

Madrid

13 de noviembre de 2015
CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

IV Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria

PsicAP



Psicología en Atención Primaria



Somatizaciones en Atención Primaria

Un modelo explicativo basado
en factores cognitivos y emocionales

Grupo de Investigación del Ensayo **PsicAP**:

• **Antonio Cano-Vindel** ·

Cristina Mae Wood

· *Olvido García-Jaén* ·

Irene Gracia Gracia ·

Paloma Ruiz Rodríguez ·

Gonzalo Jimenez Cabré ·

Carlos Buiza Aguado

· *Mar García-Moreno* · *Roger*

Muñoz Navarro · *Verónica*

Ventero · *Adela Jimenez* ·

Estafanía Salgado Kvedaras ·

Leonardo Medrano

Especial agradecimiento a:



Consejo General de
Colegios Oficiales
de Psicólogos




Somatizaciones en Atención Primaria

No hay claridad en la clasificación nosológica y además se da el fenómeno de hiperfrecuentación en las consultas de Atención Primaria.



Somatizaciones en Atención Primaria



El propósito de la línea de investigación y del proyecto de somatizaciones, en este caso, en su búsqueda del correcto funcionamiento de la AP en la atención a trastornos mentales muy frecuentes (depresión, ansiedad y somatizaciones).



Aclarar su clasificación nosológica y así poder tratar de forma eficaz los síntomas.

Los especialistas tendrían más consultas y los médicos de AP no tendrían tanta sobrecarga con pacientes hiperfrecuentadores.



A causa del mal diagnóstico hay una pérdida económica constante en los niveles sanitarios (Atención Primaria y Especializada).

Se producen recurrentes visitas a los profesionales.

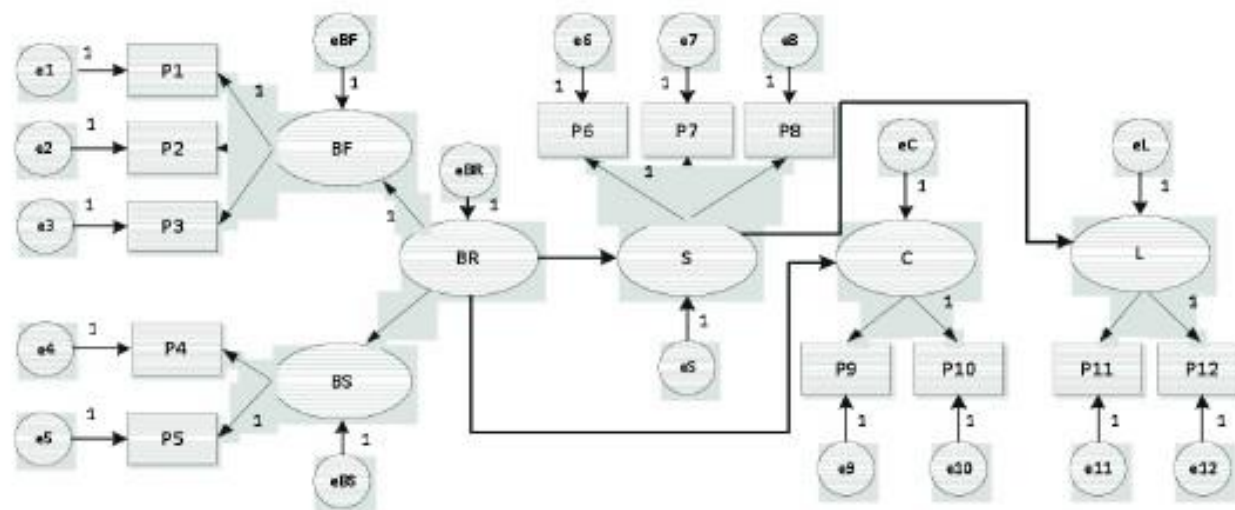
El tratamiento a veces no es eficaz con lo que debemos de volver a comenzar el mismo.



Somatizaciones en Atención Primaria



Proponemos el modelo cognitivo-emocional de las somatizaciones basado en el aprendizaje progresivo de intensas RR emocionales y fisiológicas desadaptadas, dentro del ensayo **PsicAP** en una muestra de pacientes con DE en AP.



Sería muy positivo tener una buena clasificación y que no se de hiperfrecuentación ni sobrecarga del personal en AP para que trabajen mejor con los pacientes que deben atender.



