

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE ORIGEN DEL SÍNTOMA EN
PACIENTES CON SFMNE

Por

Dra. Verónica Lizeth Gómez Frías

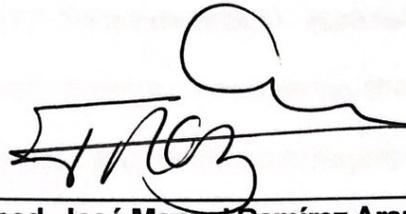
COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ABRIL, 2018

**TEST-RETEST Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE
ORIGEN DEL SÍNTOMA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS FÍSICOS
MEDICAMENTE NO EXPLICABLES**

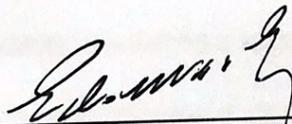
Aprobación de la tesis:



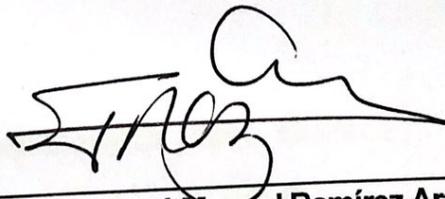
Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda
Director de la tesis



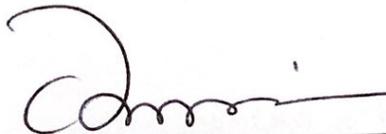
Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
1er. Asesor



Dr. Eduardo Méndez Espinosa
2ndo. Asesor



Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda
Coordinador de Investigación



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

CAPÍTULO 1

RESUMEN

Introducción: Los pacientes con Síntomas Físicos Medicamente no Explicables (SFMNE), son muy frecuentes en las consultas de atención médica de primer nivel. Estos síntomas en gran parte de los casos tienen un origen psicosocial los cuales no se les logran integrar en un diagnóstico orgánico. Se diseñó la Escala de Percepción de Origen del Síntoma en Pacientes con Síntomas Físicos Medicamente No Explicables elaborada con 12 reactivos, con validez de contenido y de constructo, confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.95. El contar con una escala que mida la percepción que tiene el paciente sobre el origen de su síntoma, sobre todo cuando piensa que es psicosocial, ayudaría enormemente al médico familiar para definir y establecer su abordaje con el paciente.

Objetivo: Validar la escala de Percepción del Origen del Síntoma en pacientes con Síntomas Físicos Medicamente No Explicables y comprobar la confiabilidad en términos de estabilidad en el tiempo.

Material y Métodos: El estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario “Dr. José E. González”, con 600 pacientes en un muestreo no probabilístico por conveniencia, 300 con SFMNE y 300 con una patología orgánica muy definida. A 200 de ellos reclutados en una segunda fase del estudio (100 con y 100 sin SFMNE) se les aplicó la Escala de Percepción de Origen del Síntoma en dos ocasiones (test - retest) con intervalo de 15 días de diferencia. Se utilizaron estadísticos de tendencia central para las variables demográficas. Para la

valoración del test – retest se utilizó coeficiente de correlación intraclase, además se obtuvo alfa de Cronbach. Para la validez se usó el análisis factorial con componentes principales.

Resultados.

Se confirmó la escala bidimensional, con 9 reactivos en la dimensión psicosocial y tres 3 reactivos se agruparon en la dimensión orgánica. La dimensión psicosocial mostró una varianza de 49.7%. La prueba de bondad de ajuste de la escala en estudio presentó un valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .859 lo cual denota buena intercorrelación entre las variables y con una especificidad de Barlett estadísticamente significativa ($X^2=995.189$, $gl=66$, y $p<0.0001$), lo cual indica que hay correlación entre las variables. Confiabilidad buena con Alfa de Cronbach de 841.

El Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para el test – retest fue de .811 con intervalo de confianza 95% de .768 - .849 ($p<.00001$), lo que significa que la correlación es fuerte, con asociación lineal positiva.

Conclusiones: Se realizó el análisis factorial exploratorio de la escala, confirmó los hallazgos anteriores reagrupándose los reactivos en dos dimensiones: psicosocial y orgánica. La aplicación del test – retest de la Escala de Percepción de Origen del Síntoma en Pacientes con Síntomas Físicos Medicamente No Explicados, tuvo una confiabilidad alta, demostrando con ello que el instrumento mide de manera consistente la percepción que tienen los pacientes sobre sus síntomas.

CAPITULO II

INTRODUCCIÓN

El antecedente de los Síntomas Físicos Medicamente No Explicados está incluido en el trastorno de histeria o síndrome de Briquet.¹ La palabra histeria, es procedente del griego “hysteron”, la cual significa útero, le hizo a Hipócrates referir que este órgano era el causante de este mal y llegó a considerarla una enfermedad exclusiva de las mujeres, teniendo una variedad amplia de síntomas entre los cuales destacan mareos, insomnio, pesadez abdominal, espasmos musculares, irritabilidad, dolores de cabeza, pérdida de apetito y tendencia a causar problemas.²

Llamamos Síntomas Físicos Medicamente No Explicables (SFMNE) a los síntomas caracterizados por patrones de quejas somáticas persistentes cuyos exámenes y esfuerzos para llegar a un diagnóstico no revelan una patología orgánica.

Muchos pacientes presentan y padecen estos síntomas crónicamente, por lo que en la literatura lo relacionan con la expresión de dificultades emocionales, ya sean interacciones psicológicas, familiares y sociales.³ Por ello en la Atención Primaria, es habitual lidiar con una amplia variedad de problemas con variado impacto en el individuo y la familia.⁴

En el enfoque preventivo del especialista en medicina familiar, es indispensable adelantarse a circunstancias previsibles en la vida del individuo y su familia,

desplegando actividades para atenuar el impacto de un evento crítico y, posibilitar que el individuo vuelva a su canal saludable o en caso de la familia, que recupere su homeostasis.

Experimentar este tipo de síntomas es un fenómeno muy común en casi cualquier situación vital humana, muy especialmente cuando la experiencia lleva sufrimiento.⁵

La investigación ha proporcionado evidencia de que los pacientes con SFMNE tienden a atribuir sus síntomas a disfunciones o enfermedades orgánicas.⁶

Los síntomas sin explicación médica son muy frecuentes en la atención primaria. En una serie clínica, en el 20-84% de los pacientes que acudieron al médico de atención primaria con palpitaciones, dolor torácico, cefalea, fatiga o mareo no se encontró una causa orgánica clara.⁷ Las personas suelen experimentar síntomas como dolores de cabeza, fatiga, dolor músculo esquelético, problemas de sueño, trastornos intestinales, entre otros, que no están relacionados con condiciones médicas.⁸

Desde un punto de vista psicopatológico, la presencia de quejas y preocupaciones somáticas no justificadas, constituyen el común denominador de un grupo de trastornos, representando entre el 16% al 32% de prevalencia; y del 30% al 70% de estas consultas permanecen sin explicación clínica en la atención médica de primer nivel.³

La mayoría de los médicos se basan sólo DSM-IV para diagnosticar y clasificar a los pacientes con síntomas médicamente inexplicables (SFMNE), pero la gran mayoría de DSM-IV diagnósticos somatoformes no han sido validados. Además, entre otras deficiencias, DSM-IV no tiene en cuenta las comorbilidades médicas que probablemente agravado el problema.⁹

Parecen ser consistentes los resultados de las investigaciones de los SFMNE más habituales, los cuales suelen coincidir con los enumerados por el PHQ 15.¹⁰

Kroenke (2002), es el autor que ha estudiado de forma más sintética en las últimas dos décadas el problema de los SFMNE en la población general y en las consultas médicas. Sus principales conclusiones son las siguientes: a) Un 80% de la población general experimenta algún síntoma somático durante el periodo de un mes, pero la mayoría de estos síntomas son autolimitados, pues solo se consulta por un 25% de los mismos, b) Las variables más determinantes en relación con la búsqueda de ayuda sanitaria por causa de estos síntomas son las expectativas y preocupaciones negativas sobre ellos, c) Aproximadamente 75% de los síntomas son autolimitados en pocas semanas, mientras que el restante 20-25% se mantienen durante un tiempo mayor.⁹

Estos síntomas resultan en costos altos para los sistemas de atención de salud,¹¹ por la gran utilización de recursos y la utilización de interconsultas a segundo y tercer nivel de atención médica, por lo cual estos pacientes resultan un reto para el médico familiar, tanto para el diagnóstico como para su tratamiento.

