

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



POR:

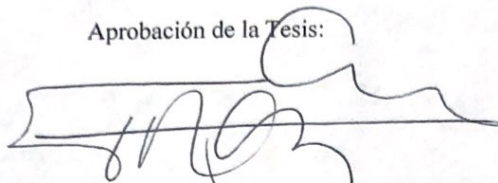
DR. MARCO SEBASTIAN GONZALEZ SANCHEZ

**ORIGEN DEL SÍNTOMA Y ESTRÉS EN PACIENTES CON SÍNTOMAS
FÍSICOS MEDICAMENTE NO EXPLICADOS EN URGENCIAS**

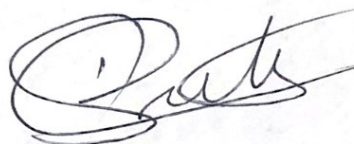
ENERO 2020

Origen del síntoma y estrés en pacientes con síntomas físicos medicamente no explicados en urgencias

Aprobación de la Tesis:



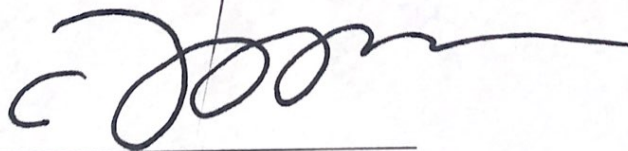
Dr. med José Manuel Ramírez Aranda
Director de Tesis



Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
Co-Director de Tesis



Dr. MSP Eduardo Méndez Espinosa
Coordinador de Investigación



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

CAPÍTULO I

RESUMEN

Título: Origen del síntoma y estrés en pacientes con síntomas físicos medicamente no explicados en urgencias.

Introducción: Lo que piensa el paciente del origen de su síntoma funcional u orgánico (la atribución del síntoma), podría ser importante para su respuesta a una intervención psicosocial terapéutica.

Objetivo: Establecer una asociación entre la percepción del origen del síntoma (psicosocial o no psicosocial (orgánica) y el nivel de estrés percibido en pacientes con SFMNE en el área de urgencias.

Material y métodos: Estudio transversal correlacional en 138 pacientes diagnosticados con SFMNE en el departamento de urgencias de un Hospital de tercer nivel a los cuales se les aplicó un instrumento de con una escala de percepción del origen del síntoma y escala de estrés percibido. Se analizaron los datos usando Chi cuadrada para variables categóricas, y se llevó a cabo una correlación de Spearman por la distribución modal.

Resultados: Los pacientes de edad de 36.2 ± 13.1 ; 55.8% femeninas, 64.5% con pareja, 27.5%: amas de casa, 30.5 % con secundaria completa. Del total, el 75% quienes atribuían a su síntoma un origen psicosocial tenían un nivel de estrés alto vs los pacientes que tienen con atribución no psicosocial u orgánica,

quienes solo el 25% mostraron un nivel alto de estrés (Spearman de "Rho" de .493; $p = .0001$).

Conclusiones: Se encontró correlación mediana entre la atribución psicosocial del síntoma y el nivel de estrés percibido por pacientes en servicio de urgencias hospitalarias.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha remarcado gran interés en las enfermedades que tienen como factor predisponente al estrés y al manejo inadecuado de emociones. Es más sencillo establecer en la consulta ambulatoria y en las enfermedades con evolución gradual, la relación de estrés y enfermedad, sin embargo, esto no sucede en la consulta de urgencias debido a que la

sintomatología se presenta de manera más aguda o intensa. Esto es particularmente importante en pacientes con síntomas físicos medicamente no explicados (SFMNE) en los cuales no se identifica una causa orgánica demostrable mediante el interrogatorio, la exploración física y los estudios complementarios. En la literatura también se utiliza el término de trastorno de somatización para nombrar a esta entidad.¹

El modelo biomédico tradicional busca un diagnóstico específico y una atribución unicausal del síntoma lo cual dificulta su abordaje integral; con el advenimiento del modelo biopsicosocial el énfasis en la esfera psicológica se volvió primordial en la atención médica. Por lo tanto, resulta de interés la exploración detallada de la esfera psicosocial del paciente.

La prevalencia de SFMNE en primer nivel de atención es de 30% en consulta ambulatoria,² sin embargo, en la consulta de urgencias es de 18.5%, al excluir los pacientes con traumatismo.³ Las dos anteriores cifras nos hablan de un elevado número de pacientes a los cuales se les diagnostica alguna enfermedad con espectro somatizador.

Los síntomas físicos inespecíficos más comunes en la consulta de primer nivel son fatiga, dolor de algún miembro, dolor lumbar, cefalea, insomnio, dispepsia, malestar intestinal, disnea, dolor abdominal y mareo,⁴ los cuales pueden llegar a ser incapacitantes teniendo un gran impacto en la salud, por ejemplo, en un seguimiento realizado a 10 años en pacientes con SFMNE persistente se observó un importante déficit a largo plazo en el funcionamiento de su actividad laboral.⁵

En otro estudio retrospectivo realizado en Alemania se analizaron los costos directos como la consultas, los fármacos, la estancia hospitalaria y los costos indirectos como la reducción de la productividad del trabajo, la jubilación anticipada y la ausencia por enfermedad aguda y se concluyó que los pacientes con SFMNE generan costos directos altos además de costos indirectos aún más elevados que los primeros.⁶

Para explicar las causas de los SFMNE se han propuesto diversas teorías, una de estas teorías propone que el estrés físico y/o psicológico influye en la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, aumentando la producción de cortisol y esto a su vez aumenta la sensibilidad de los síntomas físicos inespecíficos.⁷

El estrés es una emoción que genera el cuerpo en respuesta a un estímulo externo, este estímulo lo genera un evento potencialmente dañino, sin embargo, el estrés es fundamental para la adaptación a un cambio ambiental. La teoría biológica del estrés sostiene que los eventos estresantes estimulan al sistema nervioso central provocando la liberación de hormonas suprarrenales como la adrenalina y la norepinefrina para generar en el cuerpo una respuesta de luchar o huir. ⁸ Cuando el estrés sobrepasa los mecanismos de defensa de la persona, afecta a la mente y al cuerpo, lo que muestra un buen ejemplo de la relación estrecha entre estos dos. Las teorías psicológicas del estrés resaltan que los individuos perciben y responden distinto al estrés dependiendo de la interpretación cognitiva que le den al evento. Todo esto lo explica el modelo transaccional del estrés que propone que la percepción individual del evento

estresante junto con los recursos con lo que cuenta el individuo van a determinar el nivel de estrés.⁹

En la consulta diaria se encuentran pacientes que no saben identificar ni percibir el estrés. En ocasiones, el estrés percibido no se relaciona con la generación del síntoma. El modelo biomédico integral habla de la importancia de estos factores, pero es importante conocer que es lo que piensa el paciente del origen del síntoma (es decir, la atribución del síntoma), ya que esto puede hacer la diferencia en cuanto a que responda o no a una intervención psicosocial.