Puntos Claves

Introducción
Clasificación
Evaluación
Prevalencia
Comorbilidad
Objetivos

Somatizaciones en Atención Primaria

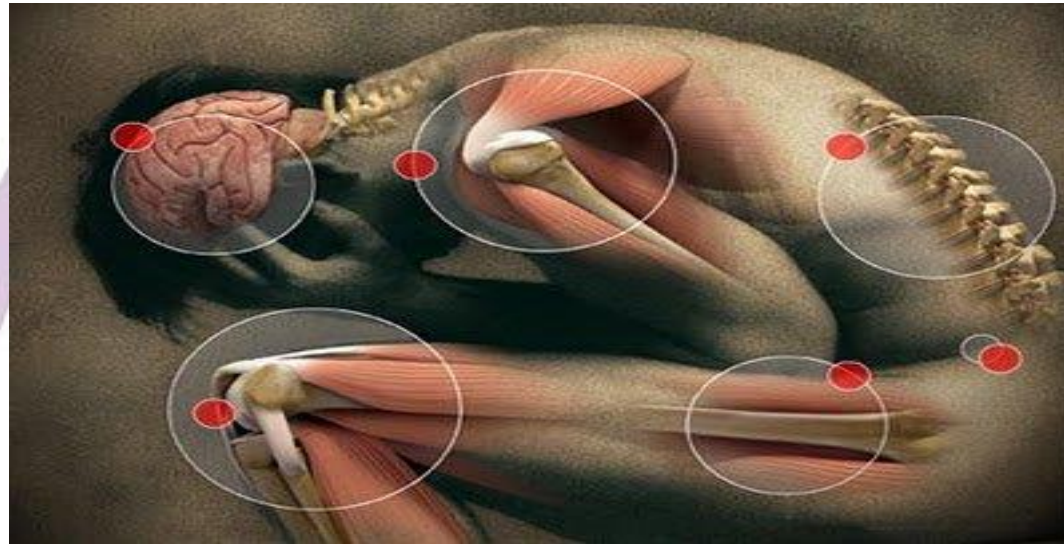
DSM-IV:

Trastornos somatomorfos fueron definidos como un conjunto heterogéneo de desórdenes caracterizados por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico, trastornos facticios, simulación).

Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la vida (APA, 1994).



Dentro de los trastornos somatomorfos, el trastorno por somatización del **DSM-IV** se definió como un complejo cuadro de síntomas físicos (cuatro dolorosos distribuidos en diferentes zonas o funciones, junto con dos gastrointestinales, uno sexual y otro pseudoneurológico), que afectaran de forma significativa a su vida, con una persistencia de varios años y que no estén médicamente explicados, ni fueran simulados.



Esta descripción tan exigente generaba problemas de diagnóstico (Creed & Barsky, 2004), por lo que la propia **DMS-IV** incluía otro trastorno similar con una definición más laxa, el trastorno somatomorfo indiferenciado, en el que se limitaba el cuadro a uno o más síntomas físicos (p. ej., fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios), sin explicación por enfermedad médica, efecto de una sustancia u otro trastorno mental. Además, se incluía el trastorno por dolor.

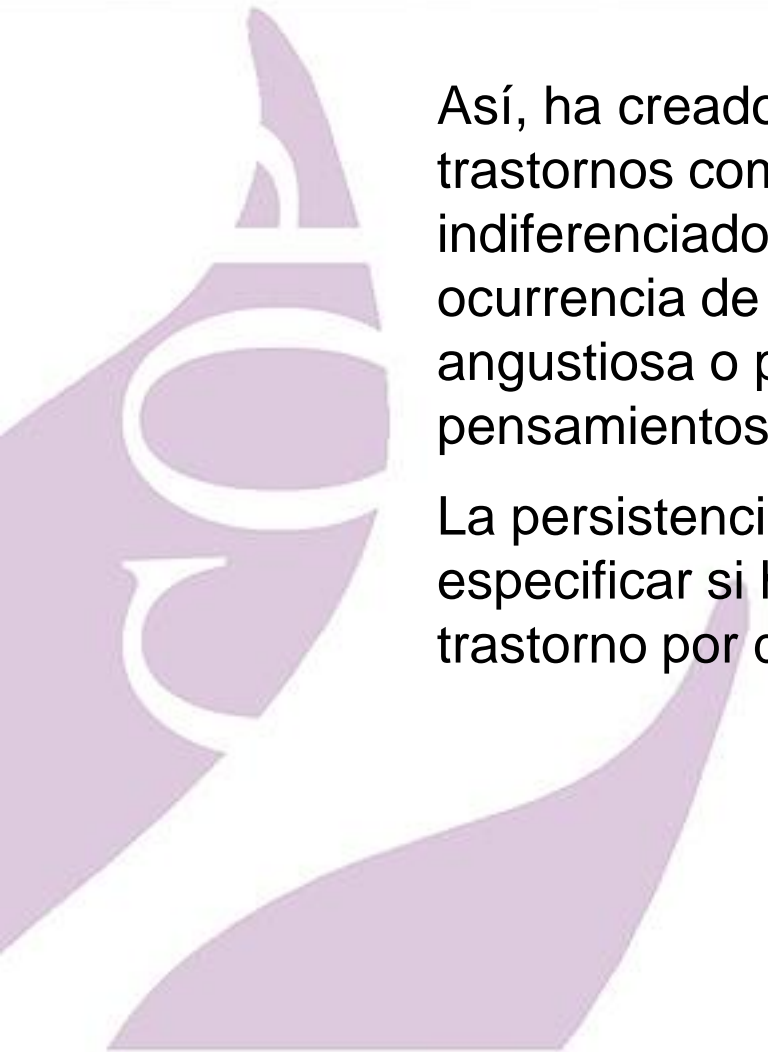


La **DSM-5** (APA, 2013) ha realizado importantes cambios en este grupo de trastornos (somatomorfos) y otros relacionados (facticios).



Somatizaciones en Atención Primaria





Así, ha creado el trastorno de síntomas somáticos para englobar los dos trastornos comentados (el de somatización y el somatomorfo indiferenciado), que está definido de forma simplificada, por la ocurrencia de uno o dos síntomas, que deben afectar de forma angustiosa o perjudicial a la vida diaria, e ir acompañados de pensamientos, emociones y comportamientos excesivos del paciente.

La persistencia debe ser superior a 6 meses, no un año, y se debe especificar si hay presencia de dolor, con lo que desaparece el anterior trastorno por dolor.

**SÍNTOMAS FÍSICOS
(PHQ-15)**

En las últimas 4 semanas, ¿en qué medida lo han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

	No me afectó nada (0)	Me afectó un poco (1)	Me afectó mucho (2)
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en los brazos, piernas o las articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolor menstrual u otros problemas con la menstruación SÓLO PARA MUJERES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Sensación de que el corazón late con mucha fuerza o rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Dolor o problemas durante las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, heces blandas o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Sensación de fatiga o de poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____)

El PHQ-15 (Patient Health Questionnaire), una prueba de cribado específica para su uso en AP.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ)

Este cuestionario es importante para poder ofrecerle la mejor asistencia sanitaria posible. Sus respuestas nos ayudarán a entender los problemas que pueda tener. Por favor, conteste a cada pregunta lo mejor que pueda, a menos que le pidan que se salte alguna pregunta.

Nombre _____ Edad _____ Sexo: Mujer Hombre Fecha de hoy _____

1. Durante las <u>últimas 4 semanas</u> ¿hasta qué punto le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	No me ha molestado nada	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruación (regla) dolorosa u otros problemas con su período (sólo para mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor o problemas durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sensación de que el corazón late deprisa o con fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, deposiciones sueltas o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consiste en una lista simple de 15 síntomas somáticos que constituyen más del 90% de los síntomas atendidos en AP (Kroenke et al., 2010).

Este instrumento está validado en nuestro país (Ros Montalbán, Comas Vives y García-García, 2010) y cuenta con buenas propiedades psicométricas.

Se muestra igual o superior a otras medidas breves para la evaluación de los síntomas somáticos y la detección de los trastornos somatomorfos indiferenciados.

PUNTOS CLAVE

Prevalencia

PsicAP



IV Jornada de
Psicología Clínica
en Atención Primaria

En España (Roca et al., 2009), utilizando la prueba de cribado PRIME-MD, que incluye el PHQ-15 más la observación del médico, los trastornos somatomorfos alcanzan una prevalencia puntual del 28,8%, siendo algo más frecuentes en mujeres (33,2%) que en hombres (21,8%).

Somatizaciones en Atención Primaria

PUNTOS CLAVE

Prevalencia

PsicAP

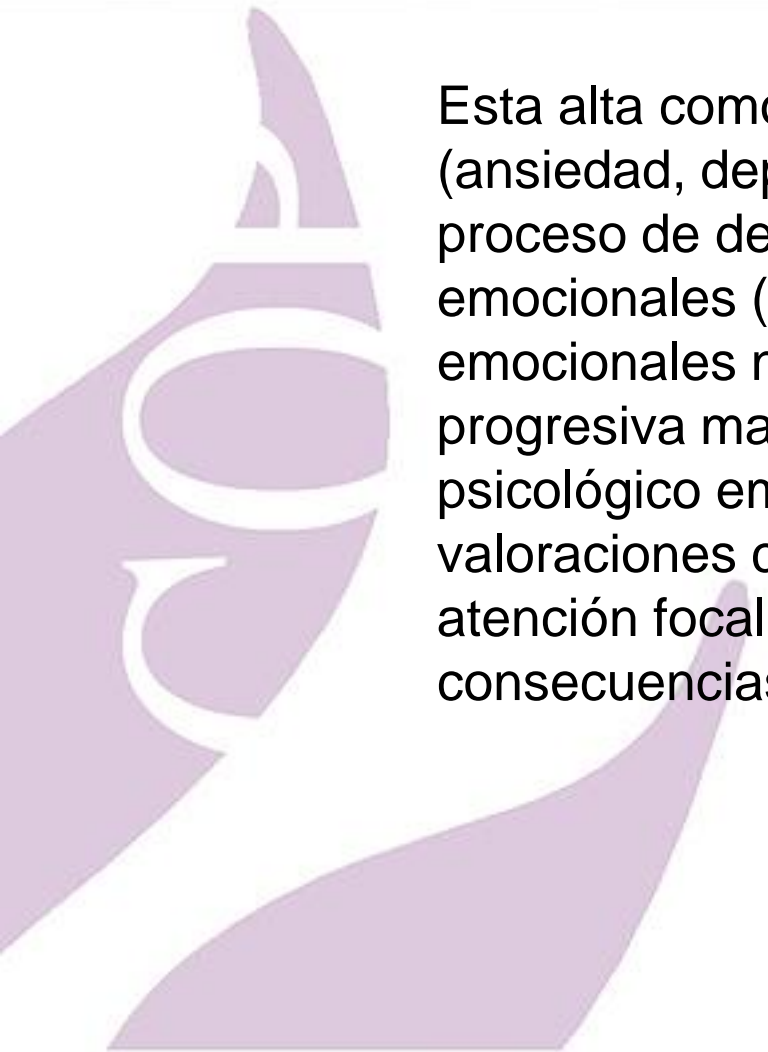
Psicología en Atención Primaria

IV Jornada de
Psicología Clínica
en Atención Primaria

Son unos de los trastornos más prevalentes en AP junto con los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad, presentando unas altas tasas de comorbilidad con ambos, tanto individualmente como los tres en conjunto.

El 30,3% de los pacientes tenían más de un trastorno mental actual y el 11.5% presentó comorbilidad entre los tres trastornos (estado de ánimo, ansiedad y somatomorfos).