En otras especialidades, a los pacientes que presentan estos síntomas, se les diagnostican como síndromes somáticos funcionales específicos (p. ej., fibromialgia en reumatología, fatiga crónica en medicina interna o síndrome de intestino irritable en gastroenterología)⁶. La confusión que produce esta variación en el diagnóstico según los especialistas médicos que atienden a estos pacientes generan grandes debates y complican la valoración objetiva de los problemas que subyacen en ellos.

En la Atención Primaria, el médico familiar tiene la tarea de hacer un abordaje integral para detectar circunstancias de la vida del individuo y del desarrollo familiar que pueden causar situaciones estresantes o “crisis” que pueden ocasionar la aparición de SFMNE.

En las sesiones del Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario, UANL se revisan casos de familias donde se evidencia la importancia de que el paciente perciba el origen de su síntoma como psicológico u orgánico. Realizando intervenciones de Técnica de Solución de Problemas dentro del de trabajo con familias en pacientes con SFMNE, en un máximo de 3 sesiones, se ha logrado mediante las técnicas de clarificación, educación, intervención en crisis, re-etiquetamiento positivo, entre otras, la disminución de la intensidad de los síntomas con problemas familiares, sociales, económicos, entre

otros, que nuestro paciente logre identificar su síntoma como respuesta al estrés o alguna crisis.^{12, 13, 14}

Se presentó el caso de una paciente joven de 15 años, soltera, estudiante de preparatoria, estatus social clase media-alta, padres separados desde hace un año, sin antecedentes heredofamiliares, ni antecedentes personales patológicos, con dolor abdominal ocasional acompañado de estreñimiento alternado con evacuaciones diarreicas, por lo cual ella piensa en tener una patología orgánica (cáncer colorrectal). Al utilizar las técnicas de abordaje antes mencionadas y con una buena relación médico-paciente, se logró clarificar a la paciente que su síntoma es consecuencia de una crisis familiar, la cual se agrava cuando sus padres discuten. En este caso se logra identificar el síntoma como de origen psicológico y se realiza una atención integral, incluyendo a la familia, para abordar y mejorar los síntomas.

Es indispensable establecer desde la primera consulta las maniobras de unión adecuadas para lograr llegar a este enfoque terapéutico. De manera contraria la paciente seguirá pensando en tener una enfermedad grave, lo que ocasiona múltiples consultas, síntomas persistentes y elevación de gastos en el sector salud.

Puede resultar ventajoso clasificar a este grupo de pacientes para facilitar un tratamiento eficaz, reducir el costo y morbilidad de intervenciones necesarias. Por ello, Robert Cs y Dwamena FC (2007), proponen una clasificación que cuantifica

la comorbilidad médica primaria, distinguiendo los somatizadores y las enfermedades agudas menores. Esta clasificación se basa en tres parámetros: gravedad, duración y comorbilidades asociadas. Ubica a los pacientes en un espectro leve (sano preocupado) 80%, moderado y severo a los cuales corresponden 20% de los pacientes.⁵

Nuestra postura es que para el abordaje terapéutico, lo que el paciente piense acerca del origen de su enfermedad puede establecer una gran diferencia en cuanto a que responda o no a una intervención psicosocial. Cuando se trabaja exclusivamente con el modelo biomédico el diagnóstico de síntomas medicamente inexplicables suele ser el resultado final de un largo proceso de exclusión de una enfermedad orgánica, lo que resulta costoso y frustrante para médicos e incluso peligroso para los pacientes al realizar múltiples consultas y utilizar onerosos servicios de salud, sin una mejoría de sus síntomas.^{3,11}

El contar con una escala que mida la percepción que tiene el paciente sobre su síntoma, sobre todo la psicosocial, ayudaría enormemente al médico familiar para definir y establecer su abordaje con el paciente.

La respuesta al abordaje psicosocial de los pacientes con síntomas físicos medicamente inexplicables, dependerá de la percepción que los pacientes tengan sobre sus síntomas, siendo más simple en aquellos que consideren que su sintomatología está asociada a factores psicosociales, (estrés) que en aquellos que aseguren que su síntoma es resultado de una patología orgánica.

En una forma mecánica se piensa que la remoción de la causa orgánica traerá consigo la recuperación de la salud. En el caso de un factor emocional la causa es menos evidente porque no se comprende como este estados de ánimo provoca el síntoma.

En el año 2013, se elaboró la escala de Percepción de Origen del Síntoma en Pacientes con Síntomas Físicos Medicamente No Explicables para identificar el origen del síntoma en pacientes con SFMNE, la cual consta de 12 reactivos. En su análisis factorial exploratorio se revelaron dos factores principales uno referente a la atribución psicológica de síntomas y otro a atribución orgánica. El estudio se llevó a cabo en la consulta externa del Hospital Universitario “Dr. José E. González” incluyendo 400 pacientes divididos en dos grupos de 200 pacientes cada uno. Correspondiendo el primer grupo a pacientes mayores de 18 años, con una enfermedad de alta sospecha de ser emocional o psicológica y el segundo grupo a pacientes mayores de 18 años, con un diagnóstico orgánico ya establecido a base clínica. Se validó esta escala con la técnica de componentes principales y se comprobó la confiabilidad con alfa de Cronbach fue de .95, sin embargo, no se estableció la fiabilidad a través del test-retest.¹⁵

El propósito de esta investigación es establecer la fiabilidad a través del test-retest de la escala de Percepción del Síntoma, corroborando las otras

propiedades psicométricas como la confiabilidad por Alfa de Cronbach, y la validez de constructo.

CAPITULO III

Objetivo general

El objetivo general es confirmar las propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad de la Escala de Percepción de Origen del Síntoma en Pacientes con Síntomas Físicos Medicamente No Explicables en la muestra total.

Objetivos específicos.

1.-Demostrar la estabilidad de la escala de Percepción de Origen del Síntoma en Pacientes con Síntomas Físicos Medicamente No Explicables por medio de la prueba de test - retest con 15 días de diferencia.

CAPITULO IV

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Validación de una escala. **Universo:** Pacientes de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José E. González” y referencias de las consultas externas del Hospital Universitario de otras especialidades gastroenterología, otorrinolaringología, medicina interna y reumatología, quienes eran atendidos subsecuentemente en dichas consultas, cumpliendo como requisito la práctica de una gran cantidad de exámenes, los cuales en su mayoría no reportaron alteraciones.

Se incluyeron dos poblaciones de estudio, una muestra de 400 pacientes (200 con SFMNE y 200 con patología orgánica) tomados un antes en los mismos sitios y una población reciente de 200 pacientes (100 con SFMNE bajo los mismos criterios y 100 con patología orgánica).

La población de SFMNE correspondió a pacientes con uno o varios síntomas inespecíficos con alta sospecha de ser de origen emocional o psicológico, valorados en la consulta de Medicina Familiar, u otras consultas de segundo o tercer nivel, referidos a psiquiatría de enlace del mismo hospital por persistencia de sintomatología a pesar del tratamiento y exámenes normales y el segundo grupo estaba constituido por pacientes con alta probabilidad de un diagnóstico orgánico definido, provenientes de la consulta externa de las especialidades o subespecialidades ya mencionadas.

Criterios de Inclusión:

- **Grupo 1:** Se incluyeron 300 pacientes mayores de 18 años, de género indistinto, con diagnóstico de SFMI (de acuerdo al PHQ-15; a los criterios de Smith y Dwamena y el principio de Reid y cols. 2002) con su aceptación a participar en el estudio.
- **Grupo 2:** (Padecimientos orgánicos o No SFMNE). Se incluyeron 300 pacientes mayores de 18 años, género indistinto, con un diagnóstico orgánico ya establecido en base a clínica y estudios de gabinete positivos, que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- **Grupo 1:** Se excluyeron pacientes que hubieran recibido tratamiento para padecimientos psiquiátricos o trabajo con familias en el servicio de Medicina Familiar, así como pacientes con abuso de sustancias.
- **Grupo 2:** Se excluyeron pacientes que no tuvieran un diagnóstico orgánico dudoso o pacientes que hubieran recibido tratamiento psiquiátrico o trabajo con familias en el servicio de Medicina Familiar, así como pacientes con abuso de sustancias.

