

# CUESTIONARIO DE DISOCIACION SOMATOFORME

## SDQ 20

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven  
Versión en Castellano por Olaf Holm, (Revisión 2007)

## INSTRUCCIONES

Este cuestionario pregunta acerca de diferentes síntomas o experiencias corporales que usted puede haber tenido brevemente o durante más tiempo.

Por favor, indique hasta qué punto estas experiencias se aplican a su caso **durante el año pasado**.

Para cada afirmación, rodee con un círculo el número de la columna que mejor se le aplica.

Las posibilidades de respuesta son:

- 1 = No tiene nada que ver conmigo
- 2 = Se corresponde un poco con mi experiencia
- 3 = Se corresponde moderadamente con mi experiencia
- 4 = Se corresponde bastante con mi experiencia
- 5 = Se corresponde al máximo con mi experiencia

Si un síntoma o experiencia refleja lo que le sucede a usted, por favor indique si algún médico lo ha relacionado con una **enfermedad física**, rodeando con un círculo la palabra NO o SI de la columna “¿Se conoce la causa física?”. Si ha marcado el SI, por favor escriba la causa física (si la sabe) en la línea de puntos.....

Ejemplo:

Síntoma o experiencia	Grado en el que se corresponde con lo que a usted le sucede	¿Hay una causa física conocida?
A veces mis dientes rechinan	1 2 3 4 5	NO SI.....
Tengo calambres en las pantorrillas	1 2 3 4 5	NO SI.....

**Si** Ud. ha rodeado con un círculo el 1 de la primera columna, que significa NUNCA, NO necesita responder a la pregunta “¿se conoce la causa física?”.

Si rodea con un círculo el 2, 3, 4, o 5, DEBE rodear también la palabra SI o NO de la columna “¿Hay una causa física conocida?”.

Si responde **SI** en el apartado “¿Hay una causa física conocida?”, escriba cuál es si la conoce.

Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar. Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO SDQ-20

<b>Síntoma o experiencia</b>	<b>Grado en el que se corresponde con lo que a usted le sucede</b>	<b>¿Hay una causa física conocida?</b>
1. Tengo problemas al orinar	1 2 3 4 5	NO SI.....
2. Me desagradan sabores que habitualmente me gustan (exceptuando durante el embarazo o la menstruación)	1 2 3 4 5	NO SI.....
3. Oigo los sonidos cercanos como si vinieran de lejos	1 2 3 4 5	NO SI.....
4. Tengo dolor al orinar	1 2 3 4 5	NO SI.....
5. Siento mi cuerpo, o parte de él, entumecido	1 2 3 4 5	NO SI.....
6. Las personas o cosas parecen más grandes de lo habitual	1 2 3 4 5	NO SI.....
7. He tenido un ataque que se parece a una crisis epiléptica	1 2 3 4 5	NO SI.....
8. Mi cuerpo, o parte de él, es insensible al dolor	1 2 3 4 5	NO SI.....
9. Me desagradan olores que habitualmente me gustan	1 2 3 4 5	NO SI.....
10. Me duelen los genitales (exceptuando durante las relaciones sexuales)	1 2 3 4 5	NO SI.....
11. Hay momentos en que no puedo oír (como si estuviera sordo)	1 2 3 4 5	NO SI.....
12. Hay momentos en que no puedo ver (como si estuviera ciego)	1 2 3 4 5	NO SI.....
13. Veo las cosas que me rodean diferentes de lo habitual (ej: como viéndolas por un túnel o viendo sólo una parte)	1 2 3 4 5	NO SI.....
14. Puedo oler mucho MEJOR o PEOR que habitualmente (aunque no tenga catarro)	1 2 3 4 5	NO SI.....
15. Es como si mi cuerpo, o parte de él, hubiera desaparecido	1 2 3 4 5	NO SI.....
16. No puedo tragar o me cuesta mucho trabajo tragar	1 2 3 4 5	NO SI.....
17. Paso noches enteras sin dormir, pero durante el día estoy muy activo	1 2 3 4 5	NO SI.....
18. No puedo hablar (o sólo con gran esfuerzo) o sólo puedo susurrar	1 2 3 4 5	NO SI.....
19. Me quedo paralizado por momentos	1 2 3 4 5	NO SI.....
20. Me quedo rígido por momentos	1 2 3 4 5	NO SI.....

Antes de continuar por favor fíjese **si ha contestado a las 20 preguntas** o afirmaciones anteriores.

Además, cumplimente por favor estos datos y señale con una X lo que se aplica a su caso:

21. Edad: ..... años

22. Sexo: Mujer..... Hombre.....

23. Estado civil:

- Soltero....
- Casado....
- Vive en pareja....
- Separado....
- Divorciado....
- Viudo....

24. Estudios:

- Básicos (Primarios, E.G.B., Graduado escolar).....
- Diplomado (s).....
- Licenciatura (s).....
- Doctorado(s).....
- Años en total.....

25. Fecha de hoy

26. Nombre ..... .....