

# Validación de la escala de síntomas somáticos (SSS-8) en pacientes de una zona rural en Ecuador

Mercy García\*, Ernestina Tamami\*, Giovanni Rojas-Velasco\*\*, Carolina Posso\*, Galo Sánchez del Hierro\*\*\*, Susana Alvear-Durán\*

\*Facultad de Medicina, Postgrado de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica del Ecuador

\*\*Doutorado em Saúde na Comunidade, Universidade de São Paulo-Brasil

\*\*\*Department of General Practice, University of Antwerpen-Belgium

Recibido: 24/04/2018 Aprobado: 02/06/2018

DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v3i2.3>

## RESUMEN

**Introducción.-** Los síntomas somáticos causan malestar y afectan la calidad de vida de los pacientes, incrementando la frecuencia del uso de los servicios de salud. En Ecuador no existe un instrumento validado que evalúe somatización. La escala *Somatic Symptom Scale-8* (SSS-8), es un instrumento usado como medida de referencia en the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), para evaluar la carga de síntomas somáticos, validada en inglés y adaptada culturalmente a los idiomas alemán y japonés.

**Objetivos.-** En esta investigación el propósito fue validar la escala “*Somatic Symptom Scale-8*” y determinar sus propiedades métricas.

**Métodos.-** Investigación descriptiva y transversal en la que se realizó la validación de la herramienta clínica SSS-8 en 401 pacientes en la consulta externa del hospital Pedro Vicente Maldonado, desde mayo a julio de 2017. Para el análisis de datos se utilizaron los programas estadísticos SPSS versión 23, Latent gold y EpiDat 3.1.

**Resultados.-** El grupo mayoritario fue de 30 a 47 años, con ligero predominio del sexo masculino (con 52,6%) sobre el femenino (47,4%). El SSS-8 mostró adecuadas propiedades métricas (alfa de Cronbach de 0,73). Mediante este análisis se obtuvo que, los pacientes que respondieron: algo, bastante o muchísimo en las dimensiones sentirse cansado, dolor de cabeza, dolor de brazos y dolor de espalda; tenían un 99% de probabilidades de presentar somatización.

**Conclusiones.-** En este estudio, el SSS-8 demostró ser una herramienta útil para evaluar los síntomas somáticos en pacientes que acuden a consulta externa, ya que presentó buenas propiedades métricas: consistencia interna elevada, buena validez y una apropiada capacidad discriminativa.

**Palabras clave.-** Síntomas somáticos; somatización; validación; confiabilidad; escala de síntomas somáticos-8.

# Validation of the somatic symptom scale (SSS-8) in patients from a rural area in Ecuador

## ABSTRACT

**Introduction.-** Somatic symptoms cause discomfort and affect the quality of life of patients increasing the frequency of use of health care services. In Ecuador, there is no validated instrument to evaluate somatization. Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) is an instrument used as a reference measurement in DSM-V, "[Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders](#)", to evaluate the charge of somatic symptoms. It has been validated in English and culturally adapted in German and Japanese.

**Objectives.-** This research aims to validate the Somatic Symptom Scale-8 and determine its metric properties.

**Methods.-** Descriptive and cross-sectional research in which clinical tool SSS-8 was validated in 401 outpatients of Pedro Vicente Maldonado Hospital, from May to July 2017. Statistical software applications SPSS version 23, Latent gold and EpiDat 3.1 were used for data analysis.

**Outcomes.-** The largest group was between 30 and 47 years old, with little predominance of male sex accounting for 52.6% over female sex with 47.4%. SSS-8 showed suitable metric properties (Cronbach's alpha: 0.73). Analysis shows that patients who answered: something, quite or very much in dimensions feeling tired, headache, arm pain or backache have 99% of probability of presenting somatization.

**Conclusions.-** In this research, SSS-8 proved being a useful tool for evaluating somatic symptoms in outpatients since it presented good metric properties: high degree of internal consistency, good validity and appropriate discriminative capacity.

