



## ORIGINAL

# Validación de la versión española de la escala *Screening for Somatoform Symptoms-2* para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria



Margalida Gili<sup>a,b,\*</sup>, Natalia Bauzá<sup>a,b</sup>, Margalida Vives<sup>a,b</sup>, Sergio Moreno<sup>c</sup>, Rosa Magallón<sup>b,d</sup> y Miquel Roca<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS), Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España

<sup>b</sup> Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>c</sup> Universidad de San Jorge, Zaragoza, España

<sup>d</sup> Departamento de Medicina Familiar, Centro de Salud Arrabal, Universidad de Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Zaragoza, España

Recibido el 26 de junio de 2013; aceptado el 1 de julio de 2014

Disponible en Internet el 16 de septiembre de 2014

### PALABRAS CLAVE

Trastorno de somatización;  
Atención Primaria;  
Validez;  
Sensibilidad;  
Especificidad

### Resumen

**Objetivo:** Estudiar la validez diagnóstica y aportar los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de la versión española de la escala *Screening for Somatoform Symptoms-2* (SOMS-2) en una muestra de pacientes de AP.

**Diseño:** Estudio de validación.

**Emplazamiento:** Centros de salud de AP de Aragón y Baleares.

**Participantes:** Ciento nueve pacientes somatizadores procedentes de un ensayo clínico previo y 56 pacientes no somatizadores incluidos para la validación de la escala.

**Mediciones principales:** Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y  $\alpha$  de Cronbach.

**Resultados:** De un total de 165 sujetos, el 75% fueron mujeres y el 60% presentó trastorno de somatización y/o trastorno de ansiedad o depresivo. La SOMS-2 de 53 ítems y con un punto de corte de 4 presentó una sensibilidad del 97%, una especificidad del 68%, un valor predictivo positivo del 85%, un valor predictivo negativo del 92% y una alta consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0,926).

**Conclusiones:** La versión española de la SOMS-2 constituye un instrumento de cribado eficaz, útil y de fácil administración para la evaluación de los trastornos somatomorfos en AP. Los resultados de sensibilidad, especificidad y consistencia interna son similares a los de estudios previos de validación de la SOMS-2 en otras lenguas europeas.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mgili@uib.es](mailto:mgili@uib.es) (M. Gili).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.001>

0212-6567/© 2013 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**KEYWORDS**

Somatization disorder;  
Primary Health Care;  
Validity;  
Sensitivity;  
Specificity

## Validation of the Spanish version of the Screening for Somatoform Symptoms-2 scale for use in Primary Care

**Abstract**

**Objective:** To study the diagnostic validity and to provide the sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value of the Spanish version of the Screening for Somatoform Symptoms-2 (SOMS-2) scale in a PC population sample.

**Design:** Validation study.

**Setting:** PC centres in Aragon and Balearic Islands, Spain.

**Participants:** A sample of 109 patients from a clinical trial with somatoform disorders and 56 patients without somatoform disorder were included for the scale validation.

**Main outcome measures:** Sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and Cronbach's  $\alpha$  coefficient.

**Results:** Of the total sample of 165 subjects, 75% were women and 60% had a diagnosis of somatization disorder and/or anxiety or depressive disorder. The 53-item version of the SOMS-2 with a cut-off point of 4 showed a sensitivity of 97%, a specificity of 68%, a positive predictive value of 85%, a negative predictive value of 92%, and high internal consistency (Cronbach  $\alpha = 0.926$ ).

**Conclusions:** The Spanish version of the SOMS-2 seems to be a reliable screening tool, easy to complete and useful for the assessment of somatoform disorders in PC settings. The results for specificity, sensitivity, and internal consistency are similar to previous studies in other European languages.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

Las enfermedades mentales más prevalentes en Atención Primaria (AP) son los trastornos afectivos, de ansiedad y somatomorfos<sup>1-4</sup>, asociándose con frecuencia a síntomas físicos sin una explicación médica clara<sup>5</sup>. Muchos de los problemas de salud mental se manifiestan a través de quejas físicas o somáticas, y no psicológicas o emocionales<sup>6,7</sup>. Las consecuencias de esta situación para los pacientes y el sistema sanitario son: peor pronóstico, alta utilización de los recursos y aumento de los costes<sup>8</sup>. Los médicos de AP constituyen habitualmente la puerta de entrada al sistema de salud, por lo que juegan un papel primordial en la detección, prevención y tratamiento de este tipo de dolencias. Por tanto, es evidente la necesidad de encontrar iniciativas que mejoren la identificación temprana de estos pacientes para realizar un diagnóstico precoz y, en consecuencia, aumentar las posibilidades de recibir un tratamiento adecuado<sup>9</sup>.

Numerosos estudios han desarrollado entrevistas estructuradas o listados de síntomas con el objetivo de realizar una buena valoración y clasificación diagnóstica. Muchos de estos instrumentos son difíciles de utilizar, por lo que habitualmente requieren un entrenamiento sistemático del clínico antes de su utilización. La principal ventaja de estas entrevistas es que dirigen al clínico hacia un proceso estructurado, estandarizado y claro para realizar un diagnóstico clínico, lo que asegura un alto nivel de coherencia y fiabilidad, por lo que se utilizan habitualmente como *gold standard* en trabajos de investigación. No obstante, el principal inconveniente y/o limitaciones de este tipo de evaluaciones son el tiempo de administración, en especial cuando nos referimos a entrevistas semiestructuradas como la *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*<sup>10</sup> y la Entrevista Psiquiátrica Estructurada Polivalente (EPEP)<sup>11</sup>, la

necesidad de formación del profesional y el tiempo de administración (muchas de ellas requieren al menos una hora).

Por todos estos motivos, los instrumentos autoaplicados de cribado que no requieran formación específica y cuyo tiempo de administración sea corto pueden resultar especialmente útiles para solucionar este problema de evaluación y diagnóstico en el contexto de AP.

La escala *Screening for Somatoform Symptoms-2* (SOMS-2)<sup>12</sup> forma parte de este grupo de instrumentos de evaluación, por lo que consideramos que su validación en este contexto es de especial relevancia. La mayoría de las investigaciones en las que se ha utilizado la SOMS-2 se han llevado a cabo en hospitales o centros especializados. Solamente en 2 estudios<sup>13,14</sup> se ha utilizado en el contexto de AP.

De las investigaciones publicadas obtenemos que la consistencia interna de la escala es buena. En el trabajo de Rief et al.<sup>15</sup> se obtiene un  $\alpha$  de Cronbach de 0,87. No todos los estudios aportan valores sobre la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) de la escala. El estudio de Fabião et al.<sup>14</sup> señala una sensibilidad del 94,1% y una especificidad del 89,5%, y en otro estudio del mismo grupo de trabajo<sup>13</sup>, un VPP del 71,7% y un VPN del 80,2%. El principal inconveniente a la hora de comparar las diferentes publicaciones es la divergencia de criterio para seleccionar el punto de corte óptimo y establecer un posible diagnóstico de trastorno de somatización. Algunos trabajos señalan diferencias entre hombres y mujeres, utilizando un punto de corte de 3 síntomas para los hombres y de 5 para las mujeres<sup>16</sup>. Otros estudios sitúan un punto de 7 u 8 y no establecen diferencias entre hombres y mujeres<sup>14,17</sup>. En algunos de los trabajos revisados se eliminan determinados ítems del cuestionario (por su baja prevalencia entre la muestra, y otros, por su

bajo poder discriminativo), quedando una versión final con un número de ítems más reducido.

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la validez diagnóstica y aportar los valores de sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de la versión española de la escala SOMS-2 en una muestra de pacientes de AP.

## Material y métodos

### Muestra y procedimiento

El trabajo se llevó a cabo en 2 centros de salud de AP de Aragón (Zaragoza y Huesca) y en 4 de Baleares (Mallorca). La muestra total del presente trabajo proviene de 2 fuentes de selección: una primera muestra de pacientes somatizadores ( $n = 109$ ) proviene de un ensayo clínico previo<sup>18</sup> que se realizó en el marco de la Red de Investigación de Actividades Preventivas y Promoción de la salud, y una muestra adicional de pacientes no somatizadores ( $n = 56$ ) fue incluida con la finalidad de validar la SOMS-2. Los sujetos participantes fueron seleccionados por los médicos de familia de cada uno de los centros (adscritos al estudio), a los que se había instruido previamente sobre las características del estudio y los criterios de inclusión y exclusión, los cuales valoraron si el paciente cumplía criterios de inclusión y derivaron a un miembro del equipo investigador para realizar la entrevista basal en un plazo máximo de 10 días. Este procedimiento de selección de pacientes fue idéntico en ambos casos. Los criterios de inclusión para la muestra de pacientes somatizadores fueron: paciente de AP atendido por cualquier motivo de consulta, edad entre 18-65 años y una puntuación de 5 o más en el test de Othmer y DeSouza<sup>19</sup>. En el grupo de pacientes no somatizadores, los criterios de inclusión que debían cumplir fueron únicamente ser paciente de AP atendido por cualquier motivo de consulta y tener entre 18-65 años. Los criterios de exclusión para ambas muestras fueron: diagnóstico primario de enfermedad psiquiátrica grave distinta al trastorno de somatización (por ejemplo, esquizofrenia) y no saber leer ni escribir. Una vez el sujeto fue derivado a un terapeuta del estudio (2 psicólogos –NB y SM– previamente entrenados en la administración de las pruebas diagnósticas para aumentar la fiabilidad interjueces), este administra los instrumentos en una única visita de evaluación. La muestra final se compuso de 165 sujetos.

Con la autorización de los autores de la escala original para su validación, se llevó a cabo el proceso de traducción y adaptación. En primer lugar, se realizó una traducción directa e inversa de la versión alemana por parte de 2 equipos independientes para obtener una versión inicial. Posteriormente, se valoraron matices culturales y se consensuó el protocolo de validación de la escala.

### Instrumentos

Se obtuvieron los datos demográficos y clínicos para todos los pacientes y los controles. Se administró la EPEP completa y la escala SOMS-2 de forma autoaplicada para realizar el diagnóstico de posible trastorno de somatización.

La EPEP es una entrevista estructurada que tiene por objetivo obtener un diagnóstico psicopatológico basado en los criterios diagnósticos del DSM-III-R y la CIE-10. Se diseñó

a partir de la Entrevista Clínica Estructurada de Goldberg et al.<sup>20</sup>, y la versión española es de Lobo et al.<sup>11</sup>. La EPEP mantiene todas las secciones de la escala original, que están subdivididas por ítems con el objetivo de explorar la frecuencia, la intensidad y la severidad de los síntomas, así como el grado de discapacidad que estos producen en la vida del sujeto, obteniendo, al final de cada sección, una puntuación global. El módulo referente al trastorno de somatización se utilizó como *gold standard* para establecer este diagnóstico.

La SOMS-2 para síntomas somáticos es una escala de cribado autoaplicada que incluye todos los síntomas especificados en la definición de trastorno somatomorfo del DSM-IV y de la CIE-10, y de disfunción vegetativa somatomorfa de la CIE-10. Esta escala consta de 53 ítems con respuesta dicotómica, y el paciente debe responder de forma positiva solo a aquellos ítems que han estado presentes en los últimos 2 años y para los que el médico no ha encontrado una causa orgánica clara: los ítems 1-35 evalúan posibles síntomas de trastorno de somatización según el DSM-IV, los ítems 36-42 evalúan síntomas que pueden ocurrir durante una crisis de ansiedad, bajo estado de ánimo o en el trastorno somatomorfo indiferenciado, y los ítems 43-53 evalúan criterios de inclusión y exclusión de los diferentes subgrupos de trastornos somatomorfos. Al final de la escala se incluyen 16 ítems adicionales (ítems 53-68) que proporcionan información útil al clínico, por ejemplo, número de visitas realizadas al médico en el último año, influencia de los síntomas sobre la calidad de vida del paciente o si toma medicación a causa de sus dolencias. Si el cribado es positivo (según el punto de corte que se utilice), indica al clínico la necesidad de proceder con otros instrumentos o pruebas a la confirmación del diagnóstico.

Se evaluó la gravedad de la sintomatología ansiosa y/o depresiva a través de las escalas *Hamilton Anxiety Rating Scale*<sup>21</sup> y *Hamilton Depression Rating Scale*<sup>22</sup>.

### Análisis estadístico

Los resultados fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS® versión 19.0. El nivel de significación estadística utilizado fue de 0,05. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra. Se utilizó la prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para muestras independientes para determinar las diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos según el diagnóstico del paciente. Se calculó la consistencia interna para el total de la escala con el empleo del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach. Con el objetivo de analizar qué ítems del cuestionario tienen un mayor peso en el diagnóstico final de somatización se realizó un análisis de regresión logística eliminando del modelo aquellas variables que no estaban estadísticamente asociadas con la variable somatización. Se calculó la capacidad diagnóstica global del cuestionario para distinguir entre pacientes y controles mediante el área bajo la curva de características del receptor. Este estadístico se utiliza para resumir la calidad diagnóstica global. Los valores del área bajo la curva de características del receptor se sitúan entre 0,5 (aleatoriedad total) y 1 (clasificación perfecta). Se analizó la sensibilidad, la especificidad, el VPP, y el VPN para diferentes puntos de corte y número de ítems

**Tabla 1** Características sociodemográficas y clínicas de las muestras

	Total (N = 165)	Somatizador (n = 109)	No somatizador (n = 56)
<i>Género, n (%)</i>			
Hombres	41 (25)	20 (18,5)	21 (37,5)
Mujeres	124 (75)	89 (81,48)	35 (62,5)
<i>Edad media (DE)</i>	46,45 (13,04)	44,75 (10,85)	49,73 (16,07)
<i>HARS media</i>	13,60	20,38	11,21
<i>HDRS media</i>	15,12	17,48	10,72
<i>Comorbilidad psiquiátrica, n (%)</i>			
Ansiedad		47 (41,11)	
Depresión		11 (10,1)	
Ansiedad + depresión		39 (35,78)	

DE: desviación estándar; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale.

con el fin de obtener el que mejor determina el diagnóstico de trastorno de somatización.

## Resultados

La muestra total se compone de 165 sujetos, de los que 124 son mujeres (75%) y 41 son hombres (25%). La media de edad se sitúa en los 46,6 años, con una desviación estándar de 13,04 (IC 95% 44,4-48,5). El 66,1% de la muestra cumple criterios diagnósticos de trastorno de somatización, y el 33,9% no presenta este trastorno según criterios DSM-IV. La composición por sexos difiere entre los 2 grupos (somatización vs. no somatización), y esta diferencia es significativa, siendo mayor la proporción de mujeres con trastorno de somatización ( $\chi^2 = 7,08$ ;  $p \leq 0,001$ ). La comorbilidad del trastorno de somatización con el trastorno de ansiedad y con la depresión es muy elevada. Del grupo de pacientes con diagnóstico de somatización según la EPEP, un 47,1% presenta este trastorno junto con un trastorno de ansiedad, un 10,1% presenta comorbilidad con un trastorno depresivo, y un 35,8% presenta un trastorno de somatización junto con un trastorno de ansiedad y depresión (tabla 1). La consistencia interna del total de la escala es de  $\alpha = 0,926$ .

Las variables incluidas en el modelo final y que mejor predicen el diagnóstico final del trastorno de somatización son: dolor de estómago (OR = 8,9; IC 95% 2,7-29,2), dolor de espalda (OR = 7,6; IC 95% 2,4-24), frecuentes diarreas (OR = 15,4; IC 95% 3-96,7;  $p \leq 0,001$ ), fuertes palpitaciones (OR = 6,2; IC 95% 2,1-18,1) y excesivo cansancio sin esfuerzo previo (OR = 5,8; IC 95% 2,1-15,8) (tabla 2).

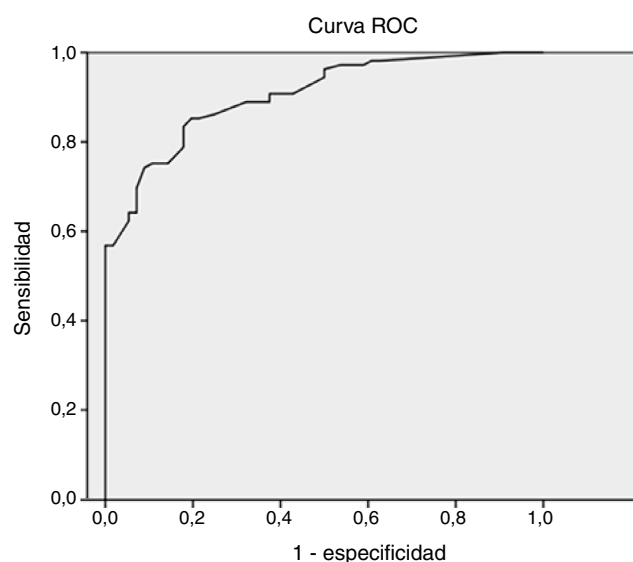
La curva de características del receptor es calculada a partir de la sensibilidad y especificidad del cuestionario. El resultado de nuestra área bajo la curva es de 0,90, por lo que consideramos que la clasificación es casi perfecta (fig. 1).

En la tabla 3 podemos observar los resultados de la sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN para diferentes puntos de corte y número de ítems. En primer lugar se analiza la versión original de 53 ítems con un punto de corte de 4 y de 7, y después con un punto de corte de 4 para hombres y de 6 para mujeres. Por último, se utiliza la versión de 32 ítems (una vez eliminados aquellos de baja frecuencia y poco poder discriminativo) del estudio de Rief y Hiller<sup>17</sup> con un punto de corte de 7. La versión de 53 ítems con un punto

de corte de 4 es la más recomendable, ya que obtiene una sensibilidad del 97%, una especificidad del 68%, un VPP del 85% y un VPN del 92%.

## Discusión

Desde la introducción de los trastornos somatomorfos como un concepto diagnóstico diferenciado son muchos los instrumentos que se han desarrollado con la finalidad de poder establecer diagnósticos fiables, así como también evaluar la eficacia de diferentes tratamientos. Una de las principales ventajas de los estudios de validación de estos cuestionarios es la posibilidad de generalizar resultados entre diferentes países. La disponibilidad de instrumentos de evaluación con una alta fiabilidad permite su utilización en diferentes contextos clínicos (AP, centros de salud mental) y a través de diferentes profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, médicos de AP). A pesar de la alta prevalencia de este tipo de enfermedad y la importante repercusión que tiene en la asistencia sanitaria (elevados



**Figura 1** Curva de las características operativas del receptor.

**Tabla 2** Análisis de la regresión logística para cada uno de los ítems de la escala *Screening for Somatoform Symptoms-2* incluidos en el modelo

Ítems	OR ajustadas (IC 95%)	p
Dolor de estómago	8,90 (2,71-29,23)	≤ 0,001
Dolor de espalda	7,58 (2,40-23,95)	≤ 0,001
Hipo/quemazón pecho o estómago	0,21 (0,06-0,73)	0,015
Mal sabor de boca	0,30 (0,09-1,00)	0,05
Frecuentes diarreas	15,40 (2,95-96,74)	≤ 0,001
Secreción de fluidos por el ano	0,15 (0,02-1,00)	0,05
Fuertes palpitaciones	6,15 (2,08-18,13)	≤ 0,001
Excesivo cansancio	5,77 (2,10-15,84)	≤ 0,001

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

**Tabla 3** Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo para diferentes puntos de corte

Puntos de corte	Ítems	Sensibilidad, % (IC 95%)	Especificidad, % (IC 95%)	VPP, % (IC 95%)	VPN, % (IC 95%)
4	53	97 (94-100)	68 (61-75)	85 (80-90)	92 (88-96)
7	53	96 (93-99)	45 (38-52)	77 (71-83)	86 (81-91)
4 (hombres)/6 (mujeres)	53	94 (90-98)	37 (30-44)	74 (68-80)	77 (71-83)
7 <sup>a</sup>	32	89	57	80	74

IC 95%: intervalo de confianza al 95%; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

<sup>a</sup> Versión de 32 ítems del estudio de Rief y Hiller<sup>17</sup> (1999).

costes y mala utilización de los recursos disponibles), todavía no se ha encontrado una alternativa eficaz a la hora de evaluar y diagnosticar de forma eficaz a este tipo de pacientes.

Al analizar las características sociodemográficas y clínicas de nuestra muestra, observamos que los resultados de nuestro trabajo son muy parecidos a los de estudios previos en los que el porcentaje de mujeres es mayor que el de los hombres, así como también el diagnóstico de trastorno de somatización es mucho más prevalente entre las mujeres<sup>13,14,23</sup>. La media de edad de nuestro estudio es similar a la del grupo de Fabião et al.<sup>13</sup>, siendo esta de 46,5 años. Son muchos los estudios que señalan la elevada comorbilidad que existe entre la somatización y los trastornos de ansiedad y depresión<sup>12,13</sup>, y el serio problema que esto supone para la evaluación y detección de este tipo de dolencia. Un elevado porcentaje de la muestra que cumple criterios para diagnóstico de trastorno de somatización también presenta un trastorno de ansiedad y/o depresión según la EPEP, así como también obtienen una mayor puntuación en la *Hamilton Anxiety Rating Scale* y en la *Hamilton Depression Rating Scale*. Nuestros resultados confirman esta elevada comorbilidad.

Respecto a la fiabilidad de la escala, la versión española de la SOMS-2 presenta resultados similares a trabajos anteriores<sup>13,15</sup>, y podemos afirmar que tiene una buena consistencia interna. Una de las principales divergencias entre los trabajos publicados que analizan las propiedades psicométricas de la SOMS-2 es la diferencia de criterio en el número de ítems del cuestionario y el punto de corte a utilizar para establecer un diagnóstico de trastorno de somatización. En este estudio, al igual que en otros trabajos

anteriores como el de Rief et al.<sup>15</sup> o Bankier et al.<sup>23</sup>, la versión original de 53 ítems y con un punto de corte de 4 es la que obtiene mejores resultados en cuanto a sensibilidad, especificidad, VPP y VPN. Sin embargo, trabajos como el de Fabião et al.<sup>14</sup> o Rief y Hiller<sup>17</sup> utilizan una versión final más reducida, de 19 y 32 ítems, y un punto de corte de 8 y 7, respectivamente. Otros estudios establecen un punto de corte de 6 para mujeres y 4 para hombres<sup>13</sup>.

Nuestro trabajo aporta datos sobre qué ítems del instrumento predicen mejor el diagnóstico final de trastorno de somatización. Estos resultados contribuyen a la elaboración de un modelo final de los ítems que diagnostican mejor el trastorno de somatización, eliminando aquellos que aportan una información redundante o no relevante. No obstante, debe considerarse el tamaño de la muestra al interpretar los amplios intervalos de confianza en esta prueba.

Este trabajo presenta una serie de limitaciones a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, la selección del grupo control se realizó a posteriori y, por tanto, no es concurrente al de casos (pacientes somatizadores de un ensayo previo). En segundo lugar tenemos la falta de datos referentes al número de pacientes excluidos del estudio y el motivo de exclusión.

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos afirmar que la SOMS-2 es un instrumento de cribado eficaz, útil y de fácil administración, por lo que se convierte en una alternativa a plantear frente a las entrevistas estructuradas para la detección y evaluación de este tipo de enfermedad en AP, y, por tanto, podemos afirmar que constituye un instrumento relevante desde el punto de vista clínico.

## Lo conocido sobre el tema

- Los trastornos somatomorfos son muy prevalentes en AP.
- Resulta fundamental mejorar la identificación temprana de estos pacientes en este contexto para intervenir de forma más eficaz en estados iniciales de la enfermedad.
- La mayoría de los instrumentos que evalúan síntomas somáticos muestran limitaciones y/o dificultades a la hora de utilizarse en la práctica clínica diaria de AP (tiempo de administración, formación específica del clínico, etc.).
- La SOMS-2 es un instrumento de cribado que no presenta estas limitaciones, por lo que su validación en este contexto es de especial relevancia.

## Qué aporta este estudio

- La adaptación y validación de la versión española de la SOMS-2 en población de AP.

## Financiación

Este trabajo forma parte de un proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI051886), «Tratamiento cognitivo-conductual de pacientes con trastorno de somatización abreviado (SSI 4,6) en Atención Primaria».

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud y a todos los profesionales de AP por su colaboración.

## Bibliografía

1. De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184:470–6.
2. Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: Prevalence and recognition. *Depress Anxiety*. 2007;24:185–95.
3. Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, Vives M, García-Campayo, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009;119:52–8.
4. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011;52:263–71.
5. García-Campayo J, Caballero F, Perez M, López V. Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40:105–13.
6. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:191–9.
7. Gonzalez DS, Rodríguez M, García C, Prieto R, Saiz-Ruiz J. Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2009;2:119–27.
8. Ellouze F, Cheour M, Karoui D, Khaloui M, Hssairi A. The general practitioner faced with somatoform disorders. *Soins Psychiatr*. 2011;276:42–4.
9. Schneider A, Hörlein E, Wartner E, Schumann I, Henningsen P, Linde K. Unlimited access to health care-Impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. *BMC Fam Pract*. 2011;12:51.
10. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:624–9.
11. Lobo A, Campos R, Pérez-Echeverría MJ, Izuzquiza J, García-Campayo J, Saz P, et al. A new interview for the multiaxial assessment of psychiatric morbidity in medical settings. *Psychol Med*. 1993;23:505–10.
12. Rief W, Hiller W, Heuser J. SOMS-Screening for Somatoform Symptoms-Manual. Berne, Switzerland: Huber; 1997.
13. Fabião C, Silva MC, Barbosa A, Fleming M, Rief W. Assessing medically unexplained symptoms: Evaluation of a shortened version of the SOMS for use in primary care. *BMC Psychiatry*. 2010;10:34.
14. Fabião C, Barbosa A, Fleming M, Silva C. Rastreio da perturbação de somatização nos cuidados primários de saúde. Resultados de um estudo piloto. *Acta Med Port*. 2008;21:319–28.
15. Rief W, Schaefer S, Fichter M. SOMS-Ein screening-verfahren zur identifizierung von personen mit somatoformen störungen. *Diagnostica*. 1992;38:228–41.
16. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med*. 2001;63:595–602.
17. Rief W, Hiller W. Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 1999;46:507–18.
18. Magallón R, Gili M, Moreno S, Bauzá N, García-Campayo J, Roca M, et al. Cognitive-behaviour therapy for patients with abridged somatization disorder (SSI 4,6) in primary care: A randomized, controlled study. *BMC Psychiatry*. 2008;8:47.
19. Othmer E, DeSouza C. A screening test for somatization disorder (hysteria). *Am J Psychiatry*. 1985;142:1146–9.
20. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd MA. Standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Soc Med*. 1970;24:18–23.
21. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50–5.
22. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–62.
23. Bankier B, Aigner A, Kronen S, Bach M. Screening for DSM-IV somatoform disorders in chronic pain patients. *Psychopathology*. 2000;33:115–8.