Criterios de eliminación:

- **Grupo 1:** Pacientes cuyas encuestas mostraron datos incompletos

- **Grupo 2:** Pacientes cuyas encuestas mostraron datos incompletos

Tipo de muestra: No probabilística por conveniencia, durante dos tiempos

Tamaño de la muestra: Se consideró que 300 sujetos en cada uno de los grupos era suficiente para demostrar una diferencia, si existía dado que ambos procederían de poblaciones previamente seleccionadas (Una consulta de referencia para pacientes con probables problemas emocionales y consultas de problemas orgánicos).

Instrumento de recolección de datos:

El instrumento utilizado en ambas muestras poblacionales es exactamente el mismo, aplicado en las mismas condiciones el cual consta de:

I Sección de Tamizaje (Procedencia del paciente).

II Identificación de síntomas inespecíficos

III Sección de diagnóstico de SFMI, utilizando el principio de Reid y cols. 2002, el cual afirma que un síntoma se considera como tal si existe evidencia de negatividad de estudios clínicos completos, además de cualquiera de estos 2 criterios: la correlación del síntoma con un problema psicosocial o el diagnóstico de algún síndrome médicamente no explicado como fibromialgia, síndrome de colon irritable, entre otros.

IV Sección cédula de la entrevista (Datos demográficos)

V Las características del síntoma inespecífico. (o del principal autodefinido por el paciente cuando eran varios)

VI Sección de aplicación de la escala de “Percepción del Origen del Síntoma”, la cual consta de 12 reactivos dirigidos al paciente.

La escala de Percepción originalmente constaba de 18 reactivos (9 psicológicos y 9 orgánicos) la cual se redujo mediante análisis factorial a una escala de 12 reactivos demostrando dos componentes uno psicosocial con los 9 reactivos y otro orgánico con solo 3).¹⁵

Procedimiento de aplicación:

Se abordó en la consulta de Medicina Familiar del Hospital Universitario a los pacientes subsecuentes en dicha consulta o bien los referidos de las distintas especialidades de la consulta externa del Hospital Universitario. Se les realizó la valoración, estudios de gabinete e imagen correspondientes como parte de la atención médica necesaria del paciente, cuyos resultados fueron utilizados para la de investigación. Posteriormente el médico tratante, le comentó al paciente acerca de este trabajo y brindado su consentimiento informado se procedió a participar en el llenado del instrumento autoaplicado y escala de Percepción del Síntoma. Así se recabó una muestra de 400 pacientes. Un año después y con la finalidad de probar su fiabilidad se reclutó otra muestra bajo las mismas

condiciones y medidas para comprobar la fiabilidad. Al momento a los 15 días posteriores, (Test- retest).

Análisis estadístico:

Mediante la captura de los datos obtenidos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión para las variables demográficas de: género, estado civil, edad, escolaridad y ocupación, características del síntoma entre otros. Se elaboraron tablas de contingencia y valoración de la relación intra clase; en una segunda muestra se usó test-retest para la valoración de la fiabilidad.

Se analizó utilizando el programa estadístico para ciencias sociales, SPSS-PC (versión 20.0). Se llevaron a cabo análisis univariados para describir las medidas de tendencia central y la variabilidad de las puntuaciones obtenidas, y análisis multivariado para analizar la confiabilidad y validez del instrumento. La consistencia interna se midió con el coeficiente Alfa de Cronbach. Para determinar si los datos se ajustaban al análisis factorial (AF), se calculó el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), se justificó el análisis factorial si el índice era mayor que 0.7. También se calculó la prueba de esfericidad de Bartlett. Se realizó el AF exploratorio con el método de componentes principales con rotación Varimax para todas las variables que componían del cuestionario (12 reactivos). Se tomaron en cuenta los siguientes criterios para la elección de los factores y los reactivos ítems que lo conforman, Los factores debían tener un valor propio

mayor que 1, la afirmación debía tener una saturación (carga factorial) igual o superior a 0,50, la pregunta se debía incluir en un solo factor; (aquel en el que presentara un mayor nivel de saturación), debía poseer una congruencia conceptual entre todas las preguntas que se incluyan en un factor y un factor debía estar conformado por tres o más preguntas.

Para medir la fiabilidad se usó el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para el test – retest con intervalo de confianza 95%.

Aspectos éticos: La encuesta se realizó previo consentimiento informado. El presente trabajo se realizó apegado a la normativa establecida en el Reglamento General de Salud en materia de investigación para la salud, tratándose de acuerdo a lo señalado en el artículo 17 fracción I de una investigación sin riesgo. Además, se apegó a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Declaración de Helsinki vigente. Se registró en el Comité de ética e investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” con la clave de Registro MF17-00001.

CAPITULO V

RESULTADOS

Tabla 1.
Características demográficas por grupo

| Variable | SFMNE | | SIN SFMNE | | VALOR P |
|---|--------------|-----------|------------------|-----------|----------------|
| | fx | % | fx | % | |
| GÉNERO | | | | | |
| Masculino | 79 | 44.9 | 97 | 55.1 | NS |
| Femenino | 221 | 52.1 | 203 | 47.9 | |
| ESTADO CIVIL | | | | | |
| Soltero | 82 | 50.9 | 79 | 49.1 | .00001 |
| Casado | 101 | 39.8 | 153 | 60.2 | |
| Viudo | 22 | 52.4 | 20 | 47.6 | |
| Separado/Divorciado | 45 | 66.2 | 23 | 33.8 | |
| Unión Libre | 50 | 66.7 | 25 | 33.3 | |
| ESCOLARIDAD | | | | | |
| Primaria Incompleta y menos | 42 | 50.6 | 41 | 49.4 | NS |
| Primaria completa y Secundaria Incompleta | 67 | 47.2 | 75 | 52.8 | |
| Secundaria Completa | 80 | 49.4 | 82 | 50.6 | |
| Prepa/Técnica y Profesional | 111 | 52.1 | 102 | 47.9 | |
| OCUPACIÓN | | | | | |
| Comerciante | 25 | 59.5 | 17 | 40.5 | <.01 |
| Desempleado | 36 | 75.0 | 12 | 25.0 | |
| Hogar | 128 | 49.0 | 133 | 51.0 | |
| Estudiante | 25 | 48.1 | 27 | 51.9 | |
| Empleado | 19 | 46.3 | 22 | 53.7 | |
| Ayudante Doméstico | 8 | 47.1 | 9 | 52.9 | |
| Otras Ocupaciones | 59 | 42.4 | 80 | 57.6 | |
| Variables numéricas | | | | | |
| | SFMNE | | SIN SFMNE | | VALOR P |
| | Media | DE | Media | DE | |
| Edad (Años) | 40.7 | 15.1 | 43.5 | 15.4 | P<.05 |

Se analizaron los resultados de 600 pacientes, predominando el género femenino en el grupo de SFMNE 52.1% y el género masculino en el grupo de padecimientos orgánicos 55.1%, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Se encontraron diferencias significativas en el estado civil, con una mayor cantidad de separados/divorciados y en unión libre en el grupo SFMNE (66.2% y 66.7% vs 33.8 y 33.3%, respectivamente, $p = <.0001$). Además, existió mayor proporción de desempleados en el grupo SFMNE (75% vs 25%, $p = <.01$). No hay diferencia entre los grupos en cuanto a escolaridad. El promedio de edad es mayor en los pacientes sin SFMNE (43.5 vs 40.7) en forma estadísticamente significativa.

Tabla 2.
Síntoma principal por sistemas

| Variable | SFMNE | | NO SFMNE | |
|------------------|-------|------|----------|------|
| | fx | % | fx | % |
| Gastrointestinal | 72 | 56.2 | 56 | 43.8 |

| | | | | |
|---------------------|----|-------------|----|--------------|
| Neurológico | 40 | 66.7 | 20 | 33.3 |
| ORL | 20 | 36.4 | 35 | 63.6 |
| Musculo esquelético | 50 | 34.5 | 95 | 65.5 |
| Cardiovascular | 47 | 82.5 | 10 | 17.5 |
| Reproductivo | 0 | 0.0 | 14 | 100.0 |
| Respiratorio | 25 | 59.5 | 17 | 40.5 |
| Urinario | 2 | 6.5 | 29 | 93.5 |
| Oftalmológico | 0 | 0.0 | 3 | 100.0 |
| General | 44 | 67.7 | 21 | 32.3 |

SFMNE n=300
No SFMNE n=300

Analizando las características de síntoma principal por sistemas en el grupo SFMNE, predominaron como síntomas principales los cardiovasculares con 82.5% vs 17.5%, neurológicos 66.7% vs 33.3% en el otro grupo y gastrointestinales 56.2% vs 43.8%, respectivamente comparado con el grupo con padecimiento orgánico.

Por el contrario, en el grupo con enfermedad orgánica demostrada, predominaron los síntomas oftalmológicos 100% vs 0%, síntomas generales urinarios 93.5% vs 6.5%, síntomas del sistema músculo esqueléticos 65.5% vs 34.55%,

otorrinolaringológicos 63.6% vs 36.4%, comparados con el grupo 1 respectivamente (*Tabla 2*).

Tabla 3.
Características del síntoma

| Variable | | SFMNE | | NO SFMNE | | VALOR P |
|----------------------------------|-----------|-------|-------------|----------|-------------|---------|
| | | Fx | % | Fx | % | |
| Al menos 3 síntomas | <u>SI</u> | 280 | 58.7 | 197 | 41.3 | <.0001 |
| | <u>NO</u> | 20 | 16.3 | 103 | 83.7 | |
| Duración <6 meses | <u>SI</u> | 73 | 28.9 | 180 | 71.1 | <.0001 |
| | <u>NO</u> | 227 | 65.4 | 120 | 34.6 | |
| Síntoma corresponde a la clínica | <u>SI</u> | 7 | 2.4 | 290 | 48.3 | <.0001 |
| | <u>NO</u> | 293 | 96.7 | 10 | 3.3 | |
| Se repite con evento estresante | <u>SI</u> | 182 | 77.4 | 53 | 22.6 | <.0001 |
| | <u>NO</u> | 118 | 32.3 | 247 | 67.7 | |
| Consultas previas | <u>SI</u> | 299 | 50.9 | 289 | 49.1 | <.001 |
| | <u>NO</u> | 1 | 8.3 | 11 | 91.7 | |

Respecto a la característica principal del grupo SFMNE la presencia de al menos 3 síntomas se presentó en un 58.7% vs 41% en el grupo 2 de No SFMNE.

La duración menor de 6 meses fue de 71.1% en el grupo de No SFMNE vs 28,9% en el grupo1 de SFMNE.

Los síntomas no corresponden a la clínica de una patología específica en el grupo SFMNE en 96.7% y se presentan o prevalecen con un evento estresante en un 77.4%vs 22.6% respectivamente con el grupo No SFMNE.

En casi la totalidad de los pacientes con SFMNE de los 300 pacientes estudiados 299 habían consultado previamente por el síntoma (*Tabla 3*).

Tabla 4
Características del síntoma II

| Variable | | SFMNE | | NO SFMNE | | Valor P |
|--|--------------|-------|-------------|----------|-------------|---------|
| | | Fx | % | Fx | % | |
| Horario | Mañana | 15 | 35.7 | 27 | 64.3 | <.0001 |
| | Tarde | 35 | 79.5 | 9 | 20.5 | |
| | Noche | 79 | 65.3 | 42 | 34.7 | |
| | Todo el día | 171 | 43.5 | 222 | 56.5 | |
| <i>Tipo: Fijo o Intermi- tente</i> | Fijo | 102 | 39.1 | 159 | 60.9 | <.0001 |
| | Intermitente | 198 | 58.4 | 141 | 41.6 | |
| Interrumpe el sueño | <i>Si</i> | 140 | 23.3 | 151 | 51.9 | <.207 |
| | <i>No</i> | 160 | 51.8 | 149 | 48.2 | |
| Se quita con tratamiento | <i>Si</i> | 82 | 36.3 | 144 | 63.7 | <.0001 |
| | <i>No</i> | 12 | 64.9 | 65 | 35.1 | |

Los pacientes con SFMNE se presentan con más frecuencia por la tarde con 79.5% y en la noche con 65.3%. Comparado con el grupo de No SMFNE los cuales prevalecen por las mañanas con un 64.3%.

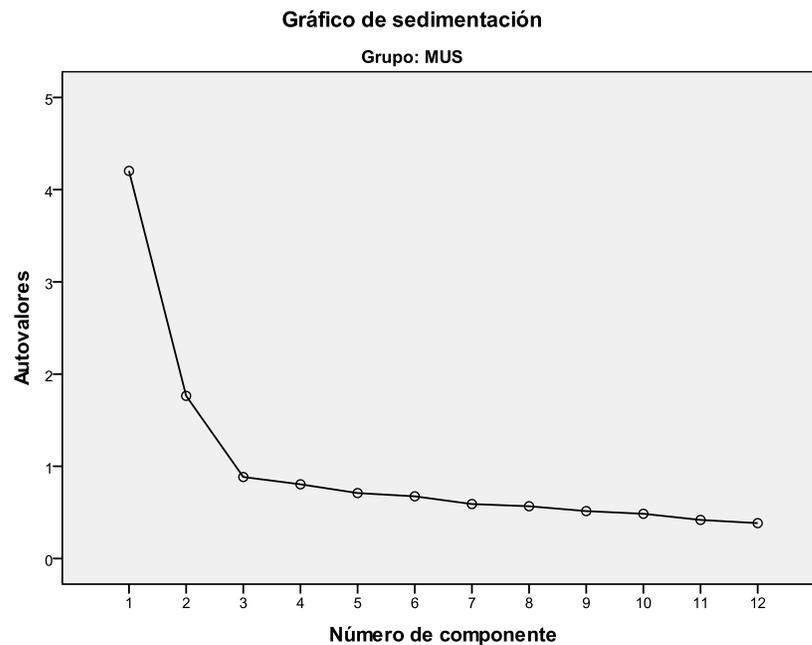
Los síntomas físicos medicamente no explicables son intermitentes en un 58.4% de los pacientes de este estudio, mientras que 60.9% de los síntomas orgánicos en enfermedades ya diagnosticadas se presentan de manera fija.

El 51.8% de los síntomas físicos medicamente inexplicables no interrumpen el sueño y no ceden con el tratamiento en un 64.9% al contrario de los síntomas orgánicos donde el 51.9% de los síntomas interfieren con el sueño y remiten en un 63.7% con el tratamiento, aunque los resultados no muestran significancia estadística (*Tabla 4*).

Análisis Factorial:

La prueba de bondad de ajuste utilizadas en la evaluación del instrumento “Escala de Percepción de Origen del Síntoma en Pacientes con Síntomas Físicos Medicamente No Explicados”, muestra una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) .859 lo cual denota buena intercorrelación entre las variables y con una especificidad de Barlett estadísticamente significativa ($X^2=995.189$, $gl=66$, y $p<0.0001$), lo cual indica que hay correlación entre las variables. En la Figura 1 se observan dos componentes donde se encuentra el punto de inflexión, confirmando los hallazgos del modelo factorial.

Figura 1. Gráfica de sedimentación de la variación explicada por cada uno de los componentes



Se observan dos componentes con un auto valor de 4.2 y porcentaje de varianza de 35% y el otro de con un auto valor de 1.7 y una varianza de 14.7% para una varianza total 49.72%.

