



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 19 de noviembre de 2019

Neurogastro 1

Mar135

¿INTOLERANCIA, MALA DIGESTIÓN, HIPERSENSIBILIDAD A LA LACTOSA O SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE? UN ESTUDIO EN PACIENTES CON SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA INGESTA DE LÁCTEOS Y CONTROLES ASINTOMÁTICOS

M. Aja-Cadena, M. Cortés-Barradas, G. P. Martínez-Pérez, H. Laffitte-García, A. Inurreta-Vásquez, B. A. Priego-Parra, D. Tovar-Rodríguez, S. S. Jiménez-Rodríguez, M. Amieva-Balmori, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) afecta al 10% a 20% de la población adulta y se caracteriza por síntomas abdominales sin enfermedad orgánica relevante. Por otra parte, la prevalencia de síntomas relacionados con la ingestión de lácteos es alta en la población general (>50%); sin embargo, el diagnóstico de la intolerancia a la lactosa (IL), mala digestión (ML) e hipersensibilidad (HL) pocas veces se establece de forma objetiva, ya que es necesaria la realización de pruebas de aliento. Así pues, es probable que exista una sobreposición entre SII, ML, IL e HL que es difícil de diferenciar desde el punto de vista clínico.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de SII, ML, IL e HL en pacientes con síntomas relacionados con la ingestión de lácteos (autodiagnóstico) en comparación con controles asintomáticos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en 48 pacientes (64% mujeres, edad promedio de 28 ± 10) con síntomas relacionados (grupo I) con la ingestión de lácteos (con base en un cuestionario, puntaje promedio 11) y 48 (52% mujeres, edad promedio de 24 ± 6)

controles asintomáticos (grupo II, puntaje promedio de 3). En todos los casos se aplicó el cuestionario modular de Roma IV para SII y se realizó una prueba de aliento con lactosa (25 g) para medir el hidrógeno y el metano espirado, tras descartar previamente sobrecrecimiento bacteriano con una prueba de glucosa. Se consideró que la prueba era positiva si había una elevación >20 ppm de hidrógeno o > 10 ppm de metano con respecto a la basal. De acuerdo con la información obtenida por la prueba y la presencia de síntomas se clasificaron los pacientes en: a) IL si había prueba (+) y síntomas (+), b) ML si había prueba (+) y síntomas (-) y c) HL si había prueba (-) y síntomas (+). Se compararon las características y prevalencias de todas las posibles combinaciones clínicas entre los pacientes y los controles.

Resultados: La prevalencia de SII fue mayor en el grupo I que en el grupo II (40% vs. 19%, $p=0.04$). La prevalencia de IL fue de 65% y 48%, de ML de 7% y 15%, y de HL de 29% y 31%, respectivamente, en los grupos I y II. Dentro del grupo I hubo una mayor prevalencia de pacientes con SII y una prueba de aliento positiva, mientras que en el grupo II hubo mayor prevalencia de prueba de aliento ($p=0.10$). En los pacientes con autodiagnóstico (grupo I), la prevalencia de IL, MD e HL fue similar entre los pacientes con SII y sin SII de acuerdo con los subgrupos identificados por la prueba de aliento (Tabla 1).

Conclusiones: La prevalencia de SII en los pacientes con autodiagnóstico de síntomas relacionados con la ingestión de lácteos es alta (40%). Hasta un tercio de éstos tiene SII y sobreposición con intolerancia a la lactosa. Sin embargo, desde el punto de vista clínico es indistinguible. La identificación de estos subgrupos es importante, ya que permite establecer un mejor tratamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para este proyecto de investigación.

Tabla 1

	SI y prueba de aliento (+) n=17	Prueba de aliento (+) sin SI n=29	SI puro n=2
Intolerancia	65%	69%	0
Mala digestión	12%	4%	0
Hipersensibilidad	23%	28%	100%
Prevalencia de IL, MD e HL en pacientes con y sin SI.			

