

UNIVERSIDAD DE LEÓN

ESCUELA DE DOCTORADO



SALUD, DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA Y BIENESTAR

SÍNTOMAS DE BAJA EXPLICABILIDAD ORGÁNICA EN UNIDAD DEL DOLOR. INCIDENCIA, PERFIL PSICOMÉTRICO Y ANÁLISIS DE COSTES.

TESIS DOCTORAL

Antonio Serrano García

Tutor:

Jesús Ángel Seco Calvo

Directores:

Jesús Ángel Seco Calvo

Cipriano Jesús Betegón Nicolás

León, 2021

DEDICATORIA

A mis padres y a mi hermana, con los que aprendí a mirar el mundo

AGRADECIMIENTOS

La primera persona a la que debo este trabajo es el doctor Javier Álvarez, que tuvo la visión de integrar la psiquiatría en la Unidad del Dolor del Hospital de León y lo hizo de una forma innovadora y diferente. Aprendí mucho de él y con él y tuve la oportunidad, a mi manera, de continuar lo que él empezó. Junto con él, otros empujaron para poder crear un pequeño tesoro asistencial que, a pesar de los vaivenes del tiempo, se mantiene en esencia. Es justo agradecer su labor y su impulso a los doctores Paloma Marcos, Emilio Bronte, Manuel Fernández y María Jesús López Gago y a los gestores que ayudaron a construirlo.

Debo agradecer también a mis directores, el doctor Jesús Seco y el doctor Jesús Betegón, que han sido pacientes conmigo y me han animado y empujado para terminar este proyecto. Sin su impulso es posible que me hubiera perdido por los recovecos de la cotidianeidad.

Nadie se acerca al conocimiento sin haber tenido buenos maestros, y yo he tenido la suerte de tropezarme con muchos a lo largo de mi vida, desde el colegio La Salle de Astorga, pasando por el instituto Juan del Enzina y la Universidad de Valladolid, hasta llegar al Hospital Miguel Servet de Zaragoza y aún después, pues en un oficio como la medicina, nunca se deja de ser estudiante. Son muchos los que debería nombrar y seguro que no hago justicia a todos, pero haré el ejercicio de citar a los que se presentan ante mi memoria con más frecuencia: Constancio González, José María Manso, Valentín Conde, Nieves López, Antonio Orduña, Ana Almaraz, Alfredo Corell, Jorge Alonso-Lej, María Jesús Pérez-Echeverría, José Luis Día, Tirso Ventura, Paco Caro, Javier García-Campayo, Concepción Sanz, Víctor Peralta y todos aquellos que han dedicado algo de su tiempo para enseñarme.

Además de los maestros, he tenido muchos compañeros de andanzas y de aprendizaje, algunos están más lejos y otros siguen cerca de mí, pero en su momento son y han sido parte de mi descubrimiento de la realidad y han configurado mi forma de estar en el mundo. Al igual que con los maestros, nombro a los que saltan a mi memoria en el momento de escribir estas líneas: Roberto Velasco, Beatriz Serrano, Laura Del Otero, Iria Álvarez, Mariam El-Khatib, Cristina Soler, Sergio Álvarez, María López-Acosta, Rocío Gómez, Clara Franch, Francisco Rodríguez, y alguno más que aparecerá cuando menos me lo espere.

Por último no puedo olvidarme de los de toda la vida, de los que aprendimos juntos a vivir, más allá de las cuestiones académicas y que tengo la suerte de tenerlos a mi lado: Ramiro Hernández, Saturnino Luengo y Manuel León.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Denominación	Página
Tabla 1	Descripción de Los Principales Trastornos Somatomorfos según CIE-10	9
Tabla 2	Clasificación de la Fibromialgia	19
Tabla 3	Criterios Diagnósticos de Simulación y Trastorno Facticio según la CIE-10	22
Tabla 4	Traducido de Aamland et al: Tipo de síntomas, situación laboral y recursos utilizados por pacientes con MUS	38
Tabla 5	Traducido de Aamland et al: Edad, nivel académico y duración de los síntomas en pacientes con MUS	39
Tabla 6	Criterios diagnósticos del síndrome de fatiga crónica (Criterios internacionales o de Fukuda et al.)	46
Tabla 7	Clasificación de las cefaleas tensionales	53
Tabla 8	Clasificación del Latigazo Cervical según la Whiplash Associated Disorders	63
Tabla 9	Procedencia de las consultas de la Unidad del Dolor de León	70
Tabla 10	Subescalas de test de Funcionamiento Familiar FF-SIL	81
Tabla 11	Puntuación del test de Funcionamiento Familiar FF-SIL	81
Tabla 12	Variables Sociodemográficas: Pacientes con sospecha de MUS (N=343)	89

Tabla 13	Variables Sociodemográficas I: Edad y Sexo. Pacientes con sospecha de MUS tras clasificación diagnóstica	92
Tabla 14	Variables Sociodemográficas II: Situación Laboral. Pacientes con sospecha de MUS tras clasificación diagnóstica	93
Tabla 15	Variables Sociodemográficas III: Oficio y Nivel Académico. Pacientes con sospecha de MUS tras clasificación diagnóstica	94
Tabla 16	Variables Sociodemográficas IV: Convivencia y Estado Civil. Pacientes con sospecha de MUS tras clasificación diagnóstica	95
Tabla 17	Puntuaciones del Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL y subescalas tras clasificación diagnóstica	96
Tabla 18	Puntuaciones del Test de Othmer y De Souza tras clasificación diagnóstica	98
Tabla 19	Puntuaciones del Inventario de Sensibilización Central tras clasificación diagnóstica	99
Tabla 20	Puntuaciones de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión tras clasificación diagnóstica	101
Tabla 21	Puntuaciones del Inventario de Discapacidad de Sheehan tras clasificación diagnóstica	102
Tabla 22	Puntuaciones del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas tras clasificación diagnóstica	106
Tabla 23	Curva ROC Etapa 1: Diferenciación entre pacientes que simulan su psicopatología y aquellos que no lo hacen	108

Tabla 24	Sensibilidad y Especificidad del test SIMS (discriminante Etapa 1)	109
Tabla 25	Curva ROC Etapa 2: Diferenciación entre simuladores que buscan una ganancia y aquellos que presentan un trastorno mental caracterizado por la necesidad patológica de asumir el rol de enfermo	111
Tabla 26	Sensibilidad y Especificidad de la Suma de Diagnósticos del Inventario de Sensibilización Central (discriminante Etapa 2)	112
Tabla 27	Curva ROC Etapa 3: Diferenciación entre pacientes no simuladores con un trastorno mental y pacientes no simuladores sin psicopatología.	113
Tabla 28	Sensibilidad y Especificidad de la puntuación de Ansiedad de la escala HADS (discriminante Etapa 3)	114
Tabla 29	Curva ROC Etapa 4: Diferenciación entre Trastornos Somatomorfos y Otros Trastornos Mentales	116
Tabla 30	Trasposición de costes sanitarios de los MUS a nuestro entorno, según estudio de Bermingham SL et al	122
Tabla 31	Coste de procedimientos en el CAULE (Servicio de Contabilidad Analítica, año 2016)	125
Tabla 32	Pacientes incluidos: Grupos diagnósticos	128
Tabla 33	Número total de procedimientos realizados	129
Tabla 34	Comparación MUS vs No MUS según número total de procedimientos realizados	130

Tabla 35	Comparación MUS vs No MUS según coste de procedimientos realizados	131
Tabla 36	Comparación de uso de recursos y costes entre pacientes con distintos cuadros MUS	132
Tabla 37	Gasto sanitario por habitante según Comunidad Autónoma (año 2017)	134
Tabla 38	Coste por año de pacientes incluidos. Proporción respecto a media autonómica	135
Tabla 39	Fases de la respuesta de estrés	144

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	Denominación	Página
Gráfico 1	Diagnóstico Diferencial de los MUS	6
Gráfico 2	Distribución de zonas corporales para el diagnóstico de Fibromialgia	49
Gráfico 3	Proceso diagnóstico multidisciplinar de los pacientes con MUS	69
Gráfico 4	Resultados diagnósticos en la muestra	72
Gráfico 5	Prevalencia de MUS en la Unidad del Dolor de León	75
Gráfico 6	Proceso diagnóstico multidisciplinar de los pacientes con MUS	87
Gráfico 7	Algoritmo secuencial de valoración de pacientes con MUS: Planteamiento	87
Gráfico 8	Resultados Diagnósticos de la Entrevista Psiquiátrica	91
Gráfico 9	Puntuaciones del Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL tras clasificación diagnóstica	97
Gráfico 10	Puntuaciones de subescalas del Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL tras clasificación diagnóstica	98
Gráfico 11	Media de diagnósticos del Inventario de Sensibilización Central tras Clasificación Diagnóstica	100
Gráfico 12	Puntuaciones de Discapacidad Percibida (laboral, social y familiar) tras clasificación diagnóstica	103

Gráfico 13	Puntuación de Estrés Percibido tras clasificación diagnóstica	104
Gráfico 14	Puntuación de Apoyo Social Percibido tras clasificación diagnóstica	105
Gráfico 15	Algoritmo secuencial de valoración de pacientes con MUS: Grupos de pacientes	107
Gráfico 16	Curva ROC Etapa 1: Diferenciación entre pacientes que simulan su psicopatología y aquellos que no lo hacen	108
Gráfico 17	Curva ROC Etapa 2: Diferenciación entre simuladores que buscan una ganancia y aquellos que presentan un trastorno mental caracterizado por la necesidad patológica de asumir el rol de enfermo	110
Gráfico 18	Curva ROC Etapa 3: Diferenciación entre pacientes no simuladores con un trastorno mental y pacientes no simuladores sin psicopatología.	113
Gráfico 19	Curva ROC Etapa 4: Diferenciación entre Trastornos Somatomorfos y Otros Trastornos Mentales	115
Gráfico 20	Algoritmo secuencial de valoración de pacientes con MUS: Resultados	117
Gráfico 21	Proporción de coincidencia algoritmo-gold standard tras clasificación diagnóstica	118
Gráfico 22	Composición del gasto sanitario (año 2017)	134
Gráfico 23	Modelo de la memoria a largo plazo, según E. Kandel	144
Gráfico 24	Estructuras relacionadas con el procesamiento del dolor. Tomado de Ong W et al.	149

ABREVIATURAS UTILIZADAS

ADN:	Ácido Desoxirribonucleico
AMP:	Adenosín Monofosfato
ANOVA:	Analysis of Variance. Análisis de la Varianza
ATM:	Articulación Témporomandibular
BOE:	Boletín Oficial del Estado
CAULE:	Complejo Asistencial Universitario de León
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
COMT:	Catecol-o-Metil-Transferasa
CREB:	cAMP Response Element-binding. Ligando del elemento de respuesta al AMP-cíclico
DE:	Desviación Estándar
DSM:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DSM-III-R:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Tercera Edición Revisada
ECO:	Ecografía
EESI:	Environmental Exposure and Sensitivity Inventory. Inventario de Exposición Ambiental y Sensitividad
EII:	Enfermedad Inflamatoria Intestinal
EVA:	Escala Visual Analógica

FF-SIL:	Test de Percepción del Funcionamiento Familiar
FM:	Fibromialgia
FP:	Formación Profesional
HADS:	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
HADS-A:	Subescala de Ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
HADS-D:	Subescala de Depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
HHA:	Eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal
ICHD-III:	International Classification of Headache Disorders, 3 rd edition. Clasificación Internacional de las Cefaleas, Tercera Edición.
MAP-quinasa:	Mitogen-activated Protein Kinase. Proteína Quinasa activada por Mitógenos
MUS:	Medically Unexplained Symptoms. Síntomas Médicos Inexplicados
NHS:	National Health Service. Servicio Nacional de Salud Británico
NO:	Óxido Nítrico
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PAAF:	Punción-Aspiración con Aguja Fina
PCR:	Proteína C Reactiva
PET:	Tomografía por Emisión de Positrones

QEESI:	Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory. Inventario Rápido de Exposición Ambiental y Sensitividad
RDC:	Research Diagnosis Criteria. Criterios Diagnósticos de Investigación
RMN:	Resonancia Magnética Nuclear
ROC:	Receiver Operating Characteristic. Característica Operativa del Receptor
SACYL:	Sanidad de Castilla y León
SCI:	Inventario de Sensibilización Central
SDI:	Inventario de Sheehan de Discapacidad
SFC:	Síndrome de Fatiga Crónica
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SII:	Síndrome del Intestino Irritable
SIMS:	Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas
SLC:	Síndrome de Latigazo Cervical
SNC:	Sistema Nervioso Central
SPI:	Síndrome de Piernas Inquietas
SQM:	Sensibilidad Química Múltiple
SSC:	Síndrome(s) de Sensibilización Central
TAC:	Tomografía Axial Computerizada
TePs:	Tender Points
TMD:	Trastorno de la Unión Témporomandibular

XMRV: Virus Relacionado con la Leucemia Murina

ÍNDICE

CAPÍTULO	APARTADO	EPÍGRAFE	SUBEPÍGRAFE	Página
1.	Introducción			1
2.	Marco teórico: Síndromes de baja explicabilidad orgánica			5
	2.1	Concepto de MUS		5
	2.2	Diagnóstico diferencial de los MUS		6
		2.2.1	Trastornos Somatomorfos	7
		2.2.2	Síndromes de Sensibilización Central	18
		2.2.3	Simulación y Trastornos Ficticios	21
			2.2.3.1 <i>Criterios de Bianchini, Greve y Glyn para el diagnóstico de Simulación en cuadros de dolor</i>	24
			2.2.3.2 <i>Niveles de certeza diagnóstica para Simulación</i>	27
			2.2.3.3 <i>Tipos de Simulación</i>	27
		2.2.4	Alteraciones somáticas asociadas a enfermedades mentales	28
			2.2.4.1 <i>La hipocondría minor</i>	31
			2.2.4.2 <i>La hipocondría delirante</i>	34
	2.3	Epidemiología de los MUS		37
	2.4	Hipótesis causales		40
	2.5	Cuadros MUS más frecuentes: Descripción		43
		2.5.1	Síndrome de Piernas Inquietas	43
			2.5.1.1 <i>Etiología, Fisiopatología y Epidemiología</i>	43
			2.5.1.2 <i>Criterios Clínicos</i>	44
		2.5.2	Síndrome de Fatiga Crónica	45
			2.5.2.1 <i>Etiología, Fisiopatología y Epidemiología</i>	45
			2.5.2.2 <i>Criterios Clínicos</i>	46
		2.5.3	Fibromialgia	47
			2.5.3.1 <i>Etiología, Fisiopatología y Epidemiología</i>	47
			2.5.3.2 <i>Criterios Clínicos</i>	48
		2.5.4	Trastorno de la Unión Témporomandibular	49

	2.5.4.1 <i>Etiología, Fisiopatología y Epidemiología</i>	50
	2.5.4.2 <i>Criterios Clínicos</i>	51
2.5.5	Cefalea Tensional	52
	2.5.5.1 <i>Etiología, Fisiopatología y Epidemiología</i>	52
	2.5.5.2 <i>Criterios Clínicos</i>	53
2.5.6	Síndrome de Intestino Irritable	54
	2.5.6.1 <i>Etiología, Fisiopatología y Epidemiología</i>	54
	2.5.6.2 <i>Criterios Clínicos</i>	55
2.5.7	Sensibilidad Química Múltiple	58
	2.5.7.1 <i>Etiología, Fisiopatología y Epidemiología</i>	58
	2.5.7.2 <i>Criterios Clínicos</i>	60
2.5.8	Cervicalgia y Síndrome del Latigazo Cervical	61
	2.5.8.1 <i>Etiología, Fisiopatología y Epidemiología</i>	62
	2.5.8.2 <i>Criterios Clínicos</i>	63
3.	Prevalencia de MUS en Unidad del Dolor. Caracterización de los MUS	65
	3.1 Introducción	65
	3.2 Objetivos	67
	3.3 Material y métodos	68
	3.4 Resultados	70
	3.4.1 Descripción de los principales grupos diagnósticos encontrados	72
	3.4.2 Elaboración de diagrama de flujo para el cálculo de la prevalencia de MUS en la Unidad del Dolor	74
	3.5 Conclusiones	76
4.	Perfil psicométrico de los MUS	78
	4.1 Introducción	78
	4.2 Objetivos	79
	4.3 Material y métodos	80
	4.3.1 Test de Percepción del funcionamiento familiar	80
	4.3.2 Test de Othmer y De Souza para la detección de Somatización	82
	4.3.3 Inventario de Sensibilización Central	83

4.3.4	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	84
4.3.5	Inventario de Sheehan de Discapacidad	85
4.3.6	Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas	85
4.3.7	Formación de los grupos de comparación y planteamiento de algoritmo diagnóstico.	86
4.4	Resultados	89
4.4.1	Análisis Descriptivo	89
	4.4.1.1 Variables sociodemográficas	89
	4.4.1.2 Test de Percepción del funcionamiento familiar	96
	4.4.1.3 Test de Othmer y De Souza para la detección de Somatización	98
	4.4.1.4 Inventario de Sensibilización Central	99
	4.4.1.5 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	101
	4.4.1.6 Inventario de Sheehan de Discapacidad	102
	4.4.1.7 Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas	106
4.4.2	Construcción de algoritmo diagnóstico	107
	4.4.2.1 Etapa 1: Diferenciación entre pacientes que simulan su psicopatología y aquellos que no lo hacen.	107
	4.4.2.2 Etapa 2: Diferenciación entre simuladores que buscan una ganancia y aquellos que presentan un trastorno mental caracterizado por la necesidad patológica de asumir el rol de enfermo.	110
	4.4.2.3 Etapa 3: Diferenciación entre pacientes no simuladores	112

	<i>con un trastorno mental y pacientes no simuladores sin psicopatología.</i>	
	<i>4.4.2.4 Etapa 4: Diferenciación entre Trastornos Somatomorfos y Otros Trastornos Mentales.</i>	115
	<i>4.4.2.5 Construcción del algoritmo diagnóstico</i>	117
4.5	Conclusiones	119
5.	Consumo de recursos en pacientes con MUS	121
5.1	Introducción	121
5.2	Objetivos	123
5.3	Material y métodos	124
	5.3.1 Procedimientos cuantificados	125
	5.3.2 Fuentes de datos para la cuantificación de gastos	126
	5.3.3 Procedimientos estadísticos	127
5.4	Resultados	128
	5.4.1 Comparación de uso de recursos y costes entre pacientes con cuadros MUS y No MUS	130
	5.4.2 Comparación de uso de recursos y costes entre pacientes con distintos cuadros MUS	132
	5.4.3 Comparación de costes hospitalarios entre pacientes MUS y datos de gasto hospitalario proporcionados por el Sacyl	133
5.5	Conclusiones	136
6.	Discusión	138
6.1	Modelos de dolor y Síntomas Médicos Inexplicados	138
6.2	Psicometría y sistemas categoriales para Síntomas Médicos Inexplicados	147
6.3	Síntomas Médicos Inexplicados y Sistema Sanitario Público	151
7.	Conclusiones	155
8.	Bibliografía	159
Anexo I:	Test De Percepción Del Funcionamiento Familiar	183
Anexo II:	Test De Othmer Y De Souza Para La Detección Del Trastorno De Somatización	185
Anexo III:	Inventario De Sensibilización Central	187
Anexo IV:	Escala Hospitalaria De Ansiedad Y Depresión	190
Anexo V:	Inventario De Discapacidad De Sheehan	192
Anexo VI:	Inventario Estructurado De Simulación De Síntomas	194

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

El ser humano enferma, esto es un hecho, sin embargo la distinción entre la salud y la enfermedad no constituye una dicotomía sino que existe un continuo entre la salud perfecta, que se ajusta a la definición de la OMS ("La salud es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad") (1), y la enfermedad absoluta, que se podría identificar con la muerte. Entre estos dos estados, de salud plena y de muerte, el ser humano vive las aflicciones de su organismo y busca la forma de enfrentarse a ellas, de tal forma que pueda mantenerse en equilibrio con su entorno, sobrevivir y desarrollarse.

Es por lo tanto razonable entender al ser humano enfermo como un sujeto complejo en el que se imbrican factores biológicos, psicológicos y sociales y que, frecuentemente, acude al sistema sanitario, que es a su vez un ente complejo, en busca de conocimientos y técnicas que le permitan enfrentarse con su padecimiento.

Para poder ser eficaz en el abordaje de la enfermedad el sistema médico ha clasificado las distintas formas de padecimiento en categorías diagnósticas y a partir de esas categorías ha evolucionado y ha ido acumulando a lo largo de la historia múltiples formas de enfrentarse a los distintos procesos, sin embargo, en el camino de categorización de la enfermedad, como todo proceso de simplificación, se ha perdido información y existen pacientes cuyo cuadro clínico no encaja fácilmente en una de las citadas categorías.

Si bien de cara a la comunicación y al estudio sistemático de poblaciones es imprescindible agrupar casos similares para poder estudiar la eficacia de distintas intervenciones sobre la evolución de esos casos, a la hora de aplicar lo estudiado a un

paciente determinado, en una consulta determinada, en un tiempo determinado y con unas circunstancias determinadas, es la habilidad del médico la que debe modular todos los conocimientos procedentes de los estudios en la población para traducirlo al caso particularísimo que se plantea. Por lo tanto la presencia de guías clínicas y protocolos para el abordaje de determinadas patologías debe tratarse en todo caso con la precaución del que traslada lo general a lo particular.

En los últimos tiempos se ha producido, principalmente en el campo de la psiquiatría, una evolución desde un planteamiento categorial de los procesos a un abordaje dimensional, en el cual cada paciente puede presentar síntomas de distinto tipo a la vez, por ejemplo, un paciente puede padecer una esquizofrenia con sus síntomas definitorios, esto es, alucinaciones, ideas delirantes y síntomas negativos, y a la vez presentar un cuadro afectivo o adaptativo respecto a su proceso con síntomas ansiosos o depresivos.

Para realizar un diagnóstico se pueden plantear diferentes diagnósticos apilados o bien abordar el proceso como un todo con diferentes dimensiones, entendiendo que el proceso clínico del paciente presenta una dimensión psicótica, una dimensión afectiva y cualquier otra que sea relevante, incluyendo las dimensiones de deterioro laboral, social y familiar. Si además tenemos en cuenta la variación de los síntomas en el tiempo podemos entender el proceso como un estado dinámico en el que los síntomas se mitigan o agudizan en relación a circunstancias biológicas, psicológicas o sociales. De esta manera, a pesar de la mayor o menor gravedad sintomática, el foco del tratamiento se desplaza desde el tratamiento del cuadro (categorial) o los síntomas (dimensional) a un abordaje que busca la máxima funcionalidad del paciente (dinámico).

En el caso del dolor partimos de una concepción similar al ejemplo descrito anteriormente para la esquizofrenia. Tenemos un paciente con una queja dolorosa, que

puede tener un origen biológico, psicológico o social. Es nuestro deber como médicos caracterizar adecuadamente las distintas variables que el paciente resume en su expresión sintomática “me duele”. En este punto se hace necesaria la colaboración de distintos especialistas para poder reunir la máxima información posible que nos permita entender qué quiere decir el paciente cuando acude a consulta con un cuadro de dolor. Es necesario profundizar en el conocimiento sobre el ser humano particular que nos pide ayuda para poder ofrecerle la respuesta que más eficazmente pueda mitigar el sufrimiento que padece.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.

SÍNTOMAS MÉDICOS INEXPLICADOS

2.1. Concepto de Síntomas Médicos Inexplicados

Definimos como Síntomas Médicos Inexplicados (MUS, por sus siglas en inglés) como aquellos síntomas físicos que presentan escasa o ninguna base de que respondan a una enfermedad orgánica subyacente (2). Incluso cuando la enfermedad orgánica existe los síntomas son inconsistentes o desproporcionados con ella (3).

2.2. Diagnóstico diferencial de los MUS

Es preciso caracterizar los diferentes cuadros que pueden estar detrás de un paciente con MUS. Según la CIE-10 existen varios diagnósticos que podrían englobar estos cuadros.

Cuando nos encontramos ante un paciente con baja explicabilidad somática de sus síntomas, tras evaluarlo podemos clasificarlo en una de las siguientes categorías:

- Paciente Somatizador.
- Síndromes de Sensibilización Central.
- Paciente con Trastorno Facticio.
- Paciente Simulador.
- Paciente con otro trastorno mental principal que asocia síntomas de cualquiera de las categorías anteriores.
- Paciente en que no existe evidencia suficiente para realizar ningún diagnóstico y que por lo tanto requiere una nueva evaluación somática.

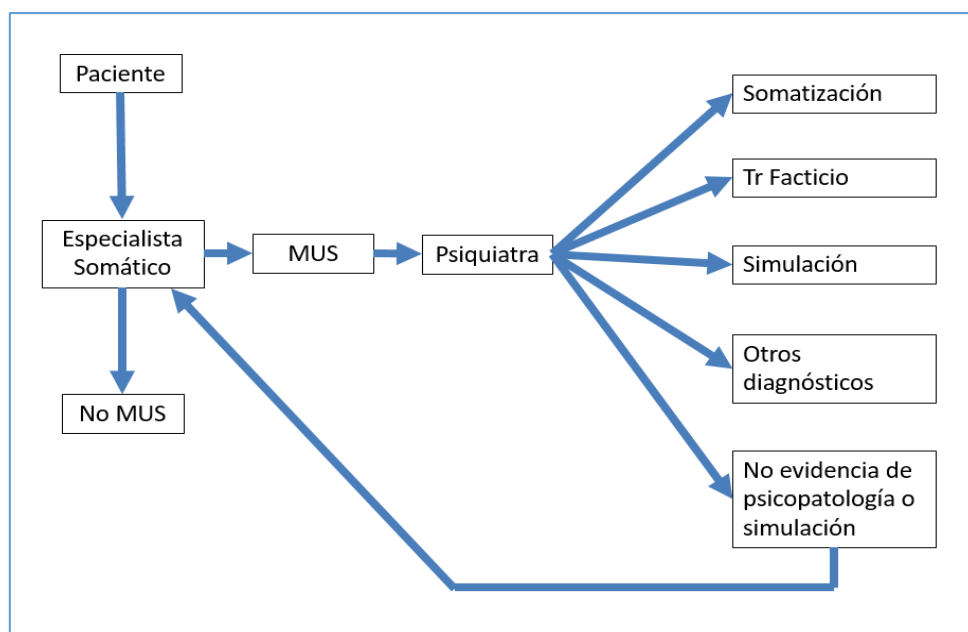


Gráfico 1: Diagnóstico Diferencial de los MUS (elaboración propia)

2.2.1. Trastornos Somatomorfos

Este grupo de trastornos se encuadra en el grupo F40-F49 referido a Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. La definición dada por la CIE-10 para este grupo de trastornos consiste en: “Presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aun 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 aun estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico (4).”

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 fundamentalmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales.

Excluye:

- F44.x.- Trastornos disociativos.
- F63.x.- Tricotilomanía.
- F80.0.- Lambdacismo.

- F80.8.- Ceceo.
- F98.8.- Onicofagia.
- F54.x.-Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.
- F52.x.- Disfunciones sexuales no orgánicas.
- F98.4.- Movimientos estereotipados.
- F98.8.- Succión del pulgar.
- F95.2.- Síndrome de Gilles de la Tourette.
- F95.x.- Trastornos de tics en la infancia y adolescencia.

Incluye:

- F45.0.- Trastorno de somatización.
- F45.1.- Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2.- Trastorno hipocondríaco.
- F45.3.- Disfunción vegetativa somatomorfa.
- F45.4.- Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
- F45.8.- Otros trastornos somatomorfos.
- F45.9.- Trastorno somatomorfo sin especificación.

Tabla 1: Descripción De Los Principales Trastornos Somatomorfos Según CIE-10 (4)

F45.0 Trastorno de somatización

El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de Atención Primaria y Especializada, en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporal, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes.

En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico.

El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. Se sabe que en algunos países el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones, y por lo general comienza al principio de la edad adulta.

Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedantes y analgésicos).

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

- Trastorno psicósomático múltiple.
- Trastorno de quejas múltiples.

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

Esta categoría debe ser tenida en cuenta cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización. Por ejemplo, pueden faltar la forma insistente y dramática de quejarse, los síntomas pueden ser relativamente escasos o faltar el comportamiento individual o familiar característicos. Puede o no haber motivos para sospechar la existencia de un motivo psicológico, pero no debe existir una base somática que justifique los síntomas en los que se basa el diagnóstico psiquiátrico.

Si existe la posibilidad clara de un trastorno somático subyacente, o si la evaluación psiquiátrica no es completa en el momento de llevar a cabo la codificación del diagnóstico, debe recurrirse a otras categorías diagnósticas.

Incluye: Trastorno psicósomático indiferenciado.

F45.2 Trastorno hipocondriaco

La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos, centrando su atención, casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. El enfermo puede referirse por su nombre al trastorno somático o a la deformidad, pero aun cuando sea así, el grado de convicción sobre su presencia y el énfasis que se pone sobre un trastorno u otro suele variar de una consulta a otra. Por lo general, el enfermo puede tener en cuenta la posibilidad de que puedan existir otros trastornos somáticos adicionales además de aquel que él mismo destaca.

Suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, lo que puede justificar diagnósticos adicionales. Estos trastornos rara vez comienzan después de los 50 años y tanto el curso de los síntomas como el de la incapacidad consecuente son por lo general crónicos aunque con oscilaciones en su intensidad. No deben estar presentes ideas delirantes persistentes sobre la función o la forma del cuerpo. Deben clasificarse aquí los miedos a la aparición de una o más enfermedades (nosofobia).

Este síndrome se presenta tanto en varones como en mujeres y no se acompaña de características familiares especiales (en contraste con el trastorno de somatización).

Muchos enfermos, en especial los que padecen las variedades más leves de la enfermedad, permanecen en el ámbito de la asistencia primaria o son atendidos por especialistas no psiquiatras. Frecuentemente se toma a mal el ser referido al psiquiatra, a menos que se lleve

a cabo al comienzo del trastorno y con una colaboración cuidadosa entre el médico y el psiquiatra. El grado de incapacidad que deriva del trastorno es variable, y así mientras que unos enfermos dominan o manipulan a su familia y a su entorno social a través de sus síntomas, una minoría mantiene un comportamiento social virtualmente normal.

Pautas para el diagnóstico

a) Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesta.

b) Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática.

➤ Incluye:

- Hipocondría.
- Neurosis hipocondriaca.
- Nosofobia.
- Dismorfofobia (no delirante).
- Trastorno corporal dismórfico.

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa

En este trastorno el enfermo presenta síntomas análogos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra totalmente o en su mayor parte bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo, por ejemplo, el sistema cardiovascular, gastrointestinal o

respiratorio (se incluyen aquí también algunos aspectos del sistema genitourinario). Los ejemplos más frecuentes y destacados afectan al sistema cardiovascular ("neurosis cardíaca"), al sistema respiratorio (hiperventilación e hipo psicógenos) y al sistema gastrointestinal ("neurosis gástrica" y "diarrea nerviosa"). Por lo general los síntomas son de dos tipos, ninguno de los cuales sugiere la presencia de un trastorno somático de los órganos o sistemas afectados. El primer tipo, en el que se basa principalmente este diagnóstico, lo forman síntomas que se acompañan de signos objetivos de hiperactividad vegetativa, tales como palpitaciones, sudoración, rubor y temblor. Los del segundo tipo son más individuales, subjetivos y no específicos, tales como sensaciones fugaces de dolor y malestar, quemazón, pesadez, opresión y sensaciones de estar hinchado o distendido, que son referidos por el enfermo a órganos o sistemas específicos (como también pueden serlo los síntomas vegetativos). El cuadro clínico característico viene dado por la combinación de una afectación vegetativa clara, quejas subjetivas no específicas y referencia persistente a un determinado órgano o sistema como la causa del trastorno.

En muchos enfermos que padecen este trastorno pueden también estar presentes factores estresantes psicológicos o dificultades o problemas inmediatos y en los que puede parecer que hay una relación con el trastorno, pero existe un número importante de enfermos en los que esto no es así, y que por lo demás satisfacen las pautas exigidas para esta categoría.

En algunos de estos trastornos pueden presentarse algunas alteraciones poco importantes de funciones fisiológicas, como hipo, flatulencia e hiperventilación, pero que no llegan a afectar por sí mismas al funcionamiento fisiológico esencial de cada órgano o sistema.

Pautas para el diagnóstico

- a) Síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, etc.
- b) Síntomas subjetivos referidos a un sistema u órgano específico.
- c) Preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afectación grave (pero frecuentemente no específica) de un determinado órgano o sistema que no logran alejar las repetidas explicaciones y garantías dadas por los médicos.
- d) La ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.

Excluye:

Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54).

Se usará un quinto carácter para clasificar los trastornos específicos en este grupo, indicando el órgano o sistema señalado por el enfermo como el origen de los síntomas:

F45.30 Del corazón y el sistema cardiovascular

- Incluye:
 - Neurosis cardíaca.
 - Astenia neurocirculatoria.
 - Síndrome de Da Costa.

F45.31 Del tracto gastrointestinal alto

- Incluye:
 - Neurosis gástrica.
 - Aerofagia psicógena.
 - Hipo psicógeno.
 - Dispepsia psicógena.
 - Píloroespasma psicógeno.

F45.32 Del tracto gastrointestinal bajo

- Incluye:
 - Flatulencia psicógena.
 - Meteorismo psicógeno.
 - Colon irritable psicógeno.
 - Diarreas psicógenas.

F45.33 Del sistema respiratorio

- Incluye:
 - Hiperventilación psicógena.
 - Tos psicógena.

F45.34 Del sistema urogenital

- Incluye:
 - Disuria psicógena.

- Polaquiuria psicógena.

- Vejiga nerviosa.

F45.38 Otra disfunción vegetativa somatomorfa

F45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente

Persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así.

No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia. No deben clasificarse aquí los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos (como el dolor de tensión muscular o la migraña), en los que aún se presume un origen psicógeno, que deben codificarse de acuerdo con F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar) y un código adicional de otro capítulo de la CIE 10, por ejemplo, migraña (G43.)

➤ Incluye:

- Psicalgia.

- Lumbalgia psicógena.

- Cefalea psicógena.

- Dolor somatomorfo psicógeno.

➤ Excluye:

- Dolor sin especificación (R52.-).
- Cefalea de tensión (G44.2).
- Lumbalgia sin especificación (M54.9).

F45.8 Otros trastornos somatomorfos

En estos trastornos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización (F45.0) y del trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). No existe lesión tisular.

Se deben clasificar aquí otros trastornos de la sensibilidad no debidos a trastornos somáticos, que están estrechamente relacionados en el tiempo con problemas o acontecimientos estresantes o que dan lugar a un aumento significativo de la atención que recibe el enfermo del médico o de otras personas. Son ejemplos frecuentes la sensación de hinchazón o de "cosas raras" sobre la piel y las parestesias (hormigueo o entumecimiento). Se incluyen aquí también trastornos tales como:

- a)** "Globo histérico" (una sensación de tener un nudo en la garganta que causa disfagia) y otras formas de disfagia.
- b)** Tortícolis psicógeno y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos (excluyendo el síndrome de Gilles de la Tourette).
- c)** Prurito psicógeno (pero excluyendo lesiones específicas de la piel tales como alopecia, dermatitis, eczema o urticaria, que tengan un origen psicógeno (F54).

d) Dismenorrea psicógena (excluyendo dispareunia (F52.6) y frigidez (F52.0)).

e) Rechinar de dientes.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación

➤ Incluye:

- Trastorno psicofisiológico sin especificación.

- Trastorno psicósomático sin especificación.

Esta clasificación resulta poco útil en la realidad clínica, puesto que no existen tratamientos específicos para cada una de las categorías y en muchos casos los síntomas fluctúan en el tiempo. Igualmente determinar la voluntariedad o inconsciencia de los síntomas suele ser una tarea compleja puesto que generalmente se combinan síntomas inconscientes con fenómenos de exageración de síntomas y, progresivamente, con ocupación del espacio del yo por conductas de enfermedad.

2.2.2. Síndromes de Sensibilización Central.

La sensibilización central, es un proceso patológico que afecta al sistema nervioso central que consiste en un descenso del umbral de dolor y una percepción alterada de estímulos normalmente no dolorosos. Consiste en un estado de hiperexcitabilidad neuronal ante un estímulo periférico, de tal forma que hay una respuesta dolorosa exagerada en intensidad y duración (hiperalgesia), así como la percepción de dolor ante estímulos normalmente no dolorosos (alodinia). Finalmente, estas sensaciones amplificadas pueden expresarse como las artralgias y mialgias de la fibromialgia, o bien

cefaleas, o malestar abdominal y pélvico, y muchas otras manifestaciones para las cuales, en principio, no se encuentra una causa médica explicable (5–7).

