

Valoración del screening de Ohtmer y DeSouza para el trastorno de somatización en salud mental

J. López Santiago¹, A. Belloch Fuster² y M. Madrigal García¹

Resumen

Objetivo: Valorar la utilidad del screening del Trastorno de Somatización (TS) de Ohtmer y DeSouza en Salud Mental.

Material y Métodos: Un total de 146 pacientes procedentes del Servicio de Salud Mental de Albacete, –de los cuales 15 (10,27%) cumplían criterios del TS según DSM-IV TR– fueron incluidos en el estudio. Se valoró la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo –positivo y negativo– del test.

Resultados: El mejor resultado como punto de corte fue el de 3 síntomas, con una sensibilidad de 86%, una especificidad de 70% y valor predictivo positivo de 25%. Sólo 2, de los 7 síntomas de la escala, presentaron un valor discriminante mayor a 3.

Conclusión: Al igual que en estudios previos en población española, el punto de corte más adecuado es 3. Los resultados del test son inferiores a los esperados; en concreto, el bajo valor predictivo positivo, sugiere que el instrumento no es adecuado para diferenciar de forma precisa a los pacientes que cumplen los criterios diagnósticos del TS.

Palabras clave: Test de Ohtmer y DeSouza. Trastorno de Somatización. Validez. Salud mental.

Summary

Objective: To evaluate the utility of screening of the Somatization Disorder (SD) Test of Ohtmer and DeSouza in mental health.

Patient and Methods: A total of 146 patients from the Mental Health Service of the Albacete General Hospital. Fifteen of those patients fulfilled criteria of the SD. We investigated sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value of the test.

¹Servicio de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

²Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Valencia.

Correspondencia: Dr. D. José López Santiago
Hospital Perpetuo Socorro. Servicio de Salud Mental
C/ Seminario nº 4
02006 Albacete
e-mail: jlopezs@sescam.jccm.es

Results: *The best result as cut point was the one of three symptoms with an 86% sensitivity, 70% specificity and positive predictive value of 25%. Only two of the seven symptoms of the scale showed a discriminate value greater than three.*

Conclusions: *Like in previous studies in Spanish population the point of more suitable cut is three. The results of the test are inferior to the expected ones; in particular the low positive predictive value suggests that the test is not adapted to differentiate patients who fulfil the criteria diagnoses of SD.*

Key words: Othmer and DeSouza test. Somatization disorder. Validity. Mental health.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Somatización (TS) fue introducido como entidad clínica dentro de las nosologías psiquiátricas en el DSM III (APA, 1980), siendo el cuadro más representativo de la categoría denominada Trastornos Somatomorfos. Este grupo de trastornos tienen como característica común la presencia de “síntomas físicos que sugieren una alteración somática para las que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos, y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos” (APA, 1980). Diversos estudios han puesto de manifiesto el grado de incapacitación y malestar (y por tanto la significación clínica) que estos síntomas ocasionan a quien los padece, tanto en su forma más extrema como es el TS (Smith, Monson y Ray, 1986; Katon, Lin, Von Korff, Russo et al, 1991; Gureje, Simon, Ustun y Golberg, 1997), como en presentaciones menos restrictivas como por ejemplo el constructo de “somatización abreviada” (Escobar, Waitzkin, Silver, Gara, Holman, 1998; Hiller, Rief y Fichter, 1997; Allen, Gara, Escobar, Wiatzkin, Silver, 2001). El interés sobre el trastorno también se ha producido por el alto grado de consumo de recursos sanitarios atribuido a estos pacientes, (Barsky, Wyshak y Klerman, 1983; Smith, Rost y Kashner, 1995; Barsky, Orav y Bates, 2005) y por las dificultades de manejo y tratamiento (Abbey y Lipowski, 1987; Sanz-Carrillo, García-Campayo, Montón 1999).