Somatizaciones en Atención Primaria



Esta alta comorbilidad entre estos trastornos mentales de tipo emocional (ansiedad, depresión y somatizaciones) se explica si se observa el proceso de desarrollo que siguen con frecuencia estos desórdenes emocionales (DE), que van desde las manifestaciones de respuestas emocionales normales (de ansiedad, estrés, tristeza), hacia una progresiva mayor activación fisiológica, acompañada de malestar psicológico emocional, que se asienta en la magnificación de valoraciones cognitivas de amenaza, rumiaciones constantes, con una atención focalizada en los problemas emocionales y en sus consecuencias (Cano-Vindel, 2011).

El objetivo principal de este trabajo es validar este modelo cognitivo-emocional de las somatizaciones, basado en el aprendizaje progresivo de intensas respuestas emocionales y fisiológicas desadaptadas, dentro del ensayo PsicAP, en una muestra de pacientes con DE en AP.

Para ello, se plantean las hipótesis siguientes relativas a los síntomas somáticos:

Somatizaciones en Atención Primaria

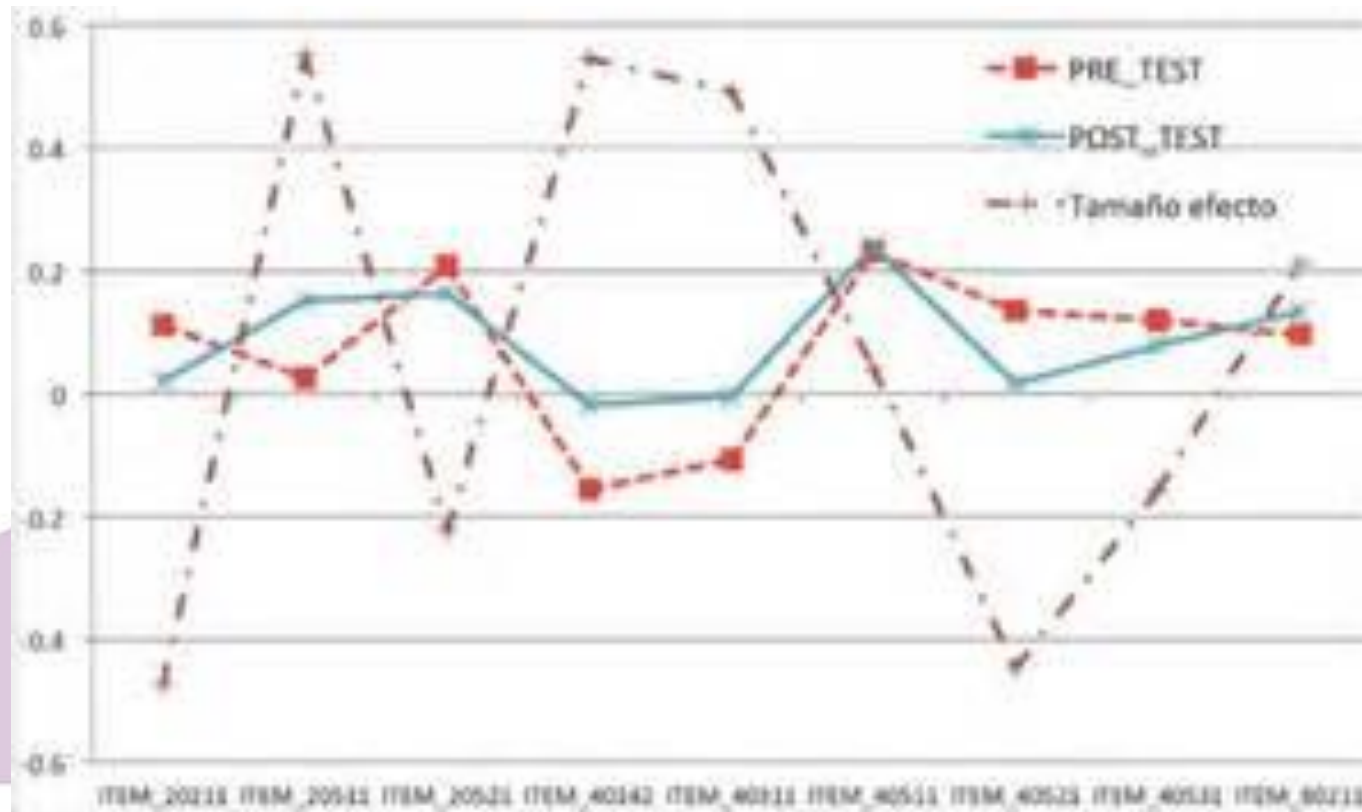
- El tratamiento cognitivo-conductual (CC) manualizado será más eficaz para reducir las puntuaciones en el PHQ-15 que el tratamiento convencional de AP, basado en el tratamiento sintomático mediante psicofármacos.