Se han incluido en esta categoría diferentes cuadros específicos, sin embargo, estos diagnósticos por sí mismos sólo establecen la existencia de un cuadro de baja explicabilidad somática que debe caracterizarse de forma adecuada. Un buen ejemplo de esto se puede apreciar en la clasificación de la Fibromialgia propuesta por Belenguer y cols (8):

Tabla 2: Clasificación de la Fibromialgia

	Proceso Primario	Enfermedad Autoinmune/ Reumatológica	Enfermedad Psiquiátrica	Perfil Psicopatológico
TIPO I	Idiopática	No	No	Normal
TIPO IIa*	Sistémica	Sí	No	Ansioso-depresivo
TIPO IIb**	Locorregional	Sí	No	Ansioso-depresivo
TIPO III	Enfermedad psiquiátrica	No	Sí	Somatización
TIPO IV	Simulación	No	No	Demandante

**Ejemplos de enfermedades sistémicas asociadas: Artritis reumatoide, lupus eritematoso, espondiloartropatías, síndrome de Sjogren*

***Ejemplos de enfermedades locorregionales: Alteraciones mecánicas o degenerativas del raquis, osteoporosis*

De esta clasificación se desprenden varias conclusiones relevantes:

- Los Síndromes de Sensibilización Central se corresponden con el Tipo II de la fibromialgia. Siendo el Tipo III los correspondientes a Trastornos Somatomorfos u otros trastornos mentales (enfermedad psiquiátrica) y el Tipo IV los correspondientes a Simulación (tanto Simulación como Trastornos Ficticios).
- No todos los pacientes con Fibromialgia son casos de Síndromes de Sensibilización Central.
- Para que exista la posibilidad de establecer como diagnóstico un Síndrome de Sensibilización Central debe existir, de forma previa o concomitante, un proceso que potencialmente pueda producir la sensibilización. Estos procesos pueden tener un carácter sistémico, principalmente enfermedades autoinmunes, o local, principalmente procesos mecánicos de raquis, fracturas o lesiones.
- Si bien no se considera que los Síndromes de Sensibilización Central sean una enfermedad mental, sí que presentan un perfil psicopatológico de tipo ansioso-depresivo. Es posible que los procesos que facilitan o dan lugar a la sensibilización tras una lesión y los que facilitan la aparición de síntomas ansioso-depresivos compartan mecanismos comunes.

2.2.3. Simulación y Trastornos Ficticios

La simulación consiste en la producción intencionada de síntomas por parte del paciente con objeto de obtener una ganancia. Para distinguir entre simulación y trastornos ficticios es preciso identificar los dos tipos de ganancias que puede obtener un paciente de su conducta de enfermedad:

- a) Asunción del rol de enfermedad: El paciente busca activamente ser tratado como un enfermo. Los factores psicosociales relacionados con cada persona y con cada entorno van a influir en todo proceso clínico, es por ello por lo que cuando una persona enferma tiene una serie de obligaciones y derechos que nuestra sociedad reconoce. Así, estos tienen derecho a ser eximidos de las responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo. De la misma manera, los enfermos están obligados a considerar su estado como indeseable (y por tanto, desear mejorar) y a buscar ayuda profesional y cooperar con ella en el proceso de curación.

- b) Ganancias secundarias: Incentivos externos que se derivan de la enfermedad.

Por ejemplo:

1. Evitar dificultades o situaciones difíciles, responsabilidades, castigos.
2. Recibir compensación (pensión), habitaciones en hospitales o centros de acogida, una fuente de abastecimiento de sustancias, o huir de la policía.

3. Desquitarse cuando el paciente se siente culpable o sufre pérdidas económicas, pérdidas de empleo, o tiene problemas con la ley.

En la tabla 3 se indican los criterios diagnósticos, según la CIE-10, para Simulación y Trastornos Facticios:

Tabla 3: Criterios Diagnósticos de Simulación y Trastorno Facticio según la CIE-10 (4)
<p>Z76.5 Simulación (V65.2)</p> <p>La característica de la simulación es la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas. Bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: por ejemplo, fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra.</p> <p>Debe sospecharse simulación si existe alguna de las combinaciones presentes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Presentación de un contexto medicolegal (p. ej., la persona es enviada por el fiscal a una exploración médica).2. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.3. Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.4. Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad.

F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas (trastorno facticio)

Trastorno en el que el enfermo finge síntomas de forma repetida y consistente, en ausencia de un trastorno, enfermedad o incapacidad somática o mental confirmados. En el plano somático el enfermo puede producirse a sí mismo cortes o erosiones para sangrar o inyectarse a sí mismo sustancias tóxicas. La simulación del dolor y la insistencia sobre el hecho de la presencia de sangre puede ser tan convincente y persistente que conduzca a investigaciones e intervenciones repetidas en varios hospitales o consultas diferentes, a pesar de la obtención de hallazgos negativos repetidos.

La motivación de este comportamiento es casi siempre oscura y es, presumiblemente, íntima y la mejor interpretación de este cuadro es la de un trastorno caracterizado por conducta de enfermedad y buscadora del papel de enfermo. Los enfermos con este comportamiento presentan a menudo signos de otras anomalías marcadas de la personalidad y de las relaciones con los demás.

➤ Incluye:

- Síndrome de Münchausen sin especificar.
- "Paciente peregrinante".

➤ Excluye:

- Simulación (Z76.5).
- Dermatitis artefacta (L98.1).
- Münchausen por poderes (malos tratos en la infancia, T74.8).
- Síndrome de malos tratos en la infancia (T74.1).

La simulación difiere del trastorno facticio en que existe un incentivo externo para la producción de los síntomas, lo que no ocurre en el trastorno facticio. La evidencia de una necesidad intrapsíquica para mantener el papel de enfermo sugiere un trastorno facticio. La simulación se diferencia del trastorno de conversión y de otros trastornos somatomorfos por la producción intencionada de síntomas y por los obvios incentivos externos asociados a ella. En la simulación (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno de conversión) los síntomas no ceden por sugestión o hipnosis.

2.2.3.1 Criterios de Bianchini, Greve y Glynn para el diagnóstico de Simulación en cuadros de dolor

En 2005 Bianchini, Greve y Glynn (9) han propuesto una serie de estándares diagnósticos referidos a la discapacidad relacionada con simulación de dolor. Sin duda, estos criterios contribuyen a sistematizar considerablemente la detección de la simulación y lo hacen desde una perspectiva multidimensional, considerando un proceso de evaluación multimétodo/multisistema.

Criterio A. Evidencia de incentivos externos significativos. Contingentes con un patrón de exageración o fabricación de síntomas (estatus de litigancia, pensión por discapacidad, indemnizaciones por parte de aseguradoras, prolongación de bajas laborales, obtención de más medicación psicoactiva, etc.).

Criterio B. Evidencia procedente de la evaluación física. Evidencia de que las habilidades, capacidades y/o limitaciones demostradas a lo largo de una evaluación física formal son consistentes con la exageración de las quejas y síntomas somáticos y la disminución exagerada de la capacidad física.

Este aspecto puede sistematizarse mediante la detección de:

1. Sesgos en el rendimiento físico: realización de pruebas de rendimiento que evidencian la existencia de una disminución de la capacidad física que no resulta concordante con la patología diagnosticada;
2. Discrepancia entre la valoración subjetiva de dolor (p.ej. EVA) y la reactividad psicofisiológica concomitante;
3. Los síntomas o las quejas informadas por el paciente son sustancialmente divergentes con la evidencia patofisiológica existente;
4. Discrepancia entre la actividad física mostrada por el paciente durante la evaluación formal con la actividad física demostrada cuando el individuo no sabe que está siendo evaluado.

Criterio C. Evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica. Evidencia de que los déficits neurocognitivos (por ejemplo: capacidad de concentración, percepción, memoria, etcétera) demostrados a lo largo de una evaluación formal son consistentes con la exageración o el falseamiento de la discapacidad cognitiva.

Este criterio se sistematiza en:

1. Rendimiento por debajo del azar en pruebas de elección forzada que evalúan funciones cognitivas o perceptivas;
2. Rendimiento consistente con la exageración de la discapacidad en pruebas que evalúan funcionamiento cognitivo o perceptivo;

3. Discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y el conocimiento existente del funcionamiento cerebral;
4. Discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y la conducta observable y objetivable del paciente.

Criterio D. Evidencia procedente de la evaluación mediante autoinforme.

Evidencia que los síntomas, quejas y limitaciones autoinformadas por el paciente son consistentes con un patrón de exageración de síntomas y discapacidad a nivel físico, cognitivo y/o emocional.

Este criterio puede sistematizarse a través de:

1. La discrepancia de la conducta del paciente cuando es formalmente evaluado versus cuando no sabe que está siendo evaluado;
2. Las quejas autoinformadas no son consistentes con la evolución de la historia clínica del paciente;
3. Los síntomas autoinformados por el paciente son discrepantes con los patrones conocidos de funcionamiento fisiológico y neurológico del dolor y la discapacidad referida a la patología en cuestión;
4. Los síntomas autoinformados por el paciente son discrepantes con la conducta observable y objetivable;
5. Presentación de un patrón de exageración de síntomas en pruebas de personalidad de amplio espectro y pruebas de screening de simulación de síntomas.

Criterio E. Los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos. La simulación se entiende como un patrón de conductas de carácter intencional y dirigido a la obtención de un beneficio externo, generalmente de tipo económico.

2.2.3.2 Niveles de certeza diagnóstica para Simulación

Existen diferentes niveles de certeza diagnóstica en relación con la Simulación, de esta manera el diagnóstico de simulación se considerará:

- Definitivo o firme: Si se cumplen la mayoría de los criterios y subcriterios A, B, C, D y E.
- Probable: Si se cumplen los criterios A y E y dos o más subcriterios de B, C o D.
- Posible: Si se cumple el criterio A y un subcriterio de B, C o D. No es necesario que se cumpla E.

2.2.3.3 Tipos de Simulación

De igual forma existen diferentes formas de Simulación, entre los diferentes subtipos encontramos:

- 1.- Simulación Total: Persona sana que desea, quiere o finge estar enfermo o tener síntomas. El sujeto no presenta ninguna enfermedad, todos los síntomas son fingidos.
- 2.- Sobresimulación, Exageración o Agravación: Exageración fingida de síntomas por verdaderos enfermos. El paciente presenta sintomatología genuina, sin

embargo la gravedad o la repercusión de estos síntomas es exagerada con objeto de obtener algún beneficio.

3.- Metasimulación: El individuo, una vez que ha remitido el episodio real, continúa fingiendo un trastorno patológico, con el fin de aprovechar las ventajas que pueda reportarle la prolongación de la enfermedad.

4.- Parasimulación: Paciente que, padeciendo una enfermedad, la niega y dice tener otra diferente.

5.- Disimulación: Enfermo que quiere, desea o aparenta estar sano.

2.2.4. Alteraciones somáticas asociadas a enfermedades mentales

La medicina ha estudiado a lo largo de su historia la conciencia corporal y la percepción del individuo del propio cuerpo. En su ensayo “Breve Historia de la Conciencia del Cuerpo” Jean Starobinski indica que la conciencia del cuerpo, tal como la practicamos y hablamos de ella en nuestra sociedad, tiene ciertos rasgos originales y novedosos que es importante despejar, y ciertos antecedentes que sería de utilidad poner en evidencia (10). Centrando su disertación en la cenestesia, es decir, en la percepción interna del cuerpo propio, indica que desde la antigüedad hasta la modernidad este ha sido un problema abordado por médicos y filósofos.

En la Antigüedad, los discípulos de Aristipo de Cirene hablan de un “tacto interior”, *tactus intimus* en la traducción de Cicerón (11).

Durante mucho tiempo, sin embargo, el dolor y la voluptuosidad no fueron atribuidos a un sistema sensorial particular: se los denomina “pasiones del cuerpo”, en tanto que la tradicional expresión de “sentido interno” (*sensus internus*) remite a las

actividades conscientes que el espíritu lleva a cabo por y en sí mismo (razón, memoria e imaginación) sobre la base de las informaciones provistas por los *sentidos externos* (vista, oído, gusto, olfato, tacto). Según la doctrina aristotélica, los datos de los sentidos externos no llegan al sentido interno sino luego de haber sido unificados por el sentido común (*sensorium commune, koinon aisthétérion*)(12). El cuerpo en modo alguno es olvidado: pero mientras sea la medicina galénica la que prevalezca, será principalmente por vía de los humores, y no de una información nerviosa, que aquél es capaz de modificar a las actividades del alma y de ser modificado a su vez.

En el *Traité des passions de l' âme*, Descartes propone una clara distinción entre tres categorías de percepciones: las que “atribuimos a los objetos que están fuera de nosotros” (art. 23); las que “atribuimos a nuestro cuerpo” (art. 24) y las que “atribuimos a nuestra alma” (art. 25) (13).

De este modo Descartes analiza y clasifica las actividades sensoriales en tres áreas particulares - el cuerpo, el mundo, la conciencia - cuya coincidencia y superposición la experiencia cotidiana nos hace vivir. Pero la influencia de Descartes sobre los médicos del siglo XVIII no es en este aspecto muy marcada. A algunos de ellos, sobre todo a los de Montpellier, los seducen más las ideas de Stahl, quien confiere a las vísceras una suerte de autonomía relativa y sensibilidad independiente. Algunos filósofos, sin embargo, como Lignac, Turgot, d' Alembert, hablan con precisión de un “sentido de la coexistencia de nuestro cuerpo”, de un “tacto interior”, etc...(14). Llegan a privilegiar un centro frénico o diafragmático - cuyo rol se confunde con el de los plexos espláncnicos del gran simpático. Cabanis (15), en el año 1802, atribuye gran importancia a las “sensaciones orgánicas”, que llegan a centros de reacción, entre los cuales el más importante, evidentemente, es el cerebro: los instintos serán la transformación, en el nivel del

comportamiento, de las sensaciones orgánicas más antiguas y persistentes. De esta forma el instinto viene a constituirse en el componente motriz de un par sensorio-motor cuyo componente sensorial está constituido por las “sensaciones orgánicas”.

Es en el año 1794, en Halle, en el título de una tesis de doctorado cuyo director e inspirador es Johann Christian Reil la palabra *coenaesthesia* aparece por primera vez. El término equivale al alemán *Gemeingefühl*, cuyo equivalente en francés será posteriormente tanto *sensibilité générale* (sensibilidad general) como *cénesthésie* (cenestesia) (16).

Como primera sensación vital, la cenestesia podrá ser considerada por algunos el origen de la totalidad de la vida psíquica, en la medida en que ésta se construye a partir de las aferencias sensoriales. En tanto prevalezca entre los sabios o filósofos que se declaran monistas o deterministas, una concepción “sensualista” de la vida mental, una especie de imperialismo de la cenestesia tendrá el camino abierto. Si la vida mental es determinada por la actividad sensorial, y si todas las actividades sensoriales no son en sí mismas más que derivados de la cenestesia, puede entonces afirmarse, como lo hará Ribot en 1884, en *Les maladies de la personnalité*, que toda nuestra personalidad reposa sobre los mensajes, en parte inconscientes, provenientes de la vida corporal (17).

Este biologismo radical, que no disponía aún del más reciente concepto de “genoma”, carecía, nada menos, que del aparato de experiencias clínicas y pruebas, lo que hizo que esta teoría fuera vivamente criticada. En *La conscience morbide* (18), Blondel opone a la “teoría periférica” un poder activo - y este poder activo es el *lenguaje*. No se trata de que el mensaje cenestésico no exista: pero no es su supuesta perturbación lo que explica las alteraciones de la conciencia mórbida. Según Blondel, una teoría puramente fisiológica no es apta para dar cuenta de los fenómenos observados por el clínico. Blondel localiza la anomalía no en el contenido (que se supone es neutro) de la

información nerviosa corporal, sino en un defecto de la “acción eliminadora” que hubiera debido resultar de la intervención exitosa del lenguaje. La conciencia normal, según Blondel, elimina lo individual, lo “psicológico puro” recurriendo a conceptos y herramientas interpretativas provistas por el sistema de las representaciones colectivas. La ley del lenguaje, que es el resultado de un aprendizaje social, tiene como función volver *impersonal* la expresión que damos a nuestros estados individuales.

En la clínica psiquiátrica clásica las alteraciones de la vivencia corporal suelen englobarse en el ámbito de las hipocondrías y Henry Ey (19) las clasifica y describe en distintos cuadros clínicos:

2.2.4.1 *La neurosis hipocondríaca: hipocondría menor.*

El tipo más frecuente y más puro es el hipocondríaco constitucional en el que la hipocondría consiste en una forma de organización neurótica de la personalidad.

1º. El hipocondríaco ansioso constitucional.

Este tipo de desequilibrado ansioso es hiperemotivo, impresionable, sombrío, con frecuencia hiperestésico y de estilo dogmático. Es abstigente, amigo de exigencias en la alimentación (régimenes draconianos), idealista en el plano moral y totalmente egoísta en la práctica. Se aplica el más duro y minucioso de los martirios, atento a todas las causas posibles de angustia corporal, cultivan todos sus malestares, sus indisposiciones, sus mínimos síntomas. Dedicado a detectar la enfermedad, hace de la higiene la ley de una existencia esclavizada a las prescripciones dietéticas, medicamentosas, médicas, etc...

De carácter difícil, quejoso, inflige a su entorno familiar el suplicio de sus exigencias, de sus quejas. Se engancha al médico, lo “agarra”, lo ve como cómplice y a

la vez causante de su hipocondría. Trata de imponerle diagnósticos y teorías fisiopatológicas.

A veces, -añade Henri Ey- esta hipocondría presenta las características de una neurosis neurasténica: el enfermo está inquieto, perplejo, abúlico, con ansiedad constante, cefaleas, y una astenia profunda. Sobre este fondo depresivo aparecen verdaderos brotes hipocondríacos intermitentes donde su nosofobia y nosofilia se refuerzan y cristalizan.

2º. El hipocondríaco querellante y reivindicativo: hipocondriaco paranoico.

Este hipocondríaco se queja siempre contra alguien. Puede llegar a ser agresivo, tiránico, desconfiado, excéntrico, es esencialmente reivindicativo. A menudo la hipocondría se fija en el aparato genitourinario, sobre las funciones sexuales, la micción o la defecación.

En muchos casos, la hipocondría se cristaliza alrededor de un accidente de tráfico, un accidente laboral, una intervención quirúrgica o un procedimiento médico. También sobre los errores diagnósticos, los efectos secundarios del tratamiento, el entorno sanitario y la malignidad de los médicos.

3º. El hipocondriaco obsesivo.

La compulsión cognitiva, ideica, de padecer una enfermedad física, con la impronta de la obligación incoercible a pensar el ello, y la compulsión a maniobras de higiene, de comprobación del estado físico, de las funciones corporales y de rituales de aseo, hacen del obsesivo un verdadero hipocondriaco.

Todos los rasgos de mentalidad del obsesivo: su psicastenia, su rigidez cognitiva, egocentrismo, su meticulosidad, sus escrúpulos hacia la suciedad, hacia las funciones

corporales (genitales, urinarias, fecales,..), la ritualización de su conducta, su miedo a padecer una enfermedad concreta o una disfunción orgánica, hacen de él un auténtico hipocondriaco. Generalmente predomina el "ceremonial" obsesivo, de protección, de higiene o comprobación.

La hipocondría se suele fijar en un órgano: el cáncer de pulmón "por la tos", de colon, "por el estreñimiento", la próstata o la uretra, por la disuria, los genitales por la impotencia,...

La angustia se hará "nosofobia": cancerofobia, tisiobia (Tuberculosis), a padecer sífilis o Enfermedades de Transmisión Sexual, a contraer el SIDA, etc... Exigiendo de repetidas pruebas médicas y sospechando haberse infectado ante cualquier mínimo síntoma "alarmante".

El temor al contagio respiratorio, al contagio genital, al contacto por las mucosas y epidermis, puede hacer de los pacientes obsesivos verdaderos hipocondriacos, convencidos de su "enfermedad imaginaria".

Se añade un matiz propio de la personalidad obsesiva, el carácter sádico-anal, que se expresa en ocasiones, en forma de hostilidad, con la necesidad de control que se extiende al entorno y a las personas que le rodean, obligándolas a participar en su "ritual" de higiene y comprobación nosofóbica.

4º. El hipocondríaco histérico.

La histeria, como neurosis patomímica, pone en marcha un mecanismo hipocondriaco de conversión. El conflicto inconsciente es transferido al plano de las funciones orgánicas y al de la enfermedad corporal o psíquica.

Esta patoplastia histérica va más allá de la pura y sincera hipocondría; de esta forma, el histérico fabrica o deforma enfermedades con una complacencia y una eficacia que excluyen la angustia inherente al "delirio" hipocondriaco.

En ocasiones la clínica se detendrá en medio del camino hacia la hipocondría, realizando una especie de "política de enfermedad", una "hipocondría ostentatoria" (20) a veces característica por sus expresiones exageradas, su teatralidad, sus excesos y subterfugios. Aquí la ficción mórbida es vivida con brillo pintoresco, reforzada con imágenes, actitudes, hasta de "mentiras" y de manifestaciones ruidosas. Rica eclosión de gestos, de mímicas, de crisis "neuropáticas", de caprichos y afectaciones que sobrecargan el cuadro clínico (21).

2.2.4.2 La hipocondría en las psicosis: la hipocondría delirante.

1°. Las formas hipocondríacas de la melancolía: desde estados hipocondríacos puros a estados psicóticos, en forma de delirios de negación, o de Cotard. Son típicos de las formas graves depresivas melancólicas los delirios de ruina, de culpa y de hipocondría.

2°. Las formas hipocondríacas de los estados esquizofrénicos.

Parte integrante del pensamiento esquizofrénico, donde la corporalidad, la temática hipocondríaca se expresa con el lenguaje incoherente, hermético y con neologismos, y es vivido como experiencias delirantes primarias, como acontecimientos misteriosos, inefables, ricos en peripecias caóticas y extrañas.

El paciente ante las manifestaciones psicóticas de su corporalidad, permanece perplejo, enigmático, ambivalente, víctima de una "experimentación", de unas

alucinaciones cenestésicas, de la motilidad o sexuales, que modifican su conciencia corporal.

Víctima de este "síndrome de influencia corporal", añadido a su delirio paranoide, el paciente esquizofrénico intenta explicar -al igual que el hipocondriaco neurótico- sus misteriosas enfermedades, modificaciones de sus órganos, lesiones y metamorfosis viscerales mezclando la hipocondría con una ficción confusa y enredada que se expresa en un lenguaje lleno de misterio, estereotipado de metáforas, neologismos o imágenes enigmáticas.

Así, los pacientes cuentan sus preocupaciones nosofóbicas, sus sentimientos de extrañeza corporal, sus alucinaciones cenestésicas, sus impresiones de metamorfosis sexual y orgánica, sus ideas de transformación o negación de órganos, las corrientes eléctricas que les atraviesan, sensaciones voluptuosas artificiales, quemaduras y tocamientos a distancia.

3ª. Las formas hipocondríacas en los delirios crónicos o paranoias.

La hipocondría sobre un delirio de persecución, sobre una verdadera paranoia primitiva. Estos enfermos se quejan de estar envenenados, afectado de un agente tóxico, sufrir una enfermedad por una influencia externa. Sufren de un delirio de perjuicio de base, convencidos de que existe un trabajo pernicioso y nocivo al que se dedican sus "enemigos", el médico, su familia o su pareja, en su opinión, los culpables.

Todo es interpretado, en el sentido del delirio que se construye y se desarrolla como un sistema ideo-afectivo inquebrantable, pero penetrable. Las percepciones, intuiciones e interpretaciones delirantes dominan la clínica; de forma aislada, las alucinaciones ayudan a mantener el delirio.

Desde la aparente hipocondría neurótica, puede surgir la psicotización: el delirio hipocondríaco. La convicción delirante de padecer una enfermedad o lesión o disfunción orgánica (22).

4º. - La hipocondría parafrénica.

Algunos delirios paranoides hipocondríacos, cuando no pertenecen lisa y llanamente a la esquizofrenia, según nos dice H. Ey, constituyen las formas hipocondríacas parafrénicas.

Amplios complejos delirantes de persecución y de grandeza, en los que la hipocondría adquiere en estos casos las proporciones grandiosas y características fantásticas de la parafrenia.

Un delirio de imaginación, pintoresco, una intención lírica, una ficción que sobrepasa y confunde los detalles anatómicos, las metáforas de la expresión emocional, los planos de lo físico, de lo moral, del cuerpo y del mundo.

En el propio cuerpo encajan y se metamorfosean series de organismos, cada órgano multiplicado al infinito, o en continuidad con la infinidad del tiempo y del espacio. Monstruosidades que se mezclan con mitos del hombre y la distorsión del tiempo y espacio. Conceptos pseudocientíficos, metafísicos o mágicos gobiernan el cuerpo del parafrénico.

Se confunde pues en el paciente la persecución hipocondríaca y la hipocondría megalomaniaca, una hipocondría sublimada en concepción universal que se transforma en catástrofe cósmica.

2.3. Epidemiología de los MUS

Hace 2000 años Galeno señaló que el 60% de los pacientes que visitaban al médico presentaban síntomas que dependían más de su estado emocional que de causas físicas (23).

Hoy por hoy los Síntomas Médicos Inexplicados (MUS) son el motivo de consulta más frecuente en atención primaria (24) y presentan igualmente una elevada prevalencia en atención especializada (25) y son responsables de una elevada proporción de la discapacidad en la población en edad de trabajar y de un importante descenso en la calidad de vida en la población general (26). Es preciso señalar que estos pacientes no son simuladores y no fingen su sintomatología. Experimentan esos síntomas de una forma real y su sufrimiento es genuino.

En el meta-análisis de Haller, Cramer et al. (27) se determina una prevalencia de al menos un trastorno de tipo somatomorfo del 26,2%, utilizando criterios DSM o CIE, llegando al 34,8% al incluir sólo aquellos estudios de elevada calidad metodológica. Se determina igualmente que entre un 40 y un 49% de los pacientes atendidos en Atención Primaria presentará a los largo de su vida un diagnóstico compatible con MUS. El intervalo de confianza superior del estudio alcanza el 80%.

Se añaden las tablas tomadas del estudio de Aamland et al (28) que describen las características más frecuentes respecto a la sintomatología que adoptan los MUS (tabla 4), así como los datos sociodemográficos de estos pacientes y la duración de los síntomas (tabla 5). Se ha establecido que las especialidades que más a menudo reciben pacientes con MUS son neurología, gastroenterología, cardiología, ginecología y todas aquellas relacionadas con el sistema musculoesquelético (25).

Tabla 4: Traducido de Aamland et al: Tipo de síntomas, situación laboral y recursos utilizados por pacientes con MUS (28)			
Pacientes con MUS persistentes (n=526, varones 125, mujeres 399)			
	Todos	Varones	Mujeres
Patrón de síntomas, n (%)			
Gastrointestinal	108 (20,5)	26 (20,5)	82 (20,6)
Musculoesquelético	358 (68,1)	78 (61,4)	280 (70,2)
Cefalea/mareo	168 (31,9)	36 (28,3)	132 (33,1)
Astenia/fatiga	300 (57,0)	72 (56,7)	228 (57,1)
Otros	41 (7,8)	10 (7,9)	31 (7,8)
Situación laboral, n (%)			
Trabajando*	234 (44,7)	67 (52,8)	167 (42,2)
No trabajando			
ILT	91 (31,5)	18 (30,0)	73 (31,9)
Pensión por discapacidad	119 (41,2)	25 (41,7)	94 (41,0)
Otros	76 (26,3)	18 (30,0)	58 (25,3)
Recursos empleados por Atención Primaria, n (%)			
Consulta	333 (63,7)	83 (65,4)	250 (63,1)
Exploración Física	195 (32,3)	50 (31,4)	145 (36,6)
Prescripción farmacológica	124 (23,7)	27 (21,3)	97 (24,5)
Analíticas	113 (21,6)	20 (15,7)	93 (23,5)
Derivación	93 (17,8)	24 (18,9)	69 (17,4)
Informes	106 (20,3)	25 (19,7)	81 (20,5)
Otros	41 (7,8)	11 (8,7)	30 (7,6)

*La diferencia entre géneros es significativa (nivel .05)

El mencionado estudio de Aamland et al concluye que los MUS más frecuentes corresponden al sistema músculo-esquelético, seguidos por los caracterizados por astenia o fatiga. El 45% de los pacientes con MUS persistentes se encontraban activos laboralmente.

Tabla 5: Traducido de Aamland et al: Edad, nivel académico y duración de los síntomas en pacientes con MUS (28)

	Todos		Varones		Mujeres	
Género			127	24,1%	399	75,99%
Edad (años)						
Media	46,11	DE +/-13,92	45,74	DE +/-14,09	46,23	DE +/-13,88
18-40	182	35,0 %	43	34,7 %	139	35,1 %
41-65	291	56,0 %	70	56,6 %	221	55,8 %
>65	47	9,0 %	11	8,7 %	36	9,1 %
Nivel Académico (n, %)						
Estudios Básicos	131	25,5 %	30	24,4 %	101	25,9 %
Instituto/FP	249	48,6 %	67	54,5 %	182	46,7 %
Universidad	133	25,9 %	26	21,1 %	107	27,4 %
Duración de los MUS (n, %)						
<1 año	73	14,0 %	25	20,0 %	48	12,1 %
1-5 años	161	30,9 %	39	31,2 %	122	30,8 %
>5 años	287	55,1 %	61	48,8 %	226	57,1 %

2.4. Hipótesis causales

En el año 2010 una revisión bibliográfica holandesa de Van Ravenzwaaij J. et al (29) planteó varias posibles hipótesis que pudieran aproximar la explicación de los MUS.

Estas hipótesis fueron las siguientes:

- 1- Teoría de la Amplificación Somatosensorial: Ante una experiencia física el paciente focaliza su atención sobre ella. Desarrolla ciertas cogniciones y atribuciones sobre esa sensación que dan lugar a un incremento de la percepción sobre la señal inicial. A partir de aquí el paciente entra en un círculo vicioso por el cual los pensamientos y preocupaciones del mismo por la sensación percibida incrementan la propia sensación (30).
- 2- Teoría de la Sensitización: Sensitización significa una respuesta somática incrementada como consecuencia de anteriores experiencias de una sensación. Las experiencias repetidas de dolor y otros síntomas pueden generar memoria neuronal que incremente la respuesta en futuros estímulos (31).
- 3- Teoría de la Sensitividad: Este modelo se basa en los rasgos de personalidad de los pacientes. De esta forma plantea que los pacientes con MUS presentan dificultades para integrar las señales corporales con sus emociones y pensamientos (32). Muchos investigadores sugieren que las experiencias en la infancia temprana juegan un importante papel para el desarrollo de estos cuadros (33).

- 4- Teoría de la Sensitización del Sistema Inmunológico: Similar al modelo de la Sensitización pero mediado por el sistema de citoquinas cerebrales. Los pacientes con MUS presentarían una activación inmunológica crónica con producción de citoquinas cerebrales que darían lugar a la sensación crónica de estar enfermo (34).

- 5- Teoría de la Disregulación Endocrina: Los pacientes con MUS presentarían una disfunción en el eje Hipotálamo-hipofisario-adrenal que habitualmente regula la respuesta corporal a situaciones de estrés agudo y crónico (35).

- 6- Teoría del Filtro de Señal: Los pacientes con MUS presentarían un error en el filtrado de las sensaciones que les haría incapaces de distinguir entre procesos fisiológicos y patológicos (30).

- 7- Teoría del Comportamiento de Enfermedad: Esta teoría propone que las creencias de los pacientes influyen en su comportamiento y que este comportamiento puede afectar a sus síntomas, de tal manera que se desarrolle un círculo vicioso que mantenga los síntomas (36).

- 8- Teoría de la Disfunción del Sistema Nervioso Autónomo: Se plantea que el Sistema Nervioso Autónomo en los pacientes afectados de MUS no presenta una relajación adecuada tras situaciones de estrés, lo que funciona como mecanismo causal entre el estrés psicosocial y la presentación y persistencia de los MUS (31).

- 9- Teoría de la Propiocepción Anormal: Los pacientes con MUS presentan una percepción más exacta sobre sus sensaciones corporales que los individuos sanos. Mínimos cambios en el tono muscular basal son percibidos como anormales en estos pacientes (30).
- 10- Modelo Terapéutico Cognitivo-Conductual: Este modelo integra al menos cinco de las anteriores teorías (Sensitividad, Sensitización, Amplificación Somatosensorial, Disregulación Endocrina y Comportamiento de Enfermedad). Integrando estos cinco modelos permite establecer un marco terapéutico racional y coherente que permite explicar al paciente cómo los procesos psicológicos afectan a enfermedades específicas y juegan un papel en el origen y mantenimiento de las condiciones de enfermedad (35).

2.5. Cuadros MUS más frecuentes: Descripción

Si bien los MUS pueden presentar múltiples caras y variaciones clínicas existen una serie de entidades clínicas que, si bien se agrupan en la categoría más general de los MUS, presentan características propias y por su frecuencia y entidad merecen una descripción propia.

2.5.1 Síndrome de piernas inquietas

El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) se caracteriza por una sensación desagradable en las extremidades inferiores, que provoca la necesidad imperiosa de mover las piernas, por lo que se considera un trastorno del movimiento. La sensación desagradable se presenta, generalmente, aunque no de forma exclusiva, en momentos de inactividad y en períodos vespertinos (37).

2.5.1.1 Epidemiología, etiología y fisiopatología

El SPI es una afección frecuente con una prevalencia del 2-15% entre la población general, que aumenta con la edad (38). Raramente aparece en la infancia y la edad de comienzo es variable. Los casos graves suelen comenzar antes de los 20 años. La etiología es desconocida. En muchos casos es familiar, lo que sugiere un trasfondo genético, aunque no se conoce exactamente el mecanismo de la herencia.

El SPI afecta al 19% de las mujeres durante el embarazo y desaparece espontáneamente en el puerperio. También se observa en el 50% de los pacientes con insuficiencia renal y uremia, si bien tiende a mejorar tras el trasplante renal. Algunos

casos de SPI, o al menos la agravación de los síntomas del mismo, están relacionados con la administración de fármacos: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la serotonina, litio y antagonistas dopaminérgicos. La cafeína también agrava las manifestaciones.

El déficit de hierro sérico, incluso sin anemia, es una alteración asociada, observada con cierta frecuencia en pacientes con SPI. La sintomatología se agrava cuando los valores de la ferritina sérica descienden por debajo de 50 microgramos, cifra que indica una depleción del contenido de hierro en el organismo, lo que ha suscitado diversas hipótesis patogénicas.

2.5.1.2 Criterios clínicos

Los criterios para el diagnóstico del SPI están basados y desarrollados por el Grupo Internacional para el estudio del Síndrome de Piernas Inquietas son (39):

- Necesidad imperiosa de mover las piernas; en general secundaria a sensaciones desagradables de tipo disestésico en extremidades inferiores.
- Inquietud motora que se manifiesta por vueltas en la cama, frote de piernas y deambulación.
- Los síntomas empeoran con el reposo y mejoran con la actividad.
- Los síntomas son más intensos en horas vespertinas antes de acostarse y mejoran por la mañana.
- Fenómenos asociados:
 - Trastorno del sueño y fatiga diurna
 - Movimientos periódicos de las piernas

2.5.2 Síndrome de fatiga crónica

El síndrome de la fatiga crónica (SFC) es una entidad clínica complicada y controvertida caracterizada por fatiga inexplicada y crónica (40).

2.5.2.1 Epidemiología, etiología y fisiopatología

Se desconoce la prevalencia real en España. Es un síndrome que afecta preferentemente a adultos jóvenes y de mediana edad pero se ha descrito también en niños y ancianos. Afecta más a las mujeres, el doble que a los hombres (40).

Muchos de los pacientes afectados de SFC presentan también dolor generalizado y cumplen los criterios diagnósticos de Fibromialgia (FM). Por lo que algunos investigadores consideran a ambas condiciones clínicas FM y SFC, como dos polos de una misma entidad nosológica.

Se desconoce su causa pero se ha intentado asociar sin éxito, a agentes infecciosos como los virus: virus de Epstein-Barr, retrovirus, virus del herpes tipo 6, enterovirus, coxsackie B y otros sin resultados concluyentes. Se ha publicado el hallazgo de ADN de un retrovirus, virus relacionado con la leucemia murina (XMRV), en células mononucleares de sangre periférica de pacientes con SFC en una proporción mayor (67%) que en los controles (3,7%) (41). Además de los aspectos virológicos en la búsqueda de la causa del SFC se ha investigado en 3 áreas primarias: disfunción inmunológica, alteraciones neuroendocrinas y neuropsiquiátricas.

2.5.2.2 Criterios clínicos

Se considera que un paciente tiene SFC cuando cumple los criterios diagnósticos del síndrome de la fatiga crónica establecidos en 1994. (Criterios Internacionales o de Fukuda et al.) (42).

Tabla 6: Criterios diagnósticos del síndrome de fatiga crónica (Criterios internacionales o de Fukuda et al.)

Criterio mayor:

Fatiga persistente o recurrente, inexplicada, que se presenta de nuevo, con inicio definido y que no es resultado de esfuerzos recientes. No mejora claramente con el descanso. Ocasiona una reducción considerable de los niveles previos de la actividad cotidiana (ocupacional, educacional, social o personal del paciente).