Mar136

MUJERES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y DISFUNCIÓN SEXUAL MUESTRAN DETERIORO EN LA CALIDAD DE VIDA POR DISMINUCIÓN EN LA SALUD MENTAL, FUNCIÓN FÍSICA Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL

H. Batalla, A. Flores, M. F. Higuera-de la Tijera, D. Murguía, A. Díaz, A. Fernández, P. Pérez, S. Camacho, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: Los pacientes con síndrome de intestino irritable (SI) tienen baja calidad de vida (CV);¹ además, casi la mitad puede presentar disfunción sexual (DS).² No hay estudios recientes que evalúen la CV en sujetos con sobreposición de ambos padecimientos en población abierta.

Objetivo: Determinar la CV en pacientes con SI con y sin DS y compararla con controles.

Material y métodos: Se estudió a 72 mujeres, 36 con SI (criterios de Roma IV; 25.86 ± 4.42, intervalo 20-38 años) y 36 controles

(23.47 ± 5.23, intervalo 20-40 años). La DS se determinó cuando la puntuación total del índice de función sexual (FSFI) fue menor a 24.95. Se evaluó la CV a través del cuestionario de Forma Corta 36 (SF-36). Los datos expresan el promedio ± desviación estándar y porcentajes. Las diferencias se evaluaron por medio de la prueba t de Student o U de Mann-Whitney y la prueba χ^2 . Alfa = 0.05.

Resultados: La prevalencia de DS fue similar entre pacientes con SI y controles (22% vs. 36%, respectivamente, $p = 0.29$; Fig. 1). Las pacientes con SI, comparadas con los controles, mostraron menor puntaje en el dolor corporal (75.21 ± 16.85 vs. 83.33 ± 16.64, $p = 0.04$) y en el sumario físico (59.93 ± 6.42 vs. 63.9 ± 6.37, $p = 0.01$). Las pacientes con SI y DS mostraron una puntuación más baja en los dominios de salud mental, función física y función social comparadas con aquellas sin DS. Asimismo, las pacientes con SI y DS mostraron menor puntaje en el papel físico, la vitalidad, el funcionamiento social y los componentes sumarios físico (57.19 ± 5.56 vs. 64.01 ± 4.87, $p = 0.008$) y mental (41.31 ± 4.29 vs. 45.18 ± 3.55, $p = 0.03$) respecto de los controles con DS. Las demás comparaciones no mostraron diferencias.

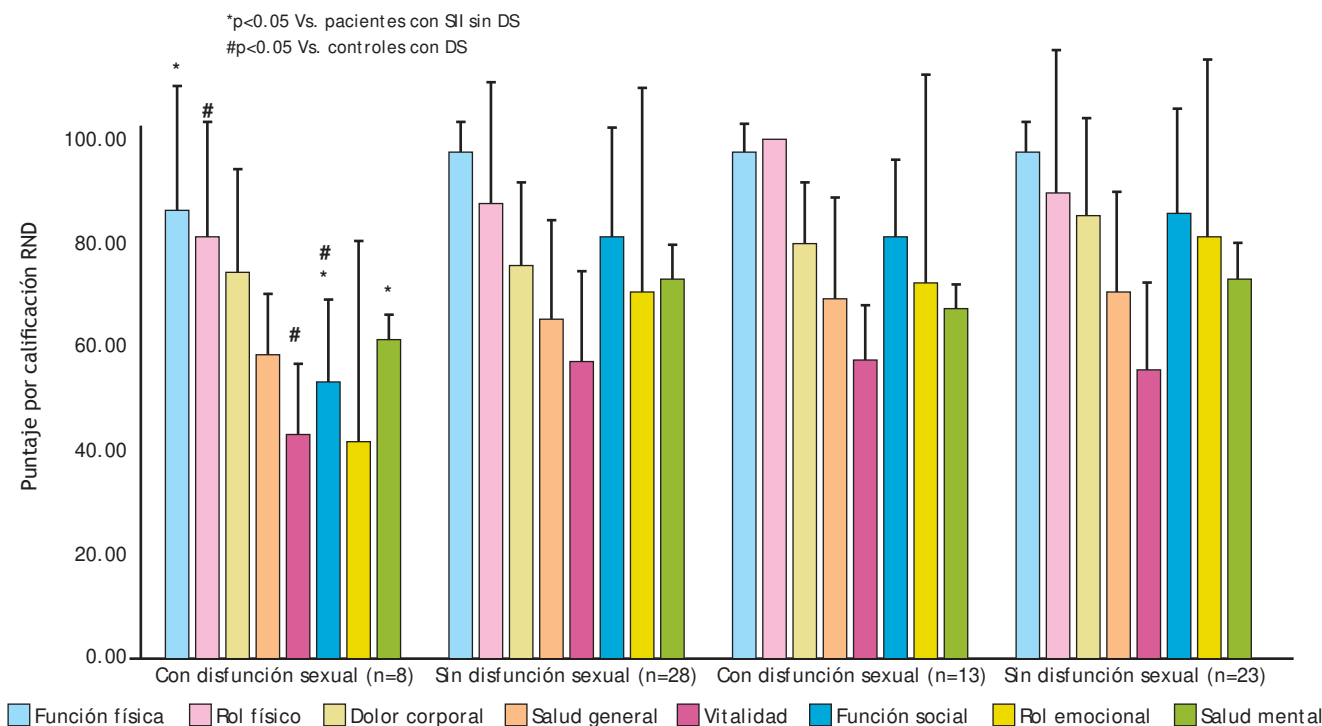
Conclusiones: Estos hallazgos muestran por primera vez que en los pacientes con síndrome de intestino irritable, la disfunción sexual atenúa la calidad de vida en los dominios de salud mental, función física y funcionamiento social. Adicionalmente, los pacientes con SI y DS muestran deterioro en los dominios papel físico, vitalidad, funcionamiento social y los componentes sumarios físico y mental comparados con mujeres con DS. La consideración de comorbilidades en pacientes con SI permitirá una medicina centrada en el paciente con decisión compartida³ que permita un enfoque diagnóstico y terapéutico más efectivo. Además, a través de este acercamiento es posible buscar posteriormente marcadores clínicos o biológicos que podrían intervenir en los mecanismos fisiopatológicos del SI.