La importancia de evaluar la atribución del síntoma radica en que dependiendo de ésta el paciente podría tener distintas conductas de afrontamiento, búsquedas de apoyo y respuesta emocional, por ende, identificar lo anterior nos sirve para hacer estrategias de abordaje y de intervención distintas, para una favorable evolución de nuestro paciente.¹⁰

Se ha tratado de encontrar los factores que asocian al estrés con los SFMNE, los factores incluyen la valoración de la situación, de los recursos y del apoyo ambiental, sin embargo, no se han obtenido conclusiones claras de lo anterior lo que si se ha documentado es una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo y ansiedad en los pacientes con SFMNE.¹¹ Algunas evidencias sugieren que los pacientes con SFMNE tienen un riesgo familiar asociado a diversos factores genéticos, neurológicos, psicológicos, inmunológicos, de personalidad, afectivos, de comportamiento, sociales e

interpersonales en el inicio y el mantenimiento del SFMNE sin embargo no se ha determinado cuál de estos factores tiene mayor peso.¹²

Los SFMNE han sido ampliamente abordados en medicina ambulatoria, no obstante, existe escasa literatura sobre la atención de pacientes en el área hospitalaria, en un estudio realizado en el medio hospitalario se observó que los pacientes con SFMNE por lo general eran mujeres de mediana edad, con sintomatología específica autorreferida.¹³

El abordaje diagnóstico de los pacientes con SFMNE tanto a nivel hospitalario como ambulatorio en general es difícil ya que predomina el modelo biomédico en la atención, el cual busca el origen orgánico de los síntomas relegando el papel de los factores psicosociales y contextuales, lo que da como resultado una atención costosa y muchas veces frustrante para médicos y pacientes. Un abordaje efectivo requiere idealmente una aplicación del modelo biopsicosocial que contemple los factores psicosociales y contextuales en la génesis de la enfermedad.¹⁴ Además, se carece de protocolos bien establecidos para su abordaje,¹⁵ lo cual ocasiona que sea más complicada su atención médica y aún más en áreas críticas como la medicina de urgencias.

Es común que los médicos tengan una actitud negativa con los pacientes con SFMNE, ya que estos son considerados pacientes difíciles, frustrantes y exigentes.¹⁶ Según la opinión de expertos el manejo del paciente con SFMNE debe incluir la escucha activa, el respeto por los sentimientos del paciente y la búsqueda del significado de los síntomas.¹⁷ Esto dificulta el abordaje en el área de urgencias dada la naturaleza de las enfermedades, las cuales se

presentan frecuentemente durante la noche, cuando no hay otra actividad de los pacientes que los distraiga de la introspección que hace surgir las emociones negativas y traducirla en síntomas somáticos. En medicina familiar se aborda el significado para el paciente de estar enfermo y la correspondiente frustración, además para algunos pacientes les resulta positivo la ganancia secundaria que reciben al ser atendidos por su familia. Algunos autores recomiendan como estrategia diagnóstica, investigar síntomas de angustia, depresión y ansiedad para un mejor manejo del paciente con SFMNE.¹⁸

Es fundamental establecer una buena relación médico-paciente, ya que es un eje central para tener una buena práctica médica, sin embargo, en los hospitales y específicamente en los servicios de urgencias lo anterior se dificulta debido a la cantidad de pacientes que se atiende, la carencia de protocolos específicos para pacientes con SFMNE además de que no se dedica tiempo para el abordaje de aspectos psicológicos.¹⁹

De acuerdo con un estudio realizado en atención primaria los pacientes con SFMNE tienen una mayor percepción del estrés comparado con los pacientes que presentan una patología orgánica de base.²⁰ Como ya ha sido referido, es trascendental conocer lo que piensan los pacientes acerca del origen de su síntoma. Esta temática ya ha sido abordada en un estudio de investigación en el cual se diseñó una escala para medir esta percepción.²¹

En nuestro medio falta información acerca de los pacientes con SFMNE en el área de urgencia, así como información sobre su asociación con estrés y las estrategias de abordaje de acuerdo con la percepción del origen de los síntomas, lo que justifica la realización de esta investigación.

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN

Debido al alto porcentaje de paciente con SFMNE que acuden al servicio de urgencias y a que su abordaje solo se realiza siguiendo el modelo biomédico tradicional es necesario utilizar una perspectiva psicosocial en la

manera de atender a estos pacientes que incluya no sólo la atención al síntoma sino a la persona y a sus factores contextuales. Es necesario definir la percepción del origen del síntoma por parte del paciente con SFMNE, así como el nivel de estrés para diseñar una estrategia específica de intervención en estos pacientes en el área de urgencias, e implementar medidas efectivas en el manejo del estrés, lo cual indudablemente podría abatir los altos costos de su atención, reducir los reingresos hospitalarios y la saturación de las salas de urgencias ya que la mayoría de estos pacientes son hiperfrecuentadores de los servicios de salud.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer una asociación entre la percepción del origen del síntoma (psicosocial o no psicosocial (orgánica) y el nivel de estrés percibido en pacientes con SFMNE en el área de urgencias.

Objetivos específicos

Conocer los datos sociodemográficos de los pacientes con SFMNE que acuden a consultar al servicio de urgencias del hospital universitario.

Describir características del síntoma principal de los pacientes con SFMNE.

Relacionar el nivel de estrés del paciente con la atribución del origen del síntoma a nivel hospitalario.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio.

Estudio transversal, correlacional, prospectivo.

5.2 Duración y lugar donde se realizó el estudio.

Se realizó en el área de urgencias del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González.” De diciembre del 2019 a enero del 2020.