Además debe cumplir cuatro o más de los siguientes síntomas que persisten o recurren durante 6 meses consecutivos o más y que no anteceden a la fatiga.

Hay que excluir otras enfermedades que puedan cursar con fatiga prolongada.

Criterios menores:

- Afectación de la memoria reciente o de la concentración.
- Dolor de garganta.
- Adenopatías cervicales o axilares dolorosas.
- Dolor muscular.
- Poliartralgias sin signos inflamatorios.
- Sueño no reparador.
- Cefaleas con nuevas características o intensidad.
- Fatiga tras ejercicio que dura más de 24 horas.

Los pacientes que tengan fatiga crónica no explicada pero que no reúnan los criterios de SFC se caracterizarían como afectados de **Fatiga crónica idiopática**.

2.5.3 Fibromialgia

El síndrome de fibromialgia (FM) se define como un síndrome reumatológico común que se caracteriza por dolor musculoesquelético y sensibilidad difusa crónica, con una cantidad de síntomas asociados, entre los cuales la dificultad para dormir, la fatiga y la disfunción afectiva son particularmente frecuentes. Fue reconocida en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y organizaciones médicas internacionales.

2.5.3.1 Etiología, Fisiopatología y Epidemiología

La prevalencia de esta enfermedad, que constituye un problema frecuente en la práctica clínica, oscila entre el 0,7 y el 2% de la población (43) y afecta mayormente a las mujeres. Como es la causa más frecuente de dolor osteomuscular generalizado y crónico, genera un círculo vicioso negativo que paulatinamente afecta todas las áreas de desempeño de la persona, incluyendo lo laboral, lo social y familiar.

La fisiopatología de la FM no está completamente aclarada, pero se ha visto implicada una serie de alteraciones neuroendocrinas, relacionadas con los neurotransmisores, y neurosensoriales, así como una predisposición genética, en su generación.

- *Alteración neuroendocrina:* disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, que incluye respuestas debilitadas al cortisol; regulación anormal de la hormona de crecimiento.
- *Alteración neurotransmisora:* disminución de la serotonina en el sistema nervioso central; niveles elevados de factor de crecimiento nervioso y sustancia P en el líquido cefalorraquídeo.

- *Alteración neurosensorial*: ampliación central del dolor y/o reducción de la antinocicepción (sensibilización central, anomalías en las vías inhibitorias del dolor descendentes).
- *Alteración genética*: fuerte concentración familiar de casos de FM; evidencia de un rol de polimorfismos de genes en los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y catecolaminérgico en la etiología de la FM.

2.5.3.2 Criterios Clínicos

Los criterios iniciales para el diagnóstico del FM fueron establecidos por el Comité del American College of Rheumatology en 1990 (44):

- 1) Antecedentes de dolor extendido (lo que incluye las 4 extremidades y el tronco) que haya durado, al menos, 3 meses y
- 2) Sensibilidad durante la palpación digital (con una presión de 4 kg) en al menos 11 de 18 (9 simétricas) zonas del cuerpo predeterminadas llamadas puntos de sensibilidad (tender points, TePs) (un punto de sensibilidad se define como un lugar de extrema sensibilidad en tejidos blandos, en oposición a los puntos desencadenantes del síndrome de dolor miofascial).

Estos criterios han suscitado controversia y en una revisión más actual (45) los criterios diagnósticos establecidos han sido:

1. Dolor generalizado, definido como 6 o más puntos dolorosos de un total de 9 posibles (ver gráfico 2)
2. Alteración del sueño moderada a severa O fatiga.

3. Los síntomas de dolor generalizado más fatiga o alteración del sueño deben haber estado presentes durante al menos 3 meses.

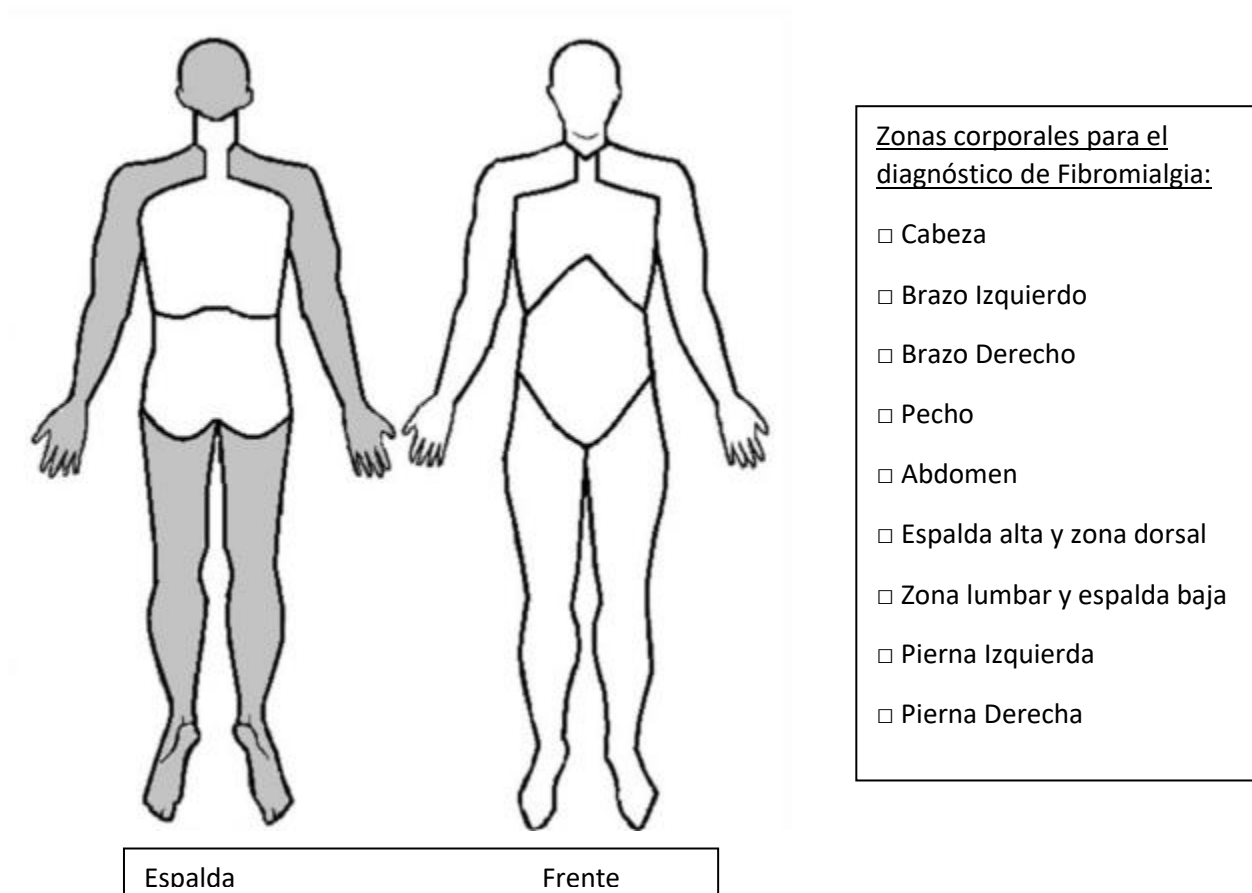


Gráfico 2: Distribución de zonas corporales para el diagnóstico de Fibromialgia, traducido de Arnold LM et al. (45)

2.5.4 Trastorno de la unión temporomandibular

Los Trastornos de la Unión Temporomandibular (TMD) son los trastornos responsables de la alteración en la función de las articulaciones temporomandibulares (ATMs) y el sistema neuromuscular asociado, lo que puede provocar dolor relacionado.

2.5.4.1 Etiología, Fisiopatología y Epidemiología

Los trastornos temporomandibulares son la causa más común de dolor orofacial crónico, pero salvo en los casos en los que se produzcan con posterioridad a un trauma, su causa sigue siendo desconocida. Ésta se considera multifactorial e incluye tanto los factores físicos (periféricos) como psicosociales (centrales) (46).

Muchos aspectos de la etiología del TMD son poco claros. Contrario a una causa dental/oclusal, el respaldo de los antecedentes biopsicosociales y multifactoriales es definitivo, lo cual demuestra la compleja interacción entre los mecanismos biológicos (por ejemplo, hormonales), los estados y rasgos psicológicos, las condiciones ambientales y el macro o microtrauma.

En el TMD, la sobrecarga (parafunciones, rechinar de dientes), el (micro) trauma o la inflamación local de los músculos liberan neurotransmisores que sensibilizan el sistema nervioso central y periférico. En combinación con mecanismos alterados de regulación del dolor (también influidos por las hormonas femeninas), tal sensibilización puede derivar en un dolor muscular más localizado o más diseminado en forma generalizada. Recientemente, factores genéticos (que involucran haplotipos del gen COMT) también han incidido en la aparición de TMD.

La artralgia de la ATM puede ser provocada por un traumatismo o por la sobrecarga intrínseca y extrínseca de la ATM (como en el rechinado de los dientes) que puede superar la capacidad de adaptación de los tejidos articulares. En forma alternativa, la capacidad de adaptación de la ATM puede verse reducida por factores intrínsecos como un menor suministro de sangre y una disminución de la nutrición. La genética y el sexo también han tenido implicancias en la fisiopatología de la osteoartritis. La producción de radicales libres, neuropéptidos proinflamatorios y nocirreceptivos, enzimas, proteínas

morfogenéticas óseas y los factores de crecimiento provocarán inflamación, dolor y cambios tisulares progresivos.

2.5.4.2 Criterios Clínicos

Las Pautas de la Academia Estadounidense de Dolor Orofacial (Guidelines of the American Academy of Orofacial Pain) (2008) (47) y los Criterios Diagnósticos de Investigación (Research Diagnostic Criteria, RDC-TMD, 1992) (48) sugieren los siguientes criterios:

- TMD: queja de dolor muscular en la mandíbula, la sien, la cara o la zona periauricular, con sensibilidad a la palpación en al menos 3 de 20 sitios musculares predeterminados.
- Artralgia de la ATM: queja de dolor en la ATM, incluido dolor con la función o con movimientos mandibulares asistidos o no asistidos. Dolor ante la palpación de la mandíbula sobre el polo lateral y/o a través del meato auditivo externo. No se manifiesta crepitación áspera.
- La osteoartritis de la ATM tiene el mismo criterio que para la artralgia de la ATM, suplementada con crepitación áspera o hallazgos positivos en imágenes.
- La comorbilidad psicológica en el TMD o el dolor de la ATM se gradúa mediante el uso de una Escala de dolor crónico graduada y escalas de medición para síntomas de depresión, ansiedad o síntomas físicos no específicos.

2.5.5 Cefalea Tensional

Un dolor de cabeza tensional es generalmente un dolor difuso, de leve a moderado, que frecuentemente es descrito como una sensación de tener una banda ajustada alrededor de la cabeza. Un dolor de cabeza tensional es uno de los tipos de dolores de cabeza más frecuentes y sin embargo, no se comprenden bien sus causas (49).

2.5.5.1 Etiología, Fisiopatología y Epidemiología

La cefalea tensional es muy frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida en la población general que oscila entre el 30% y el 78% según los estudios, y tiene un muy alto impacto socioeconómico (50).

Mientras este tipo de cefalea fue considerado fundamentalmente psicogénico, aparecieron varios estudios después de que se publicara la primera edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas, que sugerían con firmeza la posibilidad de una base neurobiológica, al menos para los subtipos más severos de cefalea tensional.

Se desconocen los mecanismos exactos de la cefalea tensional. Es más que probable que los mecanismos del dolor periférico intervengan en la cefalea tensional episódica infrecuente y la cefalea tensional episódica frecuente, mientras que los mecanismos del dolor central desempeñan un papel más importante en la cefalea tensional crónica. La sensibilidad de la musculatura pericraneal a la palpación manual es el hallazgo anormal más significativo que se observa en pacientes con cefalea tipo tensional. Esta sensibilidad típicamente se presenta entre las crisis, se agrava durante la cefalea y aumenta conforme a su intensidad y la frecuencia. La sensibilidad pericraneal se percibe fácilmente a la palpación manual mediante movimientos giratorios y una presión firme

con los dedos índice y el corazón sobre los músculos frontal, temporal, masetero, pterigoideo, esternocleidomastoideo, esplenio y trapecio.

2.5.5.2 Criterios Clínicos

Tabla 7: Clasificación De Las Cefaleas Tensionales según la International Headache Society (50)

Tabla 7: Clasificación De Las Cefaleas Tensionales según la International Headache Society (50)	
<p style="text-align: center;">Cefalea Tensional Episódica Infrecuente</p> <p>A. Al menos 10 episodios de cefalea que aparezcan de media menos de un día al mes (menos de 12 días al año) y que cumplen los criterios B-D.</p> <p>B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días.</p> <p>C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localización bilateral. 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil). 3. Intensidad leve o moderada. 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras. <p>D. Ambas características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin náuseas ni vómitos. 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas). <p>E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.</p>	<p style="text-align: center;">Cefalea Tensional Episódica Frecuente</p> <p>A. Al menos 10 episodios de cefalea que ocurran de media 1-14 días al mes durante más de 3 meses (≥ 12 y < 180 días al año) y que cumplen los criterios B-D.</p> <p>B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días.</p> <p>C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localización bilateral. 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil). 3. Intensidad leve o moderada. 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras. <p>D. Ambas de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin náuseas ni vómitos. 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas). <p>E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.</p>
<p style="text-align: center;">Cefalea Tensional Crónica</p> <p>A. Cefalea que se presenta de media ≥ 15 días al mes durante más de 3 meses (≥ 180 días por año) y cumplen los criterios B-D.</p> <p>B. Duración de minutos a días, o sin remisión.</p> <p>C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localización bilateral. 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil). 3. De intensidad leve o moderada. 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras. <p>D. Ambas de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Solamente una de fotofobia, fonofobia o náuseas leves. 2. Ni náuseas moderadas o intensas ni vómitos. <p>E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.</p>	<p style="text-align: center;">Cefalea Tensional Probable</p> <p>Crisis de cefalea tensional que carecen de una de las características exigida para cumplir todos los criterios de uno de los subtipos de cefalea tensional clasificados anteriormente, y que no cumplen los criterios de ninguna otra cefalea.</p>

2.5.6 Síndrome de intestino irritable

El síndrome del intestino irritable (SII) es un problema que afecta al intestino grueso. Puede causar cólicos abdominales, distensión y cambios en los hábitos intestinales. Algunas personas con este trastorno tienen estreñimiento, otras tienen diarrea. Algunas pasan de un cuadro de estreñimiento a uno de diarrea. Aun cuando el síndrome del intestino irritable puede causar muchas molestias, no daña el intestino.

2.5.6.1 Etiología, Fisiopatología y Epidemiología

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional digestivo crónico y recurrente caracterizado por dolor y distensión abdominales, y cambios en el patrón evacuatorio. Su prevalencia es de 10 a 20% de la población general, tiene un gran impacto en la calidad de vida y produce altos costos en los sistemas de salud. Múltiples factores fisiopatológicos están involucrados, como alteraciones en la motilidad, inflamación, trastornos psicológicos e hipersensibilidad visceral, entre otros (51). No se conoce la causa exacta de este síndrome, ni tampoco existe una prueba específica para diagnosticarlo. El médico puede realizar exámenes para estar seguro que no padece otro proceso. Estas pruebas pueden incluir análisis de heces, de sangre y pruebas de imagen. También puede incluirse la realización de colonoscopia. La mayoría de las personas con diagnóstico de síndrome del intestino irritable puede controlar sus síntomas con dieta, manejo del estrés, probióticos y medicinas.

2.5.6.2 Criterios Clínicos

El diagnóstico de SII debe establecerse basándose en cuatro aspectos clave (52):

1) Anamnesis

Dolor abdominal de promedio ≥ 1 día/semana en los últimos 3 meses, con inicio de los síntomas al menos hace 6 meses, asociados a la defecación o a un cambio en el hábito intestinal. El dolor abdominal debe cumplir, como mínimo, dos de los tres criterios siguientes:

- Relacionado con la defecación, y/o
- Asociado con cambios en la frecuencia de las heces, y/o
- Asociado con cambios en la forma (aspecto) de las heces.

2) Exploración física

Los fines de la exploración física son tranquilizar al paciente y descartar una base orgánica de sus síntomas. Una exploración minuciosa debe incluir la zona anorrectal y un examen digital con los siguientes objetivos:

- a) Identificar causas anorrectales de hemorragia (principalmente hemorroides y fisuras) con el fin de evitar pruebas diagnósticas innecesarias (colonoscopia)
- b) Evaluar el tono anal y la contracción inapropiada del músculo puborrectal y/o el esfínter anal.
- c) Determinar si aparece un patrón anómalo de contracción de la pared abdominal durante la defecación simulada.

3) Pruebas de laboratorio mínimas

En prácticamente todos los casos de dolor abdominal y anomalías del hábito intestinal hay que obtener un hemograma y determinación de Proteína C Reactiva (PCR). Una revisión sistemática y metaanálisis han demostrado que la determinación de la PCR resulta útil para diferenciar entre SII y EII (53).

4) Colonoscopia y otras pruebas adecuadas (si están indicadas clínicamente).

Los criterios para la indicación de colonoscopia son los siguientes (54,55):

- Edad de comienzo de los síntomas 50 años o más (45 años en afroamericanos).
- Presencia de síntomas de alarma.
- Antecedentes familiares de Cáncer Colorrectal (según el riesgo individual: edad del paciente, tipo de síntomas, antecedentes familiares específicos, etc.).
- Diarrea acuosa, 6-10 deposiciones/día o más y/o diarrea persistente con fracaso del tratamiento empírico (considere la colitis microscópica, sobre todo en mujeres mayores de 50 años). Son necesarias biopsias de distintos segmentos del colon.

Además es frecuente encontrar otros síntomas digestivos y extradigestivos en los pacientes con síndrome del intestino irritable:

- Otros síntomas intestinales:
 - Moco en las heces. Fuerza excesiva para defecar. Necesidad imperiosa de defecar
 - Sensación de evacuación incompleta
- Otros síntomas digestivos:
 - Ardores

- Dolor epigástrico
 - Saciedad precoz
 - Plenitud postprandial
 - Náuseas
- Síntomas extraintestinales asociados:
- Fibromialgia
 - Síndrome de fatiga crónica
 - Dolor pélvico crónico
 - Trastornos de la articulación temporomandibular
 - Cefalea
 - Dolor de cuello y espalda
 - Dolor muscular o agujetas
 - Extenuación, cansancio, mareo
 - Migraña
 - Palpitaciones, dolor torácico
 - Sofocos
 - Problemas para dormir
 - Menor deseo sexual
 - Dispareunia
 - Polaquiuria, micción imperiosa, nicturia
 - Ansiedad, depresión
 - Dificultades para respirar, asma, tos
 - Prurito
 - Mal aliento/sabor desagradable en la boca

2.5.7 Sensibilidad química múltiple

La Sensibilidad Química Múltiple (SQM) es la denominación más utilizada para describir un síndrome complejo que se presenta como un conjunto de síntomas vinculados con una amplia variedad de agentes y componentes que se encuentran en el medio ambiente, presentándose dichas reacciones con una exposición a niveles comúnmente tolerados por la mayoría de las personas (56).

La SQM es objeto de debates entre la comunidad científica, debido a que la mayoría de los casos detectados tienen muy pocos aspectos comunes y presentan gran variedad de síntomas y de grados de afectación, lo que ha llevado a controversias en cuanto a los mecanismos biológicos que la originan, y una falta de criterios comunes para su diagnóstico y tratamiento.

Actualmente la OMS no contempla a la SQM como una entidad nosológica con un código específico. En España el Ministerio de Sanidad publicó en 2011 un documento de consenso sobre este cuadro (57).

Por todo esto es difícil conocer la incidencia de este trastorno; no obstante la evidencia analizada estima una prevalencia de entre 0,2% y 4% con un claro predominio de mujeres entre las personas detectadas (58).

2.5.7.1 Etiología, Fisiopatología y Epidemiología

Los resultados de la revisión documental realizada para la elaboración del citado consenso (57) evidencian una gran diferencia entre el porcentaje de personas que se autoconsideran enfermas, que ha oscilado entre el 0,48 y el 15,9%, y los diagnosticados por el médico, con porcentajes entre el 0,5 y el 6,3%.

En cuanto a la distribución por sexo de esta patología, en la totalidad de estudios seleccionados la mayoría de las personas afectadas eran mujeres. Los porcentajes oscilaron entre el 55 y 100%, con una media del 81,5%. Otros estudios constataron un mayor número de mujeres que se consideraban enfermas de SQM, con porcentajes del 60,7% y 86,2%, respectivamente.

Al estudiar la etiopatogenia de la SQM no ha sido encontrada una etiopatogenia clara (59). No existen estudios concluyentes que atribuyan el origen de la SQM a factores genéticos. De igual manera, tampoco disponemos de pruebas concluyentes que sitúen su origen en factores psicológicos y/o psiquiátricos.

Entre las distintas hipótesis barajadas en cuanto a su etiopatogenia, encontramos:

1. Hipótesis psicológica.
2. Hipótesis genética.
3. Hipótesis química, de sensibilización alérgica y respuesta olfativa.
4. Hipótesis anatómica.
5. Hipótesis neurológica y alteraciones cognitivas.
6. Hipótesis de sobreproducción de óxido nítrico (NO).
7. Hipótesis sobre el estado redox de las mitocondrias.

En la SQM se desarrollan respuestas exacerbadas frente a la exposición de diversos xenobióticos. El estrés oxidativo es un mecanismo de toxicidad muy frecuente. Generalmente se desarrolla la respuesta inmunológica en las primeras etapas de la exposición a xenobióticos, precediendo a la aparición de efectos tóxicos en otros órganos y sistemas fisiológicos.

Existe una estrecha relación bidireccional entre tres grandes sistemas encargados de mantener la homeostasis orgánica: sistema nervioso central, sistema inmunológico y sistema endocrinológico.

Es muy probable que los tres sistemas participen en la respuesta toxicológica que se observa en el desarrollo de la SQM, mediante alteraciones en los mecanismos de interregulación existentes en estos sistemas.

2.5.7.2 Criterios Clínicos

Generar un elemento diagnóstico capaz de diferenciar a pacientes con SQM resulta problemático, dada la variedad de síntomas y la dificultad de diferenciarlos de los atribuibles a otras entidades ya reconocidas de tipo inmunológico, digestivo, cardiológico, respiratorio, psiquiátrico, neurológico o endocrinológico.

El consenso publicado por el ministerio de sanidad en 2011 (57) realiza las siguientes recomendaciones:

- *Sospecha clínica de SQM*, mediante la presunción de relación causal entre exposición química y síntoma en toda patología con síntomas diversos, cambiantes y sin una clara filiación conforme a los razonamientos clásicos que se vienen utilizando, así como ante situaciones clínicas reconocidas que no respondan a los tratamientos habituales.
- Implementación de *cuestionarios* disponibles para una aproximación diagnóstica.
- Adecuación de los *exámenes complementarios* disponibles conforme la intención de validar la alteración neuroendocrina central que subyace en esta patología, así como las consecuencias que a nivel periférico pueda

tener la misma, en personas afectadas en las que haya sido realizado correctamente el diagnóstico clínico.

Entre los cuestionarios que se recomiendan para el estudio de este cuadro destaca el EESI (*Environmental Exposure and Sensitivity Inventory*) (60) con una versión reducida de más rápida aplicación: el QEESI (*Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory*). Este cuestionario integra la cuantificación del impacto del proceso en las áreas de severidad de síntomas, intolerancias químicas (inhalatorias), otras intolerancias (por ej. comidas, medicaciones, alcohol), calidad de vida y posible existencia del fenómeno de enmascaramiento, de forma tal que usadas en conjunto, las escalas resultantes proveen una sensibilidad del 92% y una especificidad del 95% en la diferenciación de personas afectadas por SQM respecto a los controles. Algunos autores han establecido sus casos con cuestionarios que emplean grupos de preguntas del QEESI con o sin modificaciones.

2.5.8 Síndrome del Latigazo Cervical

El término de latigazo cervical fue descrito inicialmente por Crowe en 1928 (61) para definir el mecanismo de subluxación brusca por hiperextensión seguida de hiperflexión de la nuca.

Actualmente para su definición se suele seguir la dada por Spitzer en 1995 (62): Latigazo cervical es una aceleración-desaceleración con transferencia de energía a la región cervical. Puede producirse por un accidente de tráfico. Se pueden lesionar los tejidos blandos o hueso, y puede producir una gran variedad de manifestaciones clínicas (síndrome asociado al latigazo cervical).

2.5.8.1 Etiología, Fisiopatología y Epidemiología

Aproximadamente una tercera parte de los accidentes de tráfico son colisiones posteriores, y este tipo de accidentes es el responsable de la mayoría de las lesiones asociadas al latigazo cervical. Se sabe que incluso en accidentes de baja velocidad se pueden producir grandes fuerzas de aceleración-desaceleración en la columna cervical.

El dolor producido por estas lesiones tiene una fisiopatología poco clara: puede tratarse de lesiones de los ganglios posteriores de C1-C2 o compresión de las facetas articulares de vértebras inferiores C6-C7.

Estudios en animales y humanos demuestran, después de lesiones por latigazo cervical, la existencia de rupturas de ligamentos, avulsiones de plátillos vertebrales, prolapsos discales, lesiones musculares, etc.

Hay que tener en cuenta los siguientes factores a la hora de estudiar la fisiopatología de un paciente con esta patología:

- Ángulo de colisión.
- Velocidad y tamaño de los vehículos.
- Condiciones de la carretera.
- Posición de la persona.
- Posición del reposacabezas.
- Uso del cinturón de seguridad.

Se estima una incidencia de 2-4 por 1000 habitantes/año. En Quebec, Canadá, en 1987 tenían 0.7 por 1000 habitantes. En EE.UU. en 1993, 3.8 por 1000 habitantes. En España se estima que aproximadamente el 15% de los accidentes de tráfico sufren un SLC

(63). En 2004 esto supuso una incidencia de, aproximadamente, 25.900 casos, lo que supone una tasa de 60,2 nuevos casos por cada 100.000 habitantes/año (64).

2.5.8.2 Criterios Clínicos

El diagnóstico del latigazo cervical es clínico. El mecanismo de lesión debe ser claro. El síndrome clínico del latigazo incluye dolor o rigidez de cuello, dolor en brazo y parestesias, también puede asociarse disfunción temporomandibular, cefalea, molestias visuales, problemas de memoria y concentración y estrés psicológico. No existe ningún test neuropsicológico o estudio electrofisiológico que pueda diagnosticar de forma específica el síndrome de latigazo cervical (65).

	Síntomas	Hallazgos
WAD I	Rigidez subjetiva	Normal
WAD II	Grado I + posibles síntomas neurológicos	Disminución de movilidad + contractura cervical + ausencia de signos neurológicos
WAD III	Grado II + síntomas neurológicos	Grado II + hallazgos neurológicos

Tabla 8: Clasificación del Latigazo Cervical según la Whiplash Associated Disorders

Una amplia variedad de síntomas de carácter psicosocial puede asociarse con el síndrome de latigazo cervical, entre ellos destacan depresión, ira, miedo, ansiedad e hipocondría (66). Se ha descrito un perfil de paciente afecto de síndrome de latigazo cervical en el que se incluyen elevadas puntuaciones en las escalas de somatización, depresión y comportamiento obsesivo-compulsivo (67).

CAPÍTULO 3: PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE BAJA EXPLICABILIDAD SOMÁTICA EN LA UNIDAD DEL DOLOR. CARACTERIZACIÓN DE LOS CUADROS

3.1 Introducción

Las Unidades del Dolor constituyen el último escalón terapéutico en el abordaje de cuadros dolorosos independientemente de su origen. Generalmente, ante el fracaso de los tratamientos habituales, empleados tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, los pacientes son derivados a esta unidad específica en la que se aplican diferentes técnicas instrumentales y tratamientos encaminados a aliviar las lesiones que provocan sufrimiento en el paciente. Sin embargo, la falta de respuesta de un paciente a un determinado tratamiento puede tener dos orígenes fundamentales; o bien el tratamiento resulta ineficaz para el síntoma que pretende controlar (en este caso dolor), o bien el diagnóstico que se ha realizado no ha sido correcto y por tanto el tratamiento no puede ser efectivo. Teniendo en cuenta la definición de dolor de la IASP (68), recientemente actualizada y asumida por la OMS, el dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”. Es por lo tanto capital plantear el abordaje del dolor desde una perspectiva que considere la dimensión emocional del dolor al mismo nivel que las alteraciones estructurales de la anatomía. En este sentido el abordaje multidisciplinar es imprescindible para poder proveer una asistencia clínica de calidad.

En el capítulo anterior se ha descrito de forma amplia que la prevalencia de síntomas de baja explicabilidad somática es muy elevada tanto en las consultas de Atención Primaria como en las de Atención Especializada. Y son las alteraciones músculo-esqueléticas y los cuadros dolorosos uno de las caras que más frecuentemente presentan los MUS (28).

Dado que la Unidad del Dolor es la última etapa terapéutica para el abordaje de los cuadros dolorosos, entendemos que será frecuente encontrar en ella pacientes en los que hayan fracasado tratamientos anteriores, y entre ellos existirán muchos en los que no se ha realizado correctamente un abordaje de los factores psicosociales y psicopatológicos que inevitablemente se asocian a cualquier proceso de enfermedad.

3.2 Objetivos

1. Conocer la proporción de pacientes que presentan MUS en la Unidad del Dolor.
2. Clasificar aquellos pacientes con MUS en las diferentes categorías diagnósticas.

3.3 Material y métodos

Estudio observacional, naturalístico y prospectivo. Se incluirán en el estudio de forma consecutiva todos aquellos pacientes que sean derivados a la Unidad del Dolor del Complejo Asistencial Universitario de León entre el 1 de julio de 2015 y el 31 de diciembre de 2016 (18 meses en total). Todos los pacientes serán evaluados en condiciones clínicas reales, sin que se produzca ningún control experimental de variables.

Inicialmente los pacientes serán evaluados por una Comisión Multidisciplinar compuesta por un Anestesiista, un Psiquiatra y un Médico Rehabilitador durante 45 minutos. En este tiempo serán realizadas todas aquellas pruebas y exploraciones que se consideren necesarias por cualquier miembro del equipo. Para ello el equipo contará con acceso completo a la historia clínica del paciente y a las pruebas complementarias realizadas. Además de la entrevista clínica, la Comisión contará con una sala de exploración física dotada con un aparato de ecografía.

Una vez completada la evaluación, los tres especialistas decidirán, a la vista de las pruebas y mediante un método deliberativo, si el paciente presenta o no un cuadro de Síntomas Médicos Inexplicados y cuál es la mejor opción para abordar el caso. En caso de establecerse que el paciente presenta un cuadro de MUS será remitido a la consulta de Psiquiatría con objeto de caracterizarlo. Una vez realizada la entrevista psiquiátrica se confirmará o no el cuadro de MUS (en caso de no confirmarse se derivará de nuevo el paciente para seguimiento por Anestesia) y se establecerá el diagnóstico específico que permita clasificar adecuadamente el origen del cuadro de MUS. Una vez realizado el diagnóstico se iniciará el abordaje más adecuado para la resolución del caso.

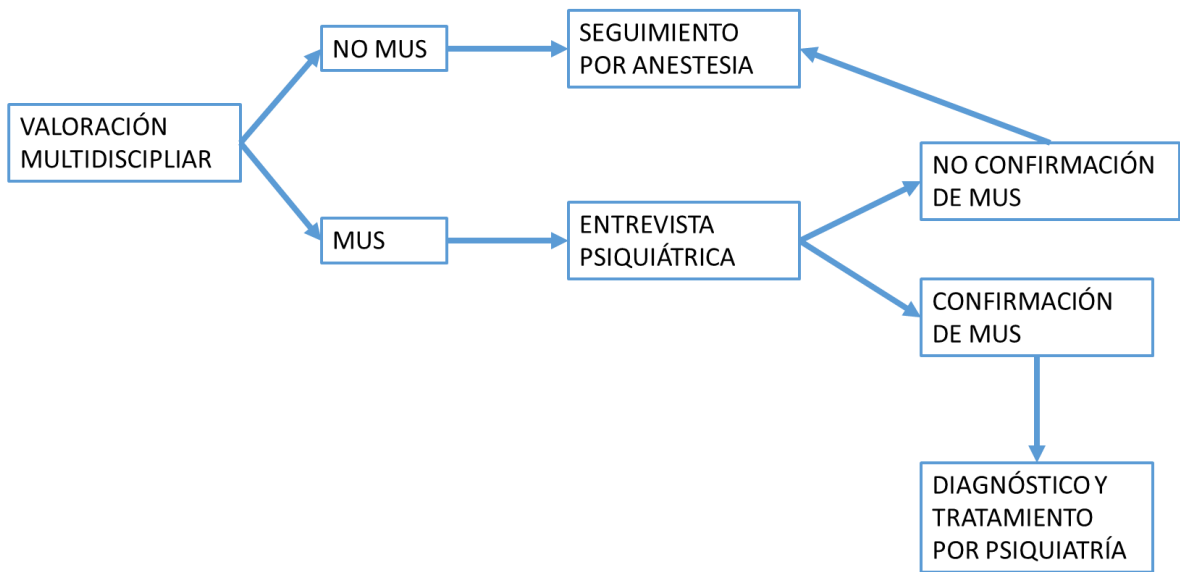


Gráfico 3: Proceso diagnóstico multidisciplinar de los pacientes con MUS (elaboración propia)

3.4 Resultados

Un total de 462 pacientes consecutivos fueron evaluados de forma multidisciplinar. 174 (37,7%) fueron varones y 288 (62,3%) mujeres. La edad media fue de 59,06 +/-16,30 años.

En la tabla siguiente se muestran, en orden de frecuencias, los servicios de procedencia de los pacientes:

Destaca de forma notable, como principal solicitante de consulta en la Unidad del Dolor, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Concretamente la Unidad de Raquis, englobada en este servicio. Se observa que la inmensa mayoría de solicitudes de consulta proceden de servicios que tienen entre sus funciones la de abordar la patología de columna vertebral, ya sea a través de un abordaje quirúrgico o médico.

La presencia de derivaciones procedentes de las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria y Urgencias corresponde a casos de especial complejidad puesto que, salvo excepciones bien documentadas, la derivación a la

Tabla 9: Procedencia de las consultas de la Unidad del Dolor de León

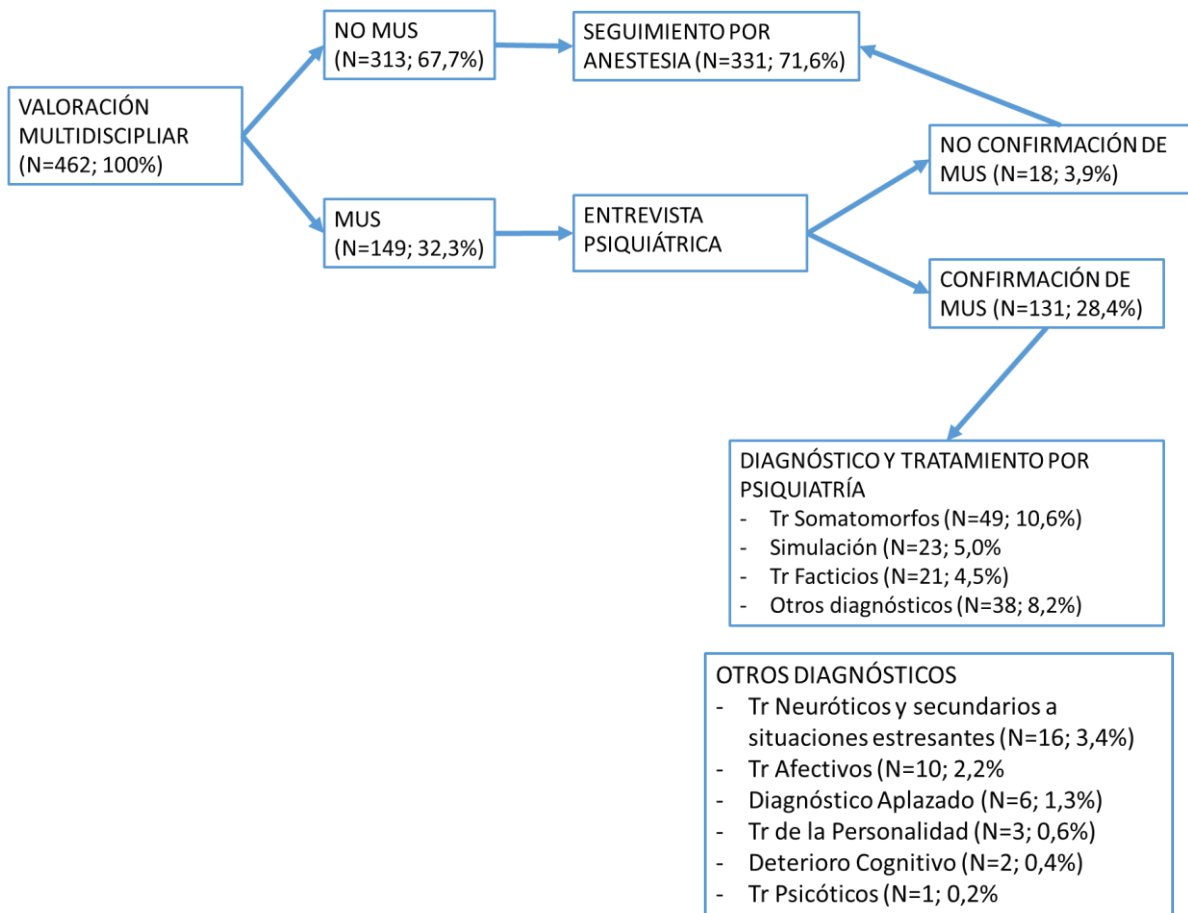
Servicio	N	%
Traumatología	241	52,2%
<i>Unidad de Raquis</i>	137	29,7%
<i>Traumatología General</i>	104	22,5%
Neurocirugía	61	13,2%
Reumatología	36	7,8%
Rehabilitación	29	6,3%
Medicina Interna	15	3,2%
Cirugía General	13	2,8%
Medicina Familiar	13	2,8%
Urología	9	1,9%
Neurología	8	1,7%
Geriatría	6	1,3%
Digestivo	5	1,1%
Nefrología	4	0,9%
Urgencias	4	0,9%
Cirugía Maxilofacial	3	0,6%
Cirugía Plástica	3	0,6%
Cirugía Vascular	3	0,6%
Neumología	2	0,4%
Psiquiatría	2	0,4%
Endocrinología	1	0,2%
Ginecología	1	0,2%
Hematología	1	0,2%
Inmunología	1	0,2%
Oftalmología	1	0,2%

Unidad del Dolor debe ser realizada por especialistas hospitalarios en el proceso de atención ambulatoria ordinario.

