

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



“CORRELACIÓN ENTRE ABUSO SEXUAL Y DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO.”

PS20-00019

Por

Dr. José Gerardo Garza Marichalar

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

Febrero 2022

Aprobación de la tesis:



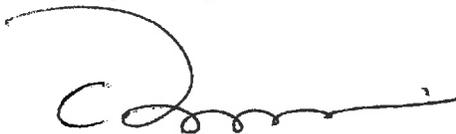
Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Departamento y Director de Tesis



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

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

A los profesores del Departamento de Psiquiatría que han ayudado en mi crecimiento personal y profesional, compartiendo conmigo sus conocimientos y experiencia.

Al Dr. Stefan Fernández, quien apoyo este proyecto desde un inicio e hizo posible su realización y su conclusión, facilitando el trabajo y supervisando los aspectos importantes de él.

A la Lic. Griselda Soto, quien con su trabajo hizo posible la recolección de datos, llevando a cabo el trabajo clínico más difícil y dándole acceso a todas las pacientes a los servicios de salud mental que necesitaban.

A mis amigos que me acompañaron y orientaron en este proceso, particularmente a todos mis compañeros de generación, quienes me apoyaron y ayudaron a hacer todo el proceso de estos 4 años mucho más ameno.

A mi familia que siempre ha brindado su apoyo incondicional y me han motivado a continuar estudiando, creciendo y formándome para alcanzar mis metas personales y profesionales. En particular, a mi papá, quien ha fungido como un mentor en todo el proceso de educación que implica estudiar medicina y posteriormente hacer una especialidad. El tener su ejemplo de crecimiento ha sido uno de los principales motores para mi propio desarrollo.

Al Dr. Omar Kawas Valle, quien también ha fungido como guía dentro del proceso de la residencia. Especialmente, a mi novia, Elisa Hernández Sánchez, quien ha tenido la paciencia para ayudarme, escucharme y apoyarme. Su compañía en este proceso ha sido invaluable para mí.

TABLA DE CONTENIDOS

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	Página 7
2. INTRODUCCIÓN.....	Página 7
3. ANTECEDENTES	Página 9
4. MARCO TEÓRICO.....	Página 10
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	Página 11
6. HIPÓTESIS.....	Página 12
7. OBJETIVOS.....	Página 12
8. METODOLOGÍA, DISEÑO Y UNIVERSO.....	Página 13
9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN	Página 14
10. MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD.....	Página 15
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	Página 15
13. MATERIAL Y MÉTODOS.....	Página 15
14. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	Página 18
15. RESULTADOS.....	Página 18
16. DISCUSIÓN	Página 20
17. CONCLUSIÓN	Página 25
18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Página 26
19. ANEXOS	Página 29
20. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	Página 36

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Entrevista semiestructurada para la exploración de la violencia sexual en mujeres Página 29 - 32

Tabla 2. Variables sociodemográficas e historia de maltrato y su relación con el dolor pélvico Página 33-34

Tabla 3. Comorbilidades psiquiátricas..... Página 35

LISTADO DE ABREVIATURAS

DPC: Dolor pélvico crónico

EVS: Entrevista semiestructurada para la exploración de la violencia sexual en mujeres

CIE-10: Manual de clasificación internacional de enfermedades

TEPT: Trastorno de estrés postraumático

OMS: Organización Mundial de la Salud

NICE: Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención del Reino Unido

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

TCC: Terapia cognitivo conductual

EMDR: Terapia de desensibilización con movimientos oculares

TIC: Tratamiento informado del trauma

TDM: Trastorno depresivo mayor

TLP: Trastorno límite de la personalidad

CORRELACIÓN ENTRE ABUSO SEXUAL Y DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Las pacientes con abuso sexual pueden presentar una gran cantidad de comorbilidades que pueden incluir trastornos psiquiátricos primarios como el trastorno por estrés postraumático o el trastorno depresivo mayor pero también pueden tener condiciones como dolor pélvico crónico o disfunciones sexuales,^{1,2} las cuales no son reportadas de manera rutinaria en consultas de primer o segundo nivel de atención. Debido a esto, en muchas ocasiones las condiciones médicas presentadas por estas pacientes no son detectadas a tiempo, causando complicaciones, baja calidad de vida, problemas interpersonales y en la relación de pareja.

El abordaje requiere la detección oportuna por parte de un equipo multidisciplinario que pueda abordar a la paciente y dirigirla hacia el tratamiento más adecuado. La identificación de potenciales factores de riesgo puede ayudar a establecer estrategias de detección en consultas de primer o segundo nivel de atención.