5.3 Universo.

Pacientes con SFMNE del servicio de urgencias adultos del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio Gonzalez”.

5.4 Población de estudio.

Criterios de inclusión:

Diagnóstico de SFMNE, mayores de edad, de sexo indistinto ingresados en el servicio de urgencias.

Comentado [J1]: A LO MEJOR CONVIEN DECIR QUE SON ATENDIDOS EN .. O ACUDEN A.. PORQUE INGRESADOS SE PODRIA CONFUNDIR CON LOS DE SEMÁFORO EN ROJO

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los pacientes intoxicados por sustancias psicotrópicas debido a la frecuencia con lo que son vistos estos y los que no deseaban participar.

Criterios de eliminación.

Se eliminaron encuestas incompletas.

Muestreo:

No probabilístico por conveniencia hasta completar el tamaño de la muestra.

Tamaño de muestra:

Se calculó el tamaño de la muestra con la fórmula de estimación de una proporción infinita, con valor p de .9; q de .1, un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5%. Lo que dio como resultado $n = 138$.

5.5 Instrumento de recolección de datos.

Se aplicó un instrumento que consta de 4 secciones: I Datos demográficos, II Características del síntoma principal, III "Escala de percepción del origen del síntoma" y IV "Escala de estrés percibido" además se documentó el diagnóstico de egreso según el CIE-10.

La escala de percepción del origen del síntoma tiene como finalidad identificar cuando el paciente considera que el origen del síntoma es psicológico o emocional por lo que, entre mayor puntuación, mayor atribución a este origen. La escala tiene 12 reactivos; 9 positivos de atribución psicológica del síntoma y 3 negativos para la atribución psicológica u "orgánica".

Ponderación: La escala tipo Likert tiene 3 opciones No, No sé y Sí. Los reactivos de índole psicológica codificaron de la siguiente manera, cuando la respuesta fue Sí= 2; No sé= 1; y No= 0. En los 3 reactivos negativos para la atribución psicológica la puntuación es a la inversa cuando la respuesta es Sí= 0, No sé = 1 y No = 2. El puntaje máximo que puede de dar es de 24 y el mínimo de 0. Se estableció un puntaje como variable continua el cual entre mayor puntuación mayor atribución psicológica del síntoma. Cuenta con las siguientes propiedades psicométricas KMO de .859 y una especificidad de

Bartlett estadísticamente significativa ($p < 0.0001$), Varianza total 49.72%. El alfa de Cronbach es de .841, test retest de .572 a .732 para el componente psicológico y no mayores a .5 para el componente no psicosocial (orgánico).²¹

La escala de estrés percibido es un instrumento de 14 reactivos que evalúa la percepción del estrés durante el último mes, al medir el grado en que las situaciones de la vida se perciben como estresantes y en las que el individuo encuentra la vida impredecible, incontrolable o con sobrecarga. Cada pregunta tiene un patrón de respuesta politómica de cinco opciones: “Nunca”, “Casi nunca”, “De vez en cuando”, “A menudo” y “Muy a menudo”, que dan puntuaciones de 0 a 4. Estas se suman con la posibilidad de una puntuación de 0 a 56, entre más alta la puntuación, mayor será el estrés percibido. Cuenta con una consistencia interna ($\alpha = .83$) y esta validada en población mexicana.²²

5.6 Procedimiento:

Los pacientes fueron reclutados en el departamento de urgencias de un hospital de tercer nivel, en su mayoría fueron pacientes que llegaron por el área de triaje donde se les asigna un color verde, amarillo o rojo según la gravedad de sus síntomas y/o signos. Los pacientes en esta investigación fueron en su mayoría clasificados en color verde, por lo cual pasaron a la consulta de urgencias donde fueron evaluados por el residente de medicina familiar, en donde se les realizó historia clínica, interrogatorio y una exploración física completa, además de estudios de gabinete e imagen según

el diagnóstico presuntivo; cuando los síntomas no correspondían a un cuadro clínico definido y los exámenes de laboratorio o imagen eran normales se clasificó como paciente con SFMNE, después de esto el médico tratante le explicó al paciente su estado de salud y posterior a esta información se le invitó al paciente a participar en el estudio de investigación, previa firma del consentimiento informado por escrito en el cual se le mencionó que su participación era de manera voluntaria. Se le reafirmó que si se negaba a participar no tendría repercusión en su tratamiento ni egreso. Al momento de que el paciente aceptó participar en el estudio, se le entregó la encuesta y el consentimiento informado. La encuesta fue llenada por el mismo paciente.

5.7 Análisis de datos.

Los datos fueron capturados, procesados y analizados mediante el paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 25 para Windows, se utilizó estadística descriptiva con medidas de frecuencia relativa, porcentajes y estadísticas inferenciales de las variables demográficas como género, estado civil, edad, escolaridad, ocupación, entre otros.

La variable categórica de atribución del origen del síntoma (psicosocial o no psicossocial (orgánica) se recodificó usando la mediana que fue 9 y se clasificó en dos grupos, los menores o iguales a 9 se les calificó como atribución orgánica o no psicossocial y a los que obtuvieron puntuación mayor a 9 se les categorizó como atribución psicossocial del síntoma.

La puntuación total de la percepción de estrés percibido se codificó en dos variables (nivel de estrés alto y nivel de estrés bajo) usando como punto de

corte la mediana que fue 27, cuando el puntaje total fue 27 o menos se identificó como bajo nivel de estrés y cuando la puntuación fue mayor a 27 se clasificó como alto nivel de estrés.

Se utilizó Chi cuadrada para variables categóricas, y se llevó a cabo una correlación de Spearman por la distribución modal, entre la atribución del origen del síntoma (psicosocial o no psicosocial (orgánica) y el nivel de estrés percibido (alto o bajo). Se usó el valor de significancia estadística de $p < .05$.

5.8 Aspectos éticos

El protocolo fue sometido y aprobado por el comité de ética y de investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" con clave de registro: PR 19-00204.