El Trastorno de Somatización es el intento de operativizar y simplificar los criterios diagnósticos de la histeria, cuya descripción clínica y deli-

mitación nosográfica había sido iniciada por Briquet en su *Traité Clinique et Therapeutique de L'hysterie* (1959), y más recientemente definidos por Perley y Guze (1962) y Feighner, Robin y Guze et al (1972), caracterizando a un trastorno polisintomático que afecta a diversos sistemas corporales y de curso crónico. Con el cambio de denominación (Somatización por Histeria o Síndrome de Briquet) no sólo se intentaba resolver el problema de utilizar un término polisémico, de difícil delimitación y conceptualmente confuso por otro de carácter más descriptivo (Lipowski, 1988; Kellner, 1991), y de prescindir del uso de epónimos (Martin y Yutzky, 1996); sino que también, con los criterios del DSM-III, se eliminaban de la definición del trastorno aquellos síntomas que no eran propiamente somáticos o referidos a sistemas orgánicos (Gucht y Fischler, 2002; López Santiago y Belloch, 2002), como por ejemplo, nerviosismo, miedo, o sentimientos depresivos, incluidos en las clasificaciones anteriores (pe. Feighner et al, 1972). Este énfasis en los síntomas “propiamente” somáticos, queda de manifiesto en la definición de los trastornos Somatomorfos referida en el DSM IV y IV-TR, (APA, 1995, 2002) en la que se introduce el concepto de “síntoma clínicamente significativo” y se elimina la alusión explícita de que los síntomas “se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos”.

Las modificaciones de los criterios diagnósticos en las sucesivas ediciones del DSM son un intento de simplificar y facilitar el diagnóstico, a la vez que de mejorar su fiabilidad y sensibilidad (Yutzky, Cloninger, Guze, Pribor et al, 1995; Martin y Yutzky, 1996). Desde los primeros criterios operativizados del trastorno (Perley y Guze, 1962)

hasta el DSM IV (APA, 1995) –en el DSM IV-TR (APA, 2002) no hay modificaciones– se ha pasado de valorar un listado de 59 síntomas a un total de 34, y para realizar un diagnóstico positivo, los 25 síntomas requeridos en los criterios de Perley y Guze (1962) han quedado en 8, agrupados en 4 categorías.

Las características clínicas tradicionalmente atribuidas a los pacientes con TS, es decir, la presencia de múltiples molestias físicas que no pueden explicarse completamente como una enfermedad orgánica y que frecuentemente referidas de forma prolija, vaga y dramática (Purtell, Robins y Cohen, 1951; Feighner, et al, 1972; Othmer y DeSouza, 1985), junto con los criterios diagnósticos que requieren la evaluación detallada de muchos de éstos síntomas, hacen muy laboriosa y ardua la labor del clínico que quiera identificar la presencia de este trastorno (Othmer y DeSouza, 1985; Manu, Lane, Matthews, Escobar, 1989; Yutzky et al 1995; García-Campayo et al, 1996). Lo que ocasiona que frecuentemente se omita su evaluación detallada, y que por tanto el trastorno pueda ser diagnosticado con menor frecuencia de la prevalencia real (Othmer y DeSouza, 1985; Smith y Brown, 1990).

Para facilitar el diagnóstico y resolver este problema, diversos autores han intentado desarrollar un instrumento sencillo, breve y que resultase válido como screening, para la detección de los pacientes que presentaran el trastorno de somatización (Woodruff et al, 1973, Othmer y DeSouza,

1985; Swartz et al, 1986, Manu et al, 1989). De todos ellos, el trabajo de Othmer y DeSouza es el que ha obtenido un mayor apoyo empírico (Othmer y DeSouza, 1985; Manu et al, 1989, Smith y Brown, 1990; Bucholz, Dinwiddie, Reich, Shayka, Cloninger, 1993; García Campayo et al, 1996), además de haber sido traducido y validado en castellano (García Campayo et al, 1996) y haber tenido cierta repercusión en nuestro medio (García Campayo, Sanz y Jimeno, 1993; García Campayo et al, 1996, García Campayo, Lobo, Pérez-Echeberría, Campos, 1998; Zaballa et al; 2001; López Santiago y Belloch, 2002).

Othmer y DeSouza (1985) estudiaron, mediante un análisis discriminante, los síntomas que en el DSM III eran incluidos como “somatizaciones”, y construyeron un instrumento con aquellos 7 síntomas (tabla 1) que mejor detectaban la presencia del trastorno. Estos siete síntomas fueron resaltados con carácter de screening en el DSM-III-R (APA, 1987). Los autores (Othmer y DeSouza, 1985) establecieron como punto de corte para establecer el diagnóstico la presencia de 2 síntomas (Sensibilidad: 100% y 93% y Especificidad: 83% y 59%¹). En muestra española (García Campayo, 1996), el mejor punto de corte fue la presencia de 3 síntomas (sensibilidad: 88%, especificidad: 78%, valor predictivo positivo: 80%, valor predictivo negativo: 86%).

El objetivo del presente estudio fue valorar la utilidad de este instrumento como screening del TS en una muestra de pacientes de salud mental.