**Key words.-** Somatic symptoms; somatization; validation; reliability; somatic symptom scale-8.

## Introducción

Los síntomas somáticos son un fenómeno complejo y, multideterminado que, no tienen relación fija con una enfermedad médica, están correlacionados con ansiedad y depresión. Se encuentran más prevalentes en diferentes condiciones médicas (cáncer, enfermedad coronaria) y menos prevalentes en enfermedades como colon irritable y fibromialgia. En la práctica clínica, son utilizados como indicadores de seguimiento para el curso de enfermedades médicas como también para valorar la respuesta al tratamiento.(1),(2),(3)

Los síntomas somáticos están asociados con malestar y afectación de la calidad de vida en el paciente, así como afectación en el sistema de salud, ocasionando, a corto plazo insatisfacción con el tratamiento y, poli-consultas; y, a largo plazo cronificación de sus síntomas. Las consecuencias son sufrimiento en el paciente y en su familia, causando además pérdida de horas laborales y mayor gasto en salud.(4),(5),(3)

Un estudio realizado en Dinamarca por Fink et al. (2012), estimó una prevalencia de síntomas somáticos en el 25,6% de los pacientes en atención primaria. En América Latina, en el hospital Ramiro Prialé-Perú, de acuerdo con la experiencia de Espinal, demostró que el 34.5% de los usuarios que acuden a la consulta externa presentaron manifestaciones somáticas.(6),(7)

Uno de los problemas asociados a la somatización es la hiperfrecuentación. Según, una investigación realizada en Colombia, Rodríguez menciona que, los pacientes llegan a ser hiperfrecuentadores del 5 al 15% del total de usuarios que asisten a consulta médica; y de éstos, un 15 % lo seguirá siendo los próximos tres años.(8)

Dada las evidencias de somatización, se han desarrollado instrumentos de medición con estos fines, uno de ellos es el *8-item Somatic Symptom Scale (SSS-8)*, un test de cribado de 8 ítems derivado del *Patient Health Questionnaire Physical Symptoms-15 (PHQ-15)* y usado como medida de referencia en the [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders](#) Fifth edition (DSM V), para facilitar la detección temprana de síntomas somáticos en los pacientes que acuden a consulta médica.(9)

En Alemania, en 2014, se realizó la primera validación de SSS-8 versión en inglés, en la población mayor a 13 años. Se han realizado adaptaciones de la escala en otro contexto: alemán y japonés. En este sentido cada vez se hace más evidente la necesidad de que los médicos de primer nivel dispongan de un instrumento de cribado, útil y fiable para evaluar la carga de síntomas somáticos, validada en español y en un contexto de nuestro país.(3),(10)

A la fecha en el Ecuador no se han encontrado estudios que hablen de aspectos asociados a la somatización, así como investigaciones que determinen su prevalencia, debido al sub-diagnóstico por deficiencias en el cribado. El objetivo de esta investigación es validar la escala SSS-8 en un contexto local de Ecuador.

## Material y métodos

Este instrumento se basa en el PHQ-15 y fue desarrollado con el objetivo de medir la presencia y la carga de síntomas somáticos. De hecho, esta herramienta indica 8 atributos que se miden en 8 ítems usando una escala Likert de 5 puntos para cada uno, variando de: 0= nada; 1= un poquito; 2= algo; 3= bastante; 4= muchísimo. A partir de la respuesta del participante a cada ítem que constituye el atributo, se obtiene una puntuación, para cada atributo y para el total del score. (3)

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental de corte transversal, en el hospital Pedro Vicente Maldonado, en el periodo comprendido entre mayo a julio de 2017. El tamaño de la muestra para este estudio fue de 401 pacientes, basándose en el número de personas con edades entre 20 a 65 años (6001, tamaño de la población). Los participantes se seleccionaron de forma aleatoria entre los asistentes a la consulta ambulatoria.

De todos los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de medicina y odontología, se escogieron a aquellos con edades comprendidas entre 20 a 65 años como criterios de inclusión. Se excluyeron a las personas con discapacidad física e intelectual así como al personal de la institución. El instrumento fue aplicado a los pacientes antes de su atención en consulta ambulatoria, la fuente de información fue directa, mediante entrevista estructurada.

La ejecución de esta investigación siguió las siguientes etapas: (11)

- Traducción de la escala: De su versión original en inglés al español en el centro de idiomas de la Universidad Católica del Ecuador.
- Adaptación: El comité de revisión realizó la adaptación de la escala en relación a la categoría de respuesta a cada ítem (respuesta categórica): nada, un poquito, algo, bastante y muchísimo, con la finalidad de reflejar equivalencia transcultural.
- Prueba Piloto: Se entrevistaron a treinta y nueve individuos, hombres y mujeres usuarios del servicio de consulta externa, con las mismas características de la población de estudio: Se concluyó que la escala tenía claridad respecto al lenguaje, su prevalencia y consistencia interna se detallan en resultados.
- Aplicación de la escala y validez de resultados: Se exploraron variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, procedencia, escolaridad, ocupación, número de consultas en el año 2016 y tipo de seguro. Para describir a profundidad la población se realizó frecuencia de las principales variables sociodemográficas y de las variables de la escala.