Tabla. 5

Varianza explicada por los componentes de la escala

| Componente | Autovalores Iniciales | | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | |
|------------|-----------------------|------------------|-------------|--|------------------|-------------|
| | Total | % de la Varianza | % Acumulado | Total | % de la varianza | % Acumulado |
| 1 | 4.20 | 35.023 | 35.023 | 4.203 | 35.023 | 35.023 |
| 2 | 1.76 | 14.699 | 49.722 | 1.764 | 14.699 | 49.722 |
| 3 | .864 | 7.367 | 57.089 | | | |
| 4 | .805 | 6.707 | 63.796 | | | |
| 5 | .710 | 5.916 | 69.712 | | | |
| 6 | .674 | 5.621 | 75.333 | | | |
| 7 | .591 | 4.924 | 80.257 | | | |
| 8 | .567 | 4.725 | 84.982 | | | |
| 9 | .514 | 4.287 | 89.269 | | | |
| 10 | .485 | 4.044 | 93.313 | | | |
| 11 | .419 | 3.488 | 96.801 | | | |
| 12 | .384 | 3.189 | 100.000 | | | |

Tabla 6.
Solución de Análisis de componentes principales (Rotación Varimax)

| | Componente | |
|---|-------------|-------------|
| | 1 | 2 |
| 1.Psicológico por preocupación | .714 | .094 |
| 2.Psicológico me dijeron médicos | .642 | .192 |
| 3. Psicológico me dijeron familiares | .673 | .027 |
| 4. Orgánico dificulta mis actividades diarias | -.376 | .665 |
| 5. Psicológico por experiencia emocional traumática | .636 | .317 |
| 6. Psicológico mis estudios normales | .583 | .152 |
| 7.Psicológico tratamiento sin mejoría | .541 | .267 |
| 8.Orgánico por síntomas muy intensos | -.397 | .743 |
| 9. Psicológico es más intenso en cierto lugar | .679 | -.044 |
| 10.Psicológico mis pensamientos influyen en mi cuerpo | .701 | .158 |
| 11.Psicológico se presenta cuando tengo problemas | .656 | .080 |
| 12.Orgánico el síntoma es constante | -.329 | .703 |

Componente 1: Psicológico Componente 2: Orgánico n= 600
Cargas factoriales mayores de 0.4 (**resaltado**).

Al realizar el análisis factorial de los 12 reactivos, de la Escala de Percepción del Origen del Síntoma.

Se observa que nueve reactivos del componente psicológico muestran cargas factoriales mayores de 0.4.

El reactivo número 1 que se atribuye a *porque él o los síntomas empezaron cuando tuve una preocupación personal, en mi familia, en el trabajo, etc.* muestra la carga factorial más alta .714. El reactivo que afirma *“Mi padecimiento es psicológico porque me han dado muchos tratamientos y no he mejorado”* es el que muestra la carga factorial más baja con .541

En el segundo componente (orgánico) hay 3 reactivos mayores de 0.4, el que contiene la carga factorial más alta es relativo a *“Mi padecimiento es orgánico porque mis síntomas son muy intensos”* con .743 carga factorial. (Tabla 5 y 6)

La matriz de correlación muestra la relación interreactivos de la escala de percepción del síntoma. Se observa que invariablemente los reactivos No. 4, 8 y 12 correspondientes al componente orgánico tienen correlación positiva entre ellos y correlación negativa con los 9 reactivos del componente psicológico. De igual manera los reactivos del componente psicológico; 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10 y 11 entre ellos la correlación es positiva, ya que tienen en común el mismo componente psicológico.

Se muestra una correlación positiva entre todos los reactivos de la dimensión psicosocial y negativos con respecto a la dimensión orgánica (Tabla 7).

**Tabla 7.
Matriz de correlación interreactivos**

| Psic preoc upaci ón | Psic dijero n médi cos | Psic dijero n famili ar | Org dif. Acti vid ad | Psi c exp em oci ona l | Psic stud ios norm ales | Psic Tx sin mejor ía | Org Sx muy inten sos | Psic más inten so en lugar | Psic pens am influ cuerp | Psic probl emas | Org Sx consta nte | |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------|-------------------------|---|
| Psic preocupación | 1 | | | | | | | | | | | |
| Psic dijeron médicos | .506 ** | 1 | | | | | | | | | | |
| Psic dijeron familiar | .524 ** | .607 ** | 1 | | | | | | | | | |
| Org dif. Actividad | -.259 ** | -.249 ** | -.281 ** | 1 | | | | | | | | |
| Psic exp emocional | .551 ** | .430 ** | .457 ** | -.183 ** | 1 | | | | | | | |
| Psic estudios normales | .428 ** | .542 ** | .509 ** | -.185 ** | .384 ** | 1 | | | | | | |
| Psic Tx sin mejoría | .419 ** | .457 ** | .395 ** | -.158 ** | .389 ** | .526 ** | 1 | | | | | |
| Org Sx muy intensos | -.219 ** | -.218 ** | -.249 ** | .492 ** | -.185 ** | -.193 ** | -.103 * | 1 | | | | |
| Psic más intenso en lugar | .538 ** | .439 ** | .467 ** | -.242 ** | .460 ** | .476 ** | .421 ** | -.263 ** | 1 | | | |
| Psic pensam influ cuerp | .618 ** | .474 ** | .528 ** | -.217 ** | .474 ** | .452 ** | .464 ** | -.198 ** | .535 ** | 1 | | |
| Psic problem as | .462 ** | .466 ** | .459 ** | -.214 ** | .413 ** | .429 ** | .396 ** | -.174 ** | .470 ** | .511 ** | 1 | |
| Org Sx constante | -.254 ** | -.198 ** | -.236 ** | .386 ** | -.167 ** | -.205 ** | -.136 ** | .552 ** | -.268 ** | -.250 ** | -.215 ** | 1 |

Tabla 8.

| Porcentaje y media de Reactivos de la escala | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----------|----------|--------------|----------|-----------|----------|--------------|-----------|
| Variable | Carga factorial | No | | No SE | | Si | | Media | DE |
| | | fx | % | fx | % | fx | % | | |
| 1. Psic por preocupación | .714 | 92 | 30.7 | 55 | 18.3 | 153 | 51.0 | 2.20 | .882 |
| 2. Psic dijeron médicos | .642 | 107 | 35.7 | 44 | 14.7 | 149 | 49.7 | 2.14 | .915 |
| 3. Psic dijeron familiar | .673 | 120 | 40.0 | 50 | 16.7 | 130 | 43.3 | 2.03 | .914 |
| 4. Psic experiencia emocional | .636 | 135 | 45.0 | 82 | 27.3 | 83 | 27.7 | 1.83 | .836 |
| 5. Psic estudios normales | .583 | 122 | 40.7 | 78 | 26.0 | 100 | 33.3 | 1.93 | .859 |
| 6. Psic tratamiento sin mejoría | .541 | 126 | 42.0 | 82 | 27.3 | 92 | 30.7 | 1.89 | .846 |
| 7. Psic más intenso en lugar | .679 | 118 | 39.3 | 60 | 20.0 | 122 | 40.7 | 2.01 | .896 |
| 8. Psic pensamientos influyen cuerpo | .701 | 86 | 28.7 | 74 | 24.7 | 140 | 46.7 | 2.18 | .850 |
| 9. Psic cuando tengo problemas | .656 | 122 | 40.7 | 55 | 18.3 | 123 | 41.0 | 2.00 | .905 |
| 10. Org dificulta actividad diaria | .665 | 90 | 30.0 | 64 | 21.3 | 146 | 48.7 | 2.19 | .869 |
| 11. Org Sx muy intensos | .743 | 104 | 34.7 | 62 | 20.7 | 134 | 44.7 | 2.10 | .887 |
| 12. Org Sx constante | .703 | 100 | 33.3 | 69 | 23.0 | 131 | 43.7 | 2.10 | .873 |

Las respuestas a los reactivos en su mayoría fueron entre 30-50%: la más alta correspondió al componente psicológico No. 1 con 51% seguido de la No. 2 “*Mi padecimiento es psicológico porque así me lo dijeron anteriormente algunos*

médicos” con 49.7% y del componente orgánico el de mayor porcentaje fue el No. 4 “Mi padecimiento es orgánico porque los síntomas me provocan dificultades en el funcionamiento de mis actividades diarias” con 48.7%. (Tabla 8)

Análisis de fiabilidad: Test retest

Tabla 9.
Media y varianza de cada reactivo y alfa de Cronbach al eliminar el elemento

| Reactivo | 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 |
|---|--|---|--------------------------------------|--|
| Psic por preocupación* | 42.33 | 77.024 | .677 | .823 |
| Psic por preocupación ** | 42.32 | 76.651 | .710 | .822 |
| Psic me dijeron médicos * | 42.28 | 76.183 | .674 | .823 |
| Psic me dijeron médicos ** | 42.14 | 75.659 | .685 | .822 |
| Psic me dijeron familiar* | 42.31 | 76.504 | .656 | .824 |
| Psic me dijeron familiar ** | 42.30 | 76.712 | .640 | .824 |
| Org dificulta actividad diaria * | 41.58 | 93.371 | -.371 | .861 |
| Org dificulta actividad diaria** | 41.58 | 94.335 | -.425 | .863 |
| Psic experiencia emocional * | 42.55 | 79.003 | .637 | .826 |
| Psic experiencia emocional ** | 42.58 | 79.050 | .634 | .827 |
| Psic estudios normales* | 42.47 | 77.919 | .694 | .824 |
| Psic estudios normales ** | 42.50 | 77.789 | .695 | .829 |
| Psic tratamiento sin mejoría* | 42.59 | 80.153 | .572 | .826 |
| Psic tratamiento sin mejoría ** | 42.59 | 78.827 | .658 | .861 |
| | 41.73 | 92.622 | -.301 | .863 |

| | | | | |
|--|-------|--------|-------|------|
| Org síntomas muy intensos * | | | | |
| Org síntomas muy intensos ** | 41.71 | 93.325 | -.341 | .827 |
| Psic más intenso en lugar* | 42.47 | 78.451 | .605 | .825 |
| Psic más intenso en lugar ** | 42.47 | 77.637 | .652 | .822 |
| Psic pensamientos influyen en cuerpo * | 42.33 | 77.045 | .732 | .821 |
| Psic pensamientos influyen en cuerpo ** | 42.36 | 76.593 | .756 | .825 |
| Psic cuando tengo problemas* | 42.49 | 78.030 | .643 | .824 |
| Psic cuando tengo problemas ** | 42.50 | 77.638 | .666 | .824 |
| Org síntoma constante * | 41.56 | 93.474 | -.384 | .861 |
| Org síntoma constante** | 41.59 | 94.264 | -.429 | .863 |

*Test

** Retest

Al realizar la correlación elemento por elemento en el test-retest (medición a los 15 días) el resultado fue el siguiente: En el test los reactivos del componente psicológico fluctuaron con valores positivos de correlación que van de .572 a .732; mientras que los reactivos correspondientes al componente orgánico eran negativos y no mayores al .5. (Tabla 9).

Tabla 10.
Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| .841 | .839 | 24 |

El alfa de Cronbach mejora al eliminar reactivos de del componente orgánico en general de .822 a .863 obteniendo un valor promedio de .841 de la escala total.

(Tabla 10)

Tabla 11.
Coeficiente de correlación intraclase

| | Correlación intraclase ^b | Intervalo de confianza 95% | | Prueba F con valor verdadero 0 | | |
|-----------------------------|--|-------------------------------|--------------------|--------------------------------|-----|------|
| | | Límite inferior | Límite superior | Valor | GI1 | GI2 |
| Medidas individuales | .152 ^a | .121 | .189 | 6.285 .000 | 199 | 4577 |
| Medidas promedio | .811^c | .768 | .849 | 6.285 .000 | 199 | 4577 |

Modelo de efectos mixtos de dos factores en el que los efectos de las personas son aleatorios y los efectos de las medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, ya esté presente o no el efecto de interacción
- b. Coeficientes de correlación intraclase de tipo A utilizando una definición de acuerdo absoluto
- c. Esta estimación se calcula asumiendo que no está presente el efecto interacción, ya que de otra manera no es estimable.

El valor del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para el test – retest fue de .811 con intervalo de confianza 95% de .768 - .849 inferior y superior respectivamente; con una significancia de .0001; lo cual indica que la correlación

es fuerte, con asociación lineal positiva, lo que habla de muy buena fiabilidad del instrumento (*Tabla 11*).

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Los pacientes con SFMNE disminuyen su calidad vida en forma similar a quienes padecen enfermedades crónicas graves o trastornos del estado de ánimo como ansiedad o depresión. Según la literatura se constata una correlación positiva entre depresión y síntomas somáticos ¹⁶ con la desventaja de que son más persistentes y refractarios al tratamiento médico, motivo por el cual es importante detectarlos y encontrar el factor detonante de los mismos para brindar ayuda oportuna a nuestros pacientes.

El predominio en el género femenino, coincide con lo referido en la literatura, donde se afirma que las mujeres tienden a pertenecer más a este grupo. ¹⁷ La

mayor proporción de desempleados en el grupo SFMNE se pudiera explicar por el mayor estrés en este tipo de pacientes. La literatura reporta que los médicos familiares correlacionan el estrés y problemas psicosociales con SFMNE.¹⁸

Los síntomas físicos medicamente no explicables se definen como la tendencia a experimentar y comunicar síntomas o malestares somáticos que no se explican mediante hallazgos clínicos o de laboratorio, por lo que no es posible atribuirlos a una enfermedad física ni buscar solución médica.

Otras definiciones giran en torno a planteamientos de desórdenes del ánimo, factores emocionales, estrés psicosocial o angustia, factores que estimulan la percepción de los síntomas somáticos que no tienen explicación orgánica y que motivan al individuo a buscar ayuda médica.¹⁹

Por lo tanto, existe una gran dificultad para el diagnóstico y abordaje terapéutico en estos pacientes. En esta investigación se utilizó el PHQ 15¹⁰ para identificar los síntomas inespecíficos de acuerdo a la lista presentada, realizado el diagnóstico de SFMNE según fue mencionado con los criterios de Dawena and Smith y los criterios de Reid,⁵ de tal manera que es un criterio estricto de diagnóstico.

Desde hace decenios se viene insistiendo en la necesidad de investigar con mayor detalle el tratamiento más adecuado para los pacientes con SFMNE.²⁰

Los pacientes con este cuadro generalmente atribuyen a una causa orgánica su síntoma siendo más difícil para el profesional, como una maniobra terapéutica encontrar el origen del síntoma para explicar al paciente el mecanismo de su padecimiento. Los pacientes con sintomatología atribuida a una causa

psicosocial teóricamente deben comprender la asociación de su evento estresante y el síntoma inespecífico de tal manera que el abordaje terapéutico se centra más en establecer el “puente” entre ambos que en demostrar un daño orgánico que no existe, lo cual incidentalmente conlleva el riesgo de realizar una serie interminable de procedimientos diagnósticos con su consiguiente costo.

Por lo que es necesario investigar la percepción del síntoma, su origen y la relación que tienen estos síntomas con causas orgánicas, así como con otros factores tanto psicológicos como familiares y en ocasiones sociales.³

Esfuerzos similares por investigadores locales han logrado diseñar y validar la “Escala de Percepción de Origen del Síntoma en Pacientes con SFMNE,¹⁵ instrumento que reúne los criterios metodológicos suficientes para ser considerada una herramienta útil para el médico, en el abordaje de la atención a pacientes con síntomas físicos medicamente no explicables desde el punto de vista orgánico.

En el presente estudio, se encontró predominio en el género femenino en el grupo SFMNE lo cual coincide con lo referido en la literatura.⁵ Una mayor cantidad de separados/divorciados y en unión libre en el grupo SFMNE (66.2% y 66.7% respectivamente, $p = .00001$), se puede explicar por la asociación de trastornos del estado de ánimo añadidos a la separación. Además de una mayor proporción de desempleados en el grupo SFMNE (75%, $p = <.01$) se puede explicar por el mayor estrés por problemas financieros en este tipo de pacientes.¹¹

La realización del test - retest de la “Escala de Percepción de Origen del Síntoma en Pacientes con Síntomas Físicos Medicamente No Explicables” reafirma la consistencia del instrumento al obtener un valor aceptable de confiabilidad con el estadístico alfa de Cronbach; lo cual corrobora la utilidad de dicha escala como un instrumento que el médico y en especial el médico familiar puede emplear en el abordar integral a sus pacientes.