Cuadro 1
Screening Othmer y DeSouza (a partir de García Campayo et al, 1993)

	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 el recto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (Descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez dificultad 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 repentina 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"/>

¹El trabajo de Othmer y DeSouza (1985) presenta 2 estudios con muestras diferentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron, con la versión en español del screening del TS de Ohtmer y DeSouza (García-Campayo et al, 1996) a un total de 146 pacientes, de los cuales 129 eran pacientes consecutivos de una consulta de psicología clínica y 17 eran pacientes con “rasgos Somatomorfos”, derivados para su estudio desde varias consultas de psicología clínica y psiquiatría. Todos los pacientes eran atendidos en el Servicio de Salud Mental de Albacete. La evaluación del screening fue realizada por el facultativo de referencia durante la consulta, con la finalidad de ofrecer una mayor validez clínica al estudio. Los pacientes se agruparon en función de si cumplían o no criterios diagnósticos DSM-IV para el TS. Se evaluaron exhaustivamente los criterios diagnósticos del TS en aquellos pacientes en los que existían sospechas de la presencia del trastorno (23 pacientes). De esta evaluación resultaron ser 15 pacientes los que presentaban criterios completos para el diagnóstico de TS, según DSM-IV, lo que supone un 10,27% del total de la muestra estudiada. Para el resto de pacientes se mantuvo el diagnóstico reflejado en la historia clínica por los facultativos de referencia.

Se analizó la validez del test, calculando su sensibilidad (probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo) y especificidad (probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano), y la seguridad de la prueba, es decir, el valor predictivo positivo (la probabilidad de tener la enfermedad si se obtiene un resultado positivo en el test) y el valor predictivo negativo (la probabilidad de que un sujeto con un resultado negativo esté realmente libre de condición estudiada) [Pita y Pertegas, 2003]).

El cálculo de los diferentes estadísticos se ha realizado siguiendo los estándares para este fin (Pita y Pertegas, 2003; Greenhalgh, 1997). La sensibilidad, es el cociente entre verdaderos positivos y la suma de verdaderos positivos y falsos negativos. La especificidad, es el resultado de dividir verdaderos negativos y la suma de verdaderos negativos y falsos positivos. El valor predictivo positivo, es el resultado de dividir los verdaderos positivos por la suma de verdaderos positivos y falsos negativos. Finalmente, el valor predictivo negativo, se obtiene dividiendo los falsos negativos entre la suma de falsos negativos y verdaderos negativos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan los resultados de los valores de sensibilidad, especificidad y los valores predictivos tanto positivos como negativos, tomando en cuenta el número de síntomas que se utilice como punto de corte. El mejor resultado como punto de corte fue la presencia de 3 síntomas con una sensibilidad del 87%, una especificidad del 70% y el porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados, tomado este punto de corte, es del 72%. La puntuación de 2 como punto de corte presenta una especificidad muy baja (41%). Respecto a los valores predictivos positivos destaca la baja puntuación en todos los puntos de corte, en concreto, en el punto de corte correspondiente a 3 síntomas su valor es del 25%.

El número de pacientes de ambos grupos que refieren cada uno de los síntomas evaluados y el valor discriminante de éstos, se muestra en la Tabla 2. El porcentaje de pacientes del grupo control que refieren haber tenido algunos síntomas, en

Tabla 1
Sensibilidad, especificidad, PDC, VPP y VPN en función del punto de corte

CORTE	Sensibilidad	Especificidad	PDC ¹	VPP ²	VPN ³
2	93,4%	41,22%	46,58%	15,38%	98,18%
3	86,67%	70,23%	71,92%	25%	97,87%
4	66,67%	89,31%	86,99%	41,67%	95,90%
5	40%	95,42%	89,73	50%	93,28%

¹Pacientes diagnosticados correctamente. ²Valor Predictivo Positivo. ³Valor Predictivo Negativo

Tabla 2
Valor Discriminante de cada uno de los síntomas

SÍNTOMAS	TS (15)	%	NO TS (131)	%	ID*
1	6	40	38	29,2	1,4
2	8	53,3	6	4,6	11,6
3	10	66,7	65	50	1,3
4	7	46,7	77	59,2	0,8
5	6	40	17	13,1	3,1
6	5	55,6	26	26,5	2,1
7	7	46,7	27	20,8	2,2

* Índice Discriminante

concreto, *dificultad para respirar* (59%), *dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes* (50%) y *dificultad para tragar o nudo en la garganta* (29%), es muy elevado. Los síntomas que presentaron un mayor valor discriminante fueron: *ardor en los genitales y el recto* (11), *Vómitos frecuentes* (3) y *Dolores frecuentes en dedos de manos o pies* (2,3).