Referencias

1. Int J Psychiatry Med 2018;53:159-170.
2. Digestion. 1998;59:79-85.
3. J Invest Surg. 2018 Nov 5;1-2. doi: 10.1080/ 08941939.2018.1526989.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Calidad de vida (SF-36) en mujeres con síndrome de intestino irritable SI y controles, con y sin disfunción sexual (DS).



Mar137

EFICACIA DE LA COMBINACIÓN ALVERINA/SIMETICONA MÁS FORMULACIÓN PROBIÓTICA i3.1 EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE PREDOMINIO DIARREA Y MIXTO, UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO CON PLACEBO

D. A. Barraza-Ortiz, A. Llorente-Ramón, G. A. Ramos-Aguilar, N. Pérez y López, S. M. I. Mejía-Loza, F. Zamarripa-Dorsey, Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SI) es un trastorno intestinal funcional crónico muy común; la microbiota normal y los probióticos interactúan con el huésped y se ha visto que mejoran la barrera intestinal. La formulación probiótica i3.1 (dos cepas de *Lactobacillus plantarum* (CECT7484 y CECT7485) y un *Pediococcus acidilactici* (CECT7483)) ha mostrado mejora de la calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable predominio diarrea (SI-D), sin estudios en la población mexicana; los antiespasmódicos tienen pocos estudios en población mexicana.

Objetivo: Determinar la eficacia en calidad de vida de la formulación probiótica i3.1 + alverina-simeticona en pacientes con SI-D y síndrome de intestino irritable predominio mixto (SI-M); objetivos secundarios: eficacia en dolor abdominal y consistencia de las evacuaciones.

Material y métodos: Se trata de un estudio clínico aleatorizado controlado con placebo en pacientes con SI-D y SI-M según los criterios de Roma IV del Hospital Juárez de México, entre septiembre del 2018 y mayo del 2019; se aleatorizó a 3 grupos de tratamiento a razón de 1:1:1. Grupo 1: formulación probiótica i3.1; grupo 2: alverina/simeticona más formulación probiótica i3.1; y grupo 3: placebo. Los 3 grupos de tratamiento durante 6 semanas. Se utilizó la escala IBS-QoL (0-100) para calidad de vida y se consideró respondedor un incremento ≥ 15 puntos sobre el basal; se utilizó la escala visual análoga para dolor (EVA 1-10) y respondedor se consideró aquel paciente que registrara $\geq 50\%$ de los días una reducción $\geq 30\%$ de su EVA inicial para su peor dolor abdominal, y escala de Bristol (1-7) para la consistencia de las heces, y se consideró respondedor aquel paciente que registrara $\geq 50\%$ de los días una puntuación de consistencia de las heces Bristol ≤ 5 . Se utilizó estadística descriptiva. Para variables nominales se utilizó la prueba exacta de Fisher, y la de Armitage para direccionalidad de efecto. Para variables continuas se usó ANOVA de un factor. Se empleó el programa estadístico SPSS V.22 y se consideró estadísticamente significativo un valor de $P < 0.05$.