INTRODUCCIÓN

La violación o abuso sexual consiste en forzar y coaccionar a una víctima para que lleve a cabo una relación sexual sin desearlo; normalmente se trata de un coito, aunque pueden consistir en una penetración anal o una felación. Otras formas de abuso sexual incluyen: la manipulación genital con objetos extraños, la provocación de dolor y la actividad sexual forzada. La población de máximo riesgo de sufrir abuso sexual es la de

mujeres de 16 a 24 años. Más de un tercio de las violaciones las realizan personas que conocen a la víctima y un 7% son familiares cercanos.³

El dolor pélvico crónico (DPC) está definido por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (2020) como síntomas de dolor cuyo origen se percibe en estructuras u órganos pélvicos y suele durar más de 6 meses. A menudo se asocia con consecuencias cognitivas, conductuales, sexuales y emocionales, así como con síntomas sugestivos de disfunción urinaria inferior, sexual, intestinal, del suelo pélvico, miofascial o ginecológica.¹ Es un problema de salud importante con una prevalencia mundial del 24%.⁴ Afecta principalmente a mujeres jóvenes y puede provocar una baja calidad de vida, problemas psicosociales y un uso excesivo de los recursos sanitarios.⁵ Su diagnóstico y manejo son un desafío para los médicos. Casi el 55% de los pacientes con DPC no tienen una causa obvia de su dolor en la laparoscopia.⁶

La violencia sexual es un problema grave que sufren muchas mujeres. Sin embargo, su detección es difícil debido a la ausencia de reconocimiento social. Este tipo de violencia ocurre con frecuencia y está vinculado a otros tipos de abuso y otro tipo de problemas ginecológicos. Dado que una gran parte de las mujeres con DPC sufren abusos sexuales, y la DPC sigue siendo una de las causas más comunes de derivación a clínicas ambulatorias de ginecología, puede ser necesario utilizar herramientas y recursos adecuados para detectar y diagnosticar a estos pacientes. El abuso sexual en sí mismo puede desencadenar una variedad de trastornos de salud mental;¹ los pacientes que se presentan con DPC pueden requerir un enfoque multidisciplinario para el tratamiento que

solo se puede realizar de manera adecuada si estos pacientes se identifican y estudian en un entorno ambulatorio.

En ausencia de una única etiología clara, los expertos se refieren a la PPC como un trastorno neuromuscular-psicosocial complejo que puede afectar al sistema reproductivo, urológico y gastrointestinal.⁴ Algunos de los factores de riesgo de CPP incluyen tabaquismo, abuso de drogas o alcohol, flujo menstrual abundante, enfermedad inflamatoria pélvica, afecciones psicológicas comórbidas como depresión y ansiedad, y antecedentes de trauma como abuso sexual y otras formas de maltrato.⁷ Mujeres con antecedentes de abuso sexual pueden presentarse con una variedad de quejas del piso pélvico, que pueden incluir dolor pélvico y disfunción sexual como dispareunia.⁸ Según la encuesta nacional sobre violencia sexual y violencia de pareja, publicada por los CDC en 2010, se ha estimado que 1 de cada 5 de las mujeres experimentarán abuso sexual en algún momento de su vida.⁹

ANTECEDENTES

De acuerdo con el artículo “Factors predisposing women to chronic pelvic pain: a systematic review”, los factores psicológicos asociados con mayor frecuencia a esta patología incluyen: el abuso sexual infantil, la violación, las dificultades emocionales, tendencias suicidas, la somatización, así como la presencia de patología psiquiátrica primaria como trastornos de depresión y ansiedad.⁷

En estudios observacionales, se ha encontrado que hasta 23% de las pacientes vistas en un tercer nivel de atención por distintas molestias o dificultades relacionadas con el

suelo pélvico sufrieron en alguna ocasión de su vida abuso sexual.⁸

MARCO TEÓRICO

El dolor pélvico crónico (DPC) se describe como un dolor persistente no cíclico percibido en cualquier estructura de la pelvis que no está relacionado con la menstruación, la actividad sexual o los síntomas intestinales con una duración de más de 6 meses.¹⁰ Es un problema clínico común en mujeres de todas las edades. Estudios recientes han informado de su prevalencia del 2.1 al 24% en todo el mundo.⁴ En ausencia de una única etiología clara, los expertos refieren a la DPC como un trastorno neuromuscular-psicosocial complejo que puede involucrar al sistema reproductivo, urológico y gastrointestinal.¹¹

Algunos de los factores de riesgo de DPC incluyen tabaquismo, abuso de drogas o alcohol, flujo menstrual abundante, enfermedad inflamatoria pélvica, afecciones psicológicas comórbidas como depresión y ansiedad, y antecedentes de trauma como abuso sexual y otras formas de maltrato. Casi la mitad de las mujeres con DPC informan antecedentes de trauma sexual, físico o emocional.⁷

Muchos protocolos de entrevista publicados para explorar la presencia de violencia o abuso sexual, no la evalúan o lo hacen de forma superficial. Esto se suma al hecho de que algunas de las mujeres que lo sufren no son conscientes del maltrato, ni de la gravedad e impacto real que tiene sobre ellas. La Entrevista Semiestructurada para la Exploración de la Violencia Sexual sobre las Mujeres en la Relación de Pareja (EVS) es

una herramienta creada para explorar de manera adecuada la presencia de violencia sexual en una relación de pareja y para facilitar la recolección de dicha información por parte de los profesionales de salud.¹²

Al poder utilizar esta herramienta en una consulta de segundo nivel de atención, en una muestra de pacientes recolectada de manera aleatoria, es posible analizar la prevalencia del abuso sexual, así como los factores de riesgo sociodemográficos o médicos asociados con el mismo. Si se investiga la presencia de dolor pélvico en esta misma población de pacientes, se puede buscar una correlación entre ambas patologías. Esto ayudaría a la detección oportuna y a la creación de protocolos de diagnóstico y tratamiento adecuados.

Las pacientes con abuso sexual tienen un mayor riesgo de padecer dolor pélvico crónico. El abuso sexual es difícil de detectar debido al estigma y a la falta de reconocimiento social del mismo. El análisis retrospectivo de pacientes en una consulta de segundo nivel puede proporcionar datos que ayuden a la identificación temprana y al diseño de estrategias de detección oportuna de abuso sexual y el dolor pélvico crónico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la correlación entre abuso y sexual y dolor pélvico crónico en pacientes que acuden a una consulta de segundo nivel de atención?

HIPÓTESIS

Hipótesis

El abuso sexual tiene una correlación positiva estadísticamente significativa con el dolor pélvico crónico.

Hipótesis nula

El abuso sexual no tiene una correlación estadísticamente significativa con el dolor pélvico crónico.

OBJETIVOS

Objetivo General del Estudio

1. Establecer una correlación entre la presencia de abuso sexual y el dolor pélvico crónico, en un análisis retrospectivo de pacientes en una consulta de segundo nivel de atención.

Objetivos Específicos

1: Evaluar la incidencia de abuso sexual en pacientes que acuden por otra razón a una consulta de segundo nivel de atención.

2: Establecer si existe una correlación entre factores sociodemográficos particulares y el abuso sexual.

3: Establecer si existe una correlación entre factores sociodemográficos particulares y la presencia de dolor pélvico crónico.

4: Establecer la incidencia de comorbilidades ginecológicas en pacientes con dolor pélvico crónico o abuso sexual.

5: Establecer la incidencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes con dolor pélvico crónico o abuso sexual.

METODOLOGÍA, DISEÑO Y UNIVERSO

Metodología del Estudio

Tipo de estudio: Descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Diseño del Estudio

Se analizará una base de datos de pacientes que acudieron a la Consulta de Ginecología del Hospital Universitario, cuyo motivo de consulta no fue dolor pélvico ni abuso sexual. Estas pacientes fueron evaluadas utilizando La Entrevista Semiestructurada para la Exploración de la Violencia Sexual sobre las Mujeres en la Relación de Pareja (EVS).

Universo

Mujeres en edad reproductiva que acuden a la Consulta de Ginecología del Hospital Universitario.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO

Criterios de Inclusión

Pacientes en edad reproductiva.

Si la paciente es menor de edad, la entrevista semiestructurada para la detección de abuso sexual se realizó con tutores presentes.

Criterios de Exclusión

Pacientes menores de edad cuyos tutores no aceptaron la realización de la entrevista semiestructurada para la detección de abuso sexual.

Criterios de Eliminación

Si los datos de la paciente están incompletos dentro de la base de datos.

Muestra y Muestreo

Se cuenta con una base de datos de 62 pacientes que acudieron a la Consulta de Ginecología del Hospital Universitario y contestaron La Entrevista Semiestructurada para la Exploración de la Violencia Sexual sobre las Mujeres en la Relación de Pareja (EVS).

Consentimiento informado

Debido a que es un estudio retrospectivo, no es necesario la realización de un consentimiento informado porque se van a revisar las encuestas ya realizadas.

MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD

A todas las pacientes que participen dentro del estudio de investigación, se les asignará una clave y no se utilizarán su nombre o datos personales en el análisis de datos. El acceso a la clave de cada paciente solo será otorgado al investigador principal y al co-investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación será de forma confidencial y anónima, solo se utilizarán los datos que se proporcionen en la evaluación y el diagnóstico psiquiátrico del clínico basado en criterios del CIE-10. En caso de que se requiera del uso de datos para efectos de publicación en investigación se buscará la autorización escrita de los participantes o se adaptará para continuar preservando su confidencialidad. Así como informar a cada participante del propósito de la investigación a través del Consentimiento Informado del proceso y uso que se dará a la información proporcionada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio utilizando cuestionarios y herramientas específicas para la detección de DPC y abuso sexual. Esto se realizó en una muestra de pacientes de la Consulta de Ginecología que acudieron por otras quejas. El objetivo del estudio fue explorar la correlación entre el abuso sexual (pasado o en curso) y el dolor pélvico crónico, así como investigar una herramienta que podría ser útil para identificar a los pacientes que sufren abuso sexual. Dado que esto no se había hecho antes en nuestro hospital, evaluamos una pequeña muestra de pacientes. En este artículo presentamos

los resultados de este estudio piloto y las herramientas utilizadas en la evaluación, ya que pueden resultar útiles en futuras investigaciones.

Se realizó un proceso de cribado para encontrar abuso sexual y DPC en la Consulta de Ginecología del “Dr. Hospital Universitario José Eleuterio González” en Monterrey, México. Esta clínica ambulatoria recibe normalmente alrededor de 25 pacientes al día.

Como herramienta de detección, utilizamos la entrevista semiestructurada para la exploración de la violencia sexual en mujeres (EVS).¹² Todas las entrevistas fueron realizadas por la misma persona, un psicólogo clínico, quien obtuvo el consentimiento informado e informó a los pacientes que los resultados serían anónimos y confidenciales.

El psicólogo clínico también recibió capacitación en atención informada sobre traumas e intervención en crisis para ayudar a los pacientes a revelar el abuso sexual en caso de que estuviera presente. El EVS es una entrevista de 10 ítems que incluye preguntas sobre el uso de anticonceptivos, abortos espontáneos, abortos, dolor durante las relaciones sexuales y finalmente sobre cualquier violencia sexual sufrida por la paciente.

La violencia sexual en esta entrevista se refiere a la humillación que puede obligar a la víctima a tener un comportamiento sexual, así como al uso de la fuerza física, el chantaje, las amenazas, los insultos, el desprecio, los gritos o el comportamiento agresivo que no se usa directamente hacia la víctima (como golpear muebles). La entrevista se realizó en español y se muestra en la Tabla 1. El dolor pélvico también fue indagado mediante interrogatorio directo por parte del entrevistador. Con una muestra de casos consecutivos, dos días a la semana durante 3 meses, se preguntó a los pacientes en la sala de espera si deseaban ser entrevistados. Se seleccionaron un total de 61 pacientes.

La entrevista se realizó como complemento de la evaluación ginecológica normal. Ninguno de los pacientes que fueron entrevistados presentó abuso sexual como su principal queja. Cualquier paciente que, al ser entrevistado utilizando la herramienta EVS, respondió afirmativamente a los ítems 8, 9 o 10, se consideró que había sufrido abuso sexual. En otras palabras, se consideró que todo paciente que reportó humillación, fuerza física, chantaje, amenazas, insultos, desprecio, gritos o comportamiento agresivo como medio para participar en cualquier tipo de comportamiento sexual fue víctima de abuso sexual. Si la paciente informó alguno de estos, se le dijo que podría constituir una forma de abuso sexual y se le preguntó si esto tenía sentido para ella. Todos los pacientes en los que se descubrió que habían sufrido abuso sexual fueron remitidos a la Consulta de Psiquiatría para una evaluación más exhaustiva.

Si la paciente era menor de edad (menos de 18 años), el entrevistador obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutores, quienes también estuvieron presentes durante toda la evaluación. En los casos en que la paciente también presentaba dolor pélvico crónico, se derivaba a la consulta de laparoscopia para realizar las pruebas diagnósticas adicionales que fueran necesarias.

El entrevistador también preguntó cuántas veces había ocurrido abuso sexual y si este era un problema continuo en sus vidas. Esto se hizo con la intención de brindar una atención posterior adecuada que podría incluir acceso a servicios de salud mental, asesoramiento psicológico, terapia familiar o incluso programas de protección patrocinados por el estado. Esto no se informa en los resultados del estudio, ya que el objetivo del estudio es establecer si existe alguna correlación entre algún tipo de abuso sexual (pasado o en curso) y el dolor pélvico crónico. No se realizaron comparaciones

entre estos pacientes y los pacientes que no aceptaron participar, ya que esto estaría fuera del alcance de este estudio observacional.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables categóricas se expresan como frecuencias y porcentajes. Variables categóricas como la presencia de dolor pélvico. Los abusos sexuales se compararon mediante la prueba de Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher para tablas de 2x2. En las variables comparativas cuantitativas, como la edad o el tiempo de evolución, se utilizó la prueba de la t de Student o la U de Mann-Whitney; La distribución de variables numéricas fue confirmada por la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se realizó una regresión logística binaria para identificar las contribuciones del abuso sexual para predecir el dolor pélvico crónico. Se consideró estadísticamente significativo una $P \leq 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS versión 20.0 (IBM Corp. Armonk, NY).

RESULTADOS

Entre enero y marzo de 2020, las pacientes fueron evaluadas con la herramienta mencionada anteriormente dos veces por semana, los lunes y los miércoles. A las primeras 5 pacientes que llegaban cada mañana a la clínica se les preguntó si deseaban participar en el estudio. Se realizó de esta manera para que el psicólogo clínico tuviera tiempo de realizar la entrevista después de que la paciente se sometiera a la consulta ginecológica habitual. Se les dijo a las pacientes que, en un esfuerzo por brindar una mejor atención, se estaba realizando un estudio en el que un psicólogo clínico capacitado estaría evaluando la sexualidad y las dificultades psicológicas relacionadas con este tema, y que si deseaban participar serían entrevistados después. su evaluación ginecológica normal. En promedio, 2 o 3 pacientes por día dieron su consentimiento para

participar. Se agradeció a los pacientes que no quisieron participar y se les proporcionó la atención médica estándar sin ningún cambio. Se evaluó a un total de 61 pacientes y posteriormente recopilamos sus datos para este artículo.

Las características sociodemográficas de estos pacientes se muestran en la tabla 2. La mayoría de los pacientes eran amas de casa (65,6%), habían estudiado hasta la secundaria (50,8%) y estaban casados o vivían con su pareja (57,4%).