CONCLUSIONES

El diseño del presente estudio difiere principalmente, de otros trabajos realizados previamente con el mismo instrumento, en las características de la muestra del grupo control. En la mayoría de los estudios precedentes (Othmer y DeSouza, 1985, Smith et al, 1990, García Campayo et al, 1996; Zaballa et al, 2001) se había utilizado como grupo control, una muestra compuesta por pacientes que, a pesar de no cumplir criterios diagnósticos completos para el trastorno de somatización, eran definidos como somatizadores según otras conceptualizaciones diferentes al DSM (Bridge y Golberg, 1985; Escobar et al, 1987; Kirmayer y Robbins, 1991) o como pacientes con múltiples quejas somáticas no explicadas médicamente. En el presente trabajo, el grupo control estaba constituido por pacientes consecutivos de una consulta de salud mental, y por tanto no seleccionados por poseer rasgos somatomorfos, por lo que cabría esperar una mayor diferenciación con el grupo de pacientes con diagnóstico de TS.

Al igual que en estudios previos en población española (García Campayo et al, 1996), el punto de corte más adecuado como screening es de 3 síntomas. Pero los criterios de validez del test son inferiores a los esperados, en especial el referido a la especificidad (sensibilidad 86%, especificidad 70%). En el estudio de Campayo et al. (1996) la sensibilidad fue de 88% y la especificidad de 78%, con un grupo control constituido por pacientes con rasgos somatizadores pero que no cumplían completamente criterios DSM. Es decir, a diferencia con el presente trabajo, en el estudio de García Campayo et al (1996) ambos grupos eran muy homogéneos y por tanto, era esperable que en nuestra muestra, la especificidad del test hubiese sido mayor.

La probabilidad de padecer la enfermedad si se obtiene un resultado positivo en el test, es decir, el valor predictivo positivo del test, es especialmente bajo (25%) al tomar como punto de corte tres síntomas. A pesar de que este valor depende en gran medida de la frecuencia de la enfermedad (Pita et al, 1996), en nuestro estudio la prevalencia del TS (10,28%) es suficientemente alta como para esperar unos mejores resultados. Estos datos son similares a los presentados por Zaballa et al (2001) en una muestra de atención primaria, quienes concluyen que el instrumento no es un screening válido para detectar el TS en la práctica diaria de los médicos de Atención Primaria.

Es significativo también el alto número de síntomas referidos por el grupo control y la limitada capacidad discriminante de la mayoría de los síntomas evaluados, a pesar de haber sido elegidos por su "especificidad" (Othmer y DeSouza, 1985). Casi un 59% de los pacientes sin trastorno de somatización contestaron afirmativamente a la presencia de 2 o más síntomas.

La prevalencia de síntomas somáticos no explicados en la población general es un hecho constatado, casi un 20% de los pacientes de atención primaria (Gureje et al 1997) cumplen criterios para el diagnóstico de "somatización abreviada", 4 síntomas en hombres y 6 en mujeres (Escobar et al, 1989); y entre el 10-30% de los pacientes que acuden a su médico de atención primaria, presentan quejas somáticas a las que no se les encuentra una causa orgánica (Kellner, 1991).

El número tan elevado de síntomas que en el presente estudio son identificados en los pacientes sin diagnóstico de TS, puede explicarse, en parte, si tenemos en cuenta los siguientes tres aspectos. En primer lugar, sería más esperable este resultado si los síntomas evaluados en el screening no fueran tan específicos de los pacientes con TS como, en principio, podría suponerse. El trabajo de Smith et al (1990) apunta en esta dirección. En este trabajo se compararon como instrumentos de screening del TS el de Othmer y DeSouza y el de Swarz et al (1986). Los autores no encontraron diferencias significativas entre ambos, a pesar de que de los 11 síntomas de los que se compone este último instrumento, únicamente dos coinciden con los del de Othmer y DeSouza (Resultados similares son presentados por Bucholtz et al, 1993). Como concluyen García Campayo et al, (1996) los síntomas que en concreto se seleccionen para confeccionar un instrumento de screening del TS no parecen ser especialmente relevantes para que el test resulte válido, aunque probablemente sí lo sea como éstos se combinen.

En segundo lugar, el modo de formular las preguntas respecto a los síntomas (“Ha tenido alguna vez...” o “Ha padecido alguna vez...”) y el hecho de que, en el presente estudio, éstas se realizaran a lo largo de una entrevista clínica destinada a evaluar y/o tratar la demanda del paciente, con independencia de la presencia o no de *somatizaciones*, ha podido favorecer que se diera una mayor prevalencia de respuestas afirmativas. Y en tercer lugar, la redacción del ítem referido a síntomas amnésicos [“¿Ha tenido dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (descartando el consumo de drogas o alcohol)”], probablemente ha ocasionado una elevada respuesta positiva de muchos pacientes (el 49%) que lo han interpretado como la presencia de olvidos o pequeñas lagunas secundarias a problemas de concentración o atencionales característicos de los cuadros ansiosos y depresivos, pero que no son propiamente síntomas amnésicos de carácter disociativo. Esta interpretación del ítem, fue constatada en aquellos pacientes que, además del screening, se les realizó una entrevista diagnóstica detallada para confirmar o descartar el diagnóstico del TS.

Estas observaciones llevan a reflexionar sobre la falta de homogeneidad a la hora de definir y caracterizar los síntomas que son entendidos como somatizaciones, más aún, cuando en la evolución de los criterios diagnósticos del DSM se ha hecho paulatinamente mayor hincapié en precisar un algoritmo de presentación de los síntomas. La ambigüedad y confusión a la hora de delimitar, qué síntomas pueden entenderse como somatización, queda especialmente patente si se observan las grandes diferencias que existen entre los listados de síntomas propuestos por el DSM-IV y los criterios de investigación de la CIE-10, OMS (1993) (López Santiago y Belloch, 2002). Como ejemplo, valga señalar que en el DSM-IV se listan 34 síntomas frente a los 15 de la CIE-10, y que en esta última se incluyen síntomas cardiopulmonares excluidos en las últimas ediciones del DSM. A este respecto, también es importante resaltar la ausencia de estabilidad temporal de los síntomas referidos cuando son evaluados 12 meses más tarde (Simon y Gureje, 1999).

En resumen, a pesar de las limitaciones de este trabajo (en especial el bajo número de pacientes con TS utilizado), creemos que los resultados no apoyan la utilización del instrumento de Othmer y DeSouza como un adecuado test para identificar pacientes con TS. Parece necesario que otras características clínicas, no basadas exclusivamente en la presencia o ausencia de determinados síntomas, han de incluirse para mejorar la validez del test, de modo que ofrezca un diagnóstico diferencial más fiable. En la actualidad, una versión modificada del instrumento está siendo estudiada por nuestro equipo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Abbey SE, Lipowski ZJ.:** Comprehensive Management of Persistent Somatization. *Psychotherapy and Psychosomatic*. 1987; 48: 110-115.
2. **Allen LA, Gara MA, Escobar JI, Wiatzkin H, Silver RC.:** A Debilitating Syndrome in Primary Care. *Psychosomatics*. 2001; 42 (1): 63-67.
3. **American Psychiatric Association:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ª Edición. Barcelona. Masson, 1980.
4. **American Psychiatric Association:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ª Edición revisada. Barcelona. Masson, 1988.