Resultados: Dentro de las características basales de la población no se observan diferencias significativas entre grupos (Tabla 1). Se realizó un análisis por intención a tratar, y se perdieron en el seguimiento 4 pacientes; en cuanto a la respuesta del punto de evaluación primario (IBS-QoL) fue de 50% en el grupo 1, 68.4% en el grupo 2 y 16.7% en el grupo 3, con diferencia significativa entre grupos (valor $P = 0.005$). En los resultados secundarios, la respuesta al dolor abdominal, en el grupo 1: 38.9%, en el grupo 2: 57.9% y en el grupo 3: 16.7%, con diferencia significativa entre grupos (valor $P = 0.035$). En cuanto a diarrea, la respuesta fue de 44.4% en el grupo 1, 57.9% en el grupo 2 y 16.7% en el grupo 3, con diferencia significativa entre grupos y valor de $P = 0.032$. En los tres casos se confirma la hipótesis de efecto en la dirección combinación (antiespasmódico + probiótico) > probiótico > placebo ($P = 0.012$, $P = 0.011$ y $P = 0.002$ para diarrea, dolor abdominal y IBS-QoL, respectivamente).

Conclusiones: Existió mejoría en las 3 variables evaluadas con análisis por intención a tratar y se identificaron diferencias estadísticamente significativas intergrupos; se confirma la hipótesis de efecto en la dirección combinación > probiótico > placebo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características basales de la población por grupos de tratamiento

	Probióticos (18)	Probióticos + antiespasmódico (19)	Placebo (18)	Valor de P
Edad (años)	45.06	45.00	46.11	0.057
Femenino/ masculino	12/ 6	15/ 4	10/ 8	0.316
IMC	26.8	24.5	24.6	0.635
IBS-QoL	50.3	53.7	51.2	0.619
Dolor abdominal (EVA)	6.6	5.7	6.7	0.115
Hemoglobina (g/ dl)	13.7	13.8	13.4	0.150
Glucosa (mg/ dl)	87.1	89.7	87.7	0.514
Creatinina (mg/ dl)	0.59	0.57	0.65	0.272
Colesterol total (mg/ dl)	188.2	185.9	183.8	0.365
Tipo de SI: SI-D/ SI-M	9/ 9	9/ 10	11/ 7	0.718

IMC: índice de masa corporal. IBS-QoL: escala de calidad de vida. SI: síndrome de intestino irritable. SI-D: síndrome de intestino irritable predominio diarrea, SI-M: síndrome de intestino irritable predominio mixto. EVA: escala visual análoga.

Mar138

LA PRUEBA DE AIRE ESPIRADO (PAE) Y LACTEST SON COMPLEMENTARIOS PARA EVALUAR LA PRESENCIA DE HIPOLACTASIA PRIMARIA Y SECUNDARIA

E. Coss-Adame, M. F. García-Cedillo, L. Sadot-Cruz, S. E. Martínez-Vázquez, L. F. Uscanga-Domínguez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La prueba de aire espirado (PAE) con administración de 25 g de lactosa es un método utilizado para evaluar digestión deficiente de lactosa. Recientemente se ha incorporado una prueba que de manera indirecta mide la actividad de lactasa (Galactosil-Xilosa, Lactest®). La microbiota del colon fermenta la lactosa no digerida y produce H_2 y CH_4 . Existe un grupo de pacientes con producción prematura de H_2 (< 90 min) en el cual el resultado es cuestionable y podría relacionarse con hipolactasia secundaria vinculada con otras entidades, como síndrome de sobrepopulación bacteriana (SIBO).

Objetivo: Determinar la relación entre una PAE con pico prematuro y con hipolactasia evaluada con la prueba Lactest®.

Material y métodos: Se incluyó de manera consecutiva a pacientes que refirieron síntomas con el consumo de lácteos. Previo ayuno de 8 h y cepillado de dientes, se realizó PAE con lactosa de 25 g obteniendo muestras cada 15 min durante 4 h. Se definió PAE positiva al incremento ≥ 20 ppm de H_2 . En otra ocasión se realizó la prueba de Lactest, administrando 0.45 g de galactosil-xilosa con 700 ml de agua. Se recogió orina de 5 h posterior a su administración. Se consideró anormal un valor de xilosa en orina < 19.18 g/ dl. Se evaluó la presencia de pico prematuro de H_2 (< 90 min) en la PAE y su correlación con hipolactasia evaluada con Lactest. Los datos se presentan como medias y desviación estándar; las variables cualitativas se analizaron con χ^2 y las categóricas con *T* de Student bilateral.

Resultados: Se incluyó a 67 pacientes, 47 mujeres, con media de edad de 49.5 ± 15.3 años. Un total de 51 pacientes presentó hipolactasia, con media de 51.2 ± 15.2 años y 16 con actividad de lactasa normal, media de 47.6 ± 17.7 años. En 51 casos se observó una PAE positiva, pero en 49% ($n=25$) fue con un pico de H_2 prematuro. Al investigar la relación entre PAE con pico prematuro o pico tardío e hipolactasia, no se identificaron diferencias significativas entre el número de pacientes con hipolactasia en ambos escenarios de la PAE ($p=0.42$). Asimismo, no se hallaron diferencias significativas en el valor de Lactest en pacientes con pico prematuro 13.40 ± 13.21 contra el pico habitual de 19.30 ± 18.46 ($p=0.16$).

Conclusiones: La proporción de sujetos con PAE y pico prematuro no difiere de la que presenta pico habitual. Este estudio sugiere que la prueba de Lactest no puede diferenciar si la causa de hipolactasia es primaria o secundaria. Los pacientes con pico prematuro pueden presentar otras explicaciones, como SIBO, por lo que se requiere realizar PAE de forma complementaria para dilucidar la causa de la hipolactasia.

Financiamiento: Ninguno.

Mar139

GABAPENTINA COMO TERAPIA ADYUVANTE EN TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS

A. G. Rivera-Flores, J. A. González-Angulo Rocha, F. Zamarripa-Dorsey, Gastroclínica especializada

Introducción: Los trastornos gastrointestinales funcionales descritos en Roma IV son una de las afecciones más frecuentes en el consultorio médico; a pesar de su alta frecuencia, es una de las alteraciones más difíciles de tratar por muchas comorbilidades, sobre todo emocionales que presentan el 50% de estos pacientes. Es

por esto que se decidió aplicar la gabapentina, que es un medicamento con muy pocos efectos adversos y que ayuda a los pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales.

Objetivo: Demostrar que el uso de gabapentina mejora los síntomas gastrointestinales en los trastornos funcionales.

Material y métodos: Pacientes que cumplieran con los criterios de Roma IV para trastornos funcionales (pirosis funcional, globus, dispepsia funcional, *bloating*, SI indeterminado, SI diarrea, SI estreñimiento, SI mixto) en la Gastroclínica especializada de marzo de 2018 a mayo de 2019. Los grupos de tratamiento convencional fueron: en pirosis funcional, amitriptilina de 25 mg cada día; globus, IBP + procinético; dispepsia funcional, amitriptilina + IBP + procinético; *bloating*, amitriptilina + procinético; SI indeterminado, rifaximina + trimebutina + dimeticona; SI diarrea, rifaximina + loperamida + diosmectita; SI estreñimiento, laxante; SI mixto, rifaximina/laxante + trimebutina + dimeticona como tratamiento convencional. En tratamiento convencional más gabapentina se instituyó el mismo tratamiento, a excepción de los pacientes que tenían amitriptilina (se omitió éste y se agregó gabapentina). Todos recibieron tratamiento convencional o convencional más gabapentina por 1 mes junto con dieta, nutrición y psicología. La valoración de la respuesta al tratamiento se realizó con una encuesta del 1 al 10 de acuerdo con la mejoría presentada y considerando 6 una respuesta satisfactoria. Tipo de estudio: prospectivo y estudio clínico controlado. Análisis estadístico: riesgo absoluto en el grupo control, riesgo absoluto en el grupo con tratamiento, cociente de riesgo, riesgo relativo, reducción del riesgo relativo, reducción del riesgo absoluto, NNT.