Tras la valoración de la Comisión Multidisciplinar encontramos que se forman dos grupos de pacientes, uno de 313 pacientes (67,75%) en los que no existe sospecha de MUS y que está compuesto por 137 varones (43,77%) y 176 mujeres (56,23%) con una edad media de 63,00 años (+/-16,09). Y un segundo grupo de 149 pacientes (32,25%) en los que se sospecha la existencia de un cuadro de MUS y que es derivado para valoración mediante entrevista psiquiátrica. Este segundo grupo está compuesto por 37 varones (24,83%) y 112 mujeres (75,17%) y tiene una edad media de 50,78 años (+/-1,10). Se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos tanto en su edad media (t-student; $p < 0,001$) como en su composición por sexos (chi-cuadrado; $p < 0,001$). De esta forma se establece que el grupo MUS presenta significativamente menor edad y mayor proporción de mujeres.

Posteriormente a la valoración por parte de la Comisión Multidisciplinar, aquellos pacientes (N=149) en los que se sospecha un cuadro de MUS, son derivados para una entrevista psiquiátrica individual. Tras esta entrevista, en 18 casos (3,9%) no es posible confirmar la sospecha clínica realizada en la Comisión Multidisciplinar y se establece que, la conducta prudente consiste en una nueva evaluación y seguimiento por parte del Servicio de Anestesia. En 131 casos (28,4%) se mantiene la sospecha de MUS y se realiza un diagnóstico que caracterice los MUS. En seis casos (1,3%) no se alcanza un diagnóstico bien sea porque no se logra reunir evidencia suficiente para realizarlo o porque el paciente no acude a consulta en el día que se le cita, en todo caso se mantiene la sospecha de MUS a falta de posterior confirmación.

Gráfico 4: Resultados diagnósticos en la muestra (elaboración propia)



3.4.1 Descripción de los principales grupos diagnósticos encontrados

Los diagnósticos principales encontrados fueron los siguientes:

- Trastornos Somatomorfos: 49 pacientes (10,6%) recibieron el diagnóstico de Trastorno Somatomorfo. Esto significa que presentan un cuadro de apariencia orgánica pero que en su origen se encuentran conflictos psíquicos. Es imprescindible remarcar que el paciente no se provoca de forma voluntaria los síntomas sino que estos son expresión de un trastorno mental y de origen inconsciente, por lo tanto no cabe una valoración moral de la conducta del paciente.

- Simulación: 23 pacientes (5,0%) acudieron a la Unidad del Dolor con objeto de lograr un beneficio, esto es, o bien una pensión de incapacidad o la exención de algún tipo de responsabilidad. Estos pacientes generan un daño importante al sistema sanitario provocando la sintomatología a sabiendas y mostrando una conducta de fraude. Sin embargo es preciso comprender el contexto socioeconómico de estos pacientes para poder plantear un abordaje, generalmente mediante los servicios sociales.
- Trastornos Facticios: 21 pacientes (4,5%) acudieron a la Unidad del Dolor simulando sus síntomas pero no con el objeto de lograr un beneficio sino con la intención de asumir el rol de enfermedad. A pesar de la simulación de síntomas, estos pacientes presentan un trastorno mental genuino y son susceptibles de tratamiento mediante psicoterapia. La motivación principal, según lo observado en este estudio, corresponde a sistemas familiares disfuncionales que sólo logran estabilizarse mediante la enfermedad de uno de sus miembros. Es preciso destacar que la cantidad de recursos que estos pacientes consumen es elevadísima y que una detección precoz de los mismos constituye un factor de ahorro para el sistema sanitario, siempre que los sistemas de información entre profesionales funcionen de forma adecuada.
- Otros diagnósticos: En este grupo destacan principalmente los cuadros de Trastornos Neuróticos (N=16; 3,4%) en el que se agrupan los pacientes con cuadros adaptativos a la enfermedad y pacientes con cuadros obsesivos. También destaca el grupo de Trastornos Afectivos (N=10; 2,2%) en el cual la presencia de sintomatología depresiva no se considera dependiente del cuadro

somático y puede tener una expresión corporal que justifique el cuadro de MUS. Ambos grupos requieren un tratamiento por parte de Psiquiatría antes de continuar el abordaje de su proceso somático. Es posible que alguno de los pacientes de este grupo acabe retornando para valoración por Anestesia, si bien no se ha contemplado en la metodología de este estudio. El resto de diagnósticos encontrados (Psicosis, Deterioro Cognitivo y Trastornos de la Personalidad) se consideran anecdóticos siendo un 1,2% del total de pacientes.

3.4.2 Elaboración de diagrama de flujo para el cálculo de la prevalencia de MUS en la Unidad del Dolor

El objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia total de pacientes con cuadros de baja explicabilidad somática para ello, siguiendo los datos obtenidos anteriormente, construimos el siguiente diagrama:

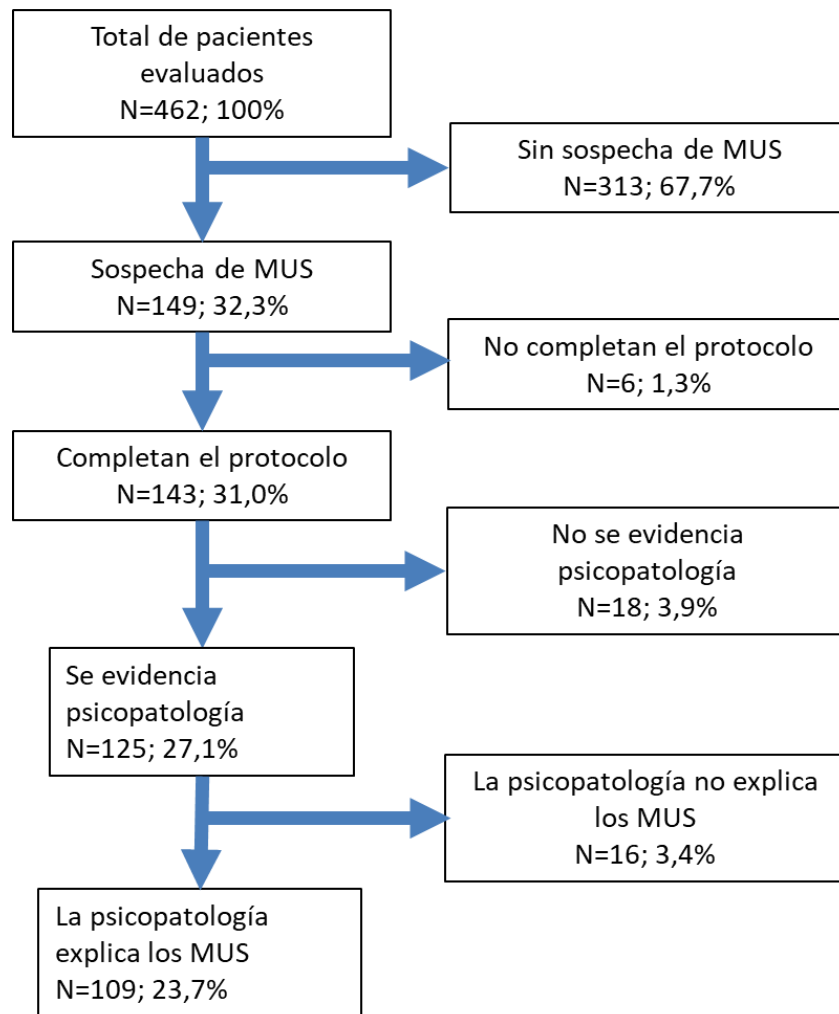


Gráfico 5: Prevalencia de MUS en la Unidad del Dolor de León (elaboración propia)

Por lo tanto, tras el protocolo realizado y la evaluación Multidisciplinar con las máximas garantías y rigor clínico y metodológico se obtiene que la presencia de Síntomas Médicos de Baja Explicabilidad Somática en la Unidad del Dolor del Complejo Asistencial Universitario de León en el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2015 y el 31 de diciembre de 2016, en condiciones clínicas reales, es del 23,7%.

3.5 Conclusiones

- Un 23,7% de los pacientes que alcanzan el último nivel terapéutico respecto al tratamiento del dolor presentan un cuadro de baja explicabilidad somática.

- El grupo MUS presenta significativamente menor edad y mayor proporción de mujeres respecto al No-MUS.

- Es necesario un equipo multidisciplinar para el diagnóstico de los cuadros de baja explicabilidad somática.

CAPÍTULO 4: PERFIL PSICOMÉTRICO DE LOS PACIENTES CON SÍNTOMAS DE BAJA EXPLICABILIDAD ORGÁNICA

4.1 Introducción

Con objeto de realizar una adecuada clasificación de los pacientes afectos de Síntomas Médicos Inexplicados (MUS) no sólo es imprescindible utilizar un abordaje multidisciplinar, sino que deben utilizarse herramientas estandarizadas que permitan apoyar el diagnóstico clínico y generalizar los protocolos utilizados.

Existen múltiples herramientas utilizadas en la valoración de diferentes aspectos psicopatológicos de la conducta de enfermedad, sin embargo su utilización sistemática y ordenada no es frecuente.

4.2 Objetivos

1. Conocer las puntuaciones de los pacientes diagnosticados mediante metodología multidisciplinar en una serie de cuestionarios estandarizados.

2. Comparar los distintos grupos de pacientes con MUS de cara a obtener un algoritmo diagnóstico estandarizado.

4.3 Material y métodos

Estudio observacional. Todo paciente en el que se sospeche un cuadro de MUS tras evaluación multidisciplinar completará un protocolo psicométrico autoaplicado tras la valoración psiquiátrica, que incluirá las siguientes escalas:

1. Test de Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)
2. Test de Othmer y De Souza para la detección de Somatización
3. Inventario de Sensibilización Central (SCI)
4. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)
5. Inventario de Sheehan de Discapacidad (SDI)
6. Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)

Las características principales de las escalas se describen a continuación:

4.3.1.- Test de Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

La prueba FF – SIL se diseñó en 1994, con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria, siendo validada por Isabel Louro Bernal et al en el 2004 (69).

Tiene como objetivo evaluar siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad.

Tabla 10: Subescalas De Test De Funcionamiento Familiar FF-SIL

CATEGORÍAS	ÍTEMS
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13
Comunicación	5 y 11
Adaptabilidad	6 y 10
Efectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Permeabilidad	7 y 12

Se compone por 14 ítems, redactados en forma positiva, además de una escala de tipo Likert con 5 opciones como alternativas de respuesta.

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca vale 1, pocas veces vale 2, a veces vale 3, muchas veces vale 4 y casi siempre vale 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar según la tabla inferior:

Tabla 11: Puntuación del test de Funcionamiento Familiar FF-SIL

De 70 a 57	Familia Funcional
De 56 a 43	Familia Moderadamente Funcional
De 42 a 28	Familia Disfuncional
De 27 a 14	Familia Severamente Disfuncional

El significado de las diferentes subescalas es el siguiente:

- **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Todas las subescalas se puntúan entre 2 y 10, no existiendo en ellas puntos de corte, a mayor puntuación mejor funcionamiento en el área medida.

4.3.2.- Test de Othmer y De Souza para la detección de Somatización

En 1985 Othmer y De Souza (70), utilizando una técnica de análisis discriminante, aislaron los 7 síntomas más sensibles y específicos para el diagnóstico de este proceso de los propuestos por el DSM-III-R, con el objetivo de proporcionar un instrumento eficaz y de fácil manejo que pudiera utilizarse como método de screening del trastorno

de somatización. Dicho instrumento fue validado en 1996 en España por García Campayo et al.(71).

Consta de 7 ítems con respuestas dicotómicas (Si/No), que valoran la presencia o ausencia del síntoma.

Los autores proponen un punto de corte de 3 o más respuestas positivas para población española.

En el trabajo original de Othmer y De Souza, el punto de corte propuesto es de 2 o más respuestas positivas. Esta disimilitud entre un trabajo y otro, la explica García Campayo por las diferencias metodológicas de ambos estudios, a la hora de seleccionar la muestra, y por las diferencias culturales entre un país y otro (72).

4.3.3.- Inventario de Sensibilización Central (SCI)

El Inventario de Sensibilización Central fue diseñado por Neblett et al en 2015 (73) como una herramienta para identificar aquellos síntomas que más frecuentemente se encontraban ligados a un Síndrome de Sensibilización Central (SSC) y de esta manera realizar un adecuado tratamiento y evitar pruebas diagnósticas inapropiadas.

El inventario consta de dos partes. La parte A valora 25 síntomas comúnmente asociados con el SSC, la puntuación total varía entre 0 y 100. La parte B pregunta al paciente si con anterioridad ha sido diagnosticado de alguno de los trastornos específicos que se encuentran relacionados con el SSC.

Tanto en la versión en inglés como en su validación española (74) una puntuación por encima de 40 en la parte A del test se ha propuesto como punto de corte para la sospecha de la presencia de SSC.

Más recientemente se han propuesto diferentes niveles de gravedad del síndrome (75). De esta manera se establecen los siguientes rangos de gravedad:

- Subclínico: 0-29
- Mínimo: 30-39
- Moderado: 40-49
- Severo: 50-59
- Extremo: 60-100

4.3.4.- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

La HADS fue diseñada por Zigmond y Snaith en 1983 (76) con objeto de crear un instrumento que permitiera detectar los trastornos depresivos y ansiosos en el marco de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Este instrumento se creó procurando evitar la contaminación de la enfermedad física del paciente sobre los síntomas psicopatológicos y tratando de diferenciar claramente entre aquellos de origen ansioso y aquellos de origen depresivo. La escala fue validada en España en 2003 por Herrero y cols. (77).

La escala presenta 14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos. Presenta dos subescalas, cada una de ellas compuesta por 7 ítems. La subescala de ansiedad se centra en sus manifestaciones psíquicas y la subescala de depresión se centra en la valoración de la anhedonia.

El rango de puntuación de cada una de las subescalas es el siguiente:

- 0-7: Rango de normalidad
- 8-10: Caso probable de ansiedad o depresión
- 11-21: Caso de ansiedad o depresión

4.3.5.- Inventario de Sheehan de Discapacidad (SDI)

Inicialmente diseñado por Sheehan y Harnett-Sheehan en 1996 (78), fue validado en España por Bobes y cols en 1999 (79). Se trata de un cuestionario autoadministrado que, mediante 3 ítems, evalúa de forma subjetiva el grado de discapacidad o disfunción en tres áreas de la vida: laboral, social y de ocio, y familiar y de responsabilidades del hogar. Mediante 2 ítems adicionales, evalúa también el grado de preocupación en la última semana y el apoyo social percibido.

Los primeros 4 ítems son puntuados mediante una EVA de 10 puntos (0 = no discapacidad; 10 = máxima discapacidad).

El quinto ítem (apoyo social percibido) utiliza el mismo tipo de escala; pero expresada en porcentajes (0% = apoyo inexistente; 100% = apoyo ideal).

4.3.6.- Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)

El Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) fue creado en 2005 por Widows y Smith (80) y validado en España en 2009 por González-Ordi y Santamaría (81). Se utiliza para detección de patrones de exageración de sintomatología neuropsicológica y psicopatológica.

Está formado por 75 elementos de tipo verdadero-falso incluidos en cinco escalas. Estas escalas valoran síntomas inconsistentes con una patología real y son (entre paréntesis el punto de corte para población española de cada subescala):

- Psicosis (2), que informa sobre síntomas psicóticos inusuales y/o extravagantes.
- Deterioro neurológico (3), que mide presencia de síntomas neurológicos ilógicos y/o atípicos.

- Trastornos amnésicos (3), que valora alteraciones amnésicas inconsistentes con deterioro real.
- Baja inteligencia (3), que mide exageración de un déficit intelectual ante cuestiones generales.
- Trastornos afectivos (7), que proporciona información sobre síntomas emocionales atípicos de los cuadros ansioso-depresivos.

Además de la puntuación de cada subescala se obtiene también una puntuación total sobre el perfil general de simulación (en población española el punto de corte es de 16 puntos).

Aunque inicialmente se diseñó como una herramienta para su utilización en pacientes con sospecha de simulación de su psicopatología, en los últimos tiempos existe evidencia de su utilidad en cuadros de dolor (82–84).

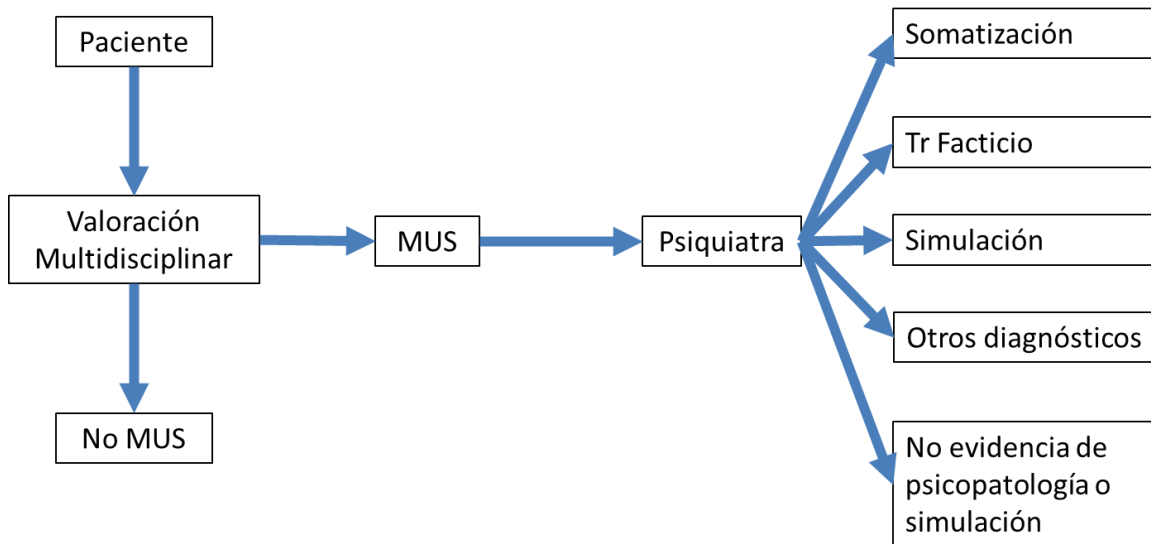
4.3.7 Formación de los grupos de comparación y planteamiento de algoritmo diagnóstico.

Tras la valoración multidisciplinar y la entrevista psiquiátrica, en la que se determina el diagnóstico del paciente, se entrega al paciente el protocolo psicométrico. A partir de los diagnósticos obtenidos en la entrevista se encuadrará a cada paciente en uno de los siguientes grupos:

- Grupo 1: No se evidencia presencia de psicopatología o simulación que justifique el cuadro.
- Grupo 2: Trastornos Somatomorfos y Sensibilización Central.
- Grupo 3: Simulación.
- Grupo 4: Trastornos Ficticios.

- Grupo 5: Otros diagnósticos.

Gráfico 6: Proceso diagnóstico multidisciplinar de los pacientes con MUS (elaboración propia)



Se realizará un análisis descriptivo de las puntuaciones psicométricas obtenidas en los diferentes grupos y a partir de los resultados obtenidos se construirá un algoritmo diagnóstico que permita maximizar la correcta clasificación de los pacientes y de esta manera estandarizar lo más posible el proceso de valoración.

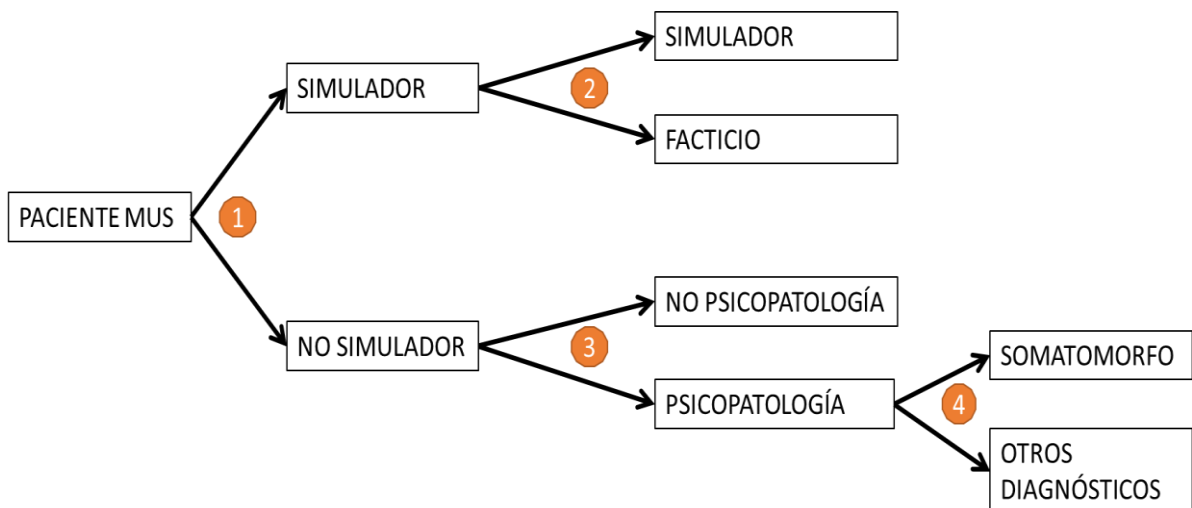


Gráfico 7: Algoritmo secuencial de valoración de pacientes con MUS: Planteamiento

En el gráfico anterior se indican los puntos donde se realizarán comparaciones entre los distintos grupos diagnósticos para obtener el máximo rendimiento diagnóstico. En cada etapa del algoritmo, se utilizarán las puntuaciones obtenidas en todos los test realizados y se seleccionará como el más idóneo para cada etapa, aquel que presente valores máximos de especificidad y sensibilidad. Los grupos de comparación en cada etapa serán los siguientes:

- Etapa 1: Diferenciación entre pacientes que simulan su psicopatología y aquellos que no lo hacen. Se considerará estado real positivo el pertenecer a los grupos 3 y 4 y estado real negativo pertenecer a los grupos 1, 2 y 5.
- Etapa 2: Diferenciación entre simuladores que buscan una ganancia y aquellos que presentan un trastorno mental caracterizado por la necesidad patológica de asumir el rol de enfermo. Se considerará estado real positivo pertenecer al grupo 3 y estado real negativo pertenecer al grupo 4.
- Etapa 3: Diferenciación entre pacientes no simuladores con un trastorno mental y pacientes no simuladores sin psicopatología. Se considerará estado real positivo pertenecer a los grupos 2 y 5 y estado real negativo pertenecer al grupo 1.
- Etapa 4: Diferenciación entre Trastornos Somatomorfos y Otros Trastornos Mentales. Se considerará estado real positivo pertenecer al grupo 2 y estado real negativo pertenecer al grupo 5.

Una vez realizados los distintos cálculos y obtenido el algoritmo diagnóstico se aplicará a la propia muestra para obtener la proporción de pacientes cuyo diagnóstico coincidiría con el realizado tras la entrevista psiquiátrica (gold standard).

4.4 Resultados

4.4.1 Análisis descriptivo de los resultados encontrados

343 pacientes fueron incluidos en el estudio tras sospecharse la presencia de un cuadro de MUS en una valoración multidisciplinar.

4.4.1.1 Variables sociodemográficas:

Los datos sociodemográficos se describen en la tabla 11:

Tabla 12: Variables Sociodemográficas: Pacientes Con Sospecha De Mus (N=343)				
EDAD	51,97 +/- 12,25	Rango (17- 88)	NIVEL ACADÉMICO	
	N	Porcentaje	<i>Estudios Básicos</i>	178 51,9 %
SEXO			<i>FP/Bachillerato</i>	108 31,5 %
<i>Varones</i>	92	26,8 %	<i>Universidad</i>	47 13,7 %
<i>Mujeres</i>	251	73,2 %	<i>No consta</i>	10 2,9 %
SITUACIÓN LABORAL			CONVIVENCIA	
<i>I.L.T.</i>	77	22,4 %	<i>Solo</i>	46 13,4 %
<i>Pensionista</i>	117	34,1 %	<i>Familia de origen</i>	41 12,0 %
<i>Trabajando</i>	53	15,5 %	<i>Familia propia</i>	226 65,9 %
<i>Desempleo</i>	70	20,4 %	<i>Otros familiares</i>	12 3,5 %
<i>Hogar/Estudiante</i>	20	5,8 %	<i>Otras personas</i>	10 2,9 %
<i>No consta</i>	6	1,7 %	<i>No consta</i>	8 2,3 %
OFICIO			ESTADO CIVIL	
<i>No cualificado</i>	211	61,5 %	<i>Soltero</i>	74 21,6 %
<i>Cualificado</i>	94	27,4 %	<i>Casado</i>	206 60,1 %
<i>Nunca Trabajó</i>	28	8,2 %	<i>Separado</i>	42 12,2 %
<i>No consta</i>	10	2,9 %	<i>Viudo</i>	14 4,1 %
			<i>No consta</i>	7 2,0 %

Observamos que respecto a las variables sociodemográficas, nuestra muestra está constituida por 343 pacientes, la edad media es de 51,97 años, una proporción 3 a 1 de mujeres.

Destaca que los pacientes se encuentran mayoritariamente en situación de Pensionista, si bien existe un grupo importante de pacientes en situación de incapacidad laboral temporal (22,4 %). Esta situación de incapacidad laboral temporal constituye una situación no permanente que evolucionará obligatoriamente hacia la recuperación y la reincorporación a la situación de vida laboral activa (ya sea con retorno al trabajo o a una situación de desempleo) o bien hacia una situación de incapacidad laboral permanente (que se englobará en el grupo de pensionistas).

Las variables de Oficio y Nivel Académico se condicionan mutuamente, pues representan, de forma general, la carga física del trabajo y la capacidad de adaptación a nuevos escenarios. Generalmente, a menor cualificación, mayor carga física y a menor nivel académico, menor posibilidad de cambios de actividad. En nuestra muestra más de la mitad de los pacientes presentan un nivel académico básico (51,9%) y un oficio no cualificado (61,5%).

Respecto a las estructuras de convivencia, se mantiene de forma mayoritaria la estructura de la familia española, la mayoría conviven con su familia propia y están casados. Esta estructura familiar, generalmente, supone una red de protección muy importante para aportar cuidados informales en caso de enfermedad o de problemática de tipo económico.

El perfil sociodemográfico que podemos establecer de paciente con sospecha de MUS tras la valoración multidisciplinar correspondería a una mujer en torno a los 50 años, casada, que convive con su familia, que ha desempeñado trabajos no cualificados, con un nivel de estudios básico y que actualmente es pensionista.

Una vez realizada la entrevista psiquiátrica a cada paciente se le encuadra en uno de los distintos grupos diagnósticos. Los 343 pacientes evaluados se agrupan de la

siguiente manera: 59 pacientes en los que no se evidenció psicopatología o simulación que causaran el cuadro, 108 pacientes diagnosticados de Trastornos Somatomorfos o Síndromes de Sensibilización Central, 45 pacientes diagnosticados de Simulación, 49 pacientes diagnosticados de Trastorno Facticio y 82 pacientes que recibieron Otros Diagnósticos.

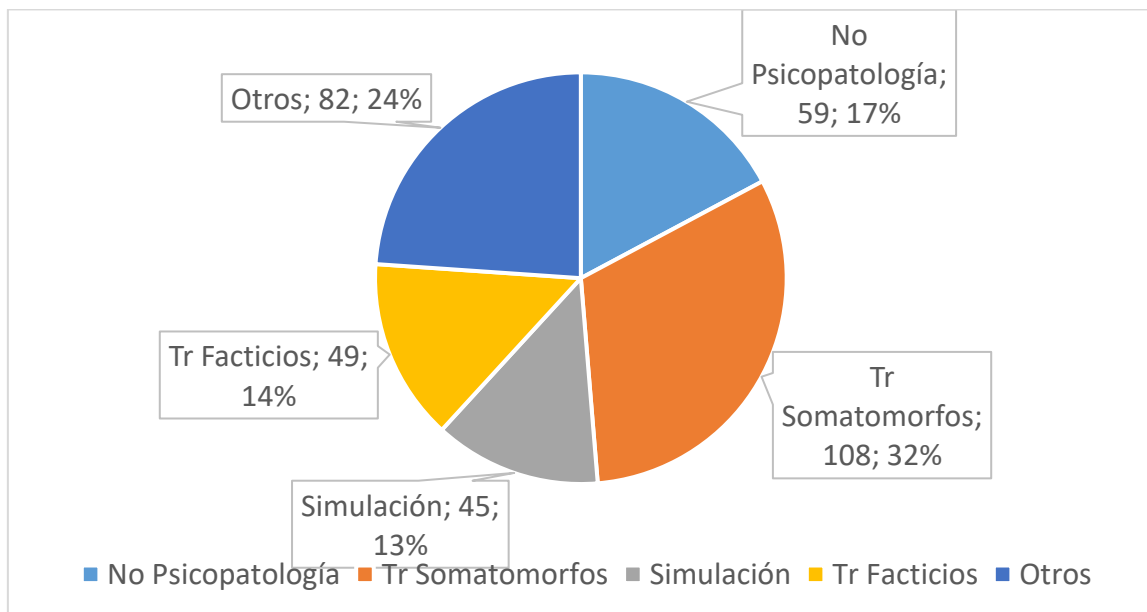


Gráfico 8: Resultados Diagnósticos de la Entrevista Psiquiátrica (elaboración propia)

De forma agrupada las variables sociodemográficas de cada uno de los grupos se reflejan en las tablas siguientes:

Tabla 13: Variables Sociodemográficas I: Sexo Y Edad					
pacientes con sospecha de MUS tras clasificación diagnóstica					
Grupo	No Psicopatología	Somatomorfos	Simulación	Ficticios	Otros
N Total	59 (17%)	108 (32%)	45 (13%)	49 (14%)	82 (24%)
EDAD	51,23	52,02	46,61	54,05	54,14
(media +/-DT)	+/-13,57	+/-11,00	+/-9,31	+/-10,67	+/-14,27
SEXO	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Varones</i>	27 (45,8%)	16 (14,8%)	18 (40,0%)	10 (20,4%)	21 (25,6%)
<i>Mujeres</i>	32 (54,2%)	92 (85,2%)	27 (60,0%)	39 (79,6%)	61 (74,4%)

Respecto a Edad y Sexo encontramos que el grupo más joven corresponde al de Simuladores y el más añoso al grupo Otros Trastornos Mentales. La composición por sexos de cada grupo es bastante dispar, presentando una proporción de mujeres máxima (85,2%) en el grupo de Trastornos Somatomorfos y Sensibilización Central y mínima en el grupo de No Psicopatología (54,2%), si bien en todos los grupos diagnósticos predominan las mujeres.

Tabla 14: Variables Sociodemográficas II: Situación Laboral
pacientes con sospecha de MUS tras clasificación diagnóstica

Grupo	No Psicopatología	Somatomorfos	Simulación	Facticios	Otros
<i>I.L.T.</i>	15 (25,4%)	25 (23,1%)	16 (35,6%)	7 (14,3%)	14 (17,1%)
<i>Pensionista</i>	22 (37,3%)	32 (29,6%)	2 (4,4%)	28 (57,1%)	33 (40,2%)
<i>Trabajando</i>	7 (11,9%)	20 (18,5%)	7 (15,6%)	4 (8,2%)	15 (18,3%)
<i>Desempleo</i>	13 (22,0%)	21 (19,4%)	17 (37,8%)	6 (12,2%)	13 (15,9%)
<i>Hogar/ Estudiante</i>	2 (3,4%)	7 (6,5%)	2 (4,4%)	4 (8,2%)	5 (6,1%)
<i>No consta</i>	0 (0%)	3 (2,8%)	1 (2,2%)	0 (0%)	2 (2,4%)

La Situación Laboral de los pacientes predominante en todos los grupos es la de pensionista, salvo en el grupo de Simuladores en el cual la mayoría de los pacientes se encuentra en situación de Desempleo (37,8%) o de Incapacidad Temporal (35,6%). La proporción de pensionistas resulta máxima en el grupo de Trastornos Facticios (57,1%), que habitualmente ocupan todo su espacio vital con conductas relacionadas con la enfermedad.

Tabla 15: Variables Sociodemográficas III: Oficio Y Nivel Académico**pacientes con sospecha de MUS tras clasificación diagnóstica**

Grupo	No Psicopatología	Somatomorfos	Simulación	Facticios	Otros
OFICIO					
<i>No cualificado</i>	39 (66,1%)	64 (59,3%)	38 (84,4%)	28 (57,1%)	42 (51,2%)
<i>Cualificado</i>	16 (27,1%)	31 (28,7%)	3 (6,7%)	18 (36,7%)	26 (31,7%)
<i>Nunca Trabajó</i>	4 (6,8%)	9 (8,3%)	3 (6,7%)	3 (6,1%)	9 (11,0%)
<i>No consta</i>	0 (0%)	4 (3,7%)	1 (2,2%)	0 (0%)	5 (6,1%)
NIVEL ACADÉMICO					
<i>Estudios Básicos</i>	34 (57,6%)	50 (46,3%)	32 (71,1%)	25 (51,0%)	37 (45,1%)
<i>FP/ Bachillerato</i>	16 (27,1%)	36 (33,3%)	10 (22,2%)	21 (42,9%)	25 (30,5%)
<i>Universidad</i>	8 (13,6%)	18 (16,7%)	2 (4,4%)	3 (6,1%)	16 (19,5%)
<i>No consta</i>	1 (1,7%)	4 (3,7%)	1 (2,2%)	0 (0%)	4 (4,9%)

Todos los grupos de pacientes presentan una proporción de mayor de pacientes con oficios No Cualificados y Estudios Básicos. En este contexto es preciso comprender que la mayoría de oficios de este grupo corresponden a tareas de elevada carga física y que un nivel básico de estudios dificulta de forma muy notable la búsqueda de alternativas laborales. El grupo en el que con mayor proporción se dan estas circunstancias corresponde a los Simuladores, presentando un 84,4% de oficios no cualificados y un 71,1% de nivel de estudios básico.

Tabla 16: Variables Sociodemográficas IV: Convivencia Y Estado Civil**pacientes con sospecha de Mus tras clasificación diagnóstica**

Grupo	No Psicopatología	Somatomorfos	Simulación	Ficticios	Otros
CONVIVENCIA					
<i>Solo</i>	4 (6,8%)	19 (17,6%)	3 (6,7%)	7 (14,3%)	13 (15,9%)
<i>Familia de origen</i>	6 (10,2%)	14 (13,0%)	9 (20,0%)	4 (8,2%)	8 (9,8%)
<i>Familia propia</i>	42 (71,2%)	67 (62,0%)	29 (64,4%)	35 (71,4%)	53 (64,6%)
<i>Otros familiares</i>	4 (6,8%)	2 (1,9%)	1 (2,2%)	1 (2,0%)	4 (4,9%)
<i>Otras personas</i>	2 (3,4%)	2 (1,9%)	3 (6,7%)	1 (2,0%)	2 (2,4%)
<i>No consta</i>	1 (1,7%)	4 (3,7%)	0 (0%)	1 (2,0%)	2 (2,4%)
ESTADO CIVIL					
<i>Soltero</i>	11 (18,6%)	24 (22,2%)	13 (28,9%)	6 (12,2%)	20 (24,4%)
<i>Casado</i>	40 (67,8%)	62 (57,4%)	24 (53,3%)	32 (65,3%)	48 (58,5%)
<i>Separado</i>	5 (8,5%)	15 (13,9%)	7 (15,6%)	9 (18,4%)	6 (7,3%)
<i>Viudo</i>	2 (3,4%)	4 (3,7%)	1 (2,2%)	2 (4,1%)	5 (6,1%)
<i>No consta</i>	1 (1,7%)	3 (2,8%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (3,7%)

Respecto al Estado Civil y al Grupo de Convivencia en todas las categorías diagnósticas encontramos que los pacientes están casados y conviven con su familia. La mayor proporción de Separados corresponde al grupo de Trastornos Ficticios (18,4%) y la mayor proporción de pacientes que viven solos corresponde al grupo de Trastornos Somatomorfos y Sensibilización Central (17,6%).