Se aplicó un consentimiento informado por escrito, en el cual se detalló la participación voluntaria y la estricta confidencialidad de los datos. El estudio se realizó de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las buenas prácticas clínicas.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

TABLA 1. Datos sociodemográficos y de la familia

Variable	<i>f</i>	%
-----------------	-----------------	----------

Sexo

Masculino	61	44.2
Femenino	77	55.8

Estado civil

Con pareja	89	64.5
Sin pareja	49	35.5

Ocupación

Hogar	38	27.5
Empleado	27	19.5
Estudiante	19	13.7
Comerciante	17	12.3
Continúa		
Otros	37	27.0

Escolaridad

Secundaria completa	42	30.4
Preparatoria/ técnica	41	29.7
Profesional	22	15.9
Otro	33	24.0

Vive con su familia

Si	123	89.1
No	15	10.9

VARIABLES NUMÉRICAS	Media	Desviación estándar
Número de miembros	4.99	2.1
Edad	36.2	13.1

El 55% de los pacientes diagnosticados con SFMNE en el área de urgencias fueron mujeres. El promedio de edad fue 36 años con una desviación estándar de 13. Los rangos de edad más frecuentes fueron de 18 a 22 años y de 30 a 36 años. La ocupación más común reportada fue ama de casa seguida de empleado, estudiante y comerciante. Un 60% de los pacientes encuestados estudiaron hasta secundaria y preparatoria. En cuanto a las características de la familia el 65% contaba con pareja, la mitad de los pacientes reportó tener de 4 a 5 integrantes además 9 de cada 10 dijeron vivir con su familia.

TABLA 2. Escala de percepción del origen del síntoma

Frecuencia y porcentaje de afirmativos

Afirmación	fx	%
	(Frecuencia de afirmativos)	
1.Mi condición (síntoma) es psicológica porque mis síntomas empezaron cuando tuve una preocupación personal, en mi familia, en el	67	49%

trabajo, etc.		
2.Mi padecimiento (síntoma) es psicológico porque así me lo dijeron anteriormente algunos médicos.	35	25%
3.Mi padecimiento es psicológico porque así me lo dijeron uno o más de mis padres, otros familiares o amigos.	29	21%
4.Mi padecimiento es orgánico porque los síntomas me provocan dificultades en el funcionamiento de mis actividades diarias.	69	50%
5.Mi padecimiento es psicológico porque viví una experiencia emocional traumática.	37	27%
6.Mi padecimiento es psicológico porque me han realizado muchos estudios y no me han encontrado algo.	36	26%
7.Mi padecimiento es psicológico porque me han dado muchos tratamientos y no he mejorado.	27	20%
8.Mi padecimiento es orgánico porque mis síntomas son muy intensos	68	49%
9.Mi padecimiento es psicológico porque solo aparece o es más intenso cuando estoy en cierto lugar con ciertas personas o en ciertas fechas.	50	36%
10.Mi padecimiento es psicológico porque mis pensamientos y emociones influyen en mi cuerpo.	43	31%
Continúa		
11.Mi padecimiento es psicológico, porque ya lo había presentado antes cuando tengo problemas, como ahora.	34	25%
12.Mi padecimiento es orgánico porque mi síntoma es constante (no se quita).	54	39%

Solamente dos reactivos tuvieron una respuesta afirmativa mayor al 50%, esto llama la atención porque los porcentajes más altos se relacionan con la percepción no psicosocial del síntoma (Tabla 2).

TABLA 3. Características del síntoma inespecífico principal

Variable	<i>f</i>	%
Síntoma más frecuente		
Dolor abdominal	54	39.1

Dolor precordial	23	16.7
Cefalea	16	11.6
Disnea	14	10.1
Dolor torácico	13	9.4
Otros	18	13.1
Síntomas acompañantes		
Único síntoma	38	27.5
Varios síntomas	100	72.5
Horario del síntoma		
Mañana	23	16.7
Tarde	16	11.6
Noche	31	22.5
Todo el día	68	49.2
El síntoma tiene		
tratamiento		
Si	80	58.0
No	58	42.0
Continúa		
El síntoma cede con		
medicamento		
Si	52	65.0

No	28	35.0
Interrumpe el sueño		
Si	92	66.7
No	46	33.3

Los síntomas más frecuentes por los cuales acudieron los pacientes diagnosticados con SFMNE en el área de urgencias fueron dolor abdominal, dolor precordial, cefalea y disnea. De los síntomas anteriores más del 70 % de los casos se acompañaban de otros síntomas; la mitad de los pacientes refirió que el síntoma persistió todo el día; 3 de cada 5 pacientes mencionaron que si había recibido tratamiento anteriormente por el mismo malestar y casi el 70% de estos pacientes refirió que su síntoma cedió a la ingesta de medicamento. Al cuestionar sobre si sus síntomas causaban insomnio, dos tercios de los entrevistados mencionaron que su sintomatología les interrumpía el sueño (Tabla 3).

TABLA 4. Diagnóstico de egreso hospitalario de pacientes con SFMNE

Variable	N	%
Síndrome del colon irritable	44	31.9
Trastorno de ansiedad no especificado	23	16.7
Trastorno somatomorfo	22	15.9
Cefalea de tipo tensional	16	11.6
Dolor en el pecho no especificado	14	10.1
Dolor abdominal y pélvico	8	5.9
Otros	11	7.9

En casi un 50% de los casos el diagnóstico de egreso fue una patología del espectro somatizador (síndrome de colon irritable y trastorno somatomorfo), el 28% fue diagnosticado con una patología del espectro ansioso (trastorno de ansiedad no especificado y cefalea tensional) y alrededor de un 15% se egresó con un síntoma como diagnóstico final, dolor en el pecho y dolor abdominal (Tabla 4).

TABLA 5. Relación entre atribución del origen del síntoma y nivel de estrés

Variable	Nivel de estrés		Total
	Alto (28 o más)	Bajo (27 o menos)	
Psicosocial	51 (75%)	17 (25%)	68 (100%)
Orgánica	18 (25.7%)	52 (74.3%)	70 (100%)

P < .0001

Correlación de Spearman Rho= .493

El 75% de los pacientes con atribución psicosocial tienen un nivel de estrés alto, esto contrasta con los pacientes que tienen una atribución no psicosocial u orgánica, ya que solo el 25% de estos mostraron un nivel de estrés alto por lo que se considera que la hipótesis nula se rechaza (Tabla 5). La correlación de Spearman dio un valor de "Rho" de .493 (correlación media) y P igual a .0001 (estadísticamente significativa).