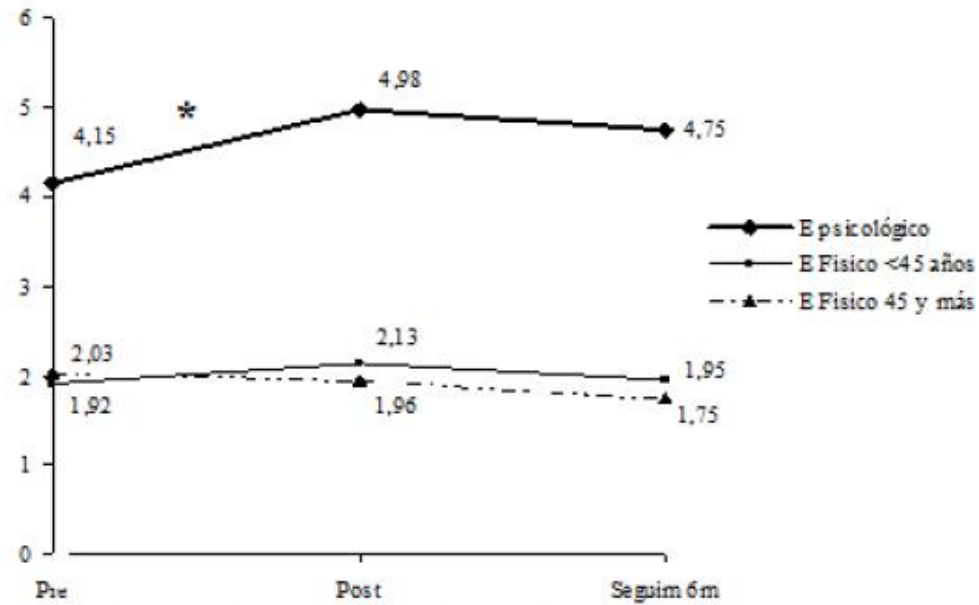
- Estas ganancias se mantendrán en el seguimiento a 3, 6 y 12 meses.



- Los tamaños del efecto serán grandes para el grupo experimental que para el grupo control.



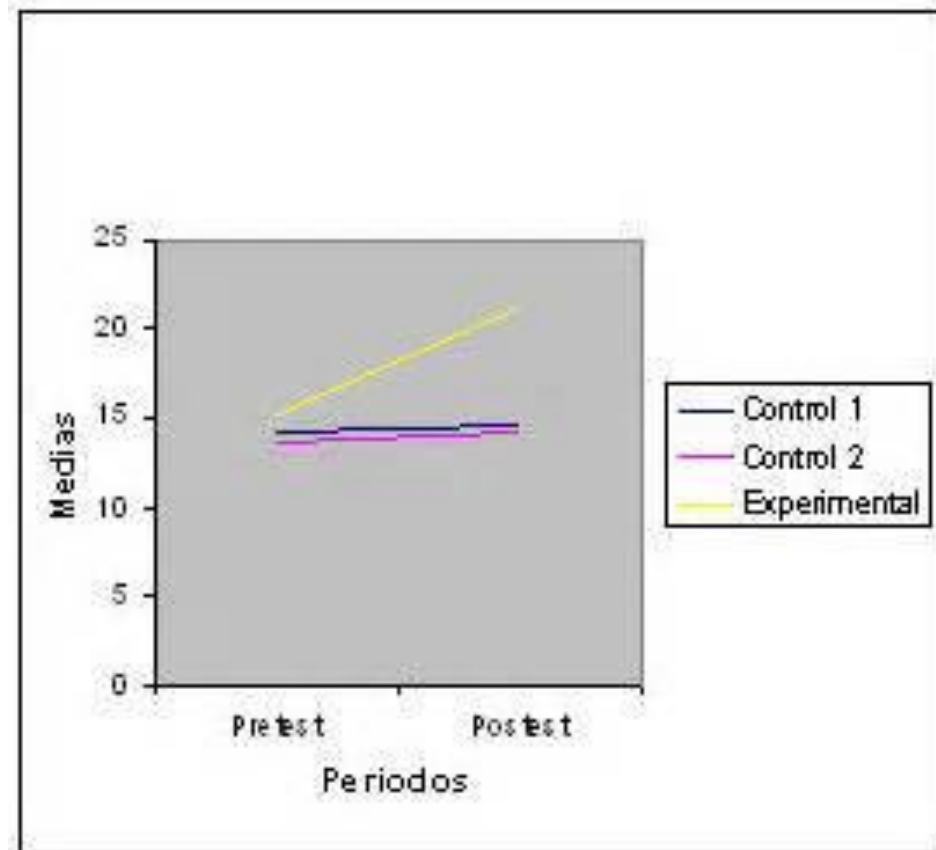
- Las diferencias entre terapeutas tendrán un menor tamaño del efecto que las diferencias entre grupos o tratamientos.



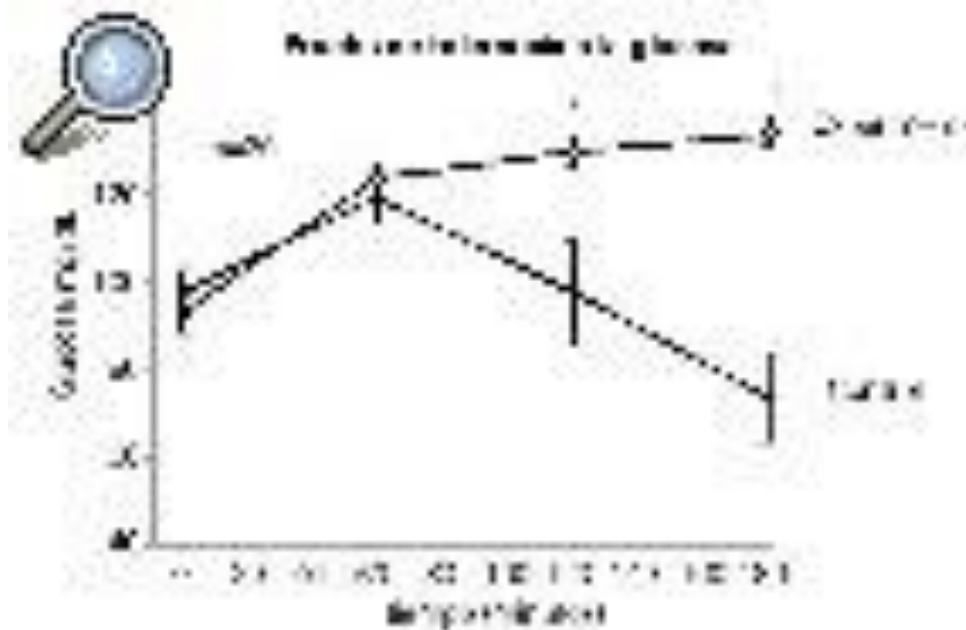
* Estadísticos de contraste en la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon: $Z = -2.919^a$ Sig. = .004
a: Basado en los rangos negativos.