Resultados: En los pacientes que recibieron tratamiento convencional más gabapentina, el riesgo absoluto fue de 6.88% vs. 29%; la reducción del riesgo absoluto fue de 22% con un NNT: 4.57 (véase **Tabla 1**).

Conclusiones: En este estudio, los pacientes con gabapentina + tratamiento convencional tuvieron una mejor respuesta en la mejoría de sus síntomas gastrointestinales. Por lo tanto, se sugiere realizar

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con trastornos funcionales digestivos

Características	Tratamiento convencional	Tratamiento convencional más gabapentina	Datos estadísticos
Anomalías funcionales			
Pirosis Funcional			Riesgo absoluto en el grupo control: 28.75%
Globus	20	20	Riesgo absoluto en el grupo con tratamiento: 6.88%
Dispepsia	20	20	Cociente de riesgo: 0.18
Funcional	20	20	Riesgo relativo: 23.91%
Bloating	20	20	Reducción del riesgo relativo: 76.09%
SI Indeterminado	20	20	Reducción del riesgo absoluto: 21.87% NNT: 4.57
SI diarrea	20	20	
SI estreñimiento	20	20	
SI mixto	20	20	
Pacientes	160	160	
Hombres	64	64	
Mujeres	96	96	
Edad	34 (± 12.5)	36 (± 13.2)	
Éxito de tratamiento			
Pirosis Funcional	15	19	
Globus	14	18	
Dispepsia	12	19	
Funcional	13	18	
<i>Bloating</i>	14	18	
SI indeterminado	16	19	
SI diarrea	16	19	
SI estreñimiento	14	19	
SI mixto			
Fracaso de tratamiento			
Pirosis Funcional	5	1	
Globus	6	2	
Dispepsia	8	1	
Funcional	7	2	
<i>Bloating</i>	6	2	
SI indeterminado	4	1	
SI diarrea	4	1	
SI estreñimiento	6	1	
SI mixto			

más estudios con gabapentina en vista de que es un medicamento accesible, no controlado, de bajo costo, que sí muestra una mejoría en estos pacientes.

Financiamiento: Ninguno.

Mar140

LOS FACTORES PSICOLÓGICOS TIENEN UN EFECTO VARIABLE SOBRE LA GRAVEDAD DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII) EN PACIENTES DE DIFERENTES PAÍSES: ESTUDIO MULTICULTURAL FOSQARP

M. J. Schmulson, D. Piacentino, M. C. Bolino, G. Iantorno, A. López-Colombo, R. Dickman, A. D. Sperber, F. Mearin, E. Corazziari, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, O.D.

Introducción: Los factores psicológicos se relacionan con el SII y pueden afectar la gravedad de los síntomas. Sin embargo, no está claro si las diferencias transculturales modifican los factores psicológicos y la gravedad de los síntomas.

Objetivo: Evaluar si las diferencias transculturales alteran los factores psicológicos y la gravedad del SII.

Material y métodos: Estudio observacional multicéntrico en pacientes de Argentina (n=57, f=81%, edad (mediana)=41 años), Israel (n=22, f=59%, 57), Italia (n=104, f=68%, 35), México (n=40, f=53%, 46) y España (n=20, f=75%, 39). Se empleó el Cuestionario de Roma III traducido y validado en cada país (aprobado por la Fundación de Roma), así como: 1) gravedad (Escala de Gravedad de Síntomas del

SII, IBS-SSS); 2) estado psicopatológico (Lista de Síntomas 90-Revisado: SCL-90-R); 3) alexitimia (Escala de Alexitimia de Toronto: TAS-20); 4) resiliencia (Escala de Resiliencia Disposicional: DRS); 5) estilo de apego en las relaciones (Escala de Experiencias en Relaciones de Pareja: ECR); y 6) vulnerabilidad al estrés (Escala de Vulnerabilidad al Estrés: SVS). El análisis estadístico se realizó con χ^2 y Conover-Iman y corrección de Bonferroni para múltiples comparaciones, entre los países. La correlación de factores psicológicos con el IBS-SSS se realizó con rho de Spearman.