Para la validación utilizamos 3 formas de validar: a) confiabilidad, con alfa de Cronbach, b) validez, con análisis clúster y, c) capacidad diagnóstica del instrumento con poderes de confirmación y exclusión. Se utilizó los programas estadísticos SPSS versión 23, Latent gold 5.1 y EpiDat 3.1. La información fue presentada en forma de texto tablas y gráficos. (12)

### Fiabilidad

La fiabilidad se observó utilizando la consistencia interna. Para evaluar la consistencia interna de cada componente, se utilizó la correlación ítem-total, considerando los elementos con un valor superior a 0,30 para indicar la pertinencia de

un ítem en particular en relación a la escala total, y el coeficiente alfa de Cronbach idealmente igual o superior a 0,70; lo que significa que si se acerca a la unidad, son consistentes internamente. (13)

## **Validez**

Para determinar la validez de criterio y al no contar con la disponibilidad de un estándar de referencia para diagnóstico de somatización, se realizó la validación de la escala a sí misma mediante análisis clúster de clases latentes. Mediante algoritmos de Maximization (EM) se encontró la máxima verosimilitud entre los participantes del estudio, formando así los grupos clúster. Para estimación del modelo se seleccionaron los clúster con el criterio de información bayesina (BIC) menor entre los modelos. (14)

Seleccionado el modelo, se interpreta cada clúster y sus prevalencias, determinando la probabilidad de somatizar en un clúster y en otro clúster la probabilidad de no somatizar respecto a cada dominio, determinando sensibilidad y especificidad de cada variable diagnóstica.

## **Capacidad diagnóstica de la prueba**

Con los resultados obtenidos mediante el programa estadístico Latent gold (sensibilidad y especificidad) de cada dominio de la escala. Se elaboraron tablas 2 x 2, a partir del teorema de Bayes para obtener los valores predictivos, y valorar la probabilidad que somatización este presente/ausente después de obtener los resultados de la prueba (de cada dominio).(15)

**Aspectos Éticos:** Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (OEM-124-2017, 05/05/2017). Cada uno de los participantes firmó el consentimiento informado respectivo.

## **Resultados**

### **Traducción y Adaptación**

La adaptación fue realizada según el contexto local. En esta etapa, dos atributos con escala Likert fueron modificadas. También se realizó un pilotaje, considerando una muestra similar a la población de estudio, que posibilitó claridad en el lenguaje. Posterior al pilotaje el instrumento demostró buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.72) y prevalencia de síntomas somáticos del 46%; dato muy similar al del análisis clúster (40.3%).

### **Características de la muestra**

La muestra de este estudio fueron 401 participantes. El grupo de edad predominante fue el de 30 a 47 años con 47,1%. Predominó el sexo masculino con el 52,6%. En el 83,8% de los pacientes se identificó una procedencia de otros 73 cantones de las 3 regiones del país, tan sólo un 16,2% provenían del cantón Pedro Vicente. El 76,9% de los pacientes eran trabajadores (Tabla 1).

La mayoría de los pacientes, acudieron un número de consultas en el año 2016, menor a 6 en el 77,3% de los casos, seguida de 7 a 11 y mayor o igual a 12 consultas con el 16,2% y 6,4%, respectivamente.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Características	N° (%)		
	Total (N= 401)	Masculino (n= 211)	Femenino (n= 190)
<b>Grupos de edad</b>			
20 a 29	105 (26,1)	50 (23,6)	55 (28,9)
30 a 47	189 (47,1)	96 (45,4)	93 (48,9)
48 a 65	107 (26,6)	65 (30,8)	42 (22,1)
<b>Cantón de origen</b>			
Pedro Vicente	65 (16,2)	32 (15,2)	33 (17,3)
Sto. Domingo	35 (8,7)	17 (8)	18 (9,5)
Quito	34 (8,5)	23 (11)	11 (5,8)
Otros (71 cantones)	267 (66,6)	139 (65,8)	128 (67,4)
<b>Cantón de residencia</b>			
Pedro Vicente	252 (62,8)	147 (69,7)	105 (55,3)
Puerto Quito	81 (20,2)	31 (14,7)	50 (26,3)
Otros (4 cantones)	68 (16,9)	33 (15,6)	35 (18,5)
<b>Estado civil</b>			
Casado	133 (33,1)	71 (33,6)	62 (32,6)
Unión libre	161 (40,1)	86 (40,7)	75 (39,4)
Separado	34 (8,5)	17 (8,1)	17 (8,9)
Viudo	12 (3)	3 (1,4)	9 (4,7)
Soltero	58 (14,5)	34 (16,1)	24 (12,6)
No responde	3 (0,7)	0 (0)	3 (1,6)
<b>Escolaridad</b>			
Ninguna	10 (2,5)	3 (1,4)	7 (3,7)
Alfabetización	4 (1)	1 (0,5)	3 (1,6)
Primaria	141 (35,2)	84 (39,8)	57 (30)
Secundaria	181 (45,2)	98 (54,1)	83 (45,9)
Superior	65 (16,2)	25 (11,8)	40 (21,1)
<b>Trabaja Actualmente</b>			
Si, recibe dinero	263 (65,5)	165 (78,1)	98 (51,5)
Si, otra forma de pago	46 (11,4)	32 (15,1)	14 (7,3)
No	89 (22,1)	13 (6,1)	76 (40)
NS/NR	3 (0,7)	1 (0,4)	2 (1,0)
<b>Número de consultas año 2016</b>			
0 a 6	310 (77,3)	178 (84,3)	132 (69,4)
7 a 11	65 (16,2)	24 (11,3)	41 (21,5)
Mayor o Igual a 12	26 (6,4)	9 (4,2)	17 (8,9)

Fuente: Pesquisa de campo. Pedro Vicente, mayo a julio de 2017.

### Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento SSS-8 está basado en el análisis de 8 elementos que conforman el instrumento, el alfa de Cronbach general del instrumento obtenido fue de 0,73 (aceptable). Al interpretar la correlación total de sus elementos, los datos obtenidos, todos mayores a 0,30, indican homogeneidad entre los ítems. Al eliminar un ítem del test, este indicador disminuye, por lo que se mantiene los 8 ítems, por esta razón no se eliminó ningún elemento (Tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de estadísticos de los ítems del instrumento SSS-8 en su versión en español

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Problemas intestinales	7,63	27,163	0,37	0,712
Dolor de espalda	7,12	26,464	0,387	0,71
Dolor de brazos, piernas	7,14	26,194	0,401	0,706
Dolor de cabeza	7,36	26,137	0,427	0,701
Dificultad para respirar	7,98	27,417	0,441	0,699
Mareo	7,9	28,015	0,417	0,704
Se siente cansada	7,27	25,832	0,53	0,681
Problemas para dormir	7,7	25,991	0,422	0,702

**Fuente:** Pesquisa de campo. Pedro Vicente, mayo a julio de 2017.

### Validez

En el momento del análisis estadístico mediante clúster de clases latentes, el método validó el instrumento, para lo cual agrupó las categorías: nada, un poquito en bajo riesgo, por tener capacidad para excluir y a las categorías: algo, bastante y muchísimo en alto riesgo; este modelo fue estimado con 2 clúster, que tiene 2 clases latentes, apreciando un X<sup>2</sup> (chi cuadrado) de 272 y un valor de p igual a 0,05, que es estadísticamente significativo. Al realizar el análisis de clases latentes se obtuvo las siguientes propiedades métricas de las 8 dimensiones (Tabla 3).

**Tabla 3.** Propiedades métricas del instrumento SSS-8 en su versión en español, hospital Pedro Vicente Maldonado, 2017

Variable		Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	RVP	RVN	Índice de Youden
Problemas intestinales	Valor	66,05	69,87	59,78	75,23	2,19	0,49	0,36
	IC 95%	58,4-73,6	63,8-75,9	52,3-67,2	69,3-81,1	1,7-2,7	0,3-0,6	0,2-0,4
Dolor de espalda	Valor	60,49	76,57	63,64	74,09	2,58	0,52	0,37
	IC 95%	52,6-68,3	70,9-82,1	55,7-71,5	68,4-79,7	1,9-3,3	0,4-0,6	0,2-0,4
Dolor de brazos, piernas o articulaciones	Valor	62,35	79,5	67,33	75,7	3,04	0,47	0,42
	IC 95%	54,5-70,1	74,1-84,8	59,4-75,1	70,1-81,2	2,3-4,0	0,3-0,5	0,3-0,5
Dolor de cabeza	Valor	70,99	76,99	67,65	79,65	3,08	0,38	0,48
	IC 95%	63,6-78,2	71,4-82,5	60,3-74,9	74,2-85,0	2,4-3,9	0,2-0,4	0,3-0,5
Dolor en el pecho, dificultad para respirar	Valor	81,48	70,29	65,02	84,85	2,74	0,26	0,52
	IC 95%	75,1-87,7	64,2-76,3	58,2-71,8	79,6-90,1	2,2-3,3	0,1-0,3	0,4-0,6
Mareo	Valor	85,19	69,04	65,09	87,3	2,75	0,21	0,54
	IC 95%	79,4-90,9	62,9-75,1	58,4-71,7	82,2-92,3	2,2-3,3	0,1-0,3	0,4-0,6
Se siente cansada	Valor	71,6	82,43	73,42	81,07	4,07	0,34	0,54
	IC 95%	64,3-78,8	77,3-87,4	66,2-80,6	75,9-86,2	3,0-5,4	0,2-0,4	0,4-0,6
Problemas para dormir	Valor	76,54	74,48	67,03	82,41	3	0,31	0,51
	IC 95%	69,7-83,3	68,7-80,2	59,9-74,0	77,1-87,7	2,3-3,7	0,2-0,4	0,4-0,6

VPP: valor predictivo positivo, VPN: valor predictivo negativo, RVP: razón de verosimilitud positiva, RVN: razón verosimilitud negativa. Considerando el modelo de Moreira & Van den Ende, en cuánto al poder de cada dimensión; al convertir las razones de verosimilitud en logaritmo de base 10, nos permite encontrar argumentos para confirmar o excluir la probabilidad de somatización (Tabla 4). (16)

**Tabla 4.** Interpretación de poderes de confirmación y exclusión de variables para riesgo de somatización.

Variable	Poderes (base log 10)		Poderes (base log 10)	
	Para confirmar	Categoría de poder	Para excluir	Categoría de poder
Problemas estomacales e intestinales	0,34	Débil	-0,31	Débil
Dolor de espalda	0,41	Débil	-0,28	Débil
Dolor de brazos, piernas, articulaciones	0,48	Débil	-0,33	Débil
Dolor de cabeza	0,49	Débil	-0,42	Débil
Dolor del pecho	0,44	Débil	-0,59	Débil
Mareo	0,44	Débil	-0,68	Débil
Se siente cansada/o	0,61	Débil	-0,47	Débil
Problemas para dormir	0,48	Débil	-0,51	Débil

**Fuente:** Pesquisa de campo. Pedro Vicente, mayo a julio de 2017.

En relación a los resultados de los poderes de confirmación y exclusión de las variables clínicas, se construyó un modelo de predicción clínica para posible diagnóstico temprano de somatización. (Tabla 5).

**Tabla 5.** Argumentos de predicción clínica para sospecha temprana de somatización en pacientes de la consulta externa

Argumentos Útiles para confirmar sospecha diagnóstica:	Puntaje confirmar	Puntaje excluir
Sentirse cansado	+0,5 puntos	0 puntos
Dolor de brazos, piernas	+0,5 puntos	0 puntos
Dolor de cabeza	+0,5 puntos	0 puntos
Dolor de espalda	+0,5 puntos	0 puntos
Argumentos Útiles para excluir sospecha diagnóstica:	Puntaje confirmar	Puntaje excluir
Dolor del pecho	0 puntos	-0,5 puntos
Mareo	0 puntos	-0,5 puntos
Argumentos que no tienen mayor utilidad:	Puntaje confirmar	Puntaje excluir
Problemas intestinales	0 puntos	0 puntos
Problemas para dormir	0 puntos	0 puntos

**Fuente:** Pesquisa de campo. Pedro Vicente, mayo a julio de 2017.

## Discusión

La Somatización hace referencia a un grupo de síntomas físicos, angustiantes para el paciente, caracterizados por hiperfrecuentación en las unidades de salud, sin evidenciar causas biológicas que justifiquen su dolencia, con una prevalencia del 17,7% en consultantes en atención primaria en Chile y 43% en Perú. El análisis estadístico reportó una prevalencia estimada de 40%, dicho valor se relaciona con datos en América Latina. (17), (18)

En la presente investigación, el SSS-8 tuvo una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach de 0,73 para los 8 ítems). Estos resultados son comparables con otros reportes en la experiencia de Gierk y colaboradores, donde se reportan las propiedades clinimétricas de las escalas PHQ-15 y SSS-8 en pacientes ambulatorios, valores similares (alfa de Cronbach de 0,80 y 0,76 respectivamente), evidenciando que el instrumento es válido y fidedigno para la medición de síntomas somáticos. (3)

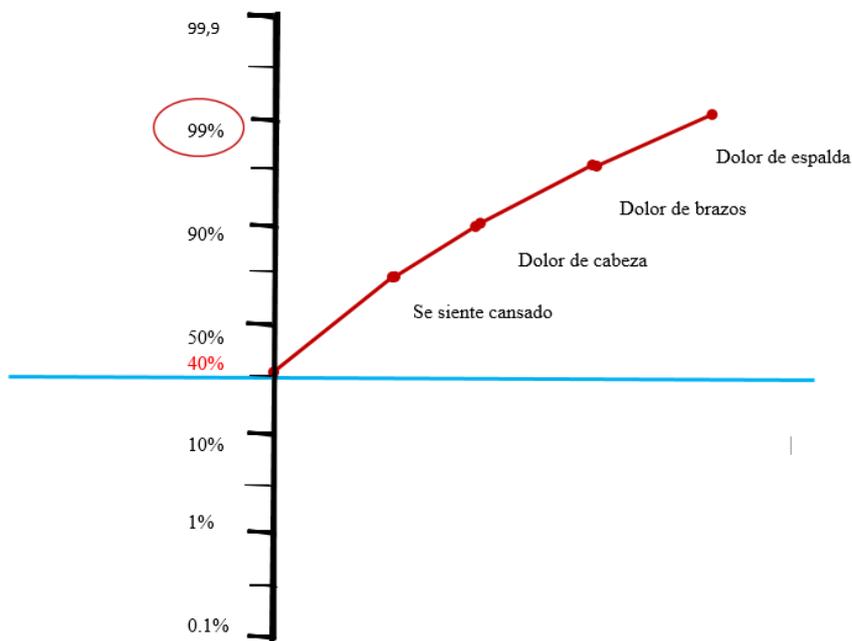
De acuerdo a la experiencia de Gierk y colaboradores, los puntos de corte 4, 8, 12 y 16 representan un corte válido para niveles bajos, medios, altos y muy altos de síntomas somáticos, respectivamente. En nuestro estudio no se estableció puntos de corte, se agrupó a los individuos con categorización: nada y, un poquito, en bajo riesgo; y a los de categorización: algo, bastante y muchísimo, en alto riesgo de síntomas somáticos, respectivamente. (3)

En la toma de decisiones, se realizó la interpretación de los poderes de confirmación mediante su representación en la escala de certeza, partiendo con la prevalencia que el modelo matemático indicó un 40% como punto de origen, probabilidad pre-test, al cual sumamos los argumentos (dimensiones) con sus poderes de confirmación débil que subiría ½ paso o 0.5 en la escala logaritmo base 10 la probabilidad por cada argumento, es así que, con cuatro argumentos con poder de confirmación débil, sube a 99% la escala de probabilidades de presentar somatización (Figura 1). (16)

Al aplicar los argumentos de predicción clínica para sospecha temprana de somatización, encontramos 3 escenarios:

- Pacientes con 4 argumentos útiles para confirmar, en los cuáles se encontró que tienen una alta probabilidad de presentar somatización (99%).
- Pacientes con 2 argumentos útiles para excluir, con los cuáles se descartaría en un 90% el diagnóstico de somatización.
- Pacientes con 2 argumentos poco útiles, con los cuáles se debe descartar causa orgánica.

**Figura 1.** Evolución de varios argumentos en serie desde la probabilidad inicial estimada.



Fuente: Pesquisa de campo. Pedro Vicente, mayo a julio de 2017.