Figura 3. Autoevaluación de estado psicológico y físico.

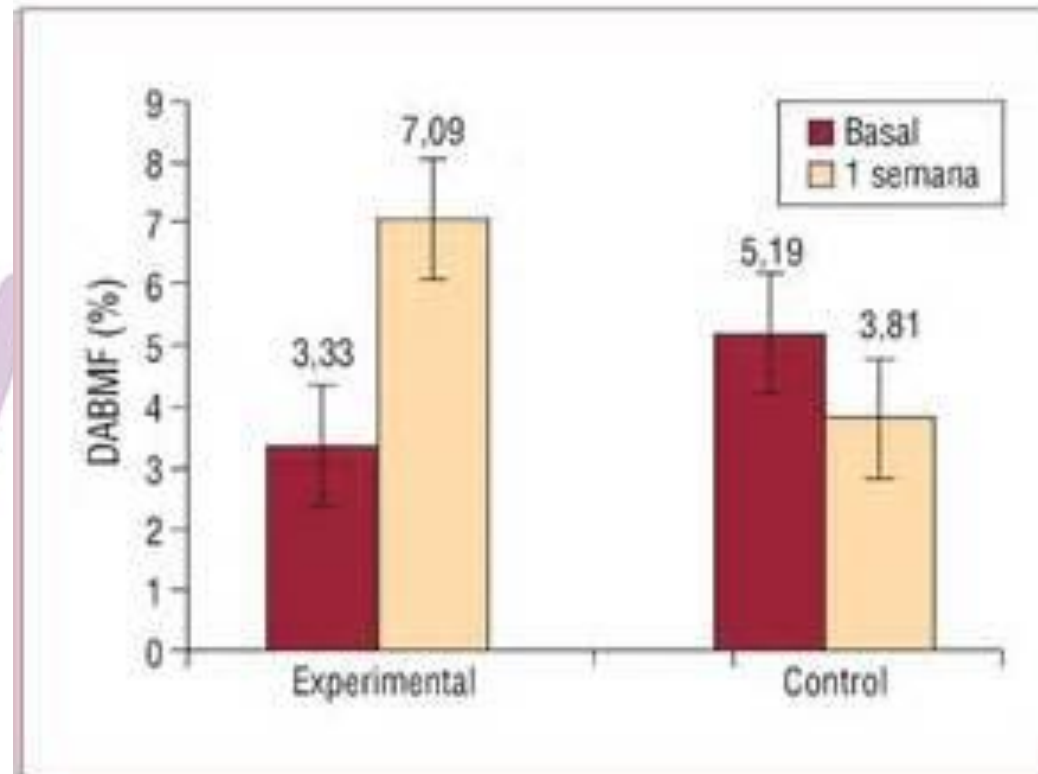
- El porcentaje de casos curados (trastornos somáticos, según los criterios del PHQ-15) será mayor en el grupo experimental.



- Y todas las mejoras del grupo experimental en la sintomatología somática se corresponderán con una mejoría en el manejo de las variables cognitivas (rumiación, magnificación, metacogniciones, regulación emocional, etc.), frente al grupo control, en el que no habrá cambios en las variables cognitivas.



Adicionalmente, en las medidas secundarias (calidad de vida, discapacidad, etc.), el grupo experimental conseguirá tamaños del efecto mayores que el grupo control.



Métodos

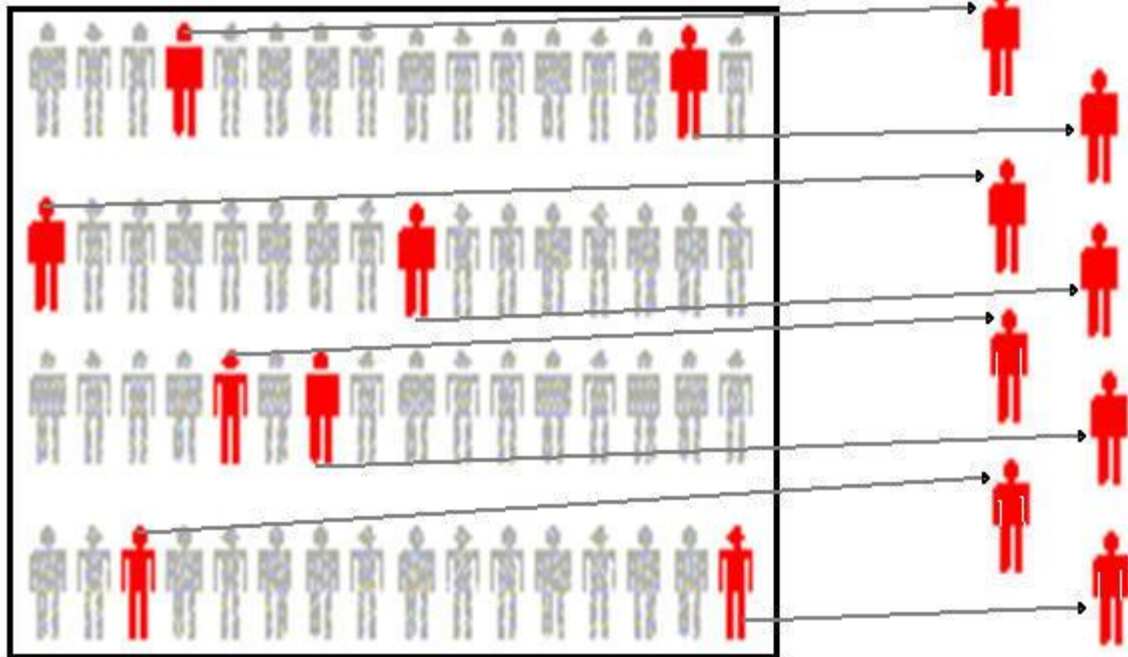
Participantes
Instrumentos
Diseño del estudio
Procedimiento
Análisis de datos