5. **American Psychiatric Association:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición. Barcelona. Masson, 1995.
6. **American Psychiatric Association:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición, texto revisado. Barcelona. Masson, 2002.
7. **Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW.:** Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(8): 903-10.
8. **Barsky AJ, Wyshak G y Klerman GI.:** Medical and Psychiatric determinants of outpatient medical utilization. *Medical Care*, 1986; 24: 548-563.
9. **Briquet, P.:** *Traité Clinique et Therapeutique de L'hysterie*. Paris: J. B. Baillière et fils, 1859.
10. **Bucholz KK, Dinwiddie SH, Reich T, Shayka JJ, Cloninger CR.:** Comparison of screening proposals for somatization disorder empirical analyses. *Compressive Psychiatry*, 1993; 34(1): 59-64.
11. **Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G.:** Somatic Symptoms Index (SSI): A new and abridged somatization construct: Prevalence and epidemiological correlates in two larges community samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1989; 177: 140-146.
12. **Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A.:** Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 1998; 60(4): 466-72.
13. **Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff, Winkun y Muñoz.:** Diagnostic criteria for use in psychiatry research. *Arch Gen Psychiatry*, 1972; 26: 57-63.
14. **García-Campayo J, Sanz C, Pérez-Echeverría M, Campos R, Lobo A.:** Screening of somatization disorder: validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza test. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 1996; 94: 411-415.
15. **García Campayo J, Sanz Carrillo C, Pérez-Echeverría MJ.:** Management of somatizers in primary care: are family doctors motivated? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1998; 32: 528-533.
16. **García Campayo J, Sanz Carrillo C, Jimeno A.:** Diagnóstico del trastorno de somatización: utilidad del un sistema mnemotécnico. *Atención Primaria*, 1993; 12: 302-303.
17. **García-Campayo J, Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Campos R.:** Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. *Journal of Nervous Mental Disease*, 1998; 186(9): 554-60.
18. **Greenhalgh T.:** How to read a paper: papers that report diagnostic or screening test. *British Medical Journal*, 1997; 315: 540-543.
19. **Gucht V y. Fischler B.:** **Somatization:** A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics*, 2002; 43(1): 1-9.
20. **Gureje O, Simon G, Ustun TV y Golberg DP.:** Somatization in cross-cultural Pepective: A WHO Study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 1997; 154: 989-995.
21. **Hiller W, Rief W, Fichter MM.:** How disabled are patients with somatoform disorders? *General Hospital Psychiatry*, 1997; 19: 432-438.
22. **Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P y Bush T.:** Somatization: A Spectrum of Severity. *American Journal of Psychiatry*, 1991; 148: 34-40.
23. **Kellner R.:** *Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms*. Washington DC. American Psychiatric Press, 1991.
24. **Lipowski ZJ.:** **Somatization:** The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 1988; 145: 1358-1368.
25. **López Santiago J y Belloch A.:** La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista Española de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2002; Vol. 7 N 2 pp. 73-93.
26. **Manu P, Lane JL, Matthews DA, Escobar JI.:** Screening for Somatization Disorder in Patients with Chronic Fatigue. *General Hospital Psychiatry*, 1989; 11: 294-297.
27. **Martin RL y Yutzy SH.:** Trastornos de Somatización. En Hales, R.E.; Yudofsky, S.C. y Talbott, J.P. *Tratado de Psiquiatría* (2ª Edición). Ancora: Barcelona. (Edición Electrónica), 1996.
28. **Ohtmer E y DeSouza C.:** A Screening Test for Somatization Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1985; 142: 1146-1149.
29. **Perley MJ, Guze SB.:** Hysteria, the stability and usefulness of clinical criteria. *New England Journal Medicine*, 1962; 266: 421-426.
30. **Pita S, Pértegas S.:** Pruebas Diagnósticas. *Cad Atención Primaria*, 10: 120-124.
31. **Purtell JJ, Robins E, Cohen ME.:** Observations on clinical aspects of Hysteria. *JAMA*, 1951; 146 (10): 902-909.
32. **Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Montón C.:** Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (y II). Reacciones del profesional y tipos de relación. *Medicina Clínica*, 1999; 112: 147-150.
33. **Simon G, Gureje O.:** Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Arch Gen Psychiatry*, 1999; 56(1): 90-95
34. **Smith G, Monson RA, Ray DC.:** Patients with multiple unexplained symptoms: *Archives of internal Medicine*, 1986; 146: 69-72.

-
35. **Smith G, Rost K, Kashner M.:** A trial of effect of a standardize psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, 1995; 52: 238-243.
36. **Smith GR, Brown FW.:** Screening Indexes in DSM-III-R Somatization Disorder. *General Hospital Psychiatry*, 1990; 12: 148-152.
37. **Swartz M, Hughes D, George L, Blazer D, Landerman R, Bucholz K.:** Developing a screening index for community studies of somatization disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 1986; 20: 335-343.
38. **Woodruff RA, Robins LN, Taibleson M, Reich T, Helzer J.:** A computer assisted derivation of a screening interview for hysteria. *Archives of General Psychiatry*, 1973; 29: 450-454.
39. **Yutzy SH, Cloninger CR, Guze SB, Martin RL, Pribor E, Kathol R, Smith R y Strain J.:** DSM-IV Fiel trial: testing a new proposal for somatization disorder. *Am Journal of Psychiatry*, 1995; 152: 97-101.
40. **Zaballa P, Crega Y, Grandes G, Peralta C.:** The Othmer and DeSouza test for screening of somatization disorder: is it useful in general practice? *British Journal of General Practice*, 2001; 51:182-6.