De los 61 pacientes examinados, 33 (54,1%) tenían dolor pélvico; para ninguno de ellos, era su principal queja o el motivo de su asistencia a la consulta externa. Las principales quejas de estas pacientes incluyeron: sangrado uterino anormal, deseo de comenzar o cambiar cualquier método anticonceptivo y consulta para la detección del cáncer de cuello uterino. Asimismo, 11 pacientes (18%) habían sufrido abuso sexual en algún momento de su vida, lo cual solo se dió a conocer cuando se realizó la entrevista específica.

La mayoría de los pacientes con abuso sexual sufrieron este abuso ya sea en su infancia (5 pacientes) o en la edad adulta (5 pacientes). Solo 1 paciente lo había padecido durante su adolescencia. También vale la pena mencionar que la mayoría de ellos había sufrido abuso por parte de un miembro de la familia o de su pareja, solo un paciente sufrió abuso por parte de un extraño.

Diez pacientes (90,8%) de once que tuvieron abuso sexual también tuvieron dolor pélvico. Se encontró que esto era estadísticamente significativo en esta muestra ($p = 0,008$) y con un riesgo más de 11 veces mayor de tener dolor pélvico (OR,11,7; IC95%, 1,4-98,7).

La violencia psicológica en este estudio fue cualquier tipo de comportamiento por parte de las parejas o parejas sexuales del sujeto que no equivalía a que su pareja usara fuerza física directamente hacia ellos. Por ejemplo, el uso de amenazas, chantaje o humillación. También vale la pena mencionar que la mayoría de los pacientes no tenían violencia psicológica (77%), pero los que sí (23%) tenían un riesgo 7 veces mayor de tener dolor pélvico (OR,7,4; IC 95%, 1,5-36,9).

En la Tabla 3 presentamos los diagnósticos psiquiátricos más comunes presentes en esta muestra. Estos diagnósticos se realizaron utilizando los criterios del DSM 5, e incluyen: trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, entre otros. Es importante mencionar que todos los pacientes que presentaban alguna comorbilidad psiquiátrica fueron remitidos a la Consulta de Psiquiatría para su tratamiento.

DISCUSIÓN

En la literatura se encontró una prevalencia de dolor pélvico crónico del 20 al 50%,⁴ datos muy similares a los obtenidos en esta encuesta con una incidencia de dolor pélvico del 54%

La sexualidad en nuestro país sigue siendo un tema tabú, por lo que existe una reticencia a hablar de temas relacionados. El abuso y acoso sexual en mujeres no es la excepción sino un problema de alta relevancia, ya que, según datos publicados en diciembre de 2019 por la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Seguridad Pública, el abuso sexual ocupa el primer lugar como uno de los delitos que más se denuncian en nuestro país.¹³

Como parte de la evaluación clínica, se observó que las pacientes de la Consulta de Ginecología no reportaron en su primer contacto con el clínico su historial de abuso sexual, el cual fue generalmente en la niñez. Ellas tampoco revelaron la presencia actual de violencia sexual con su pareja. Esto solo fue revelado por el paciente cuando el entrevistador utilizó la entrevista semiestructurada para indagar directamente la presencia de alguna de estas experiencias.

De las mujeres entrevistadas, casi una cuarta parte mencionó estar en un ambiente hostil marcado por la violencia física y sexual de su pareja. Algunas mujeres informaron sentir vergüenza o miedo de ser juzgadas si expresaban esto. Por lo tanto, informaron de dolor pélvico, a menudo negando la violencia sexual.

Como parte del abordaje integral de las pacientes con dolor pélvico crónico, puede ser útil investigar intencionalmente un historial de abuso sexual, teniendo en cuenta que en hasta el 60% de los pacientes con dolor pélvico crónico no se encuentra una causa¹⁴ y en aproximadamente el 50% de los pacientes con esta patología hay antecedentes de abuso sexual.¹⁵ En nuestro estudio encontramos que el 90% de las pacientes que sufrieron abuso sexual también presentaron dolor pélvico crónico. Esto puede deberse al número de pacientes estudiados. Como se ha estudiado antes, las mujeres con DPC pueden tener una variedad de causas subyacentes que incluyen problemas ginecológicos, urológicos, gastrointestinales o psicosociales. En este estudio, encontramos que, si el abuso sexual se indaga de manera rutinaria, el DPC es altamente prevalente en aquellas pacientes con este antecedente.

Las pautas internacionales, incluidas las de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) del Reino

Unido, recomiendan que los profesionales de la salud mental deben facilitar la divulgación de violencia doméstica y abuso como parte de evaluaciones clínicas integrales. También deben de brindar apoyo y garantizar la seguridad, y tratar los trastornos físicos y mentales en el contexto de cualquier tipo de violencia y abuso.²

En una revisión de la literatura, se encontró en un estudio el papel único del trauma sexual como factor que contribuye al aumento de los síntomas corporales percibidos y el estilo de apego inseguro.¹⁶ En cuanto a las derivaciones al servicio de psiquiatría, las principales comorbilidades fueron la presencia de trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático (Tabla 3). Estos diagnósticos se realizaron utilizando los criterios del DSM 5 en una entrevista clínica realizada por un psicólogo clínico capacitado.