Somatizaciones en Atención Primaria

Se captará una muestra de 1.126 participantes con DE que se derivan de los 17 Centros de Salud de 7 comunidades autónomas que participan en el ensayo.

POBLACIÓN

MUESTRA



www.eyeintheskygroup.com



Los participantes firmarán un consentimiento informado, y éstos serán derivados por el médico a los psicólogos responsables, que evaluarán si cumplen los criterios de inclusión del estudio.



Criterios de inclusión del estudio:

- 1) Tener entre 18 y 65 años.
- 2) Que el médico tenga sospecha diagnóstica de DE.
- 3) Y que tengan puntuaciones leves-moderadas en los Cuestionarios de Salud del Paciente (PHQ) de ansiedad-depresión y somatizaciones.

Los criterios de exclusión son para trastornos mentales severos y los de elevada discapacidad medida por el Inventario de Discapacidad de Sheehan, así como discapacidad legal.

También se excluyen los trastornos de ansiedad y estado de ánimo severos, así como aquellos que no alcancen los criterios de probable trastorno en ninguna escala.

Instrumentos



Somatizaciones en Atención Primaria

- EI PHQ-15 (Patient Health Questionnaire): Validado en la versión española (Ros, Comas, & Garcia-Garcia, 2010). Éste es igual o superior a otras medidas breves para evaluar los SS y detectar los Trastornos Somatoformes (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2010).
- ERQ (Emotion Regulation Questionnaire)
- IACTA (Inventario de actividad cognitiva en los Trastornos de ansiedad)
- MCQ-30 (Metacognitions Questionnaire)
- PSWQ (Penn State Worry Questionnaire)
- PHQ-TP (PHQ-Trastorno de Pánico)
- RRS (Escala de respuestas rumiativas)
- WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life Instrument-Short Form)
- Cuestionario de ingesta de alcohol
- SDI (Cuestionario de Discapacidad Sheeman)

Este estudio tiene dos grupos paralelos que se distribuyen con la mitad de la muestra recogida (Total N=1.126 y en cada grupo serán n = 563), asumiendo un 20% de pérdida muestral, un intervalo de confianza del 95% y un poder estadístico del 85%.

Grupo
Experimental
(n=563)

Grupo
Control
(n=563)

MÉTODOS

Diseño del Estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Evaluación Pretratamiento	X									
Información Psicoeducación		X	X							
Relajación			X							
Reestructuración Cognitiva				X	X	X	X	X		
Técnicas Conductuales						X	X	X		
Prevención de Recaídas								X		
Evaluación Postratamiento									X	
Seguimiento										X

Los grupos son: un grupo experimental de tratamiento psicológico con 7 sesiones y técnicas cognitivo conductuales (psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento conductual y prevención de recaídas) y un grupo control de tratamiento convencional (habitualmente fármacos).

Los evaluadores serán ciegos para el grupo experimental antes y después del tratamiento.



Somatizaciones en Atención Primaria



En ambos grupos se miden las variables en los momentos post-tratamiento, 3, 6 y 12 meses. Los protocolos de intervención ponen énfasis en la psicoeducación y se basan en las guías de la práctica clínica **NICE** de ansiedad y depresión.



El protocolo del presente estudio ha tenido la aprobación del **CEIC** (Comité Ético de Investigación Clínica Corporativo) de AP de la Comunidad Valenciana además de la **AEMPS** (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios).



COMITÉ DE ÉTICA DE
INVESTIGACIÓN (CEIC)

DRA. CATALINA BELTRAN SARMIENTO




agencia española
de medicamentos y
productos sanitarios

En primer lugar, se hace una llamada para informar al paciente del estudio y se le pide el consentimiento telefónico, en esta misma llamada se les da una cita para la evaluación informática pre-tratamiento en su CS y con los pacientes evaluados se formarán los dos grupos paralelos.



Un grupo experimental de tratamiento psicológico con 7 sesiones y técnicas cognitivo conductuales (psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento conductual y prevención de recaídas) y un grupo control de tratamiento convencional (habitualmente fármacos).

