

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**EFICACIA DE LA ESCALA DE ATRIBUCIÓN AL SÍNTOMA EN PACIENTES
CON SÍNTOMAS MÉDICAMENTE INEXPLICADOS (MUS)**

Por

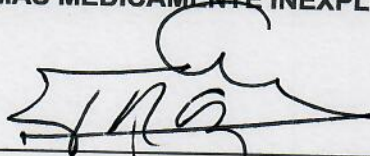
DRA. CRISTINA NATALIA RANGEL NÚÑEZ

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

ENERO, 2024

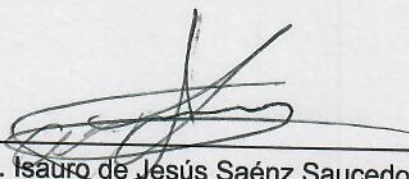
ENERO 2024

**EFICACIA DE LA ESCALA DE ATRIBUCIÓN AL SÍNTOMA EN PACIENTES CON
SÍNTOMAS MÉDICAMENTE INEXPLICADOS (MUS)**



Dr. med José Manuel Ramírez Aranda

Director de tesis



Dr. Isauro de Jesús Saénz Saucedo

Codirector de tesis



Dra. Iracema Sierra Ayala

Coordinador de Enseñanza Medicina Familiar



Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

Jefe del Departamento de Medicina Familiar



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de estudios de posgrado

AGRADECIMIENTOS

A mis padres que siempre me alentaron a luchar por cumplir mis sueños, sin importar que tan difícil se pueda poner el camino, toda lucha ha valido la pena.

A mi esposo, Adrián; por compartirme su amor a la ciencia y el análisis, por construir y reconstruir a mi lado, por compartir proyectos e ideales.

A todos mis maestros en especial al Dr.med José Manuel Ramírez Aranda, quien transