



Trastornos psicosomáticos. Módulo V



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA XXI. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Introducción

Nos ha parecido interesante introducir un tema que incluyera diferentes instrumentos de evaluación que pueden ser de gran utilidad en la práctica clínica.

I. Listado de síntomas de asma

I.1. C.M. Brooks, J.M. Richards y W.C. Bailey, 1989

El Listado de Síntomas de Asma desarrollado por C. M. Brooks, J. M. Richards y W. C. Bailey (1989) es un instrumento de evaluación clínica autoinformado utilizado principalmente en contextos médicos y de psicología de la salud para valorar la presencia, frecuencia e impacto subjetivo de los síntomas asmáticos.

Objetivo del instrumento

Tiene como finalidad de evaluar la experiencia subjetiva de los síntomas del asma, diferenciar componentes fisiológicos, emocionales y cognitivos asociados a la crisis asmática, identificar el grado de malestar percibido y la forma en que el paciente interpreta sus síntomas, contribuir al diagnóstico diferencial entre sintomatología asmática y síntomas de ansiedad o pánico.

Es especialmente útil en estudios sobre: el asma y factores psicológicos, la percepción de síntomas respiratorios y la Psicósomática y adherencia al tratamiento.

Tipo de prueba

Se trata de un autoinforme con una evaluación subjetiva de síntomas, tiene un uso clínico e investigador. Se aplica a adolescentes y adultos

Contenido y estructura

El listado recoge síntomas comúnmente asociados al asma; se organizan de forma que permiten analizar cómo el paciente vive la crisis, no solo si la padece.

Los ítems incluyen síntomas como

- Dificultad para respirar

- Opresión torácica
- Sibilancias
- Tos
- Sensación de ahogo
- Fatiga
- Mareo
- Ansiedad asociada a la respiración

Los síntomas se valoran generalmente en función de su frecuencia, de su Intensidad y de su grado de malestar

Dimensiones evaluadas

No se limita solo a síntomas respiratorios, sino que distingue las dimensiones siguientes:

a) Síntomas respiratorios centrales

Reflejan la experiencia física directa del asma como la disnea, la opresión en el pecho, la sensación de falta de aire

b) Síntomas periféricos o generales

Se incluyen manifestaciones corporales asociadas tales como el cansancio, el mareo, la debilidad y la sensación de descontrol corporal

c) Componentes emocionales

Evalúan la respuesta afectiva ante los síntomas de ansiedad, de miedo, de inquietud y de sensación de amenaza

Este punto es clave para diferenciar asma con elevada reactividad emocional de cuadros como el trastorno de pánico.

Sistema de respuesta

Habitualmente se utiliza una escala tipo Likert, donde el paciente indica tanto cuánto ha experimentado cada síntoma y en qué grado le ha resultado molesto o intenso.

Las puntuaciones permiten obtener un perfil global de sintomatología y comparaciones entre subescalas

Interpretación clínica

El ASC permite identificar:

- Pacientes con alta percepción subjetiva de síntomas frente a escasa evidencia fisiológica
- Casos donde los factores emocionales amplifican la vivencia del asma
- Riesgo de hipercontrol, hipervigilancia corporal o ansiedad respiratoria
- Posible comorbilidad con trastornos de ansiedad

En psicología clínica es especialmente útil para el diseño de intervenciones psicoeducativas, el trabajo en regulación emocional e intervenciones cognitivo-conductuales en asma

Relación con psicopatología

Aunque no es un instrumento diagnóstico DSM, se relaciona frecuentemente con trastornos de ansiedad, trastorno de pánico, trastornos somáticos, trastornos de adaptación asociados a enfermedad médica

Ventajas y limitaciones

Ventajas

- Fácil aplicación
- Sensible a la experiencia subjetiva
- Útil en seguimiento terapéutico
- Integra cuerpo y emoción

Limitaciones

- No sustituye pruebas objetivas (espirometría)
- Dependiente del nivel de introspección del paciente
- Puede verse influido por ansiedad rasgo

II. Test de actitudes alimentarias, EAT-40

(Versión castellana, Castro y cols., 1991)

Eating Attitudes Test – 40 ítems

Versión castellana: Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991)

Autor original: David M. Garner y cols. (1982)

Denominación y finalidad

El EAT-40 es un instrumento psicométrico de cribado diseñado para evaluar actitudes, creencias y conductas alimentarias patológicas, especialmente aquellas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Su objetivo principal es identificar riesgo clínico de trastornos alimentarios, no establecer diagnóstico definitivo.

Marco teórico

El EAT-40 se fundamenta en el modelo cognitivo-conductual de los TCA, centrándose en la preocupación excesiva por el peso y la figura, por el miedo intenso a engordar, por las conductas restrictivas, por las distorsiones cognitivas relacionadas con la alimentación y por los rasgos de control y perfeccionismo asociados

Fue desarrollado inicialmente para la detección de anorexia nerviosa, aunque posteriormente se ha demostrado su utilidad en otros TCA.

Aplicación

En Adolescentes y adultos. Su aplicación es de uso clínico y de investigación. Es aplicable tanto en población general como clínica y es especialmente útil en contextos de atención primaria, salud mental y programas preventivos

Tipo de instrumento

Es un Cuestionario de autoinforme, tiene 40 ítems y el formato es Likert

Formato de respuesta

Cada ítem se responde en una escala de 6 alternativas:

Siempre

- Casi siempre

- A menudo
- A veces
- Raramente
- Nunca

En la corrección, según el sistema original solo las tres respuestas más extremas en la dirección patológica puntúan.

Áreas evaluadas

El EAT-40 evalúa principalmente las siguientes dimensiones:

- Restricción alimentaria
- Preocupación por el peso corporal
- Conductas de control del peso
- Miedo a engordar
- Actitudes obsesivas frente a la comida
- Rasgos de autocontrol rígido

Puntuación e interpretación

El rango de puntuación es de 0 - 120 siendo el punto de corte clásico ≥ 30 puntos → riesgo clínicamente significativo de TCA

Interpretación general

En puntuaciones bajas se sigue que las actitudes alimentarias son normativas. En puntuaciones elevadas se detecta presencia de actitudes y conductas alimentarias disfuncionales que requieren evaluación clínica más profunda

Relación con diagnósticos DSM-5-TR

El EAT-40 se asocia principalmente a la anorexia nerviosa, a la bulimia nerviosa y al trastorno de la conducta alimentaria no especificado (OSFED)

Ventajas

- Fácil y rápida administración
- Amplio uso internacional
- Buen instrumento de cribado inicial
- Útil en contextos clínicos y preventivos

Limitaciones

- No es diagnóstico
- Puede generar falsos positivos en población adolescente
- Menor especificidad para bulimia y atracones
- Sensible a respuestas defensivas o deseabilidad social

Uso recomendado

Se recomienda su utilización como instrumento de detección temprana, que esté Integrado en una evaluación multimétodo y siempre interpretado por psicólogos o profesionales sanitarios cualificados.

III. escala de evaluación funcional de la terapia del cáncer, FACT-G

(versión castellana, Cella, G.; Hernández, L., 1998)

La FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General) es un instrumento estandarizado de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas con cáncer.

Autores originales: David Cella et al. Versión en castellano: Cella, D.; Hernández, L. (1998)

Ámbito de uso: clínico, psicooncológico y de investigación.

Objetivo de la prueba

La FACT-G tiene como finalidad evaluar la calidad de vida percibida en pacientes oncológicos, considerando el impacto de la enfermedad y de los tratamientos en múltiples dimensiones del funcionamiento personal.

Evalúa tanto síntomas físicos y funcionales como bienestar emocional y las relaciones sociales y familiares

Se utiliza para realizar seguimiento clínico, evaluación de resultados terapéuticos, realizar Investigación en oncología y psicooncología y, finalmente, para ensayos clínicos

La población a la que se puede aplicar es adultos diagnosticados de cáncer, es aplicable a distintos tipos y estadios de la enfermedad y puede administrarse durante tratamiento activo o en fases de supervivencia

No se trata de una prueba diagnóstica, sino evaluativa y de resultado clínico.

Estructura

La FACT-G está compuesta por 27 ítems, organizados en cuatro subescalas:

Bienestar Físico (Physical Well-Being, PWB)

Evalúa síntomas físicos asociados a la enfermedad y al tratamiento:

- Fatiga
- Dolor
- Náuseas
- Malestar general
- Capacidad para realizar actividades cotidianas

Bienestar Social/Familiar (Social/Family Well-Being, SWB)

Explora:

- Apoyo social percibido
- Relaciones familiares
- Satisfacción con el apoyo emocional
- Sentimiento de cercanía con personas significativas

Bienestar Emocional (Emotional Well-Being, EWB)

Evalúa aspectos psicológicos tales como:

- Ansiedad

- Tristeza
- Miedo a la evolución de la enfermedad
- Preocupación por el futuro
- Sensación de control emocional

Bienestar Funcional (Functional Well-Being, FWB)

Explora el nivel de funcionamiento de:

- Capacidad para trabajar
- Disfrute de la vida
- Sentido de utilidad
- Autonomía
- Motivación y proyecto vital

Formato de respuesta

Escala tipo Likert de 5 puntos:

0 = Nada

1 = Un poco

2 = Algo

3 = Bastante

4 = Mucho

Los ítems se refieren generalmente a la última semana.

Corrección y puntuación

- Cada subescala se puntúa por separado
- La suma de las cuatro subescalas genera una puntuación total FACT-G
- A mayor puntuación, mejor calidad de vida percibida

La prueba permite comparaciones intra-sujeto (seguimiento), también de comparaciones inter-sujeto o entre grupos y de evaluación del impacto de intervenciones médicas o psicológicas

Interpretación clínica

La FACT-G permite identificar áreas específicas de deterioro (físico, emocional, social o funcional), necesidades de intervención psicológica, efectos secundarios relevantes del tratamiento, cambios clínicamente significativos a lo largo del tiempo.

Es especialmente útil para el diseño de intervenciones psicooncológicas, para la evaluación de calidad de vida como variable de resultado y el trabajo interdisciplinar con oncología médica

Versiones y extensiones

La FACT-G actúa como núcleo común de un sistema más amplio (FACT System), que incluye módulos específicos para distintos tipos de cáncer, por ejemplo:

- FACT-B (cáncer de mama)
- FACT-L (cáncer de pulmón)
- FACT-C (cáncer colorrectal)
- FACT-H&N (cabeza y cuello)

Estos módulos se añaden a la FACT-G para una evaluación más específica.

IV. Escala de conocimiento y práctica de higiene del sueño (ECHS)

(versión castellana: Raich, R.M., y Vila, J.R., 1987)

La versión original es "instrumentos derivados de programas psicoeducativos en higiene del sueño"

Objetivo

Evalúa el nivel de conocimiento que posee una persona sobre hábitos saludables relacionados con el sueño, el grado de aplicación práctica de dichas conductas en la vida cotidiana.

Permite identificar conductas desadaptativas que interfieren en la calidad y cantidad del sueño, así como déficits psicoeducativos susceptibles de intervención.

Ámbito de aplicación

- Psicología clínica
- Psicología de la salud
- Intervención cognitivo-conductual
- Programas de psicoeducación
- Investigación en trastornos del sueño

Es especialmente útil en el insomnio, los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, el dolor crónico y los trastornos psicosomáticos

Se aplica a la población de adolescentes y adultos y a la Población clínica y no clínica

Tipo de prueba

Se trata de un cuestionario autoinformado. Es un tipo de evaluación cognitivo-conductual, y es un Instrumento no diagnóstico, de carácter funcional y psicoeducativo

Estructura

La escala suele dividirse en dos grandes bloques:

A. Conocimiento sobre higiene del sueño

Evalúa el grado de información que tiene el sujeto sobre:

- Ritmos circadianos
- Importancia de la regularidad horaria
- Influencia de sustancias (cafeína, alcohol, nicotina)
- Actividad física y sueño
- Uso de la cama y del dormitorio
- Impacto del estrés y la activación fisiológica

Ejemplo de contenido:

- "Dormir a horas irregulares empeora la calidad del sueño"

- v “El consumo de cafeína por la tarde afecta al sueño nocturno”

B. Práctica de hábitos de sueño

Evalúa la frecuencia real con la que la persona aplica dichas conductas:

- Horarios de sueño-vigilia
- Siestas
- Uso de dispositivos electrónicos
- Consumo de estimulantes
- Actividades previas al descanso
- Condiciones ambientales del dormitorio

Ejemplo de contenido:

- “Me acuesto y levanto a la misma hora”
- “Uso la cama para ver televisión o trabajar”

Formato de respuesta

Escalas tipo Likert (frecuencia o grado de acuerdo)

Alternativas cerradas (verdadero/falso o similar, según versión)

Corrección e interpretación

Se obtienen puntuaciones diferenciadas en:

- Conocimiento
- Práctica

Interpretación clínica:

- Alto conocimiento + baja práctica: déficit conductual → objetivo principal de intervención
- Bajo conocimiento + baja práctica: necesidad de psicoeducación estructurada
- Alto conocimiento + alta práctica: hábitos adecuados, explorar otros factores del insomnio

La discrepancia entre conocimiento y práctica es uno de los indicadores más relevantes desde el punto de vista clínico.

Utilidad clínica

- Identificar hábitos mantenedores del insomnio
- Diseñar programas de intervención en higiene del sueño
- Evaluar cambios pre-post tratamiento
- Complementar entrevistas clínicas y diarios de sueño

Relación con diagnósticos DSM-5-TR

Instrumento especialmente relevante en:

- Trastorno de insomnio
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Trastornos relacionados con el estrés
- Trastornos psicosomáticos

Ventajas

Es de fácil administración. tiene una alta utilidad terapéutica, facilita la adherencia al tratamiento y está orientada a intervención práctica

Limitaciones

No permite establecer diagnóstico, depende de la honestidad y conciencia del sujeto y debe complementarse con entrevista clínica y registros objetivos

V. Test del dibujo del reloj (Clock Drawing Test, CDT)

(H. Goodglass y E. Kaplan)

Descripción general

El Test del Dibujo del Reloj (CDT) es una prueba neuropsicológica breve, ampliamente utilizada como instrumento de cribado cognitivo, especialmente sensible a alteraciones en funciones ejecutivas, visuoespaciales y praxias constructivas.

Consiste en solicitar al evaluado que dibuje un reloj analógico, colocando correctamente los números y las manecillas para marcar una hora determinada. Su administración es rápida, económica y bien aceptada por pacientes de distintas edades y niveles educativos.

Objetivo de la prueba

El CDT tiene como finalidad evaluar el funcionamiento cognitivo global, la integridad de las funciones ejecutivas, las capacidades visuoconstructivas y visuoespaciales, organización y planificación, la comprensión de consignas y la memoria semántica y conceptualización del tiempo.

Funciones psicológicas y neuropsicológicas evaluadas

El test permite explorar de forma integrada:

- Funciones ejecutivas (planificación, secuenciación, control)
- Praxias constructivas
- Organización espacial
- Atención y concentración
- Memoria semántica (concepto de reloj y tiempo)
- Comprensión verbal
- Capacidad de autocorrección

Por ello, se considera una prueba multidimensional, especialmente útil en evaluación geriátrica y neurológica.

Procedimiento de administración

Existen varias modalidades de administración:

Dibujo libre del reloj

- “Dibuje un reloj, colóquele todos los números y marque las once y diez” (u otra hora concreta).

- Copia de un reloj previamente dibujado
- Permite diferenciar dificultades visuoconstructivas de alteraciones ejecutivas.

Dibujo con plantilla circular previa

- Reduce la demanda motora y permite focalizar en la organización interna.

La administración suele realizarse en papel en blanco y sin ayudas externas.

Corrección

Existen múltiples sistemas de puntuación, desde cualitativos hasta cuantitativos. Los más utilizados incluyen:

- Sistema de Goodglass y Kaplan
- Sistema de Shulman
- Sistema de Sunderland
- Sistema de Rouleau

De forma general, se valoran los aspectos de presencia y forma del círculo, de Colocación correcta de los números, de secuencia numérica y de distribución espacial, de posición y longitud de las manecillas y de corrección de la hora solicitada

Interpretación clínica general

El CDT permite detectar:

- Deterioro cognitivo leve (DCL)
- Demencias (especialmente tipo Alzheimer y demencias frontales)
- Alteraciones ejecutivas
- Daño cerebral adquirido
- Trastornos neurodegenerativos

Errores frecuentes incluyen la omisión o repetición de números, la desorganización espacial, las perseveraciones, la dificultad para representar la hora y las manecillas incorrectas o ausentes

Aplicaciones clínicas y contextos de uso

El Test del Dibujo del Reloj se utiliza en la evaluación neuropsicológica clínica, en el cribado cognitivo en atención primaria, en la valoración geriátrica integral, en la Evaluación del deterioro cognitivo asociado a trastornos neurológicos, en el seguimiento evolutivo de enfermedades neurodegenerativas

Ventajas y limitaciones

Ventajas

- Rápido y sencillo de administrar
- No requiere material específico
- Bajo impacto cultural
- Alta aceptación por parte del evaluado

Limitaciones

- No sustituye una evaluación neuropsicológica completa
- Sensible a nivel educativo y experiencia gráfica
- Interpretación debe realizarse siempre en conjunto con otras pruebas

VI. Escala de Hamilton para la ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) (M. Hamilton)

Año:

1959

Tipo: Escala clínica heteroaplicada

Descripción general

La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) es un instrumento clínico diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad en pacientes adultos. Se trata de una de las escalas más utilizadas en contextos clínicos, hospitalarios y de investigación, especialmente para evaluar la intensidad global de la ansiedad, el monitorizar la respuesta al tratamiento farmacológico o

psicoterapéutico, el realizar evaluaciones repetidas en el tiempo (seguimiento), la escala no es diagnóstica por sí misma, sino dimensional, orientada a cuantificar la severidad sintomática.

[La población a la que se dirige es a adultos y adolescentes mayores](#)

Su utilización de uso clínico es en Trastornos de ansiedad, en Trastornos depresivos con ansiedad asociada, en Trastornos somatomorfos y en Contextos médicos con ansiedad reactiva

Es preciso formación clínica para su correcta administración e interpretación.

Estructura

La HARS consta de 14 ítems, cada uno de los cuales evalúa un grupo específico de síntomas ansiosos.

Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 4:

0 = Ausente

1 = Leve

2 = Moderado

3 = Grave

4 = Muy grave

Puntuación total:

Rango: 0 a 56

Dimensiones evaluadas

Los 14 ítems se agrupan conceptualmente en dos grandes componentes:

[Ansiedad psíquica](#)

Incluye:

- Estado de ánimo ansioso
- Tensión
- Miedos

- Insomnio
- Dificultades cognitivas (concentración, memoria)
- Estado depresivo asociado
- Conducta durante la entrevista

Evalúa el componente cognitivo-emocional de la ansiedad.

Ansiedad somática

Incluye síntomas de activación fisiológica:

- Síntomas musculares
- Síntomas sensoriales
- Síntomas cardiovasculares
- Síntomas respiratorios
- Síntomas gastrointestinales
- Síntomas genitourinarios
- Síntomas autonómicos

Evalúa la expresión corporal y neurovegetativa de la ansiedad.

Interpretación de las puntuaciones

Aunque los puntos de corte pueden variar ligeramente según el contexto clínico y el estudio, de forma orientativa se acepta:

Puntuación total	Interpretación clínica
0-13	Ansiedad ausente o leve
14-17	Ansiedad leve
18-24	Ansiedad moderada

Puntuación total	Interpretación clínica
≥25	Ansiedad grave

Puntuaciones elevadas indican mayor intensidad y generalización de la sintomatología ansiosa.

Utilidad clínica

La HARS es especialmente útil para valorar la gravedad inicial de la ansiedad, monitorizar cambios sintomáticos durante el tratamiento, comparar eficacia de intervenciones y diferenciar predominio psíquico vs. somático de la ansiedad

Se utiliza con frecuencia en ensayos clínicos de psicofarmacología.

Relación con diagnósticos DSM-5-TR

La HARS es compatible con la evaluación dimensional de ansiedad en:

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
- Trastorno de pánico
- Trastorno depresivo mayor con angustia ansiosa
- Trastornos adaptativos con ansiedad
- Trastornos médicos con ansiedad secundaria

No discrimina de forma específica entre diagnósticos, sino que cuantifica la severidad transversal de la ansiedad.

Limitaciones

- Elevado peso de los síntomas somáticos, lo que puede:
 - Inflar puntuaciones en pacientes con patología médica
- Menor sensibilidad a síntomas cognitivos complejos
- Dependencia del juicio clínico del evaluador
- No adecuada como instrumento de cribado poblacional

Bibliografía básica

- Alexander, F. (1950). Medicine and psychotherapy: Some general considerations.
- Amigo, I., Fernández, C. Pérez, M. (2003). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Editorial Pirámide
- Andrade, V. (2001). Psicopatología: El cuerpo como camino. Editorial Kairós.
- Callabed, J. (1997). Las enfermedades psicopatológicas y su relación con la familia y la escuela. Barcelona: Ediciones Laertes.
- Caprara, G. V. & Speltini, G. (2003). Psicología de la salud. McGraw-Hill.
- Cashman, M.A. Trastornos del sueño en niños y adolescentes. Martínez Roca (1991)
- Chiozza, L. (1996). ¿Por qué enfermamos? Madrid: Editorial Alianza
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science-196
- Fernández- Torres, B., Márquez-Espinos, C., De las Mulas, M. (1999). Dolor y enfermedad. Revista Sociedad Española de Dolor.
- Groddeck, G. (2006). Obras escogidas. Barcelona: RBA.
- Haynal, A. (1980). Manual de medicina psicopatológica. Barcelona: Toray-Masson.
- Luban-Plozza, B. (1997). El enfermo psicopatológico en la práctica. Barcelona: Editorial Herder
- Marty, P. (1990). La psicoterapia de los estados psicopatológicos. Amorrortu.

Bibliografía complementaria

- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Psicología de la salud: modelos, conceptos y métodos. Barcelona: Masson.
- Crispo, R. (2003). Trastornos del comer. Barcelona: Ediciones Herder.

- Gaddini, R. (1991). Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicossomático en "Lecturas de los psicossomático". Buenos Aires: Lugar Editorial.
 - García, H.H, Winnicott y las enfermedades psicossomáticas. (1996). Actas VII encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott. Montevideo, Uruguay.
 - González, M. T. (2011). Psicología médica. Editorial Médica Panamericana.
- Dermatología y Psiquiatría. Grimalt, F. y Cotterill, J. A. (2002) Madrid: Editorial Grupo Aula Médica
- Kreisler, L., Fain, M. & Soulez-Larivière, C. (1984). Psicossomática del niño. Buenos aires: Amorrortu.
 - Manuales Diagnósticos DSM-5 (Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados). y CIE-11 (Trastornos somatomorfos y factores psicossociales en la enfermedad médica).
 - McDougall, J. (1991). Teatros del cuerpo: Psicoterapia del acting out psicossomático. Buenos Aires: Paidós.
 - Marty, P. (1991). La psicossomática del adulto. Buenos Aires: Amorrortu.
 - Nasio, J. D. (2008). Mi cuerpo y sus imágenes. Barcelona: Paidós.
 - Rof Carballo, J. (1984). Teoría y práctica psicossomática. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer
 - Ruiz Ruiz, M., Fernandez-Baca, P., Busb, G. (1992). Psicoterapia en la familia de los pacientes psicossomáticos. Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Málaga. Anales Psiquiatría. Volumen 8 nº 2.
 - Santed M.A, Sandín, B., Chorot Paloma, Olmedo M. (1984). Artículo Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 3.
 - Sobel, D y Ornstein, R. (2000). Manual de salud del cuerpo y de la mente. Barcelona: Kairós
 - Tordjman, G. (2002). Cómo comprender las enfermedades psicossomáticas. Barcelona: Gedisa.

Cuestiones

1. Qué valoración se adjudica al listado de síntomas de asma.
2. Indica los estados que se evalúan en la Escala FACT-G.
3. Señala qué evalúa el test del dibujo del reloj.

**Texto realizado por Enrique de la
Torre M.
ISFAP**