Además de los resultados obtenidos en los datos sociodemográficos se describen a continuación las puntuaciones obtenidas en las diferentes herramientas psicométricas:

4.4.1.2 Test de Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

Tabla 17: Puntuaciones del Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL y subescalas tras clasificación diagnóstica

GRUPO	No Psicopatología	Somatomorfos	Simulación	Facticios	Otros
N total	59	108	45	49	82
FFSIL Total	60,28	56,02	54,49	44,90	51,73
(media +/- DE)	+/-7,25	+/-11,00	+/-9,56	+/-15,18	+/-11,25
<i>Cohesión</i>	9,35+/-1,20	8,83+/-1,66	8,18+/-1,96	7,24+/-2,71	8,59+/-1,82
<i>Armonía</i>	9,00+/-1,10	8,18+/-1,84	8,05+/-1,91	6,44+/-2,46	7,83+/-2,05
<i>Comunicación</i>	9,00+/-1,28	8,47+/-1,73	8,03+/-2,02	6,59+/-2,64	7,83+/-2,29
<i>Permeabilidad</i>	7,43+/-2,09	6,92+/-1,90	6,49+/-2,00	5,56+/-2,23	6,14+/-2,37
<i>Afectividad</i>	8,83+/-1,68	8,24+/-1,99	7,63+/-2,46	6,56+/-2,98	7,19+/-2,57
<i>Roles</i>	8,43+/-1,52	7,26+/-2,22	7,65+/-1,86	5,73+/-2,66	6,86+/-2,38
<i>Adaptabilidad</i>	8,24+/-1,46	8,12+/-1,51	8,10+/-1,74	6,78+/-2,28	7,42+/-1,90

Según las puntuaciones estandarizadas del test FF-SIL encontramos que todos los grupos salvo el de No Psicopatología presentan una media que se clasificaría en el grupo de familias moderadamente disfuncionales (puntuación entre 43 y 56). Sólo el grupo No Psicopatología presenta una puntuación media en el test que corresponde a un funcionamiento familiar funcional (puntuación mayor o igual a 57).

Al realizar un ANOVA entre los distintos grupos encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p < 0,001$), sin embargo al ser un test no paramétrico no podemos identificar cuáles son, si bien las puntuaciones obtenidas en el grupo de Trastornos Facticios son notablemente más bajas que en el resto, como se puede ver en el siguiente gráfico.

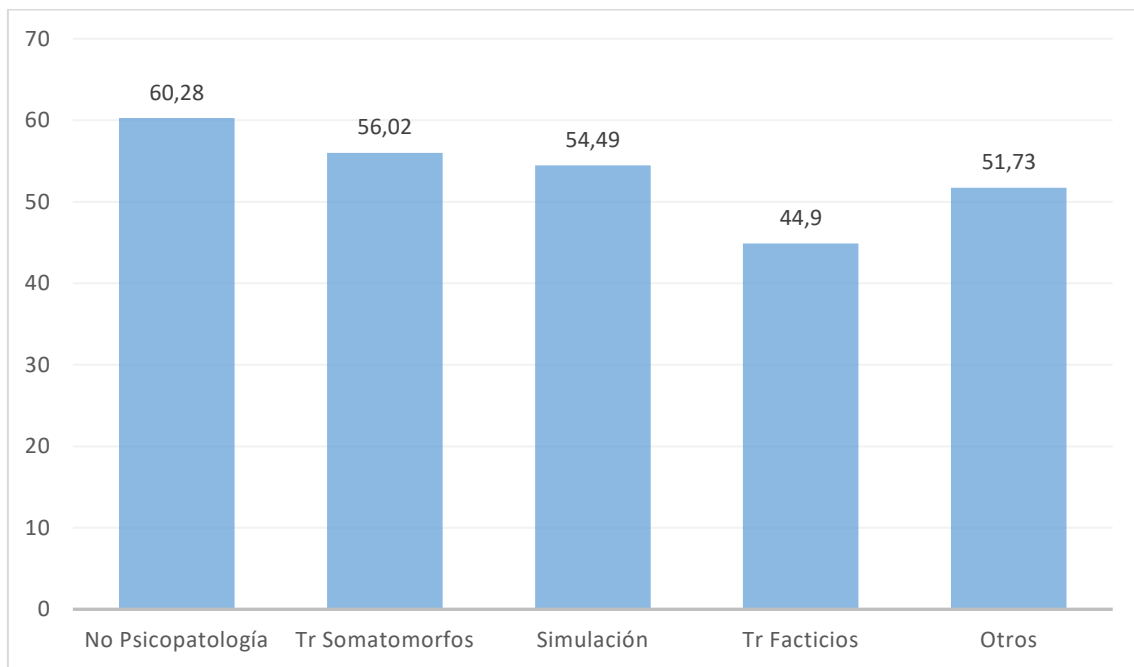


Gráfico 9: Puntuaciones del Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL tras clasificación diagnóstica (elaboración propia)

Respecto a las diferentes subescalas observamos que presentan un comportamiento gráfico similar, presentando en todas ellas puntuaciones máximas en el grupo No Psicopatología y mínimas en el grupo Trastornos Facticios. Se observa igualmente que todos los grupos presentan su puntuación mínima en la subescala de Permeabilidad. Destaca también la presencia de una puntuación similar en la escala de Adaptabilidad en los grupos No Psicopatología, Simulación y Trastornos Somatomorfos.

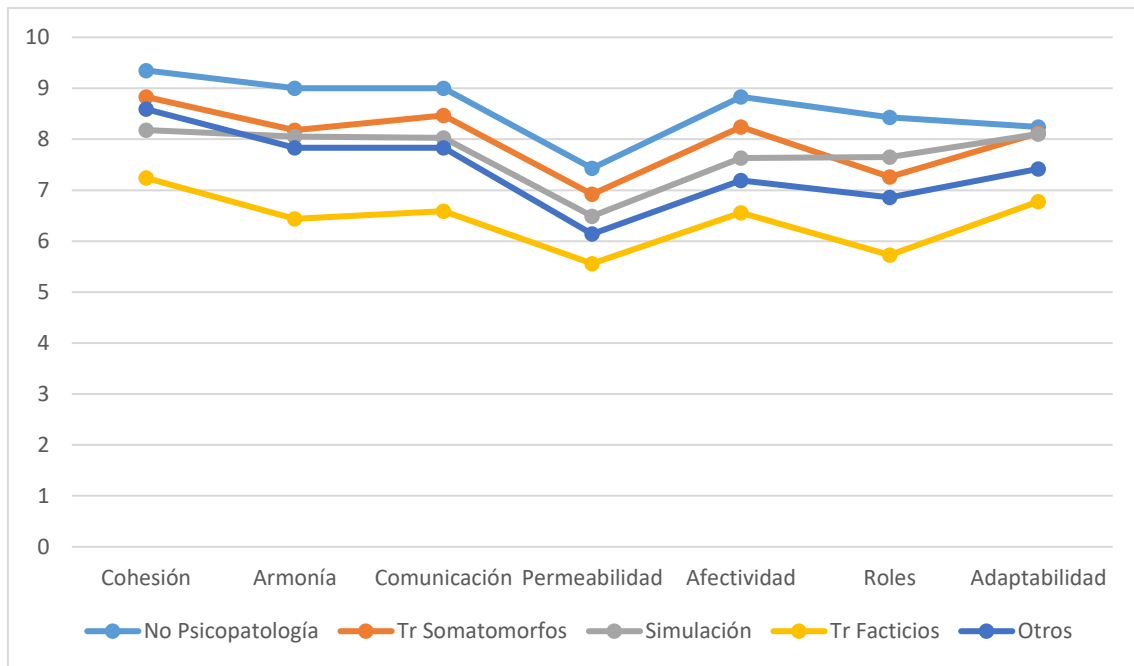


Gráfico 10: Puntuaciones de las subescalas del Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL tras clasificación diagnóstica (elaboración propia)

4.4.1.3 Test de Othmer y De Souza para la detección de Somatización

El Test de Othmer y De Souza constituye una herramienta de screening validada en la población española para detectar somatización. En nuestra muestra los resultados obtenidos en los distintos grupos son los siguientes:

Tabla 18: Puntuaciones del Test de Othmer y De Souza tras clasificación diagnóstica

Grupo	No Psicopatología	Somatomorfos	Simulación	Ficticios	Otros
N total	59	108	45	49	82
Puntuación Total	2,23	3,69	4,31	4,80	3,17
(media +/- DE)	+/-1,54	+/-1,90	+/-1,64	+/-1,36	+/-1,62

Al realizar un ANOVA entre los distintos grupos encontramos que existen entre ellos diferencias significativas ($p < 0,001$). En población española la validación del test indica que es positivo (sospecha de somatización) si la puntuación obtenida es igual o mayor a 3, siendo el rango posible de puntuaciones en un paciente los números enteros de 0 a 7.

4.4.1.4 Inventario de Sensibilización Central (SCI)

Tabla 19: Puntuaciones del Inventario de Sensibilización Central tras clasificación diagnóstica

Grupo	No Psicopatología	Somatomorfos	Simulación	Facticios	Otros
N total	59	108	45	49	82
<i>Inventario de Síntomas*</i>	34,27 +/-12,85	53,10 +/-14,34	58,35 +/-12,73	67,98 +/-14,15	49,48 +/-15,27
<i>Inventario de Diagnósticos*</i>	1,76 +/-1,69	2,65 +/-1,63	2,95 +/-1,86	4,59 +/-2,23	2,56 +/-1,00

*media +/- DE

Al realizar un ANOVA entre los distintos grupos encontramos que existen entre ellos diferencias significativas ($p < 0,001$). En población española la validación del test indica que es positivo (sospecha de sensibilización) si la puntuación obtenida es igual o mayor a 40 en el inventario de síntomas, siendo el rango posible de puntuaciones en un paciente los números enteros de 0 a 100. Todos los grupos excepto el No Psicopatología presentan valores medios por encima del punto de corte para la población española. El grupo de Trastornos Facticios presenta una puntuación media correspondiente a la categoría “extremo” (>60) en relación a la severidad del cuadro (75).

La segunda parte del inventario SCI corresponde a un inventario de diagnósticos clínicos realizados y que incluye hasta diez posibles diagnósticos (Piernas inquietas, Fatiga crónica, Fibromialgia, Trastorno de la Unión Témporomandibular, Cefalea tensional, Intestino Irritable, Sensibilidad Química Múltiple, Cervicalgia, Ansiedad y Depresión). Si consideramos el número total de diagnósticos realizados por paciente encontramos que existen diferencias significativas al realizar un ANOVA ($p < 0,001$). En la representación gráfica destacan dos puntos, por una parte el del grupo 1 (No Psicopatología) con un valor que no alcanza el 2 y por otra el grupo 4 (Trastornos Facticios) que presenta un valor muy elevado respecto al resto.

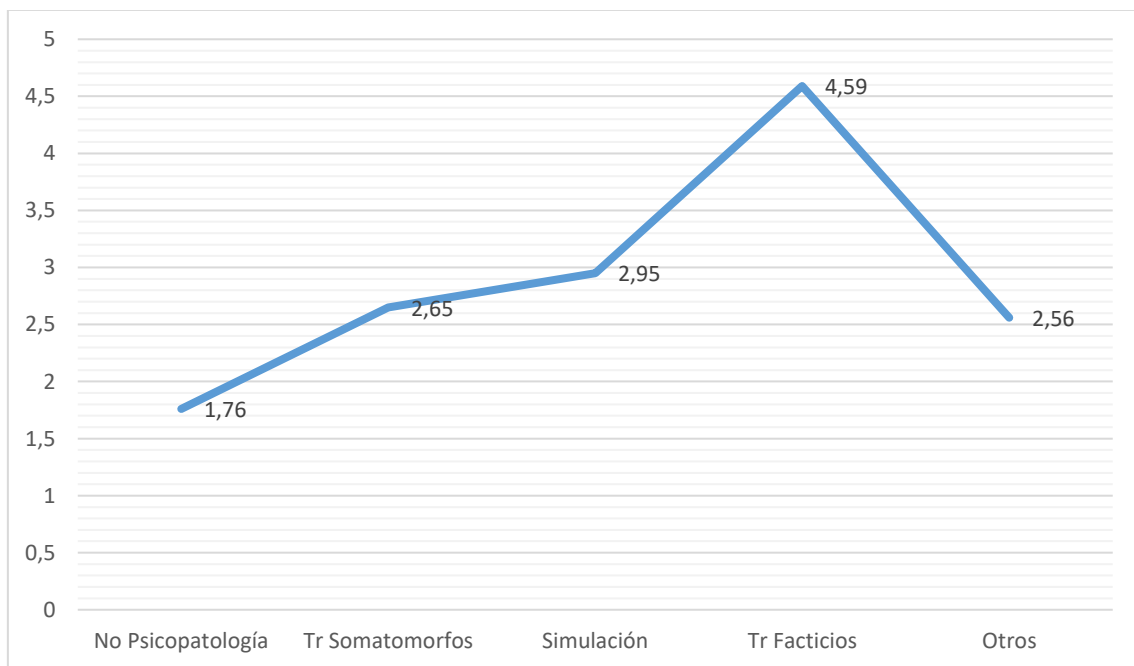


Gráfico 11: Media de diagnósticos del Inventario de Sensibilización Central tras Clasificación Diagnóstica (elaboración propia)

4.4.1.5 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Tabla 20: Puntuaciones de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión tras clasificación diagnóstica

Grupo	No Psicopatología	Somatomorfos	Simulación	Ficticios	Otros
N total	59	108	45	49	82
<i>HADS-A*</i>	5,26 +/-3,33	9,64 +/-4,31	13,14 +/-4,26	13,31 +/-4,52	10,42 +/-4,75
<i>HADS-D*</i>	3,76 +/-3,15	7,72 +/-3,87	11,00 +/-4,64	12,44 +/-4,61	9,07 +/-4,86
<i>HADS</i>	9,02	17,26	24,14	25,75	19,47
<i>TOTAL*</i>	+/-5,73	+/-7,34	+/-8,20	+/-7,99	+/-8,67

*media +/- DE

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión fue diseñada con el objetivo de minimizar el impacto de las circunstancias somáticas en las alteraciones del estado de ánimo centrándose en la ansiedad psíquica y en la anhedonia. Según la validación española debe considerarse sospechosa una puntuación por encima de 7 y caso aquella por encima de 11. Todos los grupos sintomáticos puntúan por encima de 7 tanto en ansiedad como en depresión. Sólo el grupo de No Psicopatología se encuentra por debajo de esos valores. De entre los grupo sintomáticos puntúan por encima de 11 aquellos en que la simulación es su rasgo fundamental, recordemos que inicialmente acudían a la Unidad del Dolor por un cuadro somático.

4.4.1.6 Inventario de Sheehan de Discapacidad (SDI)

Tabla 21: Puntuaciones del Inventario de Discapacidad de Sheehan tras clasificación diagnóstica

Grupo	No Psicopatología	Somatomorfos	Simulación	Ficticios	Otros
N total	59	108	45	49	82
<i>Trabajo*</i>	7,02 +/-3,60	7,46 +/-3,19	8,05 +/-2,24	9,39 +/-1,48	7,23 +/-3,05
<i>Vida Social*</i>	5,84 +/-3,01	6,82 +/-2,60	7,85 +/-1,82	8,81 +/-2,05	7,03 +/-2,63
<i>Vida Familiar*</i>	4,66 +/-3,31	5,87 +/-3,14	6,74 +/-2,55	8,38 +/-1,96	6,58 +/-3,00
<i>Estrés Percibido*</i>	3,37 +/-3,10	5,76 +/-2,96	7,72 +/-1,78	8,64 +/-2,04	6,18 +/-2,84
<i>Apoyo Social Percibido*</i>	78,11 +/-23,78	65,76 +/-26,70	62,75 +/-27,27	58,26 +/-36,96	65,52 +/-29,04

**media +/- DE*

El inventario de discapacidad de Sheehan relata la discapacidad percibida por el propio paciente. Es decir, el paciente informa mediante esta herramienta de cómo le afecta su proceso a las diferentes esferas de su vida laboral, social y familiar. Además indica al evaluador el estrés que le causa y su percepción de apoyo. Es preciso remarcar que todas las puntuaciones obtenidas no se corresponden con una discapacidad objetivable, sino con la vivencia subjetiva de discapacidad del paciente.

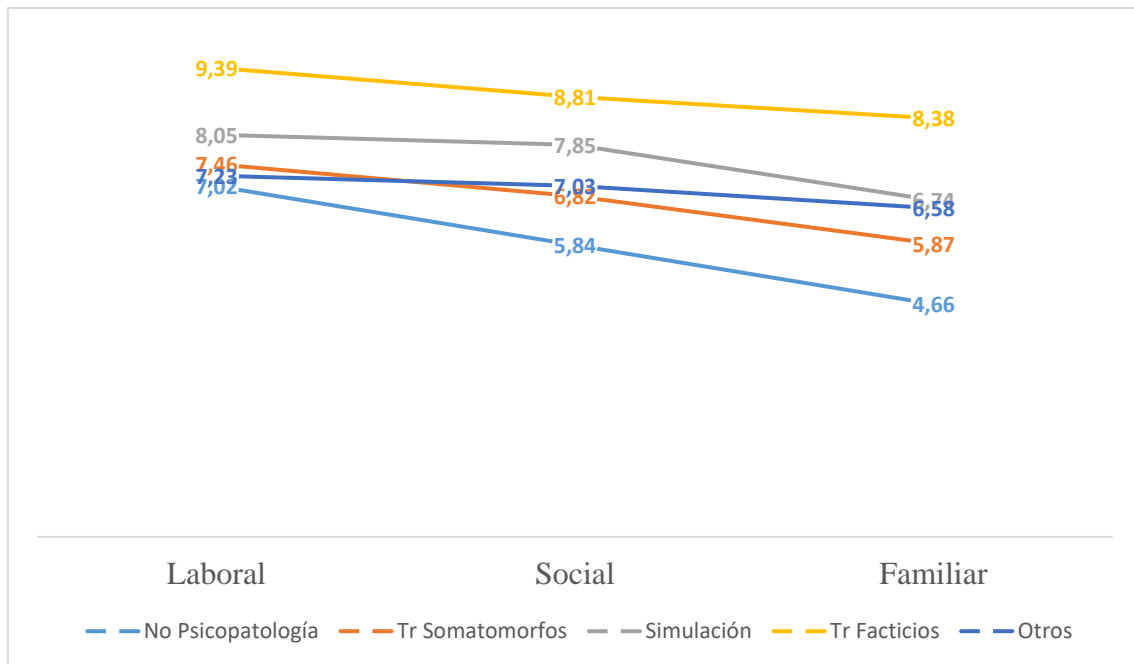


Gráfico 12: Puntuaciones de Discapacidad Percibida (laboral, social y familiar) tras clasificación diagnóstica (elaboración propia)

Al realizar un ANOVA entre los distintos grupos encontramos que existen entre ellos diferencias significativas ($p < 0,001$). Se puede observar en el gráfico anterior que todos los grupos de pacientes presentan un grado de discapacidad percibida máxima para el funcionamiento laboral y mínima para el funcionamiento familiar.

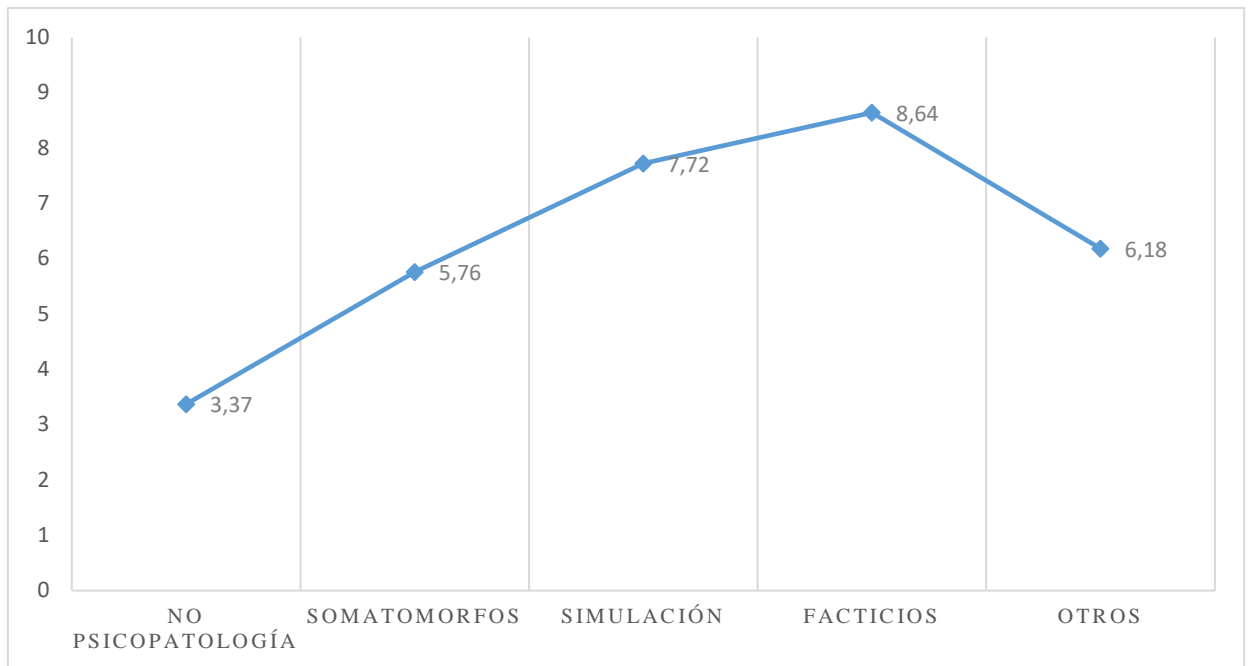


Gráfico 13: Puntuación de Estrés Percibido tras clasificación diagnóstica (elaboración propia)

Respecto al estrés percibido por los pacientes a causa de su proceso clínico observamos unas variaciones muy notables entre los diferentes grupos. Al realizar un ANOVA entre los distintos grupos encontramos que existen entre ellos diferencias significativas ($p < 0,001$). En la representación gráfica llama la atención las puntuaciones de los pacientes simuladores y facticios que llegan a doblar al grupo de pacientes sin patología.

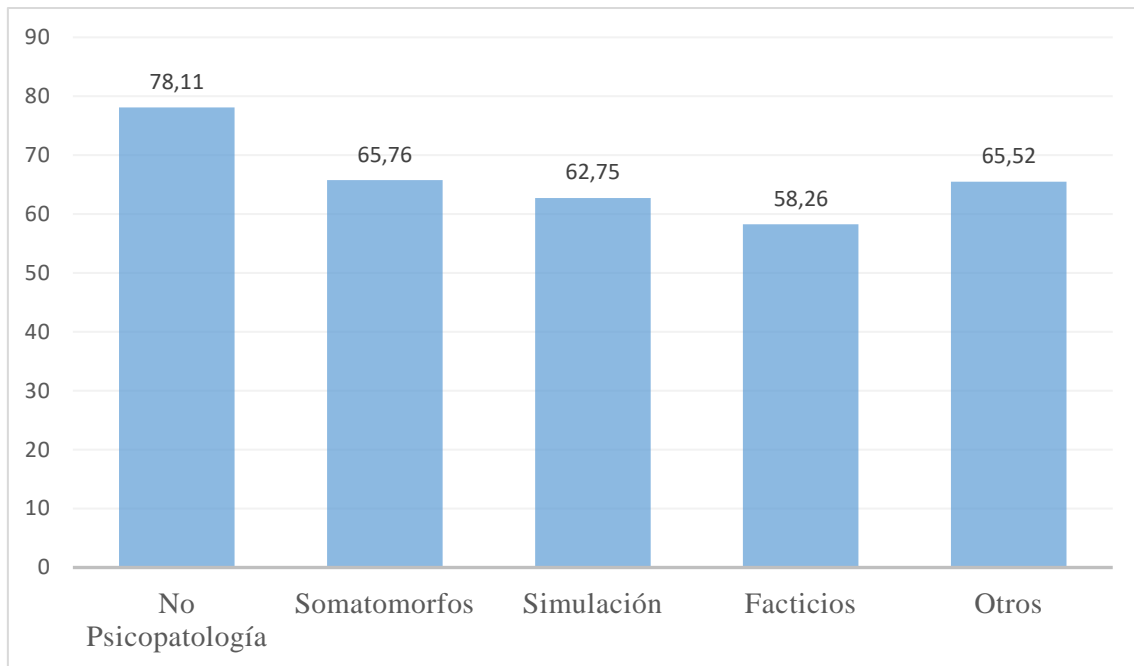


Gráfico 14: Puntuación de Apoyo Social Percibido tras clasificación diagnóstica (elaboración propia)

Sobre el apoyo social percibido, es decir, cómo perciben que su entorno les ayuda a sobrellevar su proceso encontramos resultados similares a los obtenidos en otras dimensiones de la discapacidad. Al realizar un ANOVA entre los distintos grupos encontramos que existen entre ellos diferencias significativas ($p=0,011$).

4.4.1.7 Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)

Tabla 22: Puntuaciones del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas tras clasificación diagnóstica

Grupo	No Psicopatología	Somatomorfos	Simulación	Facticios	Otros
N total	59	108	45	49	82
<i>Psicosis*</i>	0,34 +/-0,58	0,42 +/-0,74	1,30 +/-1,44	1,69 +/-1,65	0,94 +/-1,58
<i>Deterioro Neurológico*</i>	2,48 +/-2,05	3,91 +/-2,33	6,20 +/-2,53	7,86 +/-2,36	4,10 +/-2,99
<i>Amnesia*</i>	0,36 +/-0,67	1,14 +/-1,66	3,52 +/-2,68	4,59 +/-2,89	1,81 +/-2,93
<i>Baja Inteligencia*</i>	2,05 +/-1,21	2,19 +/-1,37	2,77 +/-1,38	3,39 +/-1,50	2,19 +/-1,67
<i>Trastornos Afectivos*</i>	4,45 +/-1,78	6,00 +/-1,89	8,52 +/-2,13	8,88 +/-2,15	6,65 +/-1,92
Total*	9,68 +/-3,93	13,65 +/-4,69	22,32 +/-6,51	26,41 +/-6,71	15,70 +/-8,38

*media +/- DE

El Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas fue diseñado como una prueba de screening de simulación. En nuestra muestra identificamos dos categorías diagnósticas cuya característica principal es la simulación (Simuladores y Facticios), si bien con una notable diferencia en la motivación de esta conducta. Estas dos categorías presentan puntuaciones medias por encima del punto de corte recomendado en población española (>16), lo que no ocurre en las otras tres categorías. Resulta igualmente interesante observar el comportamiento de las distintas subescalas puesto que al medir diferentes aspectos psicopatológicos pueden informar de la forma que adquiere la presentación de síntomas en pacientes simuladores.

4.4.2 Construcción de un algoritmo diagnóstico en base a los resultados obtenidos

En base a la clasificación de los pacientes tras la entrevista psiquiátrica y a los resultados de los test realizados se explora la construcción de un algoritmo diagnóstico en cuatro etapas que permita clasificar a cada paciente en su categoría.

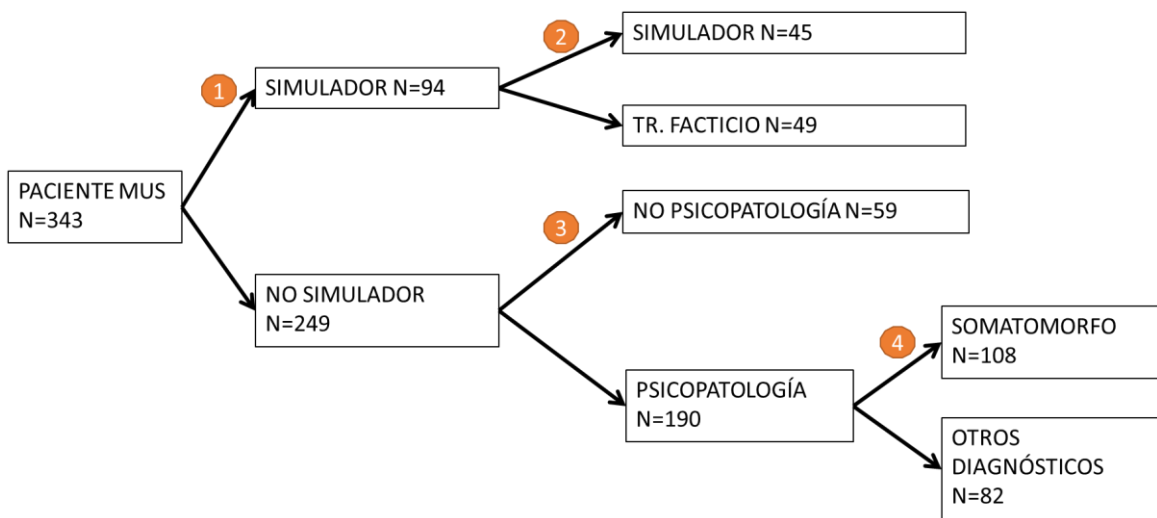
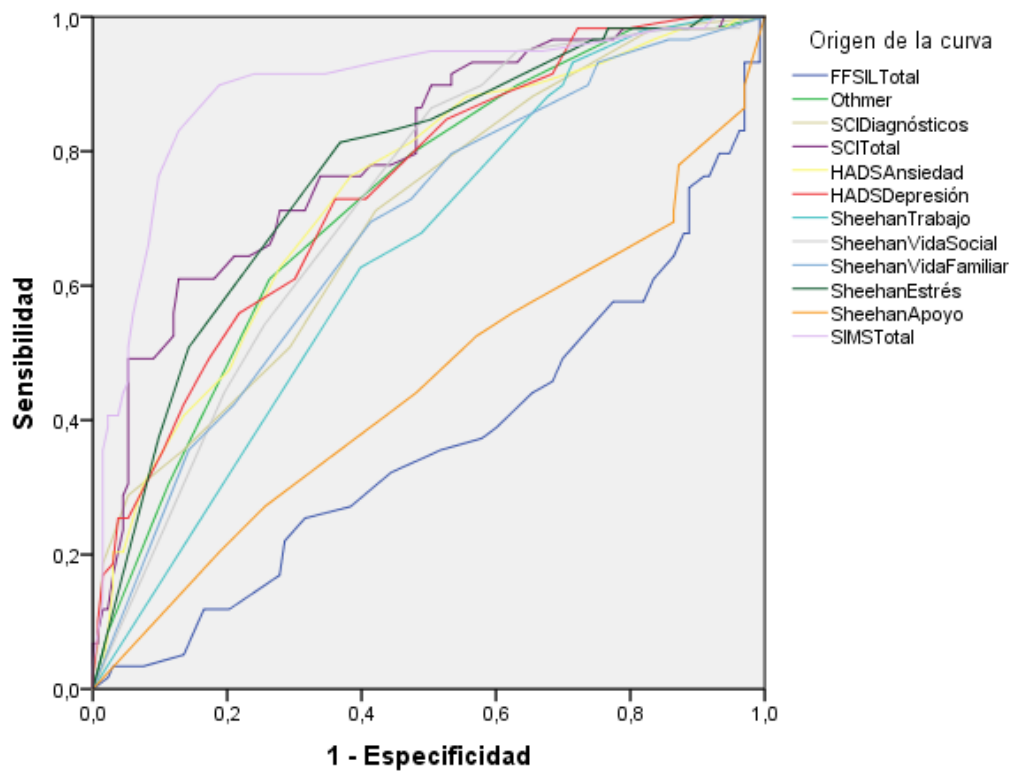


Gráfico 15: Algoritmo secuencial de valoración de pacientes con MUS: Grupos de pacientes

4.4.2.1 Etapa 1: Diferenciación entre pacientes que simulan su psicopatología y aquellos que no lo hacen.

Se considera estado real positivo el pertenecer a los grupos 3 y 4, lo que da lugar a una N de 94 pacientes y estado real negativo pertenecer a los grupos 1, 2 y 5, N=249.



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Gráfico 16: Curva ROC Etapa 1: Diferenciación entre pacientes que simulan su psicopatología y aquellos que no lo hacen

Tabla 23: Curva ROC Etapa 1: Diferenciación entre pacientes que simulan su psicopatología y aquellos que no lo hacen					
Variables de resultado de prueba	Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
				Límite inferior	Límite superior
FFSILTotal (inverso)	,633	,045	,003	,279	,456
Othmer	,725	,038	,000	,650	,800
SCIDIagnósticos	,701	,040	,000	,622	,780
SCITotal	,794	,035	,000	,725	,862
HADSAnsiedad	,737	,038	,000	,662	,812
HADSDepresión	,746	,037	,000	,673	,819

SheehanTrabajo	,644	,041	,001	,564	,724
SheehanVidaSocial	,721	,037	,000	,647	,794
SheehanVidaFamiliar	,680	,041	,000	,599	,760
SheehanEstrés	,770	,036	,000	,700	,841
SheehanApoyo (inverso)	,547	,048	,299	,359	,547
SIMSTotal	,893	,028	,000	,838	,947

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Mediante metodología de curvas COR encontramos que el test con mayor valor discriminante entre los utilizados es el SIMS, presentando un área bajo la curva de 0,893.

Tabla 24: Sensibilidad y Especificidad del test SIMS (discriminante Etapa 1)

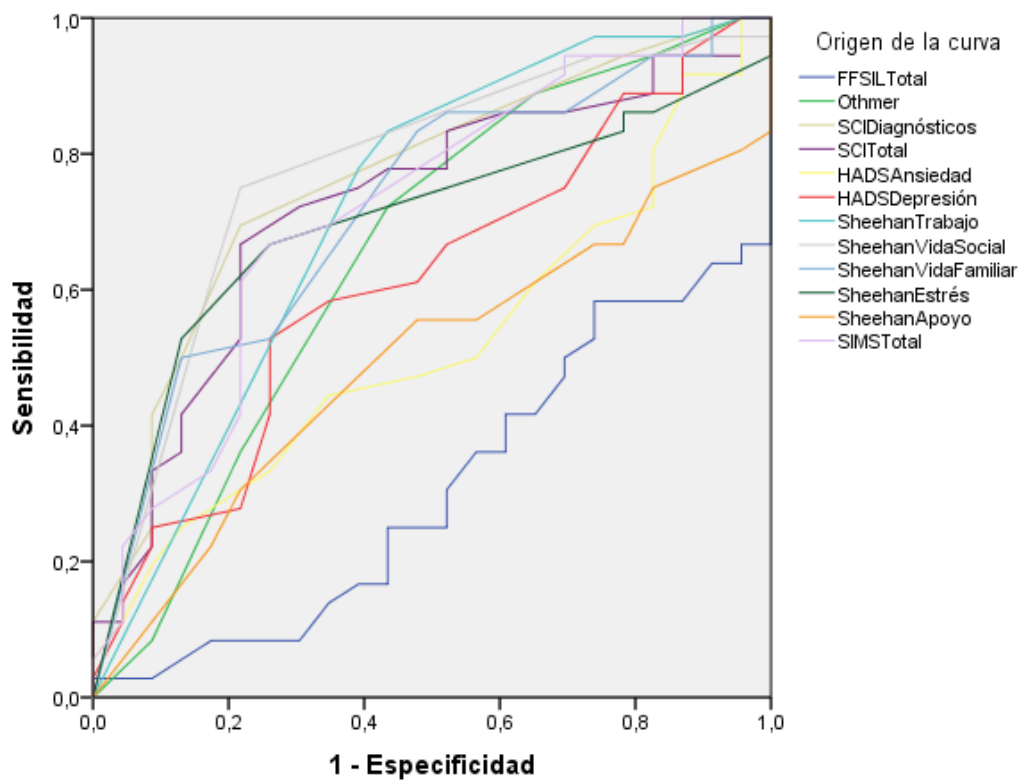
Coordenadas	Sensibilidad	1-Especificidad	Especificidad	Sensibilidad + Especificidad
15,50	,915	,241	0,759	1,675
16,50*	,898	,188	0,812	1,710
17,50	,847	,143	0,857	1,705
18,50	,831	,128	0,872	1,703
19,50	,763	,098	0,902	1,665

El valor de corte para el que obtenemos mayor valor discriminante del SIMS para distinguir entre pacientes simuladores y no simuladores es mayor o igual a 16,5, lo que coincide con el punto de corte propuesto en la validación española de la herramienta. Para

este valor de corte obtenemos las máximas puntuaciones posibles combinadas de Sensibilidad y Especificidad, esto es 0,898 y 0,812 respectivamente.

4.4.2.2 Etapa 2: Diferenciación entre simuladores que buscan una ganancia y aquellos que presentan un trastorno mental caracterizado por la necesidad patológica de asumir el rol de enfermo.

