibarra N. Grupo de validación español de escalas psicométricas. Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin (Barc) 2003; 120:693-700.

35. Protocol d'un programa d'infermeria d'intervenció grupal psicoeducativa en pacients amb trastorn depressiu lleu a l'Atenció Primària. I07/90712.

36. EADG: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada) (Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)

ANEXOS

I Escala de Hamilton para la Depresion.
(Hamilton Depression Rating Scale – HDRS).

II Escala de Hamilton para la Ansiedad.
(Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS).

III Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

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

V Cuestionario de Salud EuroQol – 5D (EQ – 5D).

ANEXO I

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

Ítems	*Criterios operativos de valoración*
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. *Insight* (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

ANEXO II

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	*Puntos*				
1. *Humor ansioso* (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. *Tensión* (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. *Miedos* (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. *Insomnio* (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. *Funciones intelectuales* (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. *Humor deprimido* (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. *Síntomas somáticos generales (musculares)* (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. *Síntomas somáticos generales (sensoriales)* (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. *Síntomas cardiovasculares* (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. *Síntomas respiratorios* (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. *Síntomas gastrointestinales* (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. *Síntomas genitourinarios* (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. *Síntomas del sistema nervioso autónomo* (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. *Comportamiento durante la entrevista* – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

ANEXO III

Escala de depresión y ansiedad de Goldberg

Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cois., 1998,
versión espartóla GZEWIPP, 1993)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

ANEXO IV

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

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

ANEXO V

14.3. Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud *en el día de hoy*.

Movilidad
- No tengo problemas para caminar ☐
- Tengo algunos problemas para caminar ☐
- Tengo que estar en la cama ☐

Cuidado personal
- No tengo problemas con el cuidado personal ☐
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme ☐
- Soy incapaz de lavarme o vestirme ☐

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)
- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas ☐

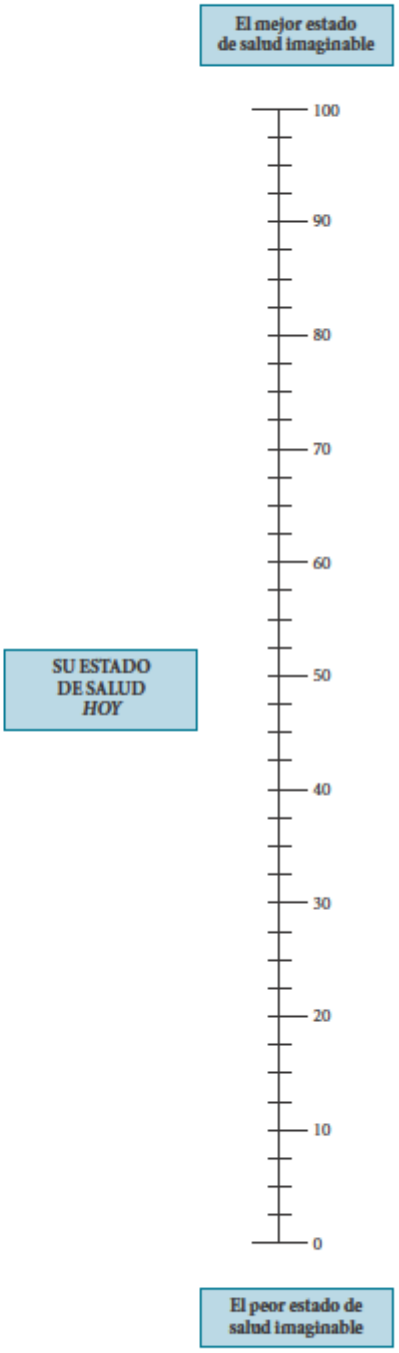
Dolor/malestar
- No tengo dolor ni malestar ☐
- Tengo moderado dolor o malestar ☐
- Tengo mucho dolor o malestar ☐

Ansiedad/depresión
- No estoy ansioso ni deprimido ☐
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido ☐
- Estoy muy ansioso o deprimido ☐

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:
(POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)
- Mejor ☐
- Igual ☐
- Peor ☐

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de *hoy*.
Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de *hoy*.



14. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud **382**