Es necesario una utilización más amplia de este instrumento en la práctica clínica diaria para demostrar su utilidad.

CAPITULO VII

CONCLUSIÓN

En nuestra investigación se evidencia que la aplicación del test – retest de la “Escala de Percepción de Origen del Síntoma en Pacientes con Síntomas Físicos Medicamente No Explicados” al universo de pacientes que cumplieron con los criterios de selección establecidos, logró tener una confiabilidad alta; demostrando con ello que el instrumento mide de manera consistente la percepción que tienen los paciente sobre sus síntomas, en las dos ocasiones que fue aplicado.

De igual forma se demostró que el test - retest el valor alto de correlación intraclase (alta positiva), indica que los instrumentos en sus dos aplicaciones tuvieron muy buena fiabilidad a pesar del tiempo. Así mismo, se confirmó la validez de constructo al menos de manera exploratoria con parámetros aceptables.

En conclusión la escala cumple con la validez metodológica necesaria para ser considerada como un instrumento útil en el abordaje integral de pacientes con SFMNE en primer nivel de atención. Somos conscientes que existe mucho campo por explorado en relación al tema y que este proyecto realizó un acercamiento y abre líneas de investigación para llevar a cabo en lo futuro.

CAPITULO VIII

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA: VALIDACIÓN Y TEST-RETEST DE UNA ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL ORIGEN DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS MÉDICAMENTE INEXPLICABLES.

No. de encuesta: _ _ _

Fecha ___/___/___
d d mm a a

SECCIÓN I. TAMIZAJE

1.- Procedencia del paciente:

1.- Consulta de MF ____

2- Referido otra consulta de especialidad) ____ Especifique_____

IA) IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS INESPECÍFICOS: Cruce el o los síntomas que presenta actualmente, por los que acude a consultar en esta ocasión.

GASTROINTESTINAL

- 1) Sensación de dolor, malestar, ardor o sensación de vacío en la boca del estómago.
- 2) Distensión abdominal (Colitis)
- 3) Dolor abdominal
- 4) Estreñimiento

NEUROLÓGICO /OTG

- 5) Sensación de que las cosas dan vueltas alrededor suyo o que es usted quien gira alrededor de las cosas
- 6) Sensación de hormigueo o adormecimiento quemazón en alguna parte del cuerpo
- 7) Dificultad para conciliar el sueño o falta de sueño

MUSCULOESQUÉLETICO

- 8) Dolor Muscular
- 9) Dolor lumbar (Lumbalgia)
- 10) Dolor articular en una o varias articulaciones
- 11) Dolor en el cuello
- 12) Dolor en la espalda

RESPIRATORIO /CIRCULATORIO

- 13) Dificultad para respirar
- 14) Tos
- 15) Voz ronca, ronquera
- 16) Dolor de pecho (Dolor torácico)
- 17) Palpitaciones

GENERAL

- 18) Dolor mamario
- 19) Dolor de cabeza

20) Otro_____

SI MARCÓ OTRO, PASA A LA SECCIÓN DE DATOS DEL PACIENTE

******Si en el tamizaje reportó uno o varios síntomas de la lista, favor de contestar esta sección******

**SECCIÓN II. CRITERIOS PARA DIAGNÓSTICO DE SFMNE: CRUCE LOS
CRITERIOS QUE ESTÁN PRESENTES EN EL PACIENTE.**

| Criterios para incluirlo como sano preocupado o SFMNE moderado | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| 1.- El paciente consulta por alguno o varios (al menos 3) de los síntomas somáticos. | | |
| 2.- La duración del síntoma único (o principal si son varios) es menor a 6 meses. | | |
| 3. Presenta resultados de exámenes de laboratorio normales correspondientes al síntoma. | | |
| 4. ¿Hay correspondencia lógica del síntoma único (o principal si son varios) con un cuadro clínico o síndrome definido? | | |

| | | |
|--|--|--|
| 5.- Los síntomas se presentan y repiten con la presencia del evento estresante.* | | |
| 6.- Presencia de algún trastorno psiquiátrico. | | |
| 7.- El paciente ha consultado previamente por este síntoma. | | |

8.-Describir el problema (evento estresante)*

SECCIÓN III. CÉDULA DE ENTREVISTA

I. DATOS DEL PACIENTE

1. **Sexo** a) Masculino ___ b) Femenino___

2. **Edad:** ___ __ años

3. **Estado Civil:** 1.- Soltero(a) 2.-Casado(a) 3.-Viudo(a)

4.- Separado(a) /Divorciado(a) 5.- Unión libre

4. **Ocupación:** _____

5. **Escolaridad:** 1.- Analfabeta 2.- Sabe leer y escribir

3.- Primaria Incompleta 4.- Primaria Completa

5.- Secundaria Incompleta 6.- Secundaria Completa

7.- Preparatoria / Técnica 8.- Profesional

SECCIÓN IV. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNTOMA

6.- Cuál es su síntoma principal? _____

7.- Horario predominante en el que se presenta el síntoma

1. Mañana 2. Tarde 3. Noche 4. Todo el día/sin predominio

9.- Severidad/Intensidad del síntoma (principal)

Del 0 al 10 que calificación le daría a la intensidad de su síntoma:

| | | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|

10.- ¿Desde cuándo se inició el síntoma?

___ días ___ meses ___ años

11.- ¿El síntoma es fijo o intermitente?

1. Fijo 2. Intermitente

12.- Si es intermitente, ¿Cuánto dura el síntoma cuando se presenta?

___ min ___ hrs ___ días

13. ¿Le interrumpe el sueño?

1. Si 2. No

14. ¿El síntoma se quita con el tratamiento?

1. Si 2. No 3. No aplica (no tiene Tx)

15.- ¿En cuántas ocasiones ha consultado previamente por ese síntoma?

_____ ocasiones

16. ¿Qué diagnóstico médico le dieron? _____

SECCIÓN V. ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL ORIGEN DE LOS SÍNTOMAS

FÍSICOS MÉDICAMENTE INEXPLICABLES

Las siguientes preguntas tienen la finalidad de conocer cuál es su percepción acerca de su enfermedad. No hay respuestas correctas o incorrectas. Marque con una "X" en la casilla lo que más exprese su manera de pensar

| Se dice que las enfermedades tienen un origen orgánico/físico cuando hay alteraciones en uno o más órganos del cuerpo o <u>es consecuencia de un padecimiento físico o psicológico</u> cuando es consecuencia de una <u>tensión, preocupación o estrés.</u> | NO | NO SÉ | SI |
|--|----|-------|----|
| 1. Mi padecimiento es psicológico porque él o los síntomas empezaron cuando tuve una preocupación personal, en mi familia, en el trabajo, etc. | | | |
| 2. Mi padecimiento es psicológico porque así me lo dijeron anteriormente algunos médicos. | | | |
| 3. Mi padecimiento es psicológico porque así me lo dijeron uno o más de mis padres, otros familiares o amigos. | | | |
| 4. Mi padecimiento es orgánico porque los síntomas me provocan dificultades en el funcionamiento de mis actividades diarias. | | | |
| 5. Mi padecimiento es psicológico porque viví una experiencia emocional traumática. | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 6. Mi padecimiento es psicológico porque me han realizado muchos estudios y no me han encontrado algo. | | | |
| 7. Mi padecimiento es psicológico porque me han dado muchos tratamientos y no he mejorado. | | | |
| 8. Mi padecimiento es orgánico porque mis síntomas son muy intensos. | | | |
| 9. Mi padecimiento es psicológico porque solo aparece o es más intenso cuando estoy en cierto lugar con ciertas personas o en ciertas fechas. | | | |
| 10. Mi padecimiento es psicológico porque mis pensamientos y emociones influyen en mi cuerpo. | | | |
| 11. Mi padecimiento es psicológico, porque ya lo había presentado antes cuando tengo problemas, como ahora. | | | |
| 12. Mi padecimiento es orgánico porque mi síntoma es constante (no se quita). | | | |

ANEXO 2

Consentimiento Informado

Su consentimiento para participar en la investigación será voluntario e informado. Si usted está de acuerdo en participar y si sus preguntas han sido contestadas a su entera satisfacción, usted deberá firmar esta forma. Una vez firmada la forma, usted está de acuerdo en participar en este estudio. En caso de que usted se rehúse a participar, usted podrá retirarse sin pérdida de alguno de sus beneficios médicos.