## Conclusiones

En este estudio, el SSS-8 demostró ser una herramienta útil para evaluar los síntomas somáticos en pacientes que acuden a consulta externa, ya que presentó buenas propiedades métricas: aceptabilidad adecuada, consistencia interna elevada, buena validez y una apropiada capacidad discriminativa.

Considerando por un lado, cada variable de la escala, se observa que ninguna por sí sola predice somatización, observándose que predicen estas variables en conjunto. Es por esto que la escala SSS-8 brinda una apreciación de quien somatiza con 4 variables (sentirse cansado, dolor de cabeza, dolor de brazos y dolor de espalda).

Los argumentos que estarían más cerca del diagnóstico de somatización son: sentirse cansado, dolor de cabeza, dolor de brazos y dolor de espalda.

La limitación más importante del estudio, dado que se ha realizado en pacientes en un lugar específico (consulta externa) con síntomas, no se puede generalizar a otras poblaciones de pacientes. Se recomiendan investigaciones que apliquen el mismo test a nivel de la comunidad, para utilizarlo como herramienta de tamizaje en la población general.

Se debe considerar difundir a las autoridades de salud la prevalencia de somatización en esta región, con el fin de formar equipos sensibilizados capaces de adquirir habilidades para identificar tempranamente y, evitar que, cronifiquen sus síntomas y se conviertan en hiperfrecuentadores.

## REFERENCIAS

1. Barsky A. Assessing Somatic Symptoms in Clinical Practice. JAMA Internal Medicine. 2014 March; 174((3)).

2. Aguirre Guano D. Síntomas psicósomáticos que presentan mujeres a consecuencia de VIF. Trabajo de grado. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas; 2012. Report No.: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2772/1/T-UCE-0007-78.pdf>.
3. Gierk et al. The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Intern Med.* 2014 March; 174((3)).
4. Barsky A, Orav E, Bates D. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry.* 2005 August; 62((8)): p. 903 – 910.
5. Sha M, Callahan C, et Counsell S. Physical symptoms as a predictor of health care use and mortality among older adults. *American Journal of Medicine.* 2005 March; 118((3)): p. 301 – 306.
6. Fynk P, Toft T, Hansen M, et Ornbol E. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med.* 2007 January; 69((1)): p. 30 - 39.
7. Espinal C. Enfermedades psicósomáticas y su relación con la dinámica familiar de los pacientes del Hospital nacional Ramiro Prialé Prialé ESSALUD, Huancayo, 2013. Tesis de Maestría. Lima: Universidad Peruana Unión, Unidad de Posgrado de Educación; 2014. Report No.: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/265>.
8. Rodríguez M. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2012; 11((22)): p. 43 – 55.
9. Narrow W, Clarke D, Kuramoto et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Archives of General Psychiatry.* 2013 January; 170((1)): p. 71 - 82.
10. Matsudaira K, Kawaguchi M, Murakami et al. Desarrollo de una versión japonesa validada lingüísticamente de la escala de Síntomas Somáticos-8 (SSS-8). *Shinshin Irgaku.* 2016; 56: p. 931 - 937.
11. Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23-29. Recuperado de [http://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/07/validacion\\_cuestionarios.pdf](http://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/07/validacion_cuestionarios.pdf)
12. Bojórquez, J., López, Lina., Hernández, M. & Jiménez, E. (Agosto, 2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. Trabajo presentado en Eleventh LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology (LACCEI'2013), Cancun, México.
13. Hair J, Anderson R, Tatham R, et Black W. *Análise Multivariada de Dados.* 5th ed. Porto Alegre: Bookman; 2006.
14. Monroy R, Vidal , Saade. *Análisis de clases latentes Una técnica para detectar heterogeneidad en poblaciones.* Ceneval. 2010.
15. Feinstein, A. (1975). *Clinical biostatistics.* XXXI. On the sensitivity, specificity and discrimination of diagnostic tests. *Clin Pharmacol Ther*, 17, 104 - 116.
16. Van den Ende J, Moreira J. *Cómo tomar decisiones en medicina clínica.* 2008.
17. López J, Belloch A. La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2002; 7((2)): p. 73-93.
18. Florezano R, Fullerton C, Acuña J, Escalona R. Somatización: Aspectos teóricos, epidemiológicos, clínicos. *Revista chilena de Neuropsiquiatría.* 2002; 40((1)): p. 47-55.