El abuso sexual afecta negativamente la vida física, psicológica y social de las personas en forma de desesperanza, depresión, trastorno de estrés postraumático, aislamiento social, intentos de suicidio, problemas sexuales y problemas académicos.¹⁷

Las pacientes que han sufrido abuso sexual representan un desafío para cualquier sistema de atención médica y para cualquier médico que tenga que tomar decisiones posteriores sobre su atención. Por un lado, los pacientes pueden presentar dolor pélvico crónico o dispareunia, y si no han revelado su abuso sexual pasado o actual pueden ser sometidos a procedimientos innecesarios como la cirugía laparoscópica, que es más útil en los casos en los que se sospecha de otro tipo de fenotipos clínicos, como la endometriosis.¹⁸

Por otro lado, las pacientes con comorbilidades psiquiátricas pueden requerir intervenciones más especializadas, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) o terapia

de desensibilización con movimientos oculares (EMDR), que tienen evidencia de beneficio en el tratamiento de estas afecciones.² Esto requiere no solo personal capacitado en este tipo de intervenciones, sino también la derivación oportuna y adecuada de estas pacientes a los servicios de salud mental. También se debe alentar a los pacientes en riesgo de abuso o violencia posterior a que busquen ayuda en organizaciones privadas o servicios de protección patrocinados por el estado.

La divulgación del abuso sexual es un desafío en sí mismo. Es posible que las pacientes no denuncien el abuso sexual en su primer encuentro con un médico, ya sea por vergüenza, ignorancia, temor a represalias (por parte del médico o de su pareja), o simplemente porque no sienten que sea adecuado hacerlo en el contexto de una consulta ginecológica normal o un examen pélvico.

Cualquier médico o trabajador de la salud que trate a pacientes con dolor pélvico crónico debe ser consciente de esta correlación que existe entre abuso sexual, violencia psicológica y DPC. También deben conocer los principios básicos de la atención informada sobre el trauma (TIC) y cómo utilizarlos para ayudar a los pacientes a revelar el abuso sexual.

TIC tiene como objetivo crear un entorno en el que el paciente se sienta cómodo al revelar el abuso sexual y también trata de prevenir la re-traumatización y promover el crecimiento y desarrollo personal. La implementación de las TIC es un enfoque organizacional, que requiere que los miembros del personal estén capacitados en su adecuada gestión.¹⁹ En el caso del tratamiento del dolor pélvico crónico, puede ayudar a los médicos a entrevistar a los pacientes de la manera adecuada y luego ayudarlos en la

transición a un servicio de salud mental si es necesario y garantizar el manejo adecuado de las comorbilidades y el manejo de información sensible.

El EVS¹² puede ser una herramienta útil para el cribado de abuso sexual en pacientes que acuden a cualquier tipo de servicio de salud, pero cabe mencionar que solo los médicos capacitados y con al menos un conocimiento básico de TIC deben implementarlo en cualquier tipo de servicio de salud.

El objetivo de este estudio fue examinar las posibles correlaciones del dolor pélvico crónico y el abuso sexual en pacientes que acuden a una clínica ginecológica general. Las limitaciones y debilidades del estudio incluyen un tamaño de muestra pequeño y una falta de seguimiento que podría proporcionar una mejor información sobre los resultados de estos pacientes.

Es importante que durante la evaluación de una paciente con dolor pélvico crónico (y en cualquier evaluación ginecológica) se establezca un ambiente de confianza con la paciente para que se sienta libre en cualquier momento de solicitar el fin de la entrevista. Sin embargo, se ha visto que cuando se establece una adecuada relación médico-paciente en la mayoría de los casos, es posible una evaluación clínica completa a pesar de antecedentes de abuso sexual y trauma.²⁰

Por lo tanto, dentro de un equipo multidisciplinario y una valoración integral, se deben valorar los aspectos psicosociales del paciente. Estos incluirán la función sexual, la presencia de depresión, trastorno de estrés postraumático y cualquier historial de abuso sexual o físico.

CONCLUSIÓN

Todos los médicos encargados de mantener el bienestar de la mujer y/o hombres debe centrarse en todos los aspectos físicos y psicológicos que puedan afectar su calidad de vida. Dos temas relevantes en esta área son el abuso sexual y el dolor pélvico crónico. El primero de ellos es muy poco divulgado por los pacientes ya que se convierte en un tema difícil de hablar, mientras que para el dolor pélvico crónico algunos de los pacientes aprenden a vivir consigo mismos como si fuera algo "normal".

Debido a la relación encontrada entre estos dos problemas, tanto en la literatura como en nuestro estudio, siempre se debe realizar una evaluación intencionada para buscar la existencia de uno o ambos, así como practicar la atención informada sobre el trauma (TIC) para ayudar a los pacientes a revelar el abuso y garantizar una referencia adecuada a los servicios de salud mental o programas de protección. El trabajo en equipo a través de un enfoque multidisciplinario para los pacientes constituye hoy en día la piedra angular del tratamiento de muchas afecciones ginecológicas, incluido el dolor pélvico crónico y el abuso sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Panisch LS, Tam LM. The Role of Trauma and Mental Health in the Treatment of Chronic Pelvic Pain : A Systematic Review of the Intervention Literature. 2018. doi:10.1177/1524838018821950
2. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2016;0366(16):1-12. doi:10.1016/S2215-0366(16)30261-9
3. Sadock, B. J., Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz P. *Kaplan & Sadocks Synopsis of Psychiatry*.; 2015.
4. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain : a neglected reproductive health morbidity. 2006;7:1-7. doi:10.1186/1471-2458-6-177
5. Daniels JP, Khan KS. Chronic pelvic pain in women. 2010;341(October). doi:10.1136/bmj.c4834
6. Hansrani V, Abbas A, Bhandari S, Caress A, Seif M, Mccollum CN. Transvenous occlusion of incompetent pelvic veins for chronic pelvic pain in women : a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol*. 2015;185:156-163. doi:10.1016/j.ejogrb.2014.12.011
7. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *Br Med J*. 2006;55(February). doi:10.1136/bmj.38748.697465.55
8. Beck JJH, Elzevier HW, Pelger RCM, Putter H. Multiple Pelvic Floor Complaints Are Correlated with Sexual. 2009:193-198. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01045.x
9. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, et al. National Intimate Partner and Sexual

- Violence Survey 2010 Summary Report. 2011.
10. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, et al. Guidelines – Pelvic Pain EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. 2010;57:35-48. doi:10.1016/j.eururo.2009.08.020
 11. Susan D. Mathias M, Miriam Kupperman, PhD M, Rebecca F. Liberman M, Ruth C. Lipschutz M, John F. Steege M. Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Health-Related Quality of Life, and Economic Correlates. *Obstet Gynecol.* 1996;87(3):321-327.
 12. Sanz AM, Viejo CM, Salvador GP. Entrevista semiestructurada para la exploración de la violencia sexual sobre las mujeres en la relación de la pareja (EVS). *Inf Psicológica.* 2016;18:18-34.
 13. (2019) SE del SN de SP. Incidencia Delictiva del Fuero Común 2019. SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SEGURIDAD PÚBLICA, Ciudad de Mexico.
 14. Sarrouf J, Celis A, Pedraza L, Carrera E. *Cirugía Mínimamente Invasiva En Ginecología.*
 15. Speer LM, Mushkbar S, Erbele T, College T, Sciences L. Chronic Pelvic Pain in Women. 2016.
 16. Granot M, Yovell Y, Somer E, et al. Trauma, attachment style, and somatization : a study of women with dyspareunia and women survivors of sexual abuse. 2018:1-6. doi:10.1186/s12905-018-0523-2
 17. Mert K. Working with women in Turkey exposed to childhood sexual abuse. 2018;(April):1-9. doi:10.1111/phn.12547
 18. Howard FM. The Role of Laparsocopy Chronic Pelvic Pain Patient. *Clin Obstet*

Gynecol. 2003;46(4):749-766.

19. Krause D, Krause DJ, Green SA, et al. Solution-Focused Trauma-Informed Care (SF-TIC): An Integration of Models Solution-Focused Trauma-Informed Care (SF-TIC): An Integration of Models. 2017;(August).
doi:10.1080/15548732.2017.1348312
20. Price J, Farmer G, Harris J, Hope T, Kennedy S, Mayou R. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation : a qualitative study. 2006:446-452. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.00862.x

Tabla 1. Entrevista semiestructurada para la exploración de la violencia sexual en mujeres (SVE) 8

1. ¿Utiliza algún tipo de método anticonceptivo?	sí	¿Que tipo?
	No	¿Por qué razón?
2. ¿Ha quedado embarazada sin planearlo con anticipación?	sí	¿Qué sucedió?
	No	
3. ¿Ha tenido alguna interrupción voluntaria del embarazo?	sí	¿Con qué frecuencia? ¿Qué sucedió? ¿Tuviste el apoyo de tu pareja? ¿Tu pareja te obligó a interrumpir?
	No	
4. ¿Ha tenido un aborto espontáneo?	sí	¿Cuántas veces? ¿Qué sucedió?
	No	
5. ¿Realiza exámenes ginecológicos con regularidad?	sí	¿Con qué frecuencia?
	No	
6. ¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?	sí	¿Cómo / quién te infectó?
	No	
	sí	Como te ha ido

7. ¿Ha tenido dolor pélvico al tener relaciones sexuales?	No	
8. ¿Alguna vez ha sufrido agresión o abuso sexual por parte de otras personas?	sí	¿Qué sucedió? ¿Quién lo hizo? ¿Con qué frecuencia? ¿Durante que tiempo?
	No	
9. ¿Alguna vez ha sido humillado por haber liderado la iniciativa sexual?	sí	¿Qué sucedió?
	No	
10. ¿Alguna vez se ha visto obligado a mantener relaciones sexuales con su pareja o a realizar alguna conducta sexual que no deseaba?	No	
	sí	¿Qué tipo de comportamientos sexuales? a) Toque forzado b) Masturbación c) Sexo oral d) Penetración vaginal e) Penetración anal f) Introducción de objetos g) Ver pornografía h) Sexo con otras personas i) Usar ropa u objetos con fines sexuales j) Exhibicionismo

		<p>k) Otros. Especificar:</p> <hr/> <p>¿Cómo te ha obligado? ¿Cómo ha reaccionado él / ella si te negaste?</p> <p>a) Con fuerza física (sujetar, apretar, empujar, etc.).</p> <p>b) Con chantaje o amenazas (ya sean emocionales, económicas) o instantáneas.</p> <p>c) Insultos o desprecios.</p> <p>d) Gritando.</p> <p>e) Comportamiento agresivo (por ejemplo: golpear muebles).</p> <p>f) Otros.</p> <p>¿Cómo ha reaccionado?</p> <p>a) Usted se ha negado explícitamente.</p> <p>b) Te has vuelto pasivo.</p> <p>c) Has fingido placer</p> <p>d) Has llorado.</p> <p>e) Ha participado activamente.</p> <p>f) Otros</p>
--	--	---

		<p>¿Con qué frecuencia se presenta?</p> <p>¿Por cuánto tiempo ha ocurrido esta situación?</p>
--	--	---

Tabla 2. Variables sociodemográficas e historia de maltrato y su relación con el dolor pélvico.

Variable	Dolor pélvico			pag	OR (IC del 95%)
	Regalo	Ausente	Total		
			36,7 ±		
Edad (media ± DE)	37,8 ± 11,5	35,3 ± 13,5	12,4	0,44	-
Ocupación n (%)					
Ama de casa	24 (72,7)	16 (57,1)	40 (65,6)	0,25	-
Comerciante	1 (3)	0 (0)	1 (1,6)		
Empleado	7 (21,1)	8 (28,6)	15 (24,6)		
Estudiante	1 (3)	4 (14,3)	5 (8,2)		
Educación n (%)					
Escuela primaria	5 (15,2)	2 (7,1)	7 (11,5)	0,18	-
Escuela secundaria	20 (60,6)	11 (39,3)	31 (50,8)		
Jr.					
Escuela secundaria	3 (9,1)	5 (17,9)	8 (13,1)		
Universidad	5 (15,2)	9 (32,1)	14 (23)		
Estudios de posgrado	0 (0)	1 (3,6)	1 (1,6)		
Estado civil n (%)					
Casado	12 (36,4)	10 (35,7)	22 (36,1)	0,3	-
Divorciado	2 (6,1)	2 (7,1)	4 (6,6)		
Apartado	2 (6,1)	0 (0)	2 (3,3)		

Soltero	7 (21,2)	12 (42,9)	19 (31,1)		
Vive con pareja	9 (27,3)	4 (14,3)	13 (21,3)		
Viuda	1 (3)	0 (0)	1 (1,6)		
Abuso sexual n (%)					
Regalo	10 (30,3)	1 (3,6)	11 (18)	0,008	11,7 (1,4-98,7)
Ausente	23 (69,7)	27 (96,4)	50 (82)		
Edad-abuso n (%)					
Infancia	4 (12,1)	1 (3,6)	5 (8,2)	0,05	-
Adolescencia	1 (3)	0 (0)	1 (1,6)		
Edad adulta	5 (15,2)	0 (0)	5 (8,2)		
No se aplica	23 (69,7)	27 (96,4)	50 (82)		
Violencia psicológica n (%)					
Regalo	12 (36,4)	2 (7,1)	14 (23)	0,01	7,4 (1,5-36,9)
Ausente	21 (63,6)	26 (92,9)	47 (77)		
Violencia física n (%)					
Regalo	7 (21,2)	2 (7,1)	9 (14,8)	0,16	3,5 (0,66-18,4)
Ausente	26 (78,8)	26 (92,9)	52 (85,2)		

Valor de p: Se utilizaron pruebas t independientes y chi cuadrado.

Tabla 3. Comorbilidades psiquiátricas

Comorbilidad	norte	%
Ninguno	38	62,3
Síndrome de estrés del cuidador	1	1,6
Trastorno de adaptación mixto	1	1,6
Trastorno de ansiedad generalizada	3	4,9
TDM	6	9,8
TDM + esquizofrenia	1	1,6
Trastorno de estrés postraumático	4	6,5
TEPT + TDM	4	6,6
TEPT + TDM + trastorno límite de la personalidad (TLP)	1	1,6
TEPT + TDM + trastorno alimentario	1	1,6
Trastorno de adaptación	1	1,6

TDM, trastorno depresivo mayor; PTSD, trastorno por estrés postraumático.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

El Dr. José Gerardo Garza Marichalar nació en Monterrey, Nuevo León, sus estudios de primaria y secundaria fueron cursados en el Colegio Latin American School of Monterrey, SC. Curso la preparatoria en el Centro de Investigación y Desarrollo de Educación Bilingüe (CIDEB) de la Universidad Autónoma de Nuevo León y es egresado de la carrera de Médico Cirujano y Partero esta misma universidad. Terminó su servicio social en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” previo a su ingreso a la Especialidad en Psiquiatría en esta misma institución.