TABLA 6. Asociación entre la atribución del síntoma (psicosocial y no psicosocial (orgánica) y si el síntoma cede con medicamento

Variable	El síntoma cede con medicamento		
	Si	No	Total
Psicosocial	18 (43%)	24 (57%)	42 (100%)
Orgánica	34 (89.5%)	4 (10.5%)	38 (100%)

P= .0001

La mayoría, 9 de cada 10 pacientes que atribuyen su sintomatología a una causa no psicosocial (orgánica) mejoran sus síntomas con el uso de medicamento. En el grupo de pacientes donde la atribución del síntoma es psicosocial no se ve una clara diferencia ya que el 43% vs 57% de los pacientes refirió que su síntoma si se quitaba con tratamiento medicamentoso y sin respuesta, respectivamente.

TABLA 7. Asociación entre atribución del síntoma e insomnio

Variable	Insomnio		
	Si	No	Total
Atribución			
Psicosocial	38 (56%)	30 (44%)	68 (100%)
No psicosocial (orgánica)	54 (77%)	16 (23%)	70 (100%)

p = .008

Los pacientes con una percepción no psicosocial (orgánica) de su sintomatología refieren tener insomnio en 77% de los casos.

Se compararon las ocupaciones más comunes con la atribución del origen del síntoma, en los cuales el 68% de las amas de casa atribuyó su síntoma a un origen psicosocial, en cambio el 70% de los empleados lo atribuyó a un origen no psicosocial (orgánico). Mas de un 50% de los estudiantes y comerciantes también atribuyó su causa a un origen no psicosocial (orgánico), aunque este resultado no fue estadísticamente significativo.

En otros resultados, las amas de casa y los estudiantes mostraron mayores niveles de estrés percibido con 60% y 63%, respectivamente.

En la Figura 1 se muestra la dispersión de las puntuaciones de la escala de percepción del origen del síntoma y las puntuaciones totales de la escala de estrés percibido.

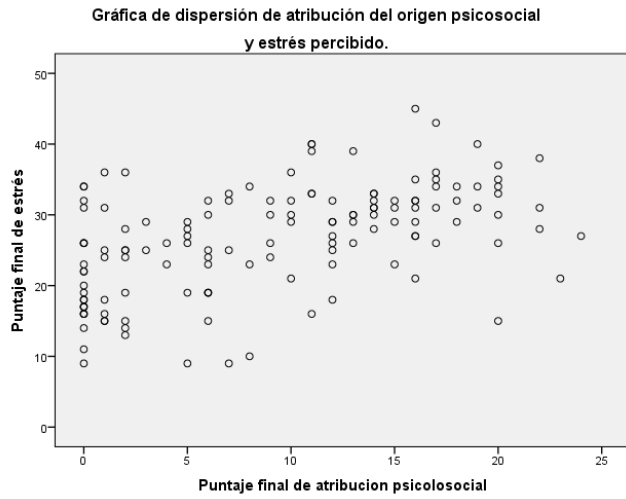


Figura 1. Percepción del origen del síntoma y nivel de estrés percibido

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

De los 138 pacientes encuestados 70 (51%) de ellos atribuyeron su causa a un origen no psicosocial (orgánico) y el resto 68 (49%) lo relacionó a una causa emocional o psicológica. Salmon et al (2005) también vieron que muchos de los pacientes con SFMNE buscan más el apoyo emocional y psicológico, que las explicaciones e intervenciones somáticas.²³

La correlación entre el nivel alto de estrés y la atribución psicosocial del origen del síntoma nos habla de la buena introyección que tiene el paciente de sus emociones y factores sociales, esto se apoya con el estudio realizado por Ramírez et al (2013), en el cual encontró que la percepción del estrés era mayor en pacientes con SFMNE al compararlos con pacientes con una enfermedad orgánica.²⁰

El presente estudio mostró una tendencia de género similar a la observada en otro estudio multicéntrico de consulta ambulatoria donde predominó el género femenino (58%),²⁴ sin embargo, la diferencia del porcentaje entre hombres y mujeres no fue tan marcada en nuestro estudio ya que los pacientes con SFMNE en urgencias fueron solamente 55% mujeres.

Los síntomas más comunes en nuestro estudio fueron dolor abdominal, dolor precordial, cefalea y disnea, estos hallazgos son un poco diferentes a otros estudios realizados en medios hospitalarios en los cuales predominaron fatiga, vértigo, insomnio, disnea, cefalea, dolor abdominal y dispepsia.²⁵ Esto es muy

Comentado [J2]: Aquí falta comentar lo que pones como conclusión . Llama la atención que 15% de los pacientes con SFMNE egresados se fueron con un diagnóstico sintomático.

diferente a lo encontrado en consulta ambulatoria en donde los síntomas más comunes fueron dolor lumbar, cefalea, debilidad, insomnio, mareos, cuerpo extraño en faringe, distensión abdominal, palpitaciones y dolor abdominal al final.²⁶

Los pacientes quienes acuden a urgencias es probable que presenten síntomas de mayor intensidad y duración que los pacientes atendidos en consulta ambulatoria, aunque esto tiene que ser demostrado por estudios más específicos.

En la presente investigación los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentemente diagnosticados fueron trastorno de ansiedad y somatización, hallazgo similar se encontró en un estudio multicéntrico realizado en Países Bajos y Bélgica, principalmente la ansiedad, aunque este estudio también menciona con cierta frecuencia la depresión.²⁷

También se observó que los pacientes que atribuyeron su síntoma a una causa no psicosocial (90%) curiosamente su síntoma principal se quitaba después de la toma de medicamento, esto se podría atribuir en parte al efecto placebo que tienen los medicamentos, aun y cuando los pacientes no consideren al estrés o factores emocionales como la causa de sus síntomas. Algunos expertos han mencionado que el mismo médico puede actuar como un placebo a través del establecimiento de una relación empática que le permita al paciente sentir alivio. El placebo no es solo una tableta, es un proceso complejo donde el paciente tiene confianza en la prescripción del médico por lo cual el

medicamento empieza a hacer el efecto deseado sobre el cuerpo, aunque no tenga esas propiedades farmacológicas .²⁸

Al investigar la relación entre la atribución del origen del síntoma y el insomnio, se vio que los pacientes con una percepción orgánica de su sintomatología refirieron tener insomnio en un 77%, sin embargo, es difícil saber si la relación entre estas dos es por la introspección hecha por el paciente o porque directamente el paciente adjudica la interrupción del sueño al mal funcionamiento de su cuerpo. La literatura afirma que esto se puede deber a la internalización de los pensamientos negativos, lo cual al pensar que su enfermedad puede ser grave, favorece un estado de hiperactividad fisiológica, cognitiva y emocional que altera el sueño y puede terminar en insomnio.²⁹ Todo lo anterior nos abre una perspectiva nueva para investigar.