Se considera estado real positivo pertenecer al grupo 4 (N= 49) y estado real negativo pertenecer al grupo 3 (N=45).



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Gráfico 17: Curva ROC Etapa 2: Diferenciación entre simuladores que buscan una ganancia y aquellos que presentan un trastorno mental caracterizado por la necesidad patológica de asumir el rol de enfermo

Tabla 25: Curva ROC Etapa 2: Diferenciación entre simuladores que buscan una ganancia y aquellos que presentan un trastorno mental caracterizado por la necesidad patológica de asumir el rol de enfermo					
Variables de resultado de prueba	Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
				Límite inferior	Límite superior
FFSILTotal (inverso)	,692	,068	,013	,174	,442
Othmer	,655	,076	,046	,505	,805
SCIDiagnósticos	,764	,064	,001	,639	,890
SCITotal	,724	,068	,004	,590	,858
HADSAnsiedad	,521	,076	,792	,372	,669
HADSDepresión	,614	,075	,142	,468	,761
SheehanTrabajo	,718	,072	,005	,576	,860
SheehanVidaSocial	,775	,065	,000	,648	,902
SheehanVidaFamiliar	,721	,068	,004	,588	,854
SheehanEstrés	,698	,070	,011	,562	,835
SheehanApoyo (inverso)	,505	,076	,944	,346	,643
SIMSTotal	,719	,069	,005	,583	,855

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Mediante metodología de curvas COR encontramos que el test con mayor valor discriminante entre los utilizados es la parte B del inventario SCI, esto es la suma total de diagnósticos de síndromes funcionales realizados anteriormente, presentando un área bajo la curva de 0,764.

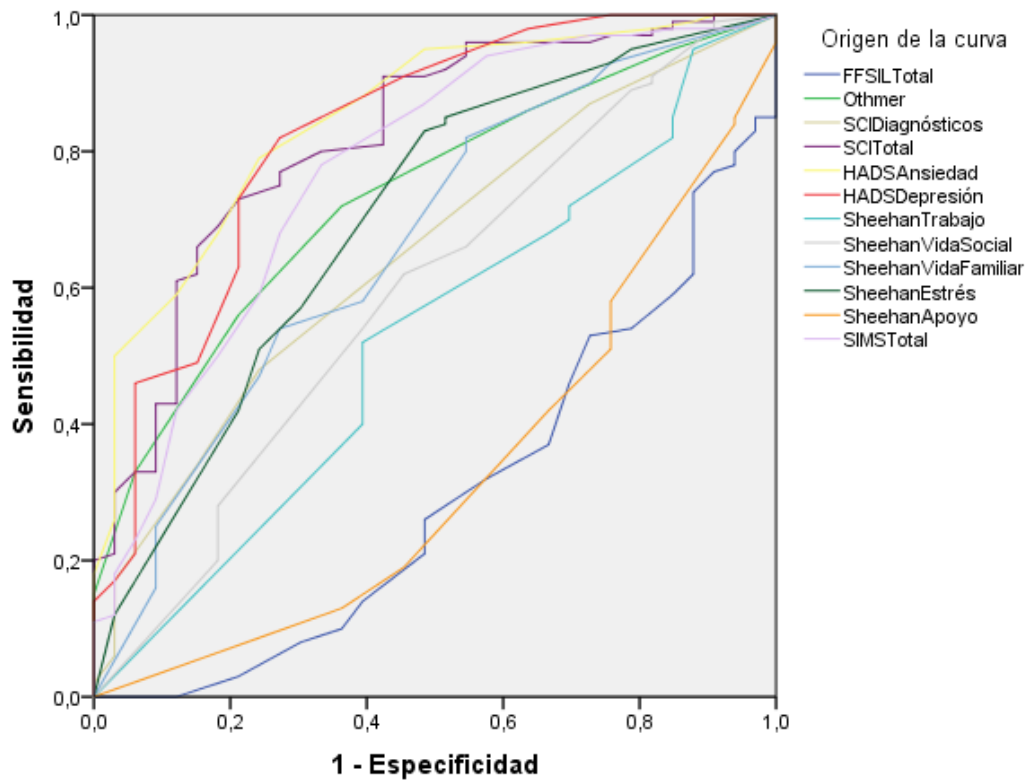
Tabla 26: Sensibilidad y Especificidad de la Suma de Diagnósticos del Inventario de Sensibilización Central (discriminante Etapa 2)

Coordenadas	Sensibilidad	1-Especificidad	Especificidad	Sensibilidad + Especificidad
2,50	,833	,522	0,478	1,312
3,50*	,694	,217	0,783	1,477
4,50	,500	,130	0,870	1,370
5,50	,417	,087	0,913	1,330

El valor de corte para el que obtenemos mayor valor discriminante de la parte B del SCI para distinguir entre Trastornos Ficticios y Simuladores es mayor o igual a 3,5, es decir que un paciente que presente cuatro o más antecedentes de diagnósticos de síndromes funcionales de entre los diez que incluye la herramienta será un Trastorno Ficticio con una Sensibilidad de 0,694 y una Especificidad de 0,783.

4.4.2.3 Etapa 3: Diferenciación entre pacientes no simuladores con un trastorno mental y pacientes no simuladores sin psicopatología.

Se considera estado real positivo pertenecer a los grupos 2 y 5 (N=190) y estado real negativo pertenecer al grupo 1 (N=59).



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Gráfico 18: Curva ROC Etapa 3: Diferenciación entre pacientes no simuladores con un trastorno mental y pacientes no simuladores sin psicopatología.

Tabla 27: Curva ROC Etapa 3: Diferenciación entre pacientes no simuladores con un trastorno mental y pacientes no simuladores sin psicopatología.					
Variables de resultado de prueba	Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
				Límite inferior	Límite superior
FFSILTotal (inverso)	,702	,053	,001	,195	,402
Othmer	,734	,047	,000	,642	,826
SCIDIagnósticos	,652	,053	,009	,548	,756
SCITotal	,819	,043	,000	,736	,903

<i>HADSAnsiedad</i>	,851	,037	,000	,778	,924
HADSDepresión	,826	,045	,000	,739	,913
SheehanTrabajo	,525	,059	,662	,410	,641
SheehanVidaSocial	,590	,059	,122	,474	,706
SheehanVidaFamiliar	,668	,056	,004	,559	,776
SheehanEstrés	,701	,055	,001	,594	,808
SheehanApoyo (inverso)	,671	,055	,003	,221	,438
SIMSTotal	,772	,049	,000	,675	,868

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Mediante metodología de curvas COR encontramos que el test con mayor valor discriminante entre los utilizados es la puntuación de Ansiedad en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-A), presentando un área bajo la curva de 0,851.

Tabla 28: Sensibilidad y Especificidad de la puntuación de Ansiedad de la escala HADS (discriminante Etapa 3)

Coordenadas	Sensibilidad	1-Especificidad	Especificidad	Sensibilidad + Especificidad
4,50	,950	,485	0,515	1,465
5,50	,880	,394	0,606	1,486
6,50*	,790	,242	0,758	1,548
7,50	,680	,182	0,818	1,498
8,50	,590	,121	0,879	1,469

El valor de corte para el que obtenemos mayor valor discriminante entre pacientes con psicopatología activa y aquellos sin alteraciones de la escala HADS-A, excluidos los pacientes con simulación de síntomas, es mayor o igual a 6,5, es decir, el mismo que en la validación española se establece como valor de corte de sospecha de cuadro de ansiedad. Aquellos pacientes con puntuación de 7 o mayor en la escala HADS-A presentarán psicopatología activa con unos valores de Sensibilidad de 0,790 y de Especificidad de 0,758.

4.4.2.4 Etapa 4: Diferenciación entre Trastornos Somatomorfos y Otros Trastornos Mentales.

Se considera estado real positivo pertenecer al grupo 2 (N=108) y estado real negativo pertenecer al grupo 5 (N=82).

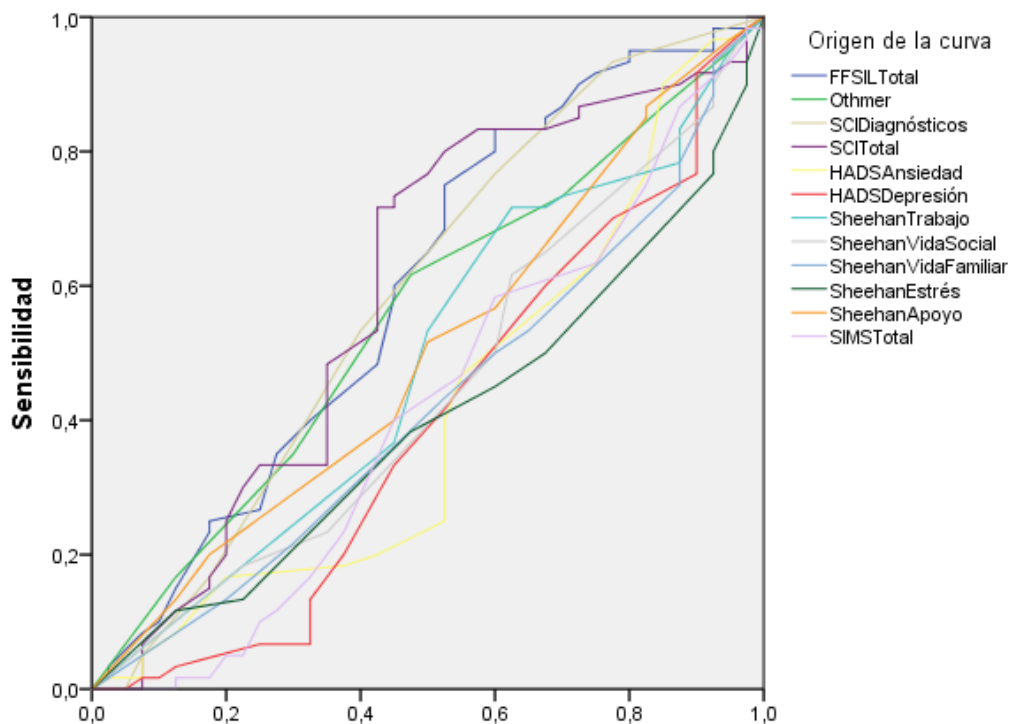


Gráfico 19: Curva ROC Etapa 4: Diferenciación entre Trastornos Somatomorfos y Otros Trastornos Mentales

Tabla 29: Curva ROC Etapa 4: Diferenciación entre Trastornos Somatomorfos y Otros Trastornos Mentales					
Variables de resultado de prueba	Área	Error estándar ^a	<i>Significación asintótica^b</i>	95% de intervalo de confianza asintótico	
				Límite inferior	Límite superior
FFSILTotal (inverso)	,405	,060	,109	,477	,713
Othmer	,552	,059	,383	,436	,667
SCIDIagnósticos	,586	,061	,146	,467	,705
SCITotal	,593	,061	,117	,473	,713
HADSAnsiedad	,414	,060	,145	,296	,532
HADSDepresión	,398	,059	,085	,282	,515
SheehanTrabajo	,485	,060	,805	,368	,603
SheehanVidaSocial	,446	,059	,359	,330	,562
SheehanVidaFamiliar	,423	,058	,195	,309	,537
SheehanEstrés	,397	,057	,082	,286	,508
SheehanApoyo (inverso)	,501	,059	,992	,383	,616
SIMSTotal	,417	,060	,163	,300	,535

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Ninguno de los test empleados presenta significación estadística suficiente para discriminar entre pacientes afectos de Trastornos Somatomorfos y pacientes afectos de Otros Diagnósticos Psiquiátricos.

4.4.2.5 Construcción del algoritmo diagnóstico

Una vez realizados los análisis por etapas y en base a los resultados obtenidos, nuestro algoritmo diagnóstico queda configurado de la siguiente forma:

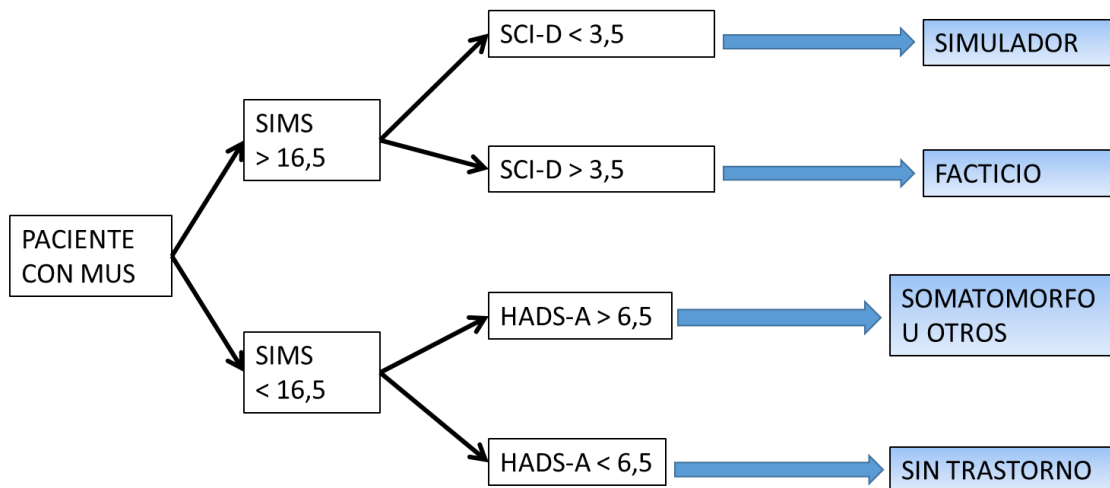


Gráfico 20: Algoritmo secuencial de valoración de pacientes con MUS: Resultados

Siguiendo este algoritmo en nuestra muestra de 343 pacientes lograríamos clasificar de forma correcta, esto es, en la misma categoría que tras la entrevista psiquiátrica el 63,3% de los pacientes evaluados.

Su eficacia no es igual entre los distintos grupos diagnósticos como se puede ver en la siguiente gráfica, observándose una mayor coincidencia entre el algoritmo y la entrevista en los grupos de No Psicopatología y de pacientes Simuladores y Facticios.

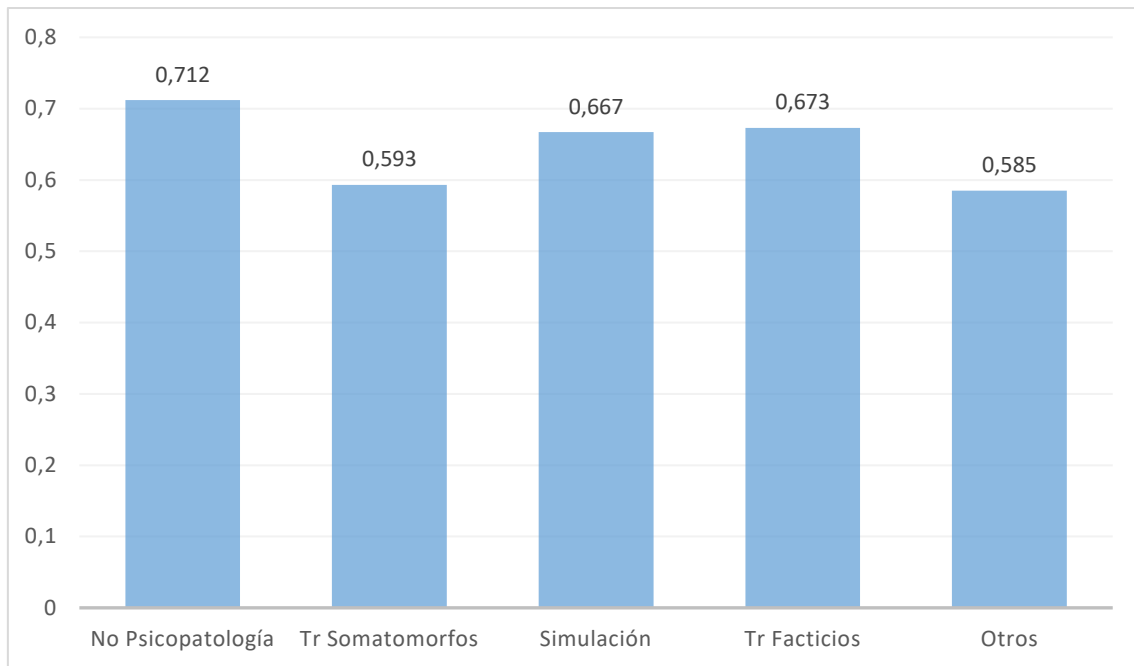


Gráfico 21: Proporción de coincidencia algoritmo-gold standard tras clasificación diagnóstica (elaboración propia)

4.5 Conclusiones

- El perfil sociodemográfico que podemos establecer de paciente con sospecha de MUS tras la valoración multidisciplinar corresponde a una mujer en torno a los 50 años, casada, que convive con su familia, que ha desempeñado trabajos no cualificados, con un nivel de estudios básico y que actualmente es pensionista.

- Los perfiles psicosociales y psicométricos de los pacientes con distintos cuadros de MUS caracterizados tras una entrevista psiquiátrica estructurada son diferentes. Más de la mitad de los pacientes evaluados presentan un cuadro psicopatológico que explica los síntomas y este es de carácter inconsciente. En torno a una cuarta parte de los pacientes con MUS presentan un cuadro de simulación de síntomas, ya sea por una búsqueda de un beneficio o por la necesidad intrapsíquica de asumir el rol de enfermo.

- Se ha construido un algoritmo diagnóstico que presenta una coincidencia del 63,3% con el gold estándar de cara a caracterizar a los pacientes con MUS.

CAPÍTULO 5: CONSUMO DE RECURSOS EN PACIENTES AFECTADOS DE SÍNTOMAS DE BAJA EXPLICABILIDAD SOMÁTICA

5.1 Introducción

Los pacientes con MUS utilizan de forma significativa y desproporcionada más servicios médicos (85) (aunque no de salud mental), presentan una comparable o superior incapacidad, peor salud mental (86) y peor estado de salud percibido que aquellos que presentan enfermedades crónicas diagnosticadas (87). Pasan más días en cama al mes que pacientes con enfermedades crónicas severas (88), tienen más bajas laborales (89) y presentan una mayor tasa de desempleo que la media de la población (90).

Los estudios observacionales indican que los pacientes con MUS utilizan de forma simultánea varios servicios de salud (91), a menudo no acuden a citas médicas y frecuentemente cambian de médico (92). Son operados con mayor frecuencia que los no somatizadores (93) y afrontan procedimientos peligrosos con potencial iatrógeno a menudo (94).

Todos los procedimientos arriba indicados deben ser afrontados por los Servicios de Salud. En el artículo publicado por Bermingham SL et al (95) en 2010 sobre población inglesa en edad laboral, se estima que el sobrecoste directo de los pacientes somatizadores es de 2892 millones de libras (incluye las consultas, las prescripciones, los ingresos y las pruebas complementarias). Esto es, el 10% de los gastos del NHS en esa población. Este artículo estima que los costes indirectos son muy superiores, alcanzando los 14583

millones de libras (incluye las bajas por enfermedad y la pérdida de calidad de vida). Esto supone para la sociedad inglesa una carga total de 17475 millones de libras.

Si bien es una trasposición inexacta, estos datos trasladados a nuestro entorno, indicarían unos costes sanitarios que se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 30: Trasposición de costes sanitarios de los MUS a nuestro entorno, según estudio de Bermingham SL et al.

	Inglaterra	España	León (Provincia)	León (Área sanitaria)
Población	53,01 millones	46,77 millones	484694 habitantes	351086 habitantes
Costes directos	2892 millones (£)	3061,81 millones (€)	31,42 millones (€)	22,91 millones (€)
Costes indirectos	14583 millones (£)	15439,66 millones (€)	158,46 millones (€)	115,54 millones (€)
Costes totales	17475 millones (£)	18501,47 millones (€)	189,88 millones (€)	138,45 millones (€)

Por lo tanto, si aceptamos que los datos obtenidos en el estudio inglés son extrapolables a nuestra población encontramos que los pacientes afectos de MUS tienen un coste directo para el Sacyl de 22,91 millones de euros en el área sanitaria de León.

5.2 Objetivos

- Cuantificar el consumo de recursos realizado por pacientes que presentan un cuadro de MUS en el área sanitaria de León.

- Valorar las diferencias en el patrón de utilización de recursos hospitalarios entre pacientes afectos de MUS con pacientes No MUS procedentes de la Unidad del Dolor.

- Comparar las diferencias en el patrón de consumo de recursos entre los distintos grupos de pacientes con cuadros de tipo MUS según su diagnóstico, una vez caracterizados este en Trastornos Ficticios, Trastorno Somatomorfo y Simulación.

- Comparar el gasto sanitario hospitalario de los pacientes evaluados con los datos proporcionados por las estadísticas oficiales.

5.3 Material y métodos

Este es un estudio descriptivo retrospectivo de análisis de costes. Se realizará una revisión retrospectiva del uso de recursos sanitarios hospitalarios de aquellos pacientes diagnosticados de Trastorno Facticio, Simulación y Trastorno Somatomorfo mediante metodología multidisciplinar en la Unidad del Dolor. A modo de grupo control se utilizará el grupo de pacientes valorados en los que no se encontró psicopatología tras valoración multidisciplinar. Se incluirán aquellos pacientes evaluados entre el 1 de julio de 2015 y el 30 de junio de 2016 en los que se haya alcanzado un diagnóstico de MUS o un diagnóstico de ausencia de psicopatología (No MUS). Se excluyen aquellos pacientes en los que se ha alcanzado un diagnóstico distinto a los incluidos en el grupo MUS o aquellos en los que no se ha alcanzado diagnóstico alguno. Es preciso resaltar que el grupo control utilizado, por su origen y características, está constituido por pacientes con dolor grave y resistente que han alcanzado el último nivel asistencial (Unidad del Dolor) y que, en todos los casos, han debido ser derivados a este recurso por un Especialista Hospitalario (en el momento de realización del estudio no existe la posibilidad de derivación a la Unidad del Dolor desde su Especialista de Atención Primaria).

Se revisarán las historias clínicas de los pacientes incluidos y se realizará un recuento de los recursos hospitalarios que han utilizado entre el año 2000 y el año 2015 en el Complejo Asistencial Universitario de León.

5.3.1 Procedimientos cuantificados.

a) Consultas realizadas

- Número total de primeras consultas de especialista.
- Número total de consultas sucesivas de especialista.

b) Intervenciones quirúrgicas

- Se incluyen todos los procedimientos realizados en el CAULE.

c) Pruebas de imagen y diagnósticas

- Radiografías simples.
- Resonancia Magnética Nuclear.
- Ecografía.
- Tomografía Axial Computerizada.
- Otras pruebas instrumentales
 - Mamografía.
 - Densitometría.
 - Nefrostomía percutánea.
 - Angiorresonancia.
 - Urografía Intravenosa.
 - Punción-aspiración con Aguja Fina.
 - Biopsia con aguja seca.

Tabla 31: Coste de procedimientos en el CAULE (Servicio de Contabilidad Analítica, año 2016)

Grupo De Procedimiento	Procedimiento	Coste (€)
Consulta de especialista	<i>Primera Consulta</i>	128
	<i>Consulta Sucesiva</i>	77
Estancia hospitalaria	<i>Día de estancia</i>	409
Pruebas Complementarias	<i>Radiografía Simple</i>	34
	<i>Resonancia Magnética</i>	177
	<i>TAC</i>	150
	<i>Ecografía</i>	91
	<i>Ortopantomografía</i>	25
	<i>Mamografía</i>	65
	<i>Urografía intravenosa</i>	220
	<i>Arteriografía</i>	50
	<i>Nefrostomía percutánea</i>	1115
	<i>Vertebroplastia</i>	2639
	<i>Angiorresonancia</i>	427
	<i>Angiotac</i>	321
	<i>Biopsia guiada con TAC</i>	356
	<i>Biopsia guiada por ECO</i>	285
	<i>Cistouretrografía miccional</i>	109
	<i>Densitometría</i>	165
	<i>Doppler</i>	127
	<i>Enema Opaco</i>	193
	<i>Gastroduodenal con tránsito</i>	266
	<i>Histerosalpingografía</i>	130
<i>PAAF</i>	158	
<i>Pielografía ascendente</i>	304	
<i>PAAF guiada por TAC</i>	438	
<i>PAAF guiada por ECO</i>	192	
<i>Serie ósea reumática</i>	75	
<i>Serie ósea hematológica</i>	75	
<i>Tránsito intestinal</i>	344	

- AngioTAC.
- Enema Opaco.
- Tránsito Intestinal.
- Doppler.
- Serie Ósea.
- Ortopantomografía.
- Urecistografía.
- Arteriografía.
- Vertebroplastia.
- Histerosalpingografía.

d) Hospitalizaciones

- Número total de días de hospitalización

No se incluye en este recuento el gasto farmacéutico ni el transporte sanitario, así como tampoco aquellas pruebas realizadas en su Centro de Atención Primaria o todos aquellos recursos de tipo privado que el paciente haya decidido utilizar.

5.3.2 Fuentes de datos para la cuantificación de gastos.

Para la cuantificación de los precios de los procedimientos se utilizarán de forma jerárquica las siguientes fuentes:

1. Precios de referencia del Sacyl, mediante los datos aportados por el Servicio de Contabilidad Analítica del Complejo Asistencial Universitario de León en el año 2016

(tabla 31). Nos permite saber los costes unitarios de consulta, pruebas complementarias y estancias hospitalarias.

2. Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria. Texto Consolidado. Última modificación: 30 de octubre de 2015 (96). Nos permite obtener los costes de los procedimientos quirúrgicos realizados.

3. De forma subsidiaria, para el cálculo de costes de neuroestimuladores y bombas de infusión (no incluidos en el citado BOE ni en la documentación proporcionada por el Servicio de Contabilidad Analítica del CAULE) utilizaremos los datos proporcionados por el Acuerdo Marco para la Adquisición de Material para la Unidad del Dolor de la Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces (97).

5.3.3 Procedimientos estadísticos.

Una vez incluidos los pacientes y realizada su asignación a los distintos grupos (MUS: incluye pacientes con Trastorno Somatomorfo, Trastorno Facticio y Simulación y No MUS: incluye pacientes evaluados y diagnosticados de normalidad psíquica) se realizarán las siguientes comparaciones:

1. Comparación de uso de recursos y costes entre pacientes con cuadros MUS y No MUS
2. Comparación de uso de recursos y costes entre pacientes con distintos cuadros MUS
3. Comparación de costes hospitalarios entre pacientes MUS y datos de gasto hospitalario proporcionados por el Sacyl (98).

5.4 Resultados

Se incluyeron un total de 153 pacientes con la distribución por grupos indicada en la tabla siguiente. Todos los diagnósticos fueron realizados tras valoración multidisciplinar somática y psiquiátrica con el procedimiento referido en el capítulo 3.

Tabla 32: Pacientes incluidos: Grupos diagnósticos

GRUPO DIAGNÓSTICO	N
Trastornos Somatomorfos	44*
Trastornos Facticios	34*
Simuladores	28*
Pacientes sin patología diagnosticada (grupo control)	47

**Estos tres grupos diagnósticos engloban a los pacientes con cuadros de tipo MUS*

En todos los pacientes incluidos se revisaron las historias clínicas hospitalarias y se contabilizaron los recursos hospitalarios utilizados entre el año 2000 y el año 2015. Es preciso referir que el Complejo Asistencial Universitario de León representa el único hospital público de su área sanitaria y que provee asistencia a una población de 354086 personas (99).

El número total de procedimientos realizados durante este tiempo en el grupo de pacientes incluidos en el estudio se describe en la tabla siguiente:

Tabla 33: Número total de procedimientos realizados						
Procedimiento	Rango	Total	Media (De)	Mediana	Moda	Coste Total €
Primeras consultas	3 - 23	1785	11,67 (+/-4,54)	12	10	228.480
Consultas sucesivas	4 - 226	9898	64,69 (+/-44,47)	55	41	762.146
Total consultas	7 - 249	11683	76,36 (+/-48,24)	66	74	990.626
Número de intervenciones quirúrgicas*	0 - 16	277	1,81 (+/-2,16)	1	0	1.600.931
Radigrafías Simples	0 - 66	2358	15,41 (+/-12,76)	11	11	80.172
RMN	0 - 15	456	2,98 (+/-2,75)	2	1	80.712
Ecografía	0 - 15	436	2,85 (+/-3,11)	2	0	39.676
TAC	0 - 10	248	1,62 (+/-2,10)	1	0	37.200
Otras Pruebas	0 - 18	354	2,31 (+/-3,30)	1	0	56.548
Total Pruebas	0 - 94	3852	25,18 (+/-19,24)	20	12	294.308
Días de Hospitalización	0 - 134	2031	13,27 (+/-18,29)	6	0	830.679
Total Procedimientos	7 - 410	17843	116,62 (+/- 76,37)	98	68	3.716.544

**Se considera intervención quirúrgica todo aquel procedimiento en el que exista un parte de quirófano y se encuentre recogido de esta manera en la historia clínica. Esto da lugar a una variación muy amplia entre la complejidad y envergadura de los procedimientos realizados, esta variación se contempla en el análisis de costes de forma indirecta (generalmente los procedimientos más complejos suelen ser más caros), si bien no constituye una valoración exacta.*

Según los resultados que se muestran en la tabla superior encontramos que nuestra muestra de 153 pacientes presenta un consumo de recursos hospitalarios con un coste total de 3.716.544 euros durante los años 2000 a 2015, lo que representa un coste por paciente y año de 1619,41 euros sólo en procedimientos hospitalarios. Como se ha indicado anteriormente esto no incluye ni el gasto farmacéutico, ni de transporte sanitario, ni las consultas en Atención Primaria, ni los análisis de laboratorio, ni las pruebas de imagen realizadas en Atención Primaria. Tampoco se incluye el gasto sanitario privado.

Igualmente quedan excluidos los gastos indirectos, como pueden ser las bajas laborales, la pérdida de jornadas de trabajo o las pensiones por incapacidad, así como tampoco las consultas de inspección médica ni del equipo de valoración de incapacidades.

5.4.1. Comparación de uso de recursos y costes entre pacientes con cuadros MUS y No

MUS

Desglosados entre pacientes con cuadros compatibles con MUS (Trastornos Somatomorfos, Trastornos Facticios y Simuladores, con una N=106) y pacientes sin psicopatología (N=47) los datos obtenidos son los siguientes:

Tabla 34: Comparación MUS vs No MUS según número total de procedimientos realizados				
Procedimiento	Media	DE	Rango	p (t-student)
Primeras consultas <i>MUS</i>	12,16	4,66	3-23	<i>0,043*</i>
<i>NO MUS</i>	10,55	4,09	3-19	
Consultas sucesivas <i>MUS</i>	68,43	46,24	4-226	<i>0,118</i>
<i>NO MUS</i>	56,26	39,37	4-189	
Total consultas <i>MUS</i>	80,59	50,14	7-249	<i>0,103</i>
<i>NO MUS</i>	66,81	42,63	7-204	
Número de intervenciones quirúrgicas <i>MUS</i>	1,84	2,35	0-16	<i>0,802</i>
<i>NO MUS</i>	1,74	1,66	0-6	
Radiografías Simples <i>MUS</i>	16,76	13,53	0-66	<i>0,049*</i>
<i>NO MUS</i>	12,36	10,30	0-46	
RMN <i>MUS</i>	3,22	2,94	0-15	<i>0,110</i>
<i>NO MUS</i>	2,45	2,18	0-8	
Ecografía				

<i>MUS</i>	2,81	3,13	0-15	0,820
<i>NO MUS</i>	2,94	3,09	0-13	
TAC				
<i>MUS</i>	1,64	2,17	0-10	0,856
<i>NO MUS</i>	1,57	1,93	0-8	
Otras Pruebas				
<i>MUS</i>	2,61	3,62	0-18	0,092
<i>NO MUS</i>	1,64	2,30	0-8	
Días de Hospitalización				
<i>MUS</i>	12,54	15,37	0-59	0,456
<i>NO MUS</i>	14,94	23,70	0-134	

*p<0,05

Es preciso tener en cuenta para valorar estos datos que el grupo de pacientes No MUS corresponde a individuos con una especial complejidad clínica, ya que proceden de la Unidad del Dolor y han alcanzado el último nivel asistencial posible. Todos ellos han debido ser atendidos anteriormente al menos por su especialista de Atención Primaria y por un Especialista Hospitalario, el cual, ante la imposibilidad de controlar los síntomas dolorosos, decide la derivación del paciente a la Unidad del Dolor.

Tabla 35: Comparación MUS vs No MUS según coste de procedimientos realizados

Coste Procedimiento	Media	DE	p
Coste Primeras consultas			
<i>MUS</i>	1556,53	596,76	0,043*
<i>NO MUS</i>	1350,81	523,56	
Coste Consultas sucesivas			
<i>MUS</i>	5269,42	3560,10	0,118
<i>NO MUS</i>	4331,66	3031,47	
Coste Total consultas			
<i>MUS</i>	6825,94	4064,91	0,103
<i>NO MUS</i>	5682,47	3455,01	
Coste de intervenciones quirúrgicas			
<i>MUS</i>	9722,52	13840,20	0,348
<i>NO MUS</i>	12134,98	16270,17	
Coste Total Pruebas			
<i>MUS</i>	2069,71	1829,80	0,106
<i>NO MUS</i>	1594,02	1223,29	
Coste Hospitalización			
<i>MUS</i>	5127,93	6285,25	0,456
<i>NO MUS</i>	6108,89	9695,00	
Coste Total por paciente			
<i>MUS</i>	23746,10	22755,953	0,663
<i>NO MUS</i>	25520,36	24230,127	

De los datos obtenidos encontramos que los dos grupos de comparación presentan una elevada similitud clínica, sólo observándose diferencias en el número de primeras consultas hospitalarias realizadas, que es significativamente superior en el grupo MUS. Así pues podemos plantear que los pacientes con MUS presentan un uso de recursos sanitarios similar a pacientes de elevada complejidad clínica y con síntomas resistentes y además acuden a más especialistas distintos durante su proceso clínico.

5.4.2. Comparación de uso de recursos y costes entre pacientes con distintos cuadros

MUS

Tabla 36: Comparación de uso de recursos y costes entre pacientes con distintos cuadros MUS			
Procedimiento	Media (+/-De)	Rango	p (ANOVA)
Primeras consultas			
<i>Somatomorfos</i>	12,27 (+/-4,78)	3-21	0,137
<i>Facticios</i>	13,15 (+/-4,77)	4-23	
<i>Simuladores</i>	10,79 (+/-4,14)	4-18	
Consultas sucesivas			
<i>Somatomorfos</i>	66,55 (+/-45,99)	4-185	0,125
<i>Facticios</i>	80,47 (+/-49,94)	4-226	
<i>Simuladores</i>	56,79 (+/-39,59)	4-148	
Total consultas			
<i>Somatomorfos</i>	78,82 (+/-50,02)	7-204	0,120
<i>Facticios</i>	96,62 (+/-53,77)	8-249	
<i>Simuladores</i>	67,57 (+/-43,16)	8-164	
Número de intervenciones quirúrgicas			
<i>Somatomorfos</i>	1,73 (+/-1,91)	0-10	0,892
<i>Facticios</i>	1,85 (+/-2,90)	0-16	
<i>Simuladores</i>	2,00 (+/-2,29)	0-8	
Radiografías Simples			
<i>Somatomorfos</i>	14,75 (+/-11,20)	0-47	0,351
<i>Facticios</i>	19,24 (+/-16,42)	1-66	
<i>Simuladores</i>	16,93 (+/-12,96)	0-44	
RMN			
<i>Somatomorfos</i>	3,59 (+/-3,45)	0-15	0,415
<i>Facticios</i>	3,21 (+/-2,54)	0-10	
<i>Simuladores</i>	2,64 (+/-2,48)	0-7	
Ecografía			

<i>Somatomorfos</i>	3,34 (+/-3,48)	0-13	0,227
<i>Facticios</i>	2,76 (+/-3,07)	0-15	
<i>Simuladores</i>	2,04 (+/-2,50)	0-11	
TAC			0,042*
<i>Somatomorfos</i>	1,27 (+/-1,82)	0-7	
<i>Facticios</i>	2,41 (+/-2,82)	0-10	
<i>Simuladores</i>	1,29 (+/-1,51)	0-5	
Otras Pruebas			0,115
<i>Somatomorfos</i>	3,09 (+/-3,99)	0-18	
<i>Facticios</i>	3,00 (+/-3,98)	0-18	
<i>Simuladores</i>	1,39 (+/-2,06)	0-9	
Días de Hospitalización			0,141
<i>Somatomorfos</i>	9,52 (+/-14,89)	0-59	
<i>Facticios</i>	16,47 (+/-16,21)	0-51	
<i>Simuladores</i>	12,50 (+/-14,59)	0-55	

*p<0,05

Los tres grupos de pacientes con distintos cuadros de tipo MUS, es decir, trastornos somatomorfos, simuladores y trastornos facticios no presentan diferencias significativas en el uso de recursos, parece existir una pauta general de mayor consumo de recursos en el grupo de trastornos facticios pero no alcanza niveles de significación estadística, salvo en el apartado de número de TAC realizados.