Resultados: Los principales resultados se muestran en la **Tabla 1**. El IBS-SSS varió de 185 en México a 331 en Israel. Las alteraciones psicológicas se presentaron en el 40% de pacientes en México a 72% en Argentina. Los mayores grados de ansiedad y ansiedad fóbica se notificaron en Argentina y España. La evasión y ansiedad en el ECR fueron menores en Italia y España, seguidas por Israel y México. En general, no se encontraron alteraciones en el DRS y la vulnerabilidad al estrés no varió entre los países. El 85% de alexitimia en España excedió las bajas tasas de los demás. A pesar de que el IBS-SSS fue significativamente más alto en Israel respecto de Argentina, México e Italia, ninguno de los factores psicológicos se correlacionó con la gravedad en ninguno de los países, excepto SCL-90-R GSI (rho=0.23), somatización (0.35), ansiedad (0.23) y hostilidad (0.22) en Italia y alexitimia (0.35) en Argentina.

Conclusiones: Los factores psicopatológicos (estado general, somatización, estilo de apego) mostraron sobrerrepresentación en SII con muy poca variación entre los países, pero sin correlación consistente con la gravedad. En todos los países, los pacientes registraron resiliencia y baja vulnerabilidad al estrés, ninguno relacionado con la gravedad del SII. Finalmente, el ambiente sociocultural se vinculó con el estado psicológico, ansiedad y alexitimia y con su correlación con la gravedad del SII.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la realización de este estudio.

Tabla 1

Variable	1. Argentina	2. Israel	3. Italia	4. México	5. España	p<0.001
IBS-SSS: mediana (IQR)	258 (160-316)	331 (262-380)	242 (180-310)	185 (132-160)	244 (176-360)	1 vs. 2; 2 vs. 3; 2 vs. 4
SCL-90 GSI: mediana (IQR)	1.06 (0.54-1.60)	0.70 (0.21-1.38)	0.55 (0.29-0.81)	0.41 (0.13-0.86)	0.80 (0.54-1.40)	1 vs. 3; 1 vs. 4; 4 vs. 5
SCL-90 GSI: alteraciones (%)	71.9	54.5	49	40	70	1 vs. 3; 1 vs. 4
GSI Somatización: mediana (IQR)	1.25 (0.50-2.17)	1.42 (0.25-2)	0.67 (0.33-1)	0.62 (0.33-1.25)	1.04 (0.58-1.42)	1 vs. 3; vs. 4
GLS Ansiedad: mediana (IQR)	1.30 (0.60-2)	0.75 (0.10-1.10)	0.30 (0.30-0.80)	0.40 (0-0.85)	1.05 (0.48-1.55)	1 vs. 2; 1 vs. 3; 1 vs. 4; 3 vs. 5; 4 vs. 5
GLS Ansiedad fóbica: mediana (IQR)	0.43 (0-1)	0.14 (0-0.43)	0 (0-0.29)	0.07 (0-0.29)	0.50 (0.21-1.21)	1 vs. 3; 1 vs. 4; 3 vs. 5; 4 vs. 5
ECR Evasión: mediana (IQR)	54 (42-70)	52 (44-65)	39 (27-58)	55 (44-72)	44 (38-56)	1 vs. 3; 3 vs. 4
ECR Ansiedad: mediana (IQR)	69 (49-82)	51 (33-56)	58 (39-82)	46 (37-74)	62 (45-79)	1 vs. 2; 1 vs. 4
Alexitimia: (%)	17.5	4.5	10.6	7.5	85.0	1 vs. 5; 2 vs. 5; 3 vs. 5; 4 vs. 5
DRS Total: mediana (IQR)	28 (24-31)	30 (26-35)	32 (27-36)	34 (31-38)	28 (25-30)	1 vs. 3; 1 vs. 4; 3 vs. 4; 3 vs. 5; 4 vs. 5
SVS Total: mediana (IQR)	26 (20-34)	26 (17-33)	26 (18-34)	24 (16-34)	21 (17-28)	NS

IQR: rango intercuartil