Los pacientes con atribución no psicosocial (orgánica) del origen del síntoma en su mayoría no saben expresar o relacionar la esfera cognitiva y emocional con la enfermedad, estos resultados negativos plantean un reto en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes ya que no se les puede proponer con tanta facilidad tratamientos alternativos efectivos en el manejo del estrés como Mindfullnes, actividad física, yoga, logoterapia etc.³⁰

Una propuesta para futuras investigaciones puede ser realizar estudios de intervención para educar al paciente acerca de su enfermedad y todas sus implicaciones psicosociales. Además, sería importante estudiar la severidad del padecimiento con la escala PHQ-15 como ya lo han hecho otros estudios en Alemania.³¹

También aportaría información más integral el seguimiento en estudios longitudinales del número de visitas al año por el mismo síntoma, si el paciente lo relaciona a un evento estresante, y como le hace sentir al paciente el diagnóstico de su enfermedad.

Limitaciones.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es que la muestra no fue aleatoria, además la escala de percepción del origen del síntoma tiene como opción el responder No sé, lo cual algunos expertos sugieren que al tener como opción este tipo de respuesta hace al participante inclinarse por esta.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

Se encontró una asociación significativa entre la atribución psicosocial o no psicosocial (orgánica) del síntoma y el nivel de estrés percibido e incluso se estableció una correlación media en forma estadística.

En la mitad de los casos el diagnóstico de egreso fue una patología del espectro somatizador (síndrome de colon irritable y trastorno somatomorfo), y menos del espectro ansioso (trastorno de ansiedad no especificado y cefalea tensional). Llama la atención que en 15% de los casos el paciente se egresó con un síntoma como diagnóstico final (dolor en el pecho y dolor abdominal).

El perfil del paciente que va a urgencias con diagnóstico de SFMNE es mujer, ama de casa, de la cuarta década de la vida, de escolaridad secundaria que vive con su familia la cual cuenta con 5 integrantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Poloni, Caselli, Ielmini, Mattia, De Leo. Hospitalized Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: Clinical Context and Economic Costs of Healthcare Management. *Behavioral Sciences*, 2019; 9(7).
2. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(16):279-87.
3. Alsma, J., et al. Medically unexplained physical symptoms in patients visiting the emergency department. *European Journal of Emergency Medicine*, 2018;1.
4. Kroenke, K. Somatoform Disorders and Recent Diagnostic Controversies. *Psychiatric Clinics of North America*, 2007, 30(4), 593–619.
5. Rask, M. T. et al. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study. *General Hospital Psychiatry*. 2015; 37(1): 53-59.
6. Konnopka, A., et al. Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 2013, 75(4), 370–375.
7. Van Dessel, N., Leone, S. S., Van der Wouden, J. C., Dekker, J., van der Horst, H. E. The PROSPECTS study: Design of a prospective cohort study on prognosis and perpetuating factors of medically unexplained physical symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014; 76(3):200-206.

8. González, M., García, J., Landero, R., El papel de la teoría transaccional del estrés en el desarrollo de la fibromialgia: un modelo de ecuaciones estructurales. *Actas Esp Psiquiatría*. 2011; 39(2): 81-87.
9. Ramiro F de S, Lombardi Júnior I, da Silva RC, Montesano FT, de Oliveira N R, Diniz RE et al. Investigation of stress, anxiety and depression in women with fibromyalgia: a comparative study. *Rev Bra Reumatol*. 2014; 54(1):27–32.
10. Rief W, Broadbent E., Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27(7):821-841.
11. Van Eck van der Sluijs, J., et al., Medically Unexplained and Explained Physical Symptoms in the General Population: Association with Prevalent and Incident Mental Disorders. *PLOS ONE*, 2015; 10(4).
12. Deary, V., Chalder, T., Sharpe, M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 2007; 27(7), 781–797.
13. Poloni, N., et al. Medically Unexplained Physical Symptoms in Hospitalized Patients: A 9-Year Retrospective Observational Study. *Frontiers in Psychiatry*, 2018; 9.
14. Liegey, A., Baum, A., Stress, health, and illness. *Handbook of health psychology* routledge. 2011.
15. Stephenson, D. T., & Price, J. R. Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*. 2006; 23(8): 595-600.
16. Granel A., Pacientes con síntomas somáticos no explicables. *Evidencia, Actualización en la Practica Ambulatoria*. 2006; 9(6): 176-180.

17. Olde Hartman, T. C., Hassink-Franke, L. J., Lucassen, P. L., van Spaendonck. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study?. *BMC Family Practice*, 2009; 10(1).
18. Heijmans, M., et al. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Family Practice*. 2011; 28(4): 444-455.
19. Sitnikova, K., et al. Management of patients with persistent medically unexplained symptoms: a descriptive study. *BMC Family Practice*. 2018; 19(1)
20. Ramírez-Aranda, J. M, Loera-Manzanares, S., Garza-Elizondo, T., Gómez-Gómez, C. Perception of Stress in Patients with Physical Symptoms Medically not Explained. *aten fam* 2013;20(4).
21. Ramírez, J. M., Morales, M., Garza, T. Perception of the origin of Medically Unexplained Symptoms: A Scale Development and Validation Study (Tesis de especialidad) Departamento de Medicina Familiar Universidad Autónoma de Nuevo Leon, 2014.
22. González, T., Rodríguez, M. N., Hernández, R. L. The Perceived Stress Scale (PSS): Normative Data and Factor Structure for a Large-Scale Sample in Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 2013; 16.
23. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res*. 2005;59(4):255-260; discussion 61–2.