Una vez que usted haya consentido, usted aún tendrá el derecho de retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención médica. Para retirarse, lo único que usted deberá hacer es informar a su médico de su decisión.

Retenga una copia de esta forma para haga referencia a ella cuando sea necesario.

| | |
|--|---------------------------------|
| _____ | _____ |
| <i>Firma del Sujeto</i> | <i>Nombre en letra de molde</i> |
| _____ | _____ |
| <i>Firma del Testigo</i> | <i>Nombre en letra de molde</i> |
| _____ | _____ |
| <i>Relación del Primer Testigo con la Sujeto del Estudio</i> | <i>Dirección</i> |

II. Aseguramiento del investigador o del miembro del equipo

He discutido lo anterior con esta persona. A mi más leal saber y entender, el sujeto está proporcionando su consentimiento tanto voluntariamente como de una manera informada, y él/ella posee el derecho legal y la capacidad mental suficiente para otorgar este consentimiento.

| | |
|--|---------------------------------|
| _____ | _____ |
| <i>Firma de la Persona que Obtuvo el Consentimiento/Investigador Principal</i> | <i>Nombre en letra de molde</i> |

Fecha ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

ANEXO 3

Escala de percepción del Origen de los Síntomas Físicos Médicamente no Explicados (12 reactivos)

| Se dice que las enfermedades tienen un origen orgánico/físico cuando hay alteraciones en uno o más órganos del cuerpo o <u>es consecuencia de un padecimiento físico</u> o psicológico cuando es consecuencia de una <u>tensión, preocupación o estrés</u> . | NO | NO SÉ | SI |
|--|----|-------|----|
| 1. Mi padecimiento es psicológico porque él o los síntomas empezaron cuando tuve una preocupación personal, en mi familia, en el trabajo, etc. | | | |
| 2. Mi padecimiento es psicológico porque así me lo dijeron anteriormente algunos médicos. | | | |
| 3. Mi padecimiento es psicológico porque así me lo dijeron uno o más de mis padres, otros familiares o amigos. | | | |
| 4. Mi padecimiento es orgánico porque los síntomas me provocan dificultades en el funcionamiento de mis actividades diarias. | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 5. Mi padecimiento es psicológico porque viví una experiencia emocional traumática. | | | |
| 6. Mi padecimiento es psicológico porque me han realizado muchos estudios y no me han encontrado algo. | | | |
| 7. Mi padecimiento es psicológico porque me han dado muchos tratamientos y no he mejorado. | | | |
| 8. Mi padecimiento es orgánico porque mis síntomas son muy intensos. | | | |
| 9. Mi padecimiento es psicológico porque solo aparece o es más intenso cuando estoy en cierto lugar con ciertas personas o en ciertas fechas. | | | |
| 10. Mi padecimiento es psicológico porque mis pensamientos y emociones influyen en mi cuerpo. | | | |
| 11. Mi padecimiento es psicológico, porque ya lo había presentado antes cuando tengo problemas, como ahora. | | | |
| 12. Mi padecimiento es orgánico porque mi síntoma es constante (no se quita). | | | |

CAPITULO IX

BIBLIOGRAFIA

1. Ortiz, L., & Erazo, R. Trastorno de Somatización: una relectura del “Síndrome de Briquet”. Rev. Méd. Clín. (Condes) 2005; 16(1): 25-29.
2. López-Santiago J, Belloch A. El laberinto de la somatización: Se buscan salidas. Rev Psicopatol y Psicol Clin. 2012;17(2):151–72.
3. A. Granel. Pacientes con síntomas somáticos no explicables. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria. 2006 Dic; 9(6): 176-180.

4. Salazar de la Cruz, M., Jurado-Vega, A. Niveles de Intervención Familiar. *Acta Médica Peruana*. 2013;30(1):37–41.
5. Smith R. C., Dwamena F.C. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med*. 2007;22(5):685-91.
6. Douzenis A, Seretis D. Descriptive and predictive validity of somatic attributions in patients with somatoform disorders: A systematic review of quantitative research. *J Psychosom Res [Internet]*. 2013;75(3):199–210. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.05.005>
7. Guzmán R. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2011Oct, 4(3):234-243.
8. Baliatsas C, Van Kamp I, Hooiveld M, Yzermans J, Lebet E. Comparing non-specific physical symptoms in environmentally sensitive patients: prevalence, duration, functional status and illness behavior. *J Psychosom Res [Internet]*. 2014My;76(5):405–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.02.008>
9. Smith RC, Korban E, Kanj M, Haddad R, Lyles JS, Lein C, et al. A method for rating charts to identify and classify patients with medically unexplained symptoms. *Psychother Psychosom*. 2004 Jan-Feb;73(1):36-42.
10. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 2002; 64(2), 258-266.

11. Konnopka A, Kaufmann C, König HH, Heider D, Wild B, Szecsenyi J, et al. Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* [Internet]. 2013;75(4):370–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.08.011> 12
12. De la Rosa-Melchor, D., Ramírez-Aranda, J. M., Garza-Elizondo, T., Riquelme-Heras, H. M., Rodríguez-Rodríguez, I., & Durán-Gutiérrez, R. A.. Eficacia de la terapia de resolución de problemas en pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados. *Atención Familiar*, 2013; 20(1), 12-15.
13. Rangel BE. Eficacia de una intervención psicosocial en el abordaje de pacientes con SMI (Síntomas Físicos Médicamente Inexplicados). [Tesis] Universidad Autónoma de Nuevo León, 2011. 44 p.
14. Garza Elizondo, Teófilo, Gutiérrez Herrera, Raúl. “Trabajo con Familias. Abordaje Médico Integral”. 3ª ed. El Manual Moderno, Monterrey, Nuevo León, 327p.
15. Morales R. M. Desarrollo y validación de una escala de percepción del origen de los síntomas físicos médicamente no explicados. [Tesis] Universidad Autónoma de Nuevo León, 2014. 42 p.
16. Gol JM, Burger H, Janssens KAM, Slaets JPJ, Gans ROB, Rosmalen JGM. PROFSS: A screening tool for early identification of functional somatic symptoms. *J Psychosom Res* [Internet]. 2014;77(6):504–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.004> 10

17. Andersen NL, Eplov LF, Andersen JT, Hjorthoj CR, Birket-Smith M. Health care use by patients with somatoform disorders: a register-based follow-up study. *Psychosomatics*. 2013 Mar-Apr;54(2):132-41.
18. Ramírez J LS, Garza T, Gómez C. Percepción del estrés en pacientes con síntomas físicos medicamente inexplicados. *Aten Fam*. 2013;20(4).
19. De la Rubia, J. M., & Bravo, B. G. A. (2011). Validez Y Confiabilidad de la Escala de Síntomas Somáticos Revisada en Adultos Mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 2011 Dic;14(4): 206-222. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2011/epi114l.pdf>
20. Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med*. 2007 Dec;69(9):889-900.

CAPITULO X

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Verónica Lizeth Frías Gómez
Candidata para el Grado de
Especialista en Medicina Familiar

Tesis: Test-retest y validación de una escala de percepción del origen de los síntomas físicos medicamente no explicados.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 5 de diciembre de 1989, hija de José Raúl Frías López y Alicia Gómez Valdez.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Licenciatura en Médico Cirujano y Partero obtenida en 2012.

Experiencia Profesional: Ninguna