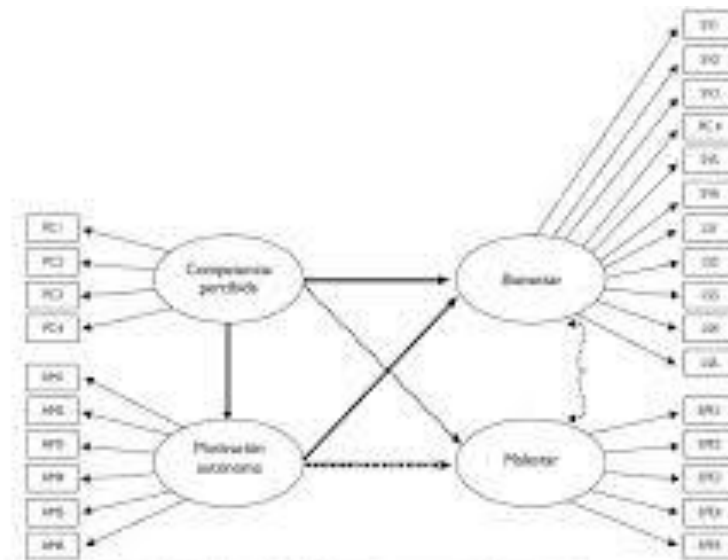
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Evaluación Pretratamiento	X									
Información Psicoeducación		X	X							
Relajación			X							
Reestructuración Cognitiva				X	X	X	X	X		
Técnicas Conductuales						X	X	X		
Prevención de Recaídas								X		
Evaluación Postratamiento									X	
Seguimiento										X



Evaluamos la equivalencia de los grupos paralelos (GC y GE) en las medidas antes del tratamiento. Se calculan los ANOVAS intergrupo-intragrupo 2x5, (experimental vs. control) x tratamiento (pretatamiento, postratamiento, seguimiento a 3, 6 y 12 meses), en las medidas dependientes (tanto en las medidas primarias sobre sintomatología somática, así como en las medidas secundarias sobre calidad de vida, disfunción social, rumiación, metacognición, preocupación y regulación emocional).

Adicionalmente, se analizarán las diferencias para la medida independiente (terapeuta). Se medirá el tamaño del efecto en ambos grupos, así como su precisión (intervalos de confianza al 95%), los porcentajes de pacientes de ambos grupos que han disminuido en un 50% sus puntuaciones en síntomas clínicos, probables casos con DE antes y después del tratamiento.

Se realizará un análisis de ecuaciones estructurales para relacionar las mejoras clínicas del grupo experimental en las medidas primarias, los síntomas somáticos, con la mejora en el manejo de las variables cognitivas y de autorregulación emocional.



Nota: Las flechas continuas representan relaciones positivas. Las flechas discontinuas representan relaciones negativas.

FIGURA 1. MODELO ESTRUCTURAL HIPOTETIZADO DE LA COMPETENCIA PERCIBIDA, LA MOTIVACIÓN AUTÓNOMA, EL BIENESTAR Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO. ESTUDIO CON UNIVERSITARIOS EN VALENCIA, ESPAÑA, 2007.

Los análisis primarios seguirán el principio de “intención de tratar”, de manera que todos los individuos que han ingresado en el estudio serán considerados en su grupo correspondiente aunque no hayan cumplido con su protocolo, lo que permitirá mantener hasta el final del estudio el objetivo de la aleatorización y así disminuir la probabilidad de sesgar los resultados.



Se considerará éxito terapéutico para el GE la obtención de tamaños del efecto de medianos a grandes y significativamente mayores que en el caso del GC.

TAMAÑO DEL EFECTO:
interpretación

Cohen (1988) definió el tamaño del efecto como:

➤ PEQUEÑO	$d = 0.2$
➤ MEDIANO	$d = 0.5$
➤ GRANDE	$d = 0.8$



Fases del Estudio

Desarrollo

Somatizaciones en Atención Primaria

PsicAP comienza en el año 2012.

Llamado en su momento
*“Tratamiento de los
desórdenes emocionales en
Atención Primaria con técnicas
psicológicas basadas en la
evidencia: Un ensayo clínico
controlado aleatorizado”.*

En 2014.

Pasa a llamarse *“Psicología en
Atención*

Aprobado por el **CEIC** de referencia y la **AEMPS** en noviembre de 2013.



COMITÉ DE ÉTICA DE
INVESTIGACIÓN (CEIC)

DRA. CATALINA BELTRAN SARMIENTO



agencia española
de medicamentos y
productos sanitarios

Actualmente, participan en el ensayo 17 centros de Atención Primaria.

Se estudia en 7 comunidades autónomas:

- Madrid
- Comunidad Valenciana
- País Vasco
- Castilla la Mancha
- Islas Baleares
- Andalucía
- Cantabria



Han sido evaluados alrededor de 700 participantes y tratados unos 400.



Somatizaciones en Atención Primaria



Junto a la captación, evaluación y tratamiento de la muestra, los resultados preliminares y nuevos avances han sido publicados y presentados en jornadas y congresos nacionales e internacionales, encontrándose en fase de traducción acerca del protocolo de este estudio.



SEAS

Dr. Antonio Cano Vindel
Universidad Complutense de Madrid
Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el
Estrés (SEAS)



American Psychiatric Association (Washington). (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th. ed. ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Cano-Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización [Theoretical and empirically supported psychological interventions for emotional disorders in primary care: An update]. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157-184.

Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 391-408.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345-359.

Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García-Campayo, J., Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58.

Ros Montalbán, S., Comas Vives, A. y García-García, M. (2010). Validación de la Versión Española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6), 345-357