24. Schaefer, R. et al. Psychological and behavioral variables associated with the somatic symptom severity of general hospital outpatients in China. *General Hospital Psychiatry*, 2013; 35(3), 297–303.
25. Isaac, M. L., & Paauw, D. S. Medically Unexplained Symptoms. *Medical Clinics of North America*, 2014; 98(3), 663–672.
26. Aamland A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract*. 2014; 15:107
27. Sánchez M, Psychological process in somatization: emotion as process. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2013; 13(2): 255-270.
28. Turabián Fernández, J. L., & Pérez Franco, B. Aspectos no farmacológicos de las medicaciones. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 2011; 37(5), 246–251.
29. Medrano-Martínez P, Ramos-Platón MJ. Alteraciones cognitivas y emocionales en el insomnio crónico. *Rev de Neurología*. 2016;62(4):170-178.
30. Van Dessel, N., et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;11
31. Körber S, Frieser D, Steinbrecher N, Hiller W. Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *J Psychosom Res*. 2011; 71:142-147.

ANEXO 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio	Percepción del origen del síntoma y nivel de estrés en pacientes con síntomas físicos medicamente no explicados en el área de urgencias
Nombre del Investigador Principal	Dr. med José Manuel Ramírez Aranda
Servicio / Departamento	Medicina Familiar

Teléfono de Contacto	8120739891
Persona de Contacto	Dr. Marco Sebastian Gonzalez Sánchez
Versión de Documento	V 2.0 julio 19
Fecha de Documento	10 julio del 2019

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación. Este documento contiene información importante acerca del propósito del estudio, lo que usted hará si decide participar, y la forma en que nos gustaría utilizar su información personal y la de su salud. Puede contener palabras que usted no entienda. Por favor solicite a su médico que le explique cualquier palabra o información que no le quede clara.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

El propósito de este estudio es conocer la percepción del origen del síntoma ya sea una atribución orgánica o psicológica y medir el nivel de estrés.

Se le pide participar porque usted es un paciente que cumple con ciertas características que nosotros queremos estudiar y de forma poder conocer un poco más lo que piensa el paciente de su origen del síntoma y como se relaciona este con su nivel de estrés, así como otras características particulares.

La investigación en la que usted participará es importante porque con los resultados obtenidos se espera que podamos mejorar el abordaje en urgencias al conocer las características intrínsecas de su padecimiento.

¿CUÁL SERÁ LA DURACIÓN DEL ESTUDIO Y CUÁNTOS PARTICIPANTES HABRÁ EN ESTE ESTUDIO?

El estudio se realizará durante el periodo de diciembre del 2019 a enero del 2020 y se incluirán 138 personas que sean diagnosticadas con síntomas físicos medicamente no explicados en el área de la consulta de urgencias.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE SE TOMARÁN EN CUENTA PARA MI PARTICIPACIÓN?

Los criterios de inclusión y de exclusión son los siguientes:

Incluiremos personas con diagnóstico de síntomas físicos medicamente no explicados para llegar al diagnóstico usted debe tener todos los estudios de laboratorio y gabinete que sean necesarios para descartar patología de base dependiendo de la sintomatología además de haber sido evaluados por al menos dos médicos, su médico tratante y por lo menos un médico interconsultante, ya sea medicina interna, cirugía, traumatología.

¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ME REALIZARÁN?

Los procedimientos que se le realizarán serán los siguientes:

Se le aplicará una encuesta sencilla de 38 preguntas en total que evaluaran diferentes ámbitos como datos demográficos, características del síntoma, la escala de percepción del origen de los síntomas y la escala de percepción del estrés.

¿QUÉ VA A HACER SI USTED DECIDE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Si usted da su consentimiento para participar, se le pedirá que llénela encuesta a mano. Su responsabilidad será que conteste la encuesta y nos brinde información verídica y lo más sincera posible

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS?

Las molestias que usted podrá llegar a sentir son las de tener una introspección del estrés percibido cuando este llenando la encuesta, en caso de ser así puede solicitarnos ayuda, en caso de no comprender alguna pregunta podemos apoyarle para que entienda y conteste las preguntas, puede sentir la libertad de contestar la encuesta a su ritmo, sin ser apresurado. Usted no tiene que participar en este estudio de investigación si no lo desea.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED O PARA OTROS?

No hay un beneficio directo por participar en este estudio de investigación. La participación en este estudio puede ayudar a los médicos a comprender mejor las características intrínsecas de los pacientes con síntomas físicos medicamente no explicados.

¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO?

No habrá costos para usted por participar en este estudio.

¿SE LE PROPORCIONARÁ ALGUNA COMPENSACIÓN ECONÓMICA PARA GASTOS DE TRANSPORTACIÓN?

A usted no se le proporcionará ninguna compensación para gastos de transportación.

¿RECIBIRÁ ALGÚN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

Usted no recibirá ningún pago por la participación en este estudio.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Si decide participar en este estudio, usted tiene derecho a ser tratado con respeto y confidencialidad absoluta. Usted es libre aceptar voluntariamente participar en el estudio, sin que el negarse a participar cambie su tratamiento o su egreso del servicio.

¿PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DEL ESTUDIO?

Su participación es estrictamente voluntaria. Si desea suspender su participación, puede hacerlo con libertad en cualquier momento. Si elige no participar o retirarse del estudio, su atención médica presente y/o futura no se verá afectada y no incurrirá en sanciones ni perderá los beneficios a los que usted tendría derecho de algún otro modo.

Si usted decide retirarse de este estudio, deberá notificar a su médico tratante.

¿CÓMO SE PROTEGERÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS PERSONALES Y LA INFORMACIÓN DE SU EXPEDIENTE CLÍNICO?

Si acepta participar en la investigación, el equipo de investigación recabará y registrará información personal y confidencial. Esta información no contendrá su nombre completo ni su domicilio, pero podrá contener otra información acerca de usted, tal como iniciales o número de

registro. Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la investigación. Su nombre no será conocido fuera de la institución.

Usted tiene el derecho de controlar el uso de sus datos personales de acuerdo con la Ley Federal de Protección de datos Personales en Posición de Particulares, así mismo de solicitar el acceso, corrección y oposición de su información personal. La solicitud será procesada de acuerdo con las regulaciones de protección de datos vigentes. Sin embargo, cierta información no podrá estar disponible hasta que el estudio sea completado, esto con la finalidad de proteger la integridad del Estudio.

La Facultad de Medicina y Hospital Universitario, así como el Investigador serán los responsables de salvaguardar la información de acuerdo con las regulaciones locales.

Usted tiene el derecho de solicitar por escrito al médico un resumen de su expediente clínico.

La información personal acerca de su salud y de su tratamiento del estudio podrá procesarse o transferirse a terceros en otros países para fines de investigación y de reportes de seguridad, incluyendo agencias reguladoras locales (Secretaría de Salud SSA), así como al Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación de nuestra Institución.

Para los propósitos de este estudio, autoridades sanitarias como la Secretaría de Salud y el Comité de Ética en Investigación y/o el Comité de Investigación de nuestra Institución, podrán inspeccionar su expediente clínico, incluso los datos que fueron recabados antes del inicio de su participación, los cuales pueden incluir su nombre, domicilio u otra información personal.

En caso necesario estas auditorías o inspecciones podrán hacer fotocopias de parte o de todo su expediente clínico. La razón de esto es asegurar que el estudio se está llevando a cabo apropiadamente con la finalidad de salvaguardar sus derechos como sujeto en investigación.

Los resultados de este estudio de investigación podrán presentarse en reuniones o en publicaciones.

La información recabada durante este estudio será recopilada en bases de datos del investigador, los cuales podrán ser usados en otros estudios en el futuro. Estos datos no incluirán información médica personal confidencial. Se mantendrá el anonimato.

Al firmar este documento, Usted autoriza el uso y revelaciones de la información acerca de su estado de salud y tratamiento identificado en esta forma de consentimiento. No perderá ninguno de sus derechos legales como sujeto de investigación. Si hay cambios en el uso de su información, su médico le informará.

SI TIENE PREGUNTAS O INQUIETUDES ACERCA DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, ¿A QUIÉN PUEDE LLAMAR?

En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al **Dr. José Gerardo Garza Leal**, presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al **Lic. Antonio Zapata de la Riva** en caso de tener dudas en relación a sus derechos como paciente.

Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.
CP 64460

Teléfonos: (81) 83294000 ext. 2870 a 2874
Correo electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

RESUMEN CONSENTIMIENTO

PARA LLENAR POR EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN

- Mi participación es completamente voluntaria.
- Confirmando que he leído y entendido este documento y la información proporcionada del estudio.
- Confirmando que se me ha explicado el estudio, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que se me ha dado el tiempo suficiente para decidir sobre mi participación. Sé con quién debo comunicarme si tengo más preguntas.
- Entiendo que las secciones de mis anotaciones médicas serán revisadas cuando sea pertinente por el Comité de Ética en Investigación o cualquier otra autoridad regulatoria para proteger mi participación en el estudio.
- Acepto que mis datos personales se archiven bajo códigos que permitan mi identificación.
- Acepto que mi médico general sea informado de mi participación en este estudio.
- Acepto que la información acerca de este estudio y los resultados de cualquier examen o procedimiento pueden ser incluidos en mi expediente clínico.
- Confirmando que se me ha entregado una copia de este documento de consentimiento firmado.

Nombre del Sujeto de Investigación

Firma

Fecha

PRIMER TESTIGO

Nombre del Primer Testigo

Firma

Dirección

Fecha

Relación con el Sujeto de Investigación

SEGUNDO TESTIGO

Nombre del Segundo Testigo

Firma

Dirección

Fecha

Relación con el Sujeto de Investigación

PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO

He discutido lo anterior y he aclarado las dudas. 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.

Nombre de la Persona que obtiene el Consentimiento

Firma

Fecha

ANEXO 2 (Instrumento)

No. de encuesta _____

Fecha __/__/__

Instrucciones: Conteste las preguntas abiertas con bolígrafo y marcar con una "X" las respuestas donde corresponda.

I Preguntas filtro.

1. Motivo de Consulta: _____

2. Síntoma

1. Único 2. Varios síntomas principales

II.- Datos Demográficos

3. Sexo: 1.- Masculino 2.- Femenino
4. Edad: _____ años
5. Estado Civil: 1.- Con pareja 2.- Sin pareja
6. Ocupación: _____
7. 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
- 8.- Cuantos miembros componen su familia? _____
- 9.- Vive usted con su familia? Si _____ No _____

II.- Características del Síntoma inespecífico (o el principal si hay varios)

10. Horario en que se presenta el síntoma:
1. Mañana 2. Tarde 3. Noche 4. Todo el día
11. ¿Le interrumpe el sueño? 1. Si 2. No
12. ¿El síntoma se quita con el tratamiento? 1. Si 2. No 3. No tiene tratamiento
13. Clasificación del síntoma de acuerdo con el Código del CIE-10
_____ (pregunta para el personal médico)

ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL ORIGEN DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS MÉDICAMENTE NO EXPLICADOS (POMUS).

Se dice que las enfermedades pueden tener un origen físico cuando hay una alteración en un órgano del cuerpo o psicológico cuando es producido por una tensión, preocupación o estrés emocional. Las siguientes preguntas están destinadas a conocer su percepción de su enfermedad. No hay respuestas correctas o incorrectas. Coloque una "X" en la casilla que mejor exprese su forma de pensar.

Se dice que las enfermedades son de origen no psicosocial/ orgánico / físico cuando hay alteraciones en uno o más órganos del cuerpo o son el resultado de una enfermedad física, o psicológicas cuando son una consecuencia de la tensión, la preocupación o el estrés.	No	No se	Si
1.Mi condición (síntoma) es psicológica porque mis síntomas empezaron cuando tuve una preocupación personal, en mi familia, en el trabajo, etc.			
2.Mi padecimiento (síntoma)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).			

Puntuación final Sección orgánica____ Sección Psicosocial ____

ESCALA PERCEPCION DEL ESTRÉS

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	4	3	2	1	0
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	4	3	2	1	0
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas	0	1	2	3	4

que tenía que hacer?

9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? 4 3 2 1 0

10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control? 4 3 2 1 0

11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control? 0 1 2 3 4

12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que no ha terminado (pendientes de hacer)? 0 1 2 3 4

13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)? 4 3 2 1 0

14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas? 0 1 2 3 4

Puntuación final _____

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Marco Sebastian González Sánchez

Candidato para el Grado de Especialista en Medicina Familiar

Tesis: Percepción del origen del síntoma y nivel de estrés en pacientes con síntomas físicos medicamente no explicados en urgencias.

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos personales: Nacido en Monterrey, Nuevo León el 31 de marzo de 1992, hijo de Marco Gildardo Gonzalez Bayona y Cecilia Sánchez Delgado.

Educación: Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano y Partero en 2015.