5.4.3. Comparación de costes hospitalarios entre pacientes MUS y datos de gasto hospitalario proporcionados por el Sacyl

Según el documento sobre Gasto Sanitario del año 2017 el 62,1% del gasto sanitario total corresponde a Servicios Hospitalarios y Especializados. Según la estadística de gasto por habitante en Castilla y León es de 1514 euros por habitante y año. Uniendo las dos estadísticas entendemos que el gasto en Servicios Hospitalarios y Especializados en Castilla y León por habitante y año corresponde a 940,19 euros (98).

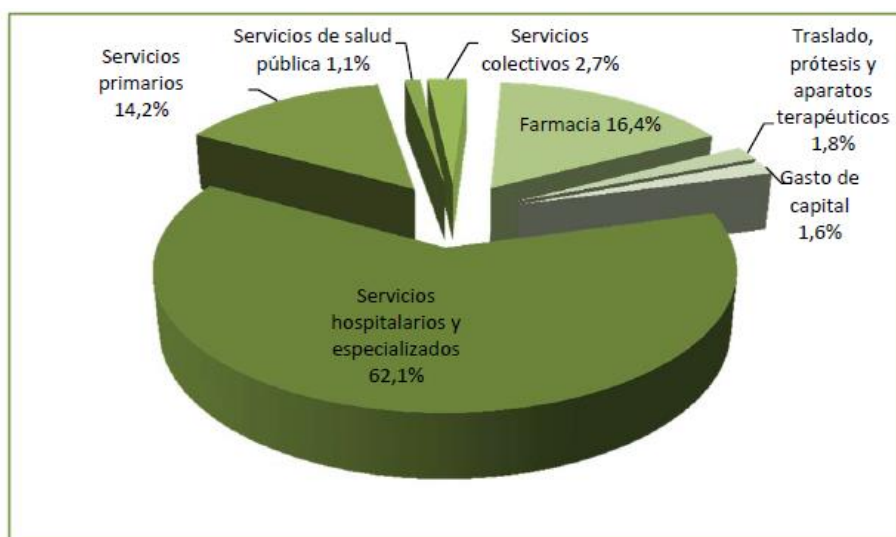


Gráfico 22: Composición del gasto sanitario. Estadística de Gasto Sanitario Público 2017, Ministerio de Sanidad

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	9.692	6,2%	1.153
Aragón	2.048	5,6%	1.556
Asturias (Principado de)	1.681	7,3%	1.625
Balears (Illes)	1.557	5,1%	1.353
Canarias	2.875	6,5%	1.334
Cantabria	850	6,4%	1.462
Castilla y León	3.687	6,5%	1.514
Castilla-La Mancha	2.783	6,9%	1.363
Cataluña	10.330	4,6%	1.388
Comunitat Valenciana	6.804	6,3%	1.379
Extremadura	1.708	9,1%	1.585
Galicia	3.910	6,5%	1.443
Madrid (Comunidad de)	8.121	3,7%	1.254
Murcia (Región de)	2.269	7,5%	1.540
Navarra (Comunidad Foral de)	1.030	5,2%	1.608
País Vasco	3.707	5,2%	1.710
Rioja (La)	444	5,4%	1.420
Comunidades Autónomas	63.494	5,5%	1.370

Tabla 37: Gasto sanitario por habitante según Comunidad Autónoma, Estadística de Gasto Sanitario Público 2017, Ministerio de Sanidad

En la siguiente tabla se exponen los gastos sanitarios en Servicios Hospitalarios y Especializados de cada grupo de nuestra muestra.

Tabla 38: Coste por año de pacientes incluidos. Proporción respecto a media autonómica en Castilla y León

Grupo	Coste Por Año	Porcentaje respecto a media (m=940,19 euros/año)
Muestra Completa (N=153)	1619,41	172,24 %
No MUS (N=47)	1701,36	180,96 %
MUS (N=106)	1583,07	168,38 %
Somatomorfos (N=44)	1370,26	145,74 %
Facticios (N=34)	1874,79	199,41 %
Simuladores (N=28)	1563,26	166,27 %

Observando los datos obtenidos podemos observar que los pacientes atendidos en la Unidad del Dolor son de elevada complejidad clínica, presentando un gasto sanitario muy superior a la media. Se observa un gasto similar en pacientes afectos de MUS. Hay que tener en cuenta que para alcanzar el último escalón terapéutico de abordaje del dolor (Unidad del Dolor Hospitalaria) estos pacientes han pasado por multitud de pruebas y consultas y que en ningún momento se ha diagnosticado el cuadro de MUS. Los pacientes han continuado un periplo de especialista en especialista hasta alcanzar el último nivel asistencial donde, mediante un abordaje multidisciplinar, se ha logrado caracterizar el cuadro. Surge inmediatamente la pregunta de cuánto gasto sanitario podría evitarse si se lograra diagnosticar de forma más precoz a estos pacientes y se realizara un abordaje temprano de su cuadro.

5.5 Conclusiones

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de recursos total entre los pacientes con cuadros de MUS y pacientes con elevada complejidad clínica procedentes de la Unidad del Dolor.
- Los pacientes con MUS acuden a más especialistas distintos para abordar su cuadro.
- No existen diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de recursos de los diferentes cuadros de MUS.
- El gasto sanitario en Atención Hospitalaria y Especializada de los pacientes con MUS corresponde al 168,38% del gasto medio por paciente y año en el mismo concepto en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN

6.1 Modelos de dolor y Síntomas Médicos Inexplicados

La cuestión del dolor ha evolucionado de forma notable a lo largo de la historia de la filosofía y de la medicina. Quizá el inicio del planteamiento de la explicación del dolor pueda remontarse a Descartes (100–102). Descartes valoraba el dolor como una de las principales experiencias físicas y perceptivas que probaban la existencia del cuerpo (100). Planteaba que el dolor era una alteración que se transmitía a través de las fibras nerviosas por todo el cuerpo hasta alcanzar al cerebro y lo consideraba una evidencia de que la mente y el cuerpo son mecanismos dualistas que responden en conjunto a estímulos específicos (100). Esta idea no sólo se difundió entre los filósofos, sino que impregnó el pensamiento científico y llevó a intentar localizar las fibras nerviosas dentro del cuerpo que transmitían las sensaciones de dolor (100). La teoría de Descartes, también conocida como la *teoría de la especificidad*, promovió la investigación que relaciona las fibras nerviosas que conducen al cerebro con funciones específicas en respuesta al dolor. El proceso se desarrolla en dos pasos: primero el cuerpo integra una señal de dolor en una sensación corporal y, segundo, esta señal viaja al cerebro donde se percibe. Esto tuvo consecuencias en la práctica médica, de tal forma que se buscaron tratamientos físicos para el dolor, como el uso de hierbas con efectos analgésicos o la sección de fibras nerviosas específicas del dolor para evitar que las señales llegaran al cerebro (103–105).

La *teoría de la especificidad* de Descartes fue desarrollada posteriormente por Charles Bell en su ensayo, *Idea de una nueva anatomía del cerebro*, que dio pie al descubrimiento del sistema nervioso central (SNC) (104). El SNC da lugar a una relación

directa entre un estímulo y la sensación de dolor mediante receptores sensoriales conocidos como "nociceptores". La recepción del dolor nociceptivo ocurre cuando los estímulos activan los receptores del dolor, o nociceptores, situados en la piel y luego transmitidos a través de señales eléctricas a los centros cerebrales para su procesamiento (101,104,106,107).

La relación entre la nocicepción y el dolor es compleja porque las señales involucradas están más allá de la nocicepción biológica. La oposición a la teoría de la especificidad del dolor de Descartes ha llevado a otras conceptualizaciones históricas del dolor, incluidas la *teoría de la intensidad del dolor* y la *teoría del patrón de dolor*. La teoría de la intensidad del dolor plantea que la experiencia del dolor es el resultado de alcanzar una intensidad o umbral significativo (103). Esto llevó en el siglo XIX a formular la teoría de que la intensidad del dolor está directamente relacionada con la cantidad de tejido lesionado (104). A partir de cierto umbral, un incremento de la señal sensorial dolorosa se suma y se transmite a la médula espinal (es decir, el SNC) y luego al cerebro (104). Los investigadores teorizaron que esta sumación central generaba impulsos que se interpretaban como dolor para el individuo sólo cuando el número de fibras de respuesta y su frecuencia de descarga excedieran un cierto umbral que determinaría la respuesta perceptiva a los estímulos nociceptivos (101,103,104,108–110).

Las teorías modernas del dolor han dado lugar a la perspectiva teórica más utilizada hasta la fecha, el modelo biopsicosocial. La *teoría del control de acceso* buscaba combinar y apoyar los principios fundamentales de las teorías de la especificidad, la intensidad y del patrón del dolor (106). Melzack y Wall plantearon que existe un acceso mecánico en la médula espinal, específicamente en el asta dorsal, que controla la

transmisión de información sensorial en la médula espinal y al cerebro. Este mecanismo está controlado por la actividad de fibras gruesas y finas. Las fibras gruesas inhiben o cierran el acceso, mientras que las fibras finas facilitan o abren el acceso. Cuando el estímulo nociceptivo o la lesión tisular alcanza un cierto umbral que supera el nivel de inhibición del acceso, esto abre la puerta y activa las vías que conducen a la experiencia del dolor y a los comportamientos asociados con el dolor (p. Ej., Quitar la mano del fuego) (104). Por lo tanto, esta teoría proporcionó una base neuronal y reconcilió los modelos biomédicos anteriores del dolor (es decir, las teorías de la especificidad, la intensidad y los patrones del dolor). Igualmente sentó las bases para la investigación del dolor y sus mecanismos en el siglo XX (101). Sin embargo, Melzack y Wall (1965) reconocieron que se necesitaba un modelo más amplio para considerar los efectos emocionales y cognitivos del dolor y su repercusión sobre la conducta (101,106,111).

La necesidad de un modelo de dolor más completo llevó a Melzack a crear la teoría de la neuromatriz, que intentaba explicar la naturaleza del dolor y se basa en modelos biomédicos. Melzack, en 2001, propuso que el dolor es una experiencia compleja que se forma por señales únicas dentro de la red neuronal del cerebro, que él denominó como la neuromatriz cuerpo-yo (112,113). En esta red se integra la evaluación cognitiva, sensorial-discriminativa y motivacional-afectiva y postula que los patrones de resultado de la neuromatriz involucran sistemas perceptivos, conductuales y homeostáticos dentro del cuerpo y la mente en respuesta a una lesión y/o estrés físico y cognitivo (112–114). La teoría de Melzack se formuló sobre cuadros dolorosos que aparecían sin lesiones orgánicas evidenciables (MUS), como dolor en el miembro fantasma y el dolor lumbar inespecífico, y que son los cuadros estudiados fundamentalmente en esta tesis. Los modelos biomédicos anteriores que se remontan a

Descartes no eran suficientes puesto que debía haber daño tisular para que apareciera el dolor. De esta manera, de acuerdo con el modelo de neuromatriz de Melzack, el dolor podría no tener correlación con el daño tisular y ser el producto de múltiples partes del SNC que dan lugar a una experiencia dolorosa (por ejemplo, fibromialgia) (112). Esta teoría proporcionó una explicación integral del dolor combinando principios de la teoría de la especificidad con teorías afectivas y de patrones de respuesta para dar lugar a la teoría de la neuromatriz del dolor, siendo la experiencia del dolor el resultado de una interacción entre diversas redes neuronales (115). Melzack y Casey plantearon abandonar el enfoque sensorial dominante (p. ej., quirúrgico, farmacológico) y tratar el dolor crónico con un enfoque biopsicosocial más multidisciplinar/multimodal (incluidos abordajes farmacológicos y no farmacológicos) (101,116,117). Esta teoría multimodal contribuyó al modelo biopsicosocial para la evaluación y el tratamiento del dolor (101).

El enfoque biopsicosocial para tratar el dolor crónico ve al individuo como una "persona completa" cuya mente y cuerpo están interconectados y manifiestan interacciones dinámicas entre los componentes biológicos, psicológicos y sociales de su experiencia dolorosa (115). El modelo biopsicosocial del dolor está fuertemente respaldado por los hallazgos de investigación y se ha extendido sobre los mediadores puramente biológicos del dolor crónico, destacando el papel de las respuestas de estrés desadaptativo a través del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) (118–121). El dolor crónico altera la actividad del eje HHA y, por lo tanto, los niveles de cortisol, lo que a su vez se asocia con diferencias en la intensidad del dolor, los umbrales del dolor y los niveles de ansiedad (122).

En el capítulo 3 de esta tesis se describe un abordaje multidisciplinar, orientado al diagnóstico de los distintos cuadros dolorosos que se reciben en condiciones clínicas habituales en una Unidad del Dolor. Siguiendo el modelo biopsicosocial del dolor, encontramos que los factores psicológicos y sociales resultan relevantes para explicar el cuadro de hasta un 23,7% de los pacientes remitidos a la unidad del dolor. Es necesario señalar como una limitación del estudio que el psiquiatra que toma parte en la valoración multidisciplinar es el mismo que posteriormente realiza la entrevista. En un supuesto ideal y para lograr una validez máxima el psiquiatra debería ser distinto y la entrevista psiquiátrica individual debería ser realizada por dos psiquiatras independientes y calcularse el índice de concordancia entre ambos, sin embargo este estudio está limitado por su entorno y cuenta como gran fortaleza su realización en un entorno clínico real, con pacientes consecutivos y no seleccionados. Es preciso realizar algunas consideraciones sobre los diferentes grupos de pacientes con cuadros de baja explicabilidad somática:

Existe un grupo de pacientes que simulan su patología con objeto de conseguir algún beneficio externo, ya sea para obtener algún tipo de compensación económica o de prescripción de fármacos. Si bien esta simulación es una conducta de fraude, es preciso alejarse de la crítica moral y plantearse los motivos que llevan a estos pacientes a desarrollar esta conducta. No debemos olvidar que toda conducta se da en un contexto, y el contexto socioeconómico en León durante los meses de desarrollo del estudio es el de un entorno con elevada inestabilidad laboral, con un grupo de pacientes con baja cualificación académica (en la muestra del capítulo 4 se evidencia un nivel de estudios básico en el 51,9% y de FP/Bachillerato en el 31,5%, sólo un 13,7% de los pacientes tenía estudios superiores) y que difícilmente van a poder acceder a un trabajo sin requerimientos físicos elevados. De forma muy mayoritaria (65,9%) los pacientes conviven con su familia propia, por lo que tienen responsabilidades derivadas de la

crianza y se espera que aporten recursos económicos. De esta forma nos encontramos muy a menudo con pacientes con limitaciones físicas, pues los cuadros derivados a la Unidad del Dolor generalmente ya han alcanzado un estadio de cronicidad, que van a tener graves dificultades para obtener un trabajo no físico por su nivel académico, y de los que se espera que aporten recursos económicos al entorno familiar. La exageración de síntomas con objeto de obtener algún tipo de prestación social que permita al paciente mantener algún ingreso económico constituye una respuesta lógica.

Otro grupo de pacientes que también simula su patología son los diagnosticados de Trastorno Facticio, sin embargo este grupo corresponde a una enfermedad mental que puede llegar a ser grave. El objetivo de la simulación en estos pacientes no es lograr un beneficio externo, sino constituirse en objeto de cuidados médicos. Se correspondería con la descripción que hace Henry Ey de la hipocondría ostentatoria. Estos pacientes refieren cuadros completamente abigarrados, relatando sufrimientos sin fin y generalmente sin apenas reactividad psicofisiológica asociada. Se indica que en este cuadro la patología se finge, sin embargo, el conflicto subyacente que da lugar a esta conducta de enfermedad aberrante puede no ser evidente ni siquiera para el paciente. Destaca de forma notable en los resultados psicométricos la alteración en la puntuación de la escala de Funcionamiento Familiar, lo que sería coincidente con los planteamientos de la escuela Sistémico-Familiar que hipotetizan que la conducta de enfermedad permite estabilizar un sistema disfuncional que de otra forma correría el peligro de romperse (123). De cualquier manera el grupo de los Trastornos Facticios constituye un conjunto de pacientes con un abordaje muy complejo, requiriendo que se profundice la investigación sobre ellos y sobre las alteraciones de la conducta de enfermedad. Por último es necesario remarcar que la existencia de un Trastorno Facticio no excluye la existencia de cualquier otra enfermedad

de tipo físico o psíquico, lo que debe ser tenido en cuenta para evitar que una estigmatización de estos pacientes de lugar a un retraso diagnóstico de otro proceso con consecuencias potencialmente severas, al modo del cuento clásico de “Pedro y el Lobo”.

Respecto al resto de pacientes en los que se detecta algún tipo de psicopatología que explica la parte fundamental del cuadro doloroso es preciso remarcar que no presenta características voluntarias, es decir, que el paciente no finge sus síntomas y que su sufrimiento es genuino. Ya sea por fenómenos neurodinámicos de potenciación a largo plazo, tal como se describe en el modelo descrito por Erik Kandel (124) de memoria no declarativa (Sensibilización Central) o bien por la existencia de una respuesta de estrés sostenida (ver Tabla 39) con una activación del eje HHA (125), o bien por la existencia de un cuadro depresivo con

sintomatología dolorosa asociada (126), todos ellos son cuadros en los que la

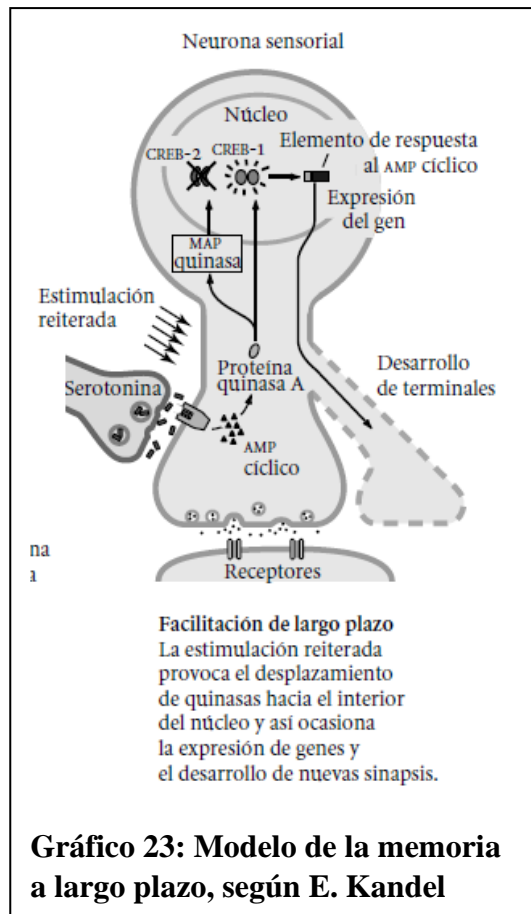


Tabla 39: Fases de la respuesta de estrés

Fase I: La reacción de alarma: Incremento de actividad simpática con liberación de adrenalina y noradrenalina. Activación del sistema hipofisarioadrenal

Fase II: Fase de mantenimiento de respuesta, a costa de aumento de exigencias en el rendimiento

Fase III: Fase de agotamiento: Fracaso de las actividades de reserva. Se produce la muerte del organismo o la aparición de enfermedades.

voluntariedad del paciente se considera ausente. Una de las debilidades de este estudio es que se han incluido en el grupo de Trastornos Somatomorfos tanto a pacientes en los que el origen de su cuadro es un conflicto de tipo psíquico que se expresa a través del cuerpo (somatización, grupo III de la clasificación de Belenguer

y cols (8)) como a aquellos pacientes que presentan cuadros de Sensibilización Central (grupos IIa y IIb según la clasificación de Belenguer y cols de la Fibromialgia (8)). Estos pacientes con Sensibilización no presentan un conflicto psíquico como origen de su sintomatología sino que a través de mecanismos de memoria a partir de una lesión inicial se han sensibilizado y generalizado el cuadro de dolor. A pesar de no tener un conflicto psíquico causal de su cuadro sí se ha observado la presencia de un perfil de personalidad de tipo ansioso-depresivo.

Una de las cuestiones más llamativas de los resultados obtenidos en el capítulo 3 es la elevada prevalencia de cuadros clínicos de baja explicabilidad somática, en nuestra muestra se ha obtenido que un 23,7% de casos consecutivos valorados en Unidad del Dolor presenta una baja explicabilidad somática. Estos niveles sin embargo no difieren mucho de los obtenidos por Carson y cols. (127) en una consulta externa de Neurología, en la que hasta un tercio de los casos presentaban baja explicabilidad somática. Sin embargo si combinamos esta prevalencia obtenida en nuestra muestra con el dato de consultas de especialista realizadas que obtuvimos en el capítulo 5 (media de consultas por paciente 76,36 +/-48,24; mediana 66) parece claro que los pacientes han peregrinado de consulta en consulta por diferentes especialistas del sistema público (además de los que hayan consultado de forma privada, que no se recogen en el estudio) sin obtener un diagnóstico claro y consecuentemente sin un tratamiento específico. Tampoco se ha recogido en el estudio, y podría ser objeto de futuros proyectos, el uso de las consultas de Medicina Familiar y Comunitaria y del Servicio de Urgencias y el consumo de fármacos, transporte sanitario y otros recursos no hospitalarios.

Es preciso contextualizar esta dinámica clínica observada y analizar las causas de la misma. Nos encontramos en un medio asistencial organizado siguiendo un sistema de especialidades en el que los diferentes facultativos atienden a los pacientes buscando cuadros que sea posible enmarcar dentro de los diferentes grupos de patologías asignados a la especialidad que pertenecen. Al no encontrarlos se considera que el paciente no pertenece a su especialidad y es derivado a otro especialista con la esperanza de que este pueda encajarlo dentro de su especialidad. Esta última derivación cumple la función, además, de rebajar la exigencia de respuestas del paciente y la litigiosidad que pudiera presentar. Como hemos planteado en el capítulo 3, es necesario un equipo multidisciplinar para abordar este tipo de cuadros, puesto que son pacientes que trascienden la capacidad de un sistema categorial y ningún especialista, por sí mismo, abarca todas las dimensiones somáticas, bioquímicas, psicológicas y terapéuticas necesarias para una adecuada resolución diagnóstica y terapéutica. La ausencia de estos equipos multidisciplinarios, de los que constituyen pilares fundamentales la comunicación directa y el debate clínico, condena al paciente a un peregrinaje de consulta en consulta (la media de consultas de especialista por paciente en nuestro grupo de estudio del capítulo 5 fue de $76,36 \pm 48,24$), hasta que el proceso adquiere cronicidad y el paciente se cansa de la falta de resultados y de los efectos secundarios de los procedimientos intentados. Igualmente condena al sistema sanitario público y al propio paciente a un gasto muy elevado en recursos asistenciales que resultan poco eficientes.

6.2 Psicometría y sistemas categoriales para Síntomas Médicos Inexplicados

En el capítulo 4 se elabora un algoritmo diagnóstico mediante diferentes pruebas psicométricas que permitan caracterizar los diferentes cuadros de MUS. Es preciso señalar que esta clasificación resulta inexacta desde un punto de vista clínico, puesto que, como se ha planteado anteriormente, el sistema categorial resulta insuficiente para abordar la complejidad de estos cuadros y, si bien puede establecerse un diagnóstico categorial principal, como se realiza a través de la entrevista psiquiátrica utilizada como gold standard, las diferentes categorías no resultan mutuamente excluyentes, es decir, un paciente clasificado como trastorno somatomorfo (inconsciente) puede presentar comportamientos de tipo facticio para estabilizar su sistema familiar o puede exagerar su sintomatología para acceder a una prestación social, aunque se considera que su diagnóstico principal corresponde a un cuadro no voluntario. Esta limitación es intrínseca al sistema categorial puesto que cualquier sistema de clasificación implica una simplificación y una pérdida de información. Es preciso tener esta limitación en cuenta a la hora de aplicar los resultados obtenidos a la práctica clínica.

Entre las diferencias obtenidas en los perfiles de los distintos cuadros cabe destacar de forma muy notable a los pacientes con Trastornos Ficticios. El Trastorno Ficticio es un trastorno que se caracteriza por la aparición de síntomas producidos deliberadamente por el mismo paciente con la intención de recibir atención médica y asumir un rol de enfermo, el paciente no busca una ganancia económica ni la eximencia de responsabilidad. En este grupo de pacientes hemos observado dos puntuaciones que resultan llamativas. Por una parte la puntuación media en la escala de simulación (SIMS)

es más elevada (26,41 +/-6,71) que en el grupo de Simuladores (22,32 +/-6,51), siendo esta estadísticamente significativa ($p=0,004$). Esto podría interpretarse como que estos pacientes no guardan la cautela que tiene aquel individuo que busca una ganancia, sino que su planteamiento es expresar cuanta mayor gravedad sea posible. Además observamos que son pacientes en los que un 57,1% es pensionista, mientras que en el grupo de Simuladores sólo lo es un 4,4%. La segunda puntuación llamativa de este grupo corresponde con la escala que mide el Funcionamiento Familiar (FF-SIL), presentando una puntuación media de 44,90 +/-15,18, lo que corresponde al límite bajo de una familia moderadamente funcional (se considera disfuncional por debajo de 43). Según el planteamiento de la escuela sistémica el síntoma del paciente tiene una función protectora para evitar el conflicto en su sistema familiar disfuncional. El refuerzo del síntoma por parte del paciente, en muchas ocasiones protege a la familia del riesgo de tensiones internas (128). El paciente participa activamente en el mantenimiento del síntoma y el síntoma favorece la persistencia de un sistema familiar disfuncional.

Otra cuestión relevante en este capítulo corresponde a la ausencia de capacidad discriminativa entre diferentes trastornos mentales de origen no voluntario. Una vez clasificados los pacientes simuladores y aquellos en los que no se objetiva psicopatología, ninguna de las herramientas estudiadas nos ha permitido discriminar entre Trastornos Somatomorfos (que incluyen en esta categoría a los cuadros de Sensibilización Central a pesar de no ser un trastorno mental en sí mismos) y otros trastornos mentales (Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos, TOC...). Es posible que esto se deba a que todos estos cuadros de la esfera neurótica compartan algún mecanismo común (por ejemplo, una respuesta de estrés disfuncional o prolongada) o bien que las herramientas estudiadas no hayan sido las adecuadas. El rasgo común observado es una elevada puntuación en la escala de ansiedad hospitalaria HADS (seleccionada por minimizar los síntomas físicos

(77)). Las respuestas de ansiedad en el cerebro se encuentran mediadas principalmente por la amígdala y los circuitos de recompensa, que se encuentran asociados con el procesamiento del dolor (129).

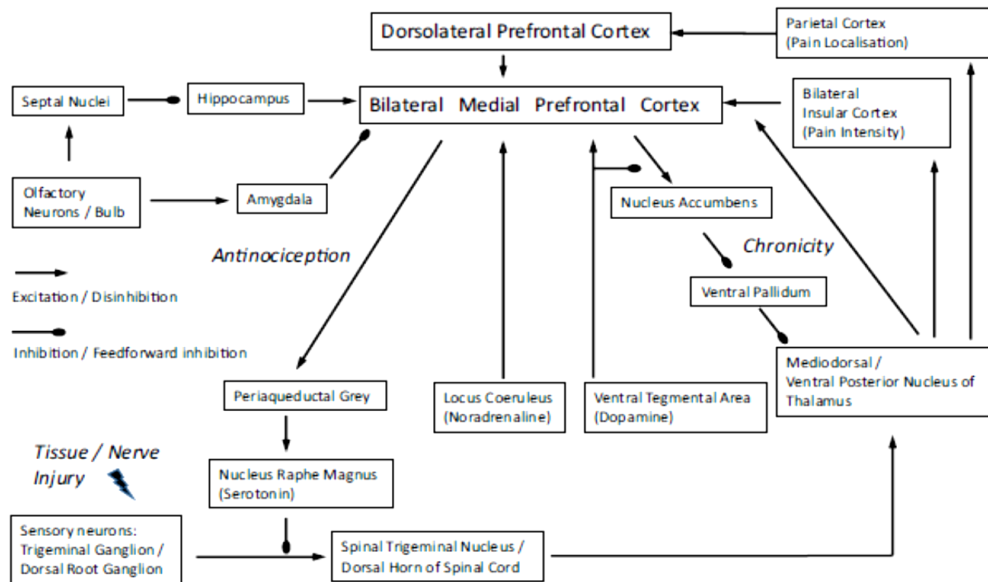


Gráfico 24: Estructuras relacionadas con el procesamiento del dolor. Tomado de Ong W et al.

Entre estas estructuras destaca el Núcleo Accumbens, implicado fundamentalmente en los circuitos de recompensa cerebrales, el estado de ánimo y la motivación y que realiza sus funciones mediante la dopamina como neurotransmisor principal. Esta doble función en el procesamiento del dolor y en la regulación del estado de ánimo podría explicar la comorbilidad de hasta el 50% entre depresión y dolor (130).

Es preciso tener en cuenta que no podemos considerar las estructuras cerebrales como un sistema estático, sino que debe tenerse en cuenta su evolución a lo largo del tiempo. En el estudio realizado por Apkarian et al. (131) llegaron a predecir con un 80% de exactitud qué pacientes con dolor lumbar desarrollarían un cuadro de dolor crónico,

para ello tuvieron en cuenta la intensidad de la sincronía entre el Córtex Prefrontal y el Núcleo Accumbens. Igualmente la cronificación del dolor genera modificaciones en la corteza cerebral que podrían ser responsables de una respuesta analgésica disminuida. El estudio realizado por Martikainen et al. en 2015 (132) reveló, mediante imágenes PET que en el cerebro de pacientes con dolor lumbar crónico existían alteraciones en la expresión de receptores D2/D3 en el estriado ventral y en los receptores para opioides endógenos, lo que sugería la existencia de una interacción entre la dopamina y el sistema opioide endógeno que se encontraría implicada en la fisiopatología y en el tratamiento del dolor. De esta forma se considera que la liberación dopaminérgica en el dolor agudo presenta un efecto de mitigación del cuadro, compartiendo elementos con otras condiciones clínicas como la disociación, y en el dolor crónico, los niveles dopaminérgicos son mantenidos elevados a lo largo del tiempo, dando lugar a una disminución de los umbrales de dolor (hiperalgesia) y pudiendo abordarse este tipo de dolor mediante la regulación dopaminérgica (133).

6.3 Síntomas Médicos Inexplicados y Sistema Sanitario Público

Se ha tratado de describir a lo largo de los diferentes capítulos una visión biopsicosocial de los cuadros de dolor de baja explicabilidad somática. Parece evidente que el impacto de estos pacientes sobre el sistema sanitario es muy elevado y que en su aparición y mantenimiento se imbrican factores que desbordan de forma notoria un sistema basado en categorías diagnósticas simples y generan dinámicas perversas de peregrinaje y utilización de recursos poco eficiente. Como se ha apuntado anteriormente es imprescindible el abordaje multidisciplinar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de estos cuadros, tanto desde el punto de vista de la eficiencia presupuestaria como de la disminución del sufrimiento de los pacientes (134).

Respecto a las opciones terapéuticas, en el momento actual no existe ningún tratamiento farmacológico aprobado para los Trastornos Ficticios y únicamente la combinación de Flupentixol y Melitraceno (Deanxit®) para los Trastornos Somatomorfos. La psicoterapia resulta, en el momento actual, una de las pocas opciones para este tipo de trastornos, sin embargo, las opciones farmacológicas off-label, atendiendo a la fisiopatología de los síntomas, cada vez van adquiriendo mayor relevancia. De esta forma es muy frecuente la utilización de agonistas noradrenérgicos para la modulación del dolor mediante activación de las neuronas descendentes alfa (135), o agonistas gabaérgicos para disminuir la transmisión nerviosa sensitiva (136).

Por otra parte, se ha planteado para la próxima edición de la CIE, la que sería la versión 11, considerar el dolor crónico generalizado como un diagnóstico en sí mismo, sin realizar un abordaje diagnóstico más profundo. Esta decisión, si finalmente se lleva a cabo, conllevará importantes dificultades para realizar abordajes personalizados de los cuadros dolorosos y llevará a un incremento de la prescripción de analgésicos que pueden tener importantes efectos secundarios si se institucionaliza esta suerte de nihilismo diagnóstico. Múltiples estudios han mostrado que el tratamiento con opiáceos da lugar a un empeoramiento de la funcionalidad de los pacientes (137,138). Actualmente existe una epidemia de abuso de drogas y mortalidad que se asocia con la prescripción de opiáceos. El mal uso de los fármacos de prescripción es una de las principales causas de muerte no intencional (139,140). De hecho, en el año 2017 se produjeron 72.000 muertes por sobredosis, de las que dos tercios (47.600) fueron relacionados con opiáceos (141). El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos ha referido que el 25% de los pacientes con una prescripción prolongada de opiáceos desarrollarán un Trastorno por Uso de Opiáceos. El riesgo se ha asociado con la dosis prescrita y la duración del tratamiento (142). Por lo tanto parece evidente que una adecuada caracterización del origen de los cuadros dolorosos es necesaria no sólo para ser eficaces a la hora de su abordaje, sino para no dañar a los pacientes.

Igualmente es necesario tener en consideración los factores psicosociales a la hora de realizar indicaciones quirúrgicas. En algunos procesos como la cirugía bariátrica o los trasplantes (143) la valoración prequirúrgica por parte de psiquiatría tiene una larga evolución con objeto de descartar Trastornos de Conducta Alimentaria (144) o Trastornos por Uso de Sustancias que constituyen contraindicaciones absolutas para los procedimientos. Sin embargo, desde la perspectiva biopsicosocial, uno los campos donde

mayor relevancia tiene esta valoración lo constituye la cirugía de raquis. Cada vez existe mayor evidencia de que estos factores pueden hacer fracasar un procedimiento (145) y se van desarrollando herramientas de screening para poder detectar a estos pacientes antes de proceder con la cirugía (146).

Quizá haya podido existir un tiempo en que la medicina ha aspirado a alcanzar una tecnificación suficiente para desdeñar los componentes humanísticos de la práctica médica, en la creencia de que la filosofía constituía una suerte de pensamiento precientífico, sin embargo, la propia evidencia científica cada día va reconociendo que, sin la filosofía, construir un pensamiento puramente técnico es como hacer un tejado sin muros que lo sostengan.

CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES

- Un 23,7% de los pacientes que alcanzan el último nivel terapéutico respecto al tratamiento del dolor, la Unidad del Dolor, presentan un cuadro de baja explicabilidad somática.
- El grupo MUS presenta significativamente menor edad y mayor proporción de mujeres respecto al No-MUS.
- Es necesario un equipo multidisciplinar para el diagnóstico de los cuadros de baja explicabilidad somática.
- Más de la mitad de los pacientes con MUS presentan un nivel académico básico (51,9%) y un oficio no cualificado (61,5%).
- El perfil sociodemográfico que podemos establecer de paciente con sospecha de MUS tras la valoración multidisciplinar corresponde a una mujer en torno a los 50 años, casada, que convive con su familia, que ha desempeñado trabajos no cualificados, con un nivel de estudios básico y que actualmente es pensionista.
- Los perfiles psicosociales y psicométricos de los pacientes con distintos cuadros de MUS caracterizados tras una entrevista psiquiátrica estructurada son diferentes.

- Más de la mitad de los pacientes evaluados presentan un cuadro psicopatológico que explica los síntomas y este es de carácter inconsciente.
- En torno a una cuarta parte de los pacientes con MUS presentan un cuadro de simulación de síntomas, ya sea por una búsqueda de un beneficio o por la necesidad intrapsíquica de asumir el rol de enfermo.
- Los pacientes con Trastornos Facticios presentan una mayor puntuación en escalas de simulación que los Simuladores. Presentan igualmente una peor puntuación en su Funcionamiento Familiar que cualquier otra categoría de pacientes con MUS.
- Se ha construido un algoritmo diagnóstico que presenta una coincidencia del 63,3% con el gold estándar de cara a caracterizar a los pacientes con MUS.
- Un paciente MUS con una puntuación en la escala SIMS superior a 16,5 simulará su cuadro con un Sensibilidad y una Especificidad de 0,898 y 0,812 respectivamente.
- Un paciente que simula su patología y que refiere 4 o más antecedentes de diagnósticos de síndromes de baja explicabilidad somática será un Trastorno Facticio con una Sensibilidad de 0,694 y una Especificidad de 0,783.

- Un paciente que no simula su patología y que presenta una puntuación en la escala HADS-A superior a 6,5 presentará un trastorno mental o una sensibilización central con una Sensibilidad de 0,790 y de Especificidad de 0,758.

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de recursos total entre los pacientes con cuadros de MUS y pacientes con elevada complejidad clínica procedentes de la Unidad del Dolor.

- Los pacientes con MUS acuden a más especialistas distintos para abordar su cuadro.

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de recursos de los diferentes cuadros de MUS.

- El gasto sanitario en Atención Hospitalaria y Especializada de los pacientes con MUS corresponde al 168,38% del gasto medio por paciente y año en el mismo concepto en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leonardi F. The Definition of Health: Towards New Perspectives. *Int J Heal Serv.* 2018 Oct 14;48(4):735–48. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020731418782653>
2. Lipowski Z. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry.* 1988 Nov;145(11):1358–68. Available from:
<http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.145.11.1358>
3. Smith RC. Somatization disorder. *J Gen Intern Med.* 1991 Mar;6(2):168–75. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF02598318>
4. World Health Organization. CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento: pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. In Madrid: Meditor; 1996. p. 100.
5. Ingraham P. Sensitization in chronic pain. Available from:
<https://www.painscience.com/articles/sensitization.php>
6. Fleming KC, Volcheck MM. Central sensitization syndrome and the initial evaluation of a patient with fibromyalgia: A review. *Rambam Maimonides Med J.* 2015 Apr 29;6(2):e0020. Available from:
<https://www.rmmj.org.il/issues/20/Articles/476>
7. Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain.* 2011 Mar;152(3):S2–15. Available from:
<https://journals.lww.com/00006396-201103001-00002>

8. Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatol Clínica*. 2009 Mar;5(2):55–62. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1699258X09000060>
9. Bianchini KJ, Greve KW, Glynn G. On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *Spine J*. 2005 Jul;5(4):404–17. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1529943005000057>
10. Starobinski J. Breve historia de la conciencia del cuerpo. *Rev Française Psychanal*. 1981;
11. Cicerón MT. *Les académiques*. 2010. 352 p.
12. Aristóteles. *De Anima*.
13. Descartes R. *Les passions de l'âme*. 1649.
14. Gusdorf G. *Naissance de la conscience romantique au siècle des Lumières*. Paris; 1976. 285–316 p.
15. Cabanis PJG. *Rapports du physique et du moral de l'homme*. Institut National; 1802.
16. Starobinski J. *Le corps et ses raisons*. Editions d. 544 p.
17. Ribot T. *Les maladies de la personnalité*. Alcan F, editor. Paris; 1885. 174 p.
18. Blondel C. *La conscience morbide. Essai de psycho-pathologie générale*. 10th ed. Paris; 1927.

19. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Tratado de Psiquiatría*. 8^a. Masson; 1978.
20. Codet H. *Les deux hypocondries*. Mélanges offerts à P. Janet. Paris: D'Artrey; 1939.
21. Briquet P. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Théraplix, editor. 1974. 196 p.
22. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Br J Hosp Med*. 1980 Jul;24(1):34, 36–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6765863>
23. Cummings N. Arguments for the financial efficacy of psychological services in health care settings. In: Sweet J, Rezensky RH TS, editor. *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings*. New York: Plenum Press; 1991.
24. Katon W, Ries RK, Kleinman A. The prevalence of somatization in primary care. *Compr Psychiatry*. 1984 Mar;25(2):208–15. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0010440X84900099>
25. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res*. 2001 Jul;51(1):361–7. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399901002239>
26. Herrman H, Chopra P. Quality of life and neurotic disorders in general healthcare. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Jan;22(1):61–8. Available from:
<http://journals.lww.com/00001504-200901000-00012>

27. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Aerzteblatt Online*. 2015 Apr 17; Available from: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2015.0279>
28. Aamland A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract*. 2014 Dec 29;15(1):107. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-107>
29. van Ravenzwaaij J, Olde Hartman T, van Ravesteijn H, Eveleigh R, van Rijswijk E, Lucassen P. Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature. *Ment Health Fam Med*. 2010 Dec;7(4):223–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22477946>
30. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev*. 2007 Oct;27(7):821–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716793>
31. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Nov;30(10):996–1002. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453005001010>
32. Buffington CAT. Developmental influences on medically unexplained symptoms. *Psychother Psychosom*. 2009;78(3):139–44. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/206866>
33. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *Int Rev Psychiatry*. 2006 Jan 11;18(1):13–24. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540260500466774>

34. Dantzer R. Somatization: A psychoneuroimmune perspective. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Nov;30(10):947–52. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453005000879>
35. Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2007 Oct;27(7):781–97. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735807001249>
36. Wilhelmsen I. Biological sensitisation and psychological amplification: Gateways to subjective health complaints and somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Nov;30(10):990–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453005000971>
37. Martínez García M. Una revisión del síndrome de piernas inquietas. *Semer - Med Fam*. 2008 Feb;34(2):80–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359308718549>
38. Japaridze G, Kasradze S, Maisuradze L, Popp R, Wetter T. The Restless Legs Syndrome (Review). *Georgian Med News*. 2018 Dec;(285):74–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30702074>
39. Allen RP, Picchietti DL, Garcia-Borreguero D, Ondo WG, Walters AS, Winkelmann JW, et al. Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: Updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria - history, rationale, description, and significance. *Sleep Med*. 2014 Aug 1;15(8):860–73.

40. Prins JB, van der Meer JWM, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet*. 2006 Jan;367(9507):346–55. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673606680732>
41. Lombardi VC, Ruscetti FW, Das Gupta J, Pfof MA, Hagen KS, Peterson DL, et al. Detection of an infectious retrovirus, XMRV, in blood cells of patients with chronic fatigue syndrome. *Science* (80-). 2009 Oct 23;326(5952):585–9. Available from:
<https://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.1179052>
42. Fukuda K. The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med*. 1994 Dec 15;121(12):953. Available from:
<http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-121-12-199412150-00009>
43. Marques AP, Santo ASO, Berssaneti AA, Matsutani LA, Yuan SLK. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol (English Ed)*. 2017 Jul;57(4):356–63. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2255502117300056>
44. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The american college of rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1990 Feb;33(2):160–72. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1002/art.1780330203>
45. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain*. 2019 Jun;20(6):611–28. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1526590018308320>

46. Santana-Mora U, López-Cedrún J, Mora MJ, Otero XL, Santana-Penín U. Temporomandibular disorders: The habitual chewing side syndrome. Yang I, editor. PLoS One. 2013 Apr 8;8(4):e59980. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0059980>
47. Reiter S, Goldsmith C, Emodi-Perlman A, Friedman-Rubin P, Winocur E. Masticatory muscle disorders diagnostic criteria: the American Academy of Orofacial Pain versus the research diagnostic criteria/temporomandibular disorders (RDC/TMD). J Oral Rehabil. 2012 Dec;39(12):941–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22882635>
48. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: A systematic review of axis I epidemiologic findings. Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. 2011 Oct;112(4):453–62. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1079210411002733>
49. May A. Hints on Diagnosing and Treating Headache. Dtsch Aerzteblatt Online. 2018 Apr 27; Available from: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2018.0299>
50. Society IH. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018 Jan 25;38(1):1–211. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102417738202>

51. Tojo González R, Suarez Gonzalez A, Rúas Madiedo P, Mancebo Mata A, Pipa Muñiz M, Barreiro Alonso E, et al. [Irritable Bowel Syndrome; gut microbiota and probiotic therapy]. *Nutr Hosp*. 2015 Feb 7;31 Suppl 1:83–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25659060>
52. Mearin F. Diagnóstico del síndrome del intestino irritable: criterios Clínicos y biomarcadores. Mearin Manrique F, Serra Pueyo J, editors. Elsevier; 2016. 184 p.
53. Menees SB, Powell C, Kurlander J, Goel A, Chey WD. A meta-analysis of the utility of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, fecal calprotectin and fecal lactoferrin to exclude inflammatory bowel disease in adults with IBS. *Am J Gastroenterol*. 2015 Mar;110(3):444–54. Available from: <http://journals.lww.com/00000434-201503000-00018>
54. Limsui D, Pardi DS, Camilleri M, Loftus EV, Kammer PP, Tremaine WJ, et al. Symptomatic overlap between irritable bowel syndrome and microscopic colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2007 Feb;13(2):175–81. Available from: <https://academic.oup.com/ibdjournal/article/13/2/175-181/4644663>
55. Chey WD, Nojkov B, Rubenstein JH, Dobhan RR, Greenson JK, Cash BD. The yield of colonoscopy in patients with non-constipated irritable bowel syndrome: Results from a prospective controlled US trial. *Am J Gastroenterol*. 2010 Apr;105(4):859–65. Available from: <http://journals.lww.com/00000434-201004000-00027>
56. Sears ME. The medical perspective on environmental sensitivities. 2007. Available from: http://www.chrc-ccdp.ca/research_program_recherche/esensitivities_hypersensibilitee/toc_tdm-en.asp. [Citada el 25 de mayo de 2018]

57. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Documento de consenso: Sensibilidad química múltiple. 2011. p. 128. Available from:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/SQM_documento_de_consenso_30nov2011.pdf
58. Nogué Xarau S, Dueñas Laita A, Ferrer Dufol A, Fernández Solà J. Sensibilidad química múltiple. *Med Clin (Barc)*. 2011 May;136(15):683–7. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775310005518>
59. Ortega Pérez A. Hipersensibilidad química múltiple: En búsqueda de la sistematización de su diagnóstico. *Med Clin (Barc)*. 2007 Jun;129(3):94–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775307727665>
60. Andersson MJE, Andersson L, Bende M, Millqvist E, Nordin S. The idiopathic environmental intolerance symptom inventory: Development, evaluation, and application. *J Occup Environ Med*. 2009 Jul;51(7):838–47. Available from:
<http://journals.lww.com/00043764-200907000-00010>
61. Evans RW. Persistent Post-Traumatic Headache, Postconcussion Syndrome, and Whiplash Injuries: The Evidence for a Non-Traumatic Basis With an Historical Review. *Headache J Head Face Pain*. 2010 Apr;50(4):716–24. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1526-4610.2010.01645.x>
62. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining “whiplash” and its management. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1995 Apr 15;20(8 Suppl):1S-73S. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7604354>

63. Díaz A. Estudio clínico y epidemiológico del esguince cervical. *Rev S Traum y Ort.* 1998;18:61–72.
64. Martín Saborido C, García Lizana F, Alcázar Alcázar R, Sarría-Santamera A. Efectividad de las técnicas de manipulación espinal en la «lesión por latigazo» (whiplash). *Atención Primaria.* 2007 May;39(5):241–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656707708892>
65. Rodriquez AA, Barr KP, Burns SP. Whiplash: Pathophysiology, diagnosis, treatment and prognosis. *Muscle Nerve.* 2004 Jun;29(6):768–81. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/mus.20060>
66. Van Goethem JWM, Biltjes IGGM, van den Hauwe L, Parizel PM, De Schepper AMA. Whiplash injuries: Is there a role for imaging? *Eur J Radiol.* 1996 Mar;22(1):30–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0720048X9500696N>
67. Cassidy JD, Carroll LJ, Côté P, Lemstra M, Berglund A, Nygren Å. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *N Engl J Med.* 2000 Apr 20;342(16):1179–86. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM200004203421606>
68. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* 2020 Sep 1;161(9):1976–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>
69. Louro Bernal I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2004;

70. Othmer E, DeSouza C. A screening test for somatization disorder (hysteria). *Am J Psychiatry*. 1985 Oct;142(10):1146–9. Available from:
<http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.142.10.1146>
71. García-Campayo JJ, Sanz-Carrillo C, Perez-Echeverria MJ, Campos R, Lobo A. Screening of somatization disorder: validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza Test. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Dec;94(6):411–5. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09882.x>
72. Caballero Martínez F, Caballero Martínez L, Sanz Rodrigo C, Alonso Isquierdo MJ. Management of somatization disorder by the family physician. *Aten primaria*. 1994 Jun 15;14(1):580–1. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7918970>
73. Neblett R, Cohen H, Choi YH, Hartzell MM, Williams M, Mayer TG, et al. The Central Sensitization Inventory (CSI): Establishing clinically significant values for identifying central sensitivity syndromes in an outpatient chronic pain sample. *J Pain*. 2013 May;14(5):438–45. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S152659001300028X>
74. Cuesta-Vargas AI, Roldan-Jimenez C, Neblett R, Gatchel RJ. Cross-cultural adaptation and validity of the Spanish central sensitization inventory. *Springerplus*. 2016 Dec 21;5(1):1837. Available from:
<http://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/s40064-016-3515-4>
75. Neblett R, Hartzell MM, Mayer TG, Cohen H, Gatchel RJ. Establishing clinically relevant severity levels for the central sensitization inventory. *Pain Pract*. 2017 Feb;17(2):166–75. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/papr.12440>

76. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361–70. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
77. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Jul;25(4):277–83. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834303000434>
78. Sheehan D V, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996 Jun;11(Supplement 3):89–95. Available from:
<http://journals.lww.com/00004850-199606003-00015>
79. Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, Dal-Ré R. Validation of the Spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia. *Med Clin (Barc)*. 1999 Apr 24;112(14):530–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10363239>
80. Widows M, Smith G. Structured inventory of malingered symptomatology. Professional manual. Lutz: Psychological Assessment Resources; 2005.
81. González-Ordi H, Santamaría P. Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas. Madrid: TEA Ediciones; 2009.
82. González-Ordi H, Capilla-Ramírez P. Detección de la simulación del dolor crónico. Un enfoque multidisciplinar. *INFOCOPONLINE - Rev Psicol*. 2009;
83. González-Ordi H, Capilla-Ramírez P, Matalobos-Veiga B. Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*. 2008;19(3):393–415.

84. González-Ordi H, Capilla-Ramírez P, Santamaría P, Casado-Morales MI. Abordaje multidisciplinar para la detección de la simulación en lumbalgia crónica. *Trauma*. 2012;23(3):145–54.
85. Escobar JI. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Aug 1;44(8):713. Available from:
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1987.01800200039006>
86. Rief W, Martin A, Klaiberg A, Brähler E. Specific effects of depression, panic and somatic symptoms on illness behavior. *Psychosom Med*. 2005 Jul;67(4):596–601. Available from: <http://journals.lww.com/00006842-200507000-00013>
87. Smith GR, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health and health care utilization. *Arch Intern Med*. 1986 Jan;146(1):69–72. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3942467>
88. Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P, Bush T. Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry*. 1991 Jan;148(1):34–40. Available from:
<http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.148.7.A34>
89. Hiller W, Fichter MM, Rief W. A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *J Psychosom Res*. 2003 Apr;54(4):369–80. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399902003975>
90. Swartz M, Landerman R, George L, Blazer D, Escobar J. Somatization disorder. In: Robins L, Regier D, editors. *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press; 1991. p. 220–57.

91. Beaber RJ, Rodney WM. Underdiagnosis of hypochondriasis in family practice. *Psychosomatics*. 1984 Jan;25(1):39–46. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033318284730957>
92. Simon GE. Psychiatric disorder and functional somatic symptoms as predictors of health care use. *Psychiatr Med*. 1992;10(3):49–59. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1410545>
93. Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res*. 1992 Jul;36(5):439–47. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/002239999290004L>
94. Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *JRSM*. 2003 May 1;96(5):223–7. Available from:
<http://jrsm.rsmjournals.com/cgi/doi/10.1258/jrsm.96.5.223>
95. Bermingham SL, Cohen A, Hague J, Parsonage M. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-2009. *Ment Health Fam Med*. 2010 Jun;7(2):71–84. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22477925>
96. Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria. Texto Consolidado. Boletín Oficial del Estado; 2015.
97. Acuerdo Marco Para La Adquisición De Material para La Unidad Del Dolor De La Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces. Available from: http://www.contratacion.euskadi.eus/w32-1084/es/contenidos/anuncio_contratacion/exposakidetza23772/es_doc/adjuntos/pliego_bases_tecnicas1.pdf

98. Rodríguez Blas M del C. Estadística de Gasto Sanitario Público 2017. Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Cooperación. Ministerio de Sanidad; p. 18.
99. Guía de Ordenación Sanitaria de Castilla y León. Junta de Castilla y León; 2007. 545 p.
100. Duncan G. Mind-Body Dualism and the Biopsychosocial Model of Pain: What Did Descartes Really Say? *J Med Philos.* 2000 Aug 1;25(4):485–513. Available from: <https://academic.oup.com/jmp/article/25/4/485-513/876792>
101. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007;133(4):581–624. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.133.4.581>
102. Burmistr I. Theories of pain, up to Descartes and after neuromatrix: what role do they have to develop future paradigms? *Pain Med.* 2018 Mar 7;3(1):6–12. Available from: <https://painmedicine.org.ua/index.php/pnmdcn/article/view/81>
103. Chen J. History of pain theories. *Neurosci Bull [Internet].* 2011 Oct 29;27(5):343–50. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12264-011-0139-0>
104. Moayedi M, Davis KD. Theories of pain: from specificity to gate control. *J Neurophysiol.* 2013 Jan 1;109(1):5–12. Available from: <https://www.physiology.org/doi/10.1152/jn.00457.2012>
105. Olsen K. History of Pain: A Brief Overview of the 17th and 18th Centuries. *Pract Pain Manag.* 2015;13(6):5–12.

106. Melzack R, Wall PD. Pain Mechanisms: A New Theory. *Science* (80-). 1965 Nov 19;150(3699):971–8. Available from:
<https://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.150.3699.971>
107. Perl ER. Pain mechanisms: A commentary on concepts and issues. *Prog Neurobiol*. 2011 Jun;94(1):20–38. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301008211000396>
108. Nafe JP. The Pressure, Pain, and Temperature Senses. In: *A handbook of general experimental psychology*. Worcester: Clark University Press; p. 1037–87.
Available from: <http://content.apa.org/books/11374-019>
109. Weddell G. Somesthesia and the Chemical Senses. *Annu Rev Psychol*. 1955 Feb;6(1):119–36. Available from:
<http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.ps.06.020155.001003>
110. Mendell LM. Constructing and deconstructing the gate theory of pain. *Pain*. 2014 Feb;155(2):210–6. Available from: <https://journals.lww.com/00006396-201402000-00003>
111. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. *Pain*. 1999 Aug;82(Supplement 1):S121–6. Available from: <https://journals.lww.com/00006396-199908001-00016>
112. Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Educ*. 2001 Dec;65(12):1378–82. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11780656>

113. Melzack R. Evolution of the Neuromatrix Theory of Pain. The Prithvi Raj Lecture: Presented at the Third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain Pract.* 2005 Jun;5(2):85–94. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1533-2500.2005.05203.x>
114. Melzack R, K C. Sensory, motivational, and central control determinants of pain. In: Kenshalo D, editor. *The Skin Senses: Proceedings*. Springfield (Illinois); 1968. p. 423–43.
115. Bevers K, Watts L, Kishino ND, Gatchel RJ. The Biopsychosocial Model of the Assessment, Prevention, and Treatment of Chronic Pain. *US Neurol.* 2016;12(02):98. Available from: <http://www.touchneurology.com/articles/biopsychosocial-model-assessment-prevention-and-treatment-chronic-pain>
116. Ospina M, Harstall C. *Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Pain: Evidence from Systematic Reviews*. Edmonton (Canada): Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2003. Available from: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39376893/Multidisciplinary_Pain_Programs_for_Chro20151023-24675-1qlhg15.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1550404617&Signature=r0oUSLiItS2kMOYsyhVt5t&percent2Basig&
117. Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Nonmalignant Pain. *J Pain.* 2006 Nov;7(11):779–93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1526590006010248>

118. Turk D, Monarch E. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook. 1996. p. 3–32.
119. Parker AJR, Wessely S, Cleare AJ. The neuroendocrinology of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Psychol Med*. 2001 Nov 17;31(8):1331–45. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291701004664/type/journal_article
120. Walker JG, Littlejohn GO, McMurray NE, Cutolo M. Stress system response and rheumatoid arthritis: a multilevel approach. *Rheumatology*. 1999 Nov;38(11):1050–7. Available from: <https://academic.oup.com/rheumatology/article-lookup/doi/10.1093/rheumatology/38.11.1050>
121. Wippert P-M, Wiebking C. Stress and Alterations in the Pain Matrix: A Biopsychosocial Perspective on Back Pain and Its Prevention and Treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Apr 18;15(4):785. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/4/785>
122. Nees F, Löffler M, Usai K, Flor H. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis feedback sensitivity in different states of back pain. *Psychoneuroendocrinology*. 2019 Mar;101:60–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453018308138>

123. Jimenez XF, Nkanginieme N, Dhand N, Karafa M, Salerno K. Clinical, demographic, psychological, and behavioral features of factitious disorder: A retrospective analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Jan;62:93–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834319300052>
124. Kandel ER. *En busca de la memoria*. Katz Editores; 2007. Available from: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctvm7bdr7>
125. Cathomas F, Murrough JW, Nestler EJ, Han M-H, Russo SJ. Neurobiology of Resilience: Interface Between Mind and Body. *Biol Psychiatry*. 2019 Sep;86(6):410–20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000632231931279X>
126. Peralta V, Cuesta M. Psychopathology and classification of depressive disorders. *An Sist Sanit Navar*. 2009 Feb 27; Available from: <https://recyt.fecyt.es//index.php/ASSN/article/view/5541/4556>
127. Carson AJ. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000 Feb 1;68(2):207–10. Available from: <https://jnnp.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jnnp.68.2.207>
128. Wirsching M, Stierlin H. Family Dynamics and Family Psychotherapy of Psychosomatic Disorders. *Psychother Psychosom*. 1979;32(1–4):128–33. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/287380>
129. Ong W-Y, Stohler CS, Herr DR. Role of the Prefrontal Cortex in Pain Processing. *Mol Neurobiol*. 2019 Feb 6;56(2):1137–66. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12035-018-1130-9>

130. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and Pain Comorbidity. *Arch Intern Med.* 2003 Nov 10;163(20):2433. Available from:
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.163.20.2433>
131. Apkarian AV, Baliki MN, Farmer MA. Predicting transition to chronic pain. *Curr Opin Neurol.* 2013 Aug;26(4):360–7. Available from:
<http://journals.lww.com/00019052-201308000-00006>
132. Martikainen IK, Nuechterlein EB, Pecina M, Love TM, Cummiford CM, Green CR, et al. Chronic Back Pain Is Associated with Alterations in Dopamine Neurotransmission in the Ventral Striatum. *J Neurosci.* 2015 Jul 8;35(27):9957–65. Available from:
<http://www.jneurosci.org/cgi/doi/10.1523/JNEUROSCI.4605-14.2015>
133. Dmitry M, Arbuck M. Antipsychotics, dopamine, and pain. *Curr Psychiatr.* 2020;19(1):25-9,31.
134. Zonneveld LN, Sprangers MA, Kooiman CG, van 't Spijker A, Busschbach JJ. Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: a cross-sectional study on burden. *BMC Health Serv Res.* 2013 Dec 17;13(1):520. Available from:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-520>
135. Hayashida K, Obata H. Strategies to Treat Chronic Pain and Strengthen Impaired Descending Noradrenergic Inhibitory System. *Int J Mol Sci.* 2019 Feb 14;20(4):822. Available from: <http://www.mdpi.com/1422-0067/20/4/822>

136. Kremer M, Salvat E, Muller A, Yalcin I, Barrot M. Antidepressants and gabapentinoids in neuropathic pain: Mechanistic insights. *Neuroscience*. 2016 Dec;338:183–206. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306452216302962>
137. Eriksen J, Sjøgren P, Bruera E, Ekholm O, Rasmussen NK. Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: *Pain*. 2006 Nov;125(1):172–9. Available from: <https://journals.lww.com/00006396-200611000-00021>
138. Sjøgren P, Grønbæk M, Peuckmann V, Ekholm O. A Population-based Cohort Study on Chronic Pain: The Role of Opioids. *Clin J Pain*. 2010 Nov;26(9):763–9. Available from: <http://journals.lww.com/00002508-201011000-00005>
139. McHugh RK, Nielsen S, Weiss RD. Prescription drug abuse: from epidemiology to public policy. *J Subst Abuse Treat*. 2015 Jan;48(1):1–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547214001871>
140. Sebelius K, Frieden, Thomas R. MDMPH, Rothwell CJ, M.B.A. MS. *Health , United States , 2013 With Special Feature on Prescription Drugs*. Heal , United States , 2013 With Spec Featur Prescr Drugs. 2013;32.
141. Wilson N, Kariisa M, Seth P, Smith H, Davis NL. Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths — United States, 2017–2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Mar 20;69(11):290–7. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6911a4.htm?s_cid=mm6911a4_w
142. Edlund MJ, Martin BC, Russo JE, Devries A, Braden JB, Sullivan MD. The Role of Opioid Prescription in Incident Opioid Abuse and Dependence Among Individuals with Chronic Non-cancer Pain. *Clin J Pain*. 2013 Nov;1. Available from: <http://journals.lww.com/00002508-900000000-99498>

143. Medved V, Medved S, Skocic Hanzek M. Transplantation Psychiatry: An Overview. *Psychiatr Danub*. 2019 Apr 3;31(1):18–25. Available from: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_no1/dnb_vol31_no1_18.pdf
144. Ivezaj V, Wiedemann AA, Grilo CM. Food addiction and bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2017 Dec;18(12):1386–97. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/obr.12600>
145. Walker BF. The Prevalence of Low Back Pain: A Systematic Review of the Literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord*. 2000 Jun;13(3):205–17. Available from: <http://journals.lww.com/00002517-200006000-00003>
146. Serrano-García A, Fernández-González M, Betegón-Nicolás J, Villar-Pérez J, Lozano-Muñoz A, Hernández-Encinas J, et al. Evaluation of Dram Score as a Predictor of Poor Postoperative Outcome in Spine Surgery. *J Clin Med*. 2020 Nov 26;9(12):3825. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/12/3825>

ANEXO I: TEST DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

(FF-SIL)

<u>Enumere las personas que conviven habitualmente en el domicilio:</u>	
A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud, puntúe su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.	
Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)	
1.- Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	
2.- En mi casa predomina la armonía.	
3.- En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	
4.- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	
5.- Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	
6.- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	
7.- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	
8.- Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.	
9.- Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	
10.- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	
11.- Podemos conversar diversos temas sin temor	
12.- Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	
13.- Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	
14.- Nos demostramos el cariño que nos tenemos	

ANEXO II: 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 periodo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez dificultades para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha padecido alguna vez vómitos frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sufrido de forma repetida dolores menstruales intensos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha padecido alguna vez dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO III: INVENTARIO DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL (SCI)

Por favor rodee la respuesta correcta para cada uno de los enunciados				
1- Me siento cansado al levantarme por la mañana				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
2- Siento mis músculos rígidos y doloridos				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
3- Tengo ataques de ansiedad				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
4- Aprieto o "rasco" los dientes				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
5- Tengo diarrea o estreñimiento				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
6- Necesito ayuda para realizar las actividades cotidianas				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
7- Me molestan las luces brillantes				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
8- Me canso rápidamente cuando realizo algún esfuerzo				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
9- Siento dolor en todo mi cuerpo				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
10- Tengo cefaleas				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
11- Siento molestias en la vejiga o quemazón cuando orino				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
12- No duermo bien				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
13- Tengo dificultad para concentrarme				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
14- Tengo problemas en la piel como sequedad, picores o erupciones cutáneas				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
15- El estrés empeora mis problemas físicos				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
16- Me siento triste o deprimido				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
17- Tengo poca energía				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
18- Tengo tensión en los músculos del cuello y los hombros				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
19- Tengo dolor en la mandíbula				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
20- Algunos olores, como los perfumes, me hacen sentir mareos o náuseas				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
21- Tengo que orinar frecuentemente				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
22- Siento molestias o inquietud en las piernas cuando me acuesto para dormir por la noche				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
23- Tengo problemas para recordar cosas				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
24- Durante la infancia sufrí experiencias traumáticas				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
25- Tengo dolor en la zona pélvica				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre

¿Alguna vez su médico le ha diagnosticado alguno de los siguientes trastornos? Indique en caso afirmativo el año en que le fue diagnosticado

	NO	SÍ	Año de diagnóstico
1- Síndrome de piernas inquietas			
2- Síndrome de fatiga crónica			
3- Fibromialgia			
4- Trastorno de la unión temporomandibular			
5- Migraña o cefalea tensional			
6- Síndrome de intestino irritable			
7- Sensibilidad química múltiple			
8- Cervicalgia (incluyendo latigazo cervical)			
9- Ansiedad o ataques de pánico			
10- Depresión			

ANEXO IV: ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

(HADS)

<p>A1.- Me siento tenso/a o nervioso/a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca 	<p>D4.- Me siento lento/a y torpe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca
<p>D1.- Sigo disfrutando de las cosas como siempre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ciertamente, igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con nada 	<p>A5.- Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo
<p>A2.- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sí, y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso 	<p>D5.- He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuido como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
<p>D2.- Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto 	<p>A6.- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. En absoluto
<p>A3.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca 	<p>D6.- Espero las cosas con ilusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto
<p>D3.- Me siento alegre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día 	<p>A7.- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca
<p>A4.- Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca 	<p>D7.- Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca

ANEXO V: INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

Trabajo										
A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:										
No, en absoluto		Levemente		Moderadamente		Marcadamente		Extremadamente		
① ←	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩ →	
Vida social										
A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:										
No, en absoluto		Levemente		Moderadamente		Marcadamente		Extremadamente		
① ←	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩ →	
Vida familiar										
A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:										
No, en absoluto		Levemente		Moderadamente		Marcadamente		Extremadamente		
① ←	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩ →	
Estrés percibido										
Desde su última visita, ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, de salud o económicos?										
No, en absoluto		Levemente		Moderadamente		Marcadamente		Extremadamente		
① ←	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩ →	
Apoyo social percibido										
Durante la última semana, ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc. Respecto al apoyo que ha necesitado?										
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
○ ←	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○ →
Ningún apoyo, en absoluto		Un poco		Moderado		Considerable		El apoyo ideal		

ANEXO VI: INVENTARIO ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de frases o afirmaciones. Si usted está de acuerdo o piensa que es verdad o generalmente cierto en su caso, rodee con un círculo la casilla “V” de VERDADERO. Si usted no está de acuerdo con la frase o piensa que es falsa o generalmente falsa en su caso, rodee la “F” de FALSO.

Por favor, **asegúrese de responder a todas las preguntas, sin dejar ninguna en blanco**. Trate de responder lo mejor que pueda a todas las frases, incluso si alguna le resulta difícil de responder o no se aplica a usted en absoluto.

Por ejemplo, si usted no tiene problemas con su memoria, o si los cambios en su memoria han sido graduales, podría responder a la siguiente afirmación marcando la F de “FALSO”:

Ejemplo	He experimentado cambios bruscos en mi memoria	V	<input checked="" type="radio"/> F
---------	--	---	------------------------------------

Si comete un error o quiere cambiar la respuesta, simplemente marque con una X la respuesta que quiere cambiar y rodee con un círculo la nueva respuesta tal como se indica en el ejemplo:

Ejemplo	He experimentado cambios bruscos en mi memoria	<input checked="" type="radio"/> V	<input checked="" type="radio"/> F
---------	--	------------------------------------	------------------------------------

1	A veces pierdo la sensibilidad en mi mano de tal forma que siento como si llevara un guante puesto en ella.	V	F
2	Cuando mi depresión se agrava, salgo a dar largos paseos y realizo algo de ejercicio para reducir la tensión.	V	F
3	Creo que el número de teléfono de una persona no se asigna aleatoriamente, sino que es la forma que tiene Dios de decidir qué persona se salvará.	V	F
4	Si su sombra apunta hacia el sureste, el sol está situado en el noreste del cielo.	V	F
5	La comida no me sabe igual que antes.	V	F
6	Rara vez me río.	V	F
7	El oro y la plata son similares porque ambos son metales.	V	F
8	Me he dado cuenta de que mi sombra baila como loca incluso cuando me quedo quieto.	V	F
9	Puedo recordar qué es lo que hice hace una hora.	V	F
10	Me he dado cuenta de que mi cuerpo cambia de forma incluso si mi peso no varía.	V	F
11	La capital de Italia es Hungría.	V	F
12	Tengo dificultades para recordar la dirección en la que vivo.	V	F
13	No hay nada que pueda hacer, aparte de tomar medicación, que tenga algún efecto sobre las voces que oigo.	V	F
14	Barcelona es la capital de España.	V	F
15	El mayor problema que tengo es mi memoria.	V	F
16	Incluso estando deprimido la mayor parte del tiempo, me siento mejor por la mañana tras una buena noche de sueño.	V	F
17	Mi estado de ánimo es peor por la noche.	V	F
18	Más de tres veces al día, me levanto para coger algo pero olvido qué es lo que era.	V	F
19	A veces estoy tan deprimido que me voy a dormir hasta que se me pase esta sensación.	V	F
20	Mi mayor problema es que mi cerebro está enfermo.	V	F
21	Una semana tiene seis días.	V	F
22	Últimamente, me he dado cuenta de que mi memoria ha empeorado tanto que ha habido días enteros que no consigo recordar.	V	F
23	Lloro en muy raras ocasiones.	V	F
24	Cuanto más deprimido me siento más ganas de comer me entran.	V	F
25	En ocasiones he sido incapaz de recordar los nombres o las caras de familiares cercanos, de forma que me resultan unos completos extraños.	V	F
26	Caminar me resulta muy difícil debido a mis problemas de equilibrio.	V	F
27	Tengo dificultades para recordar el día de la semana.	V	F
28	Creo que el gobierno ha instalado cámaras de vídeo en las señales de tráfico para espiarme.	V	F
29	A veces cuando escribo un número de teléfono, me doy cuenta de que los números salen al revés aunque yo no lo intente.	V	F
30	Tengo dificultades para recordar qué fecha es hoy.	V	F
31	La gente introduce pensamientos en mi cabeza en contra de mi voluntad.	V	F
32	Tengo dificultades para dormir.	V	F
33	Mi vida pasada y acontecimientos importantes se vuelven borrosos durante la noche.	V	F
34	Creo que si uno se concentra mucho puede llegar a ver los pensamientos de los otros.	V	F
35	En ocasiones mis músculos se mueven con dificultad sin razón aparente, hasta el punto de que siento mis brazos y piernas como si pesaran una tonelada.	V	F
36	Tengo dificultades para recordar mi número de teléfono.	V	F
37	Mi estado de ánimo empeora a medida que pasa el día.	V	F
38	La voz o voces que oigo, y que otros no oyen, nunca han cesado desde que empezaron.	V	F

39	Siento tanto dolor en mi cuerpo que parece como si tuviera bichos andando bajo mi piel.	V	F
40	No puedo recordar si estoy casado o no.	V	F
41	No puedo contar hacia atrás de 20 a 1 sin cometer errores.	V	F
42	Las flores tienen poderes mágicos, como hablarle a las personas.	V	F
43	No tengo problemas para conciliar el sueño pero me despierto a menudo durante la noche.	V	F
44	Siento un zumbido constante en mis oídos.	V	F
45	Me hicieron un comentario sobre una reunión en la que me mostré enfadado con alguien pero no lo recuerdo en absoluto.	V	F
46	Las velas que se encienden están hechas de cera.	V	F
47	Me siento deprimido todo el tiempo.	V	F
48	La voz o voces que oigo, y que otros no oyen, provienen de fuera de mi cabeza.	V	F
49	A veces olvido cómo llegar a casa mientras conduzco.	V	F
50	Tengo dificultades para reconocer palabras escritas o habladas.	V	F
51	Tengo tanto miedo a que alguien me haga daño que sé exactamente cómo y cuándo lo haría.	V	F
52	Me parece que no tengo tanta energía como solía tener.	V	F
53	Cuando no puedo recordar algo, las instrucciones o consejos no me sirven de ayuda.	V	F
54	No he experimentado cambios en mi sentido del olfato.	V	F
55	Cuando estoy deprimido, me animo con mis amigos, intereses y aficiones.	V	F
56	Un juez y un abogado son similares puesto que ambos son parte del sistema legal.	V	F
57	Un día, de repente, empecé a oír una o más voces que nadie más oía.	V	F
58	Una puerta y una verja son similares porque ambas se abren.	V	F
59	Siento partes de mis extremidades entumecidas, aunque puedo moverlas sin dificultad.	V	F
60	Parece que no puedo expresar mis sentimientos.	V	F
61	Tengo dificultades para recordar el día de mi cumpleaños.	V	F
62	En mis visiones suelo ver partes de mi cuerpo cubiertas de sangre.	V	F
63	Cristóbal Colón descubrió América.	V	F
64	A veces mis pantorrillas están tan entumecidas que soy incapaz de moverlas.	V	F
65	Cuando oigo voces que parecen provenir de ningún sitio en especial, quiero echar a correr pero me doy cuenta de que no puedo hacerlo sin gran dificultad.	V	F
66	Trabajo muy lentamente y mi rendimiento es muy reducido porque mi capacidad está muy limitada.	V	F
67	Si usted tiene 1,50 euros y se gasta cincuenta céntimos, le quedan setenta y cinco céntimos de euro.	V	F
68	En la serie: 1, 12, 123, la siguiente respuesta sería 456.	V	F
69	Cuando oigo voces siento como si salieran de mi cuerpo a través de mis dientes.	V	F
70	El mayor problema que tengo es que las cosas son difíciles de entender para mí.	V	F
71	Una vez a la semana, súbitamente, siento frío aunque la temperatura ambiental sea cálida.	V	F
72	Aunque las cosas estén realmente mal, trato de mantenerme esperanzado hasta que mejoren.	V	F
73	Un hombre tiene 56 manzanas y un vecino le regala 37 más. Ahora tiene 83 manzanas.	V	F
74	Tengo dolor de cabeza y mareos justo cuando olvido algo.	V	F
75	En la serie: 11, 22, 33, la siguiente respuesta sería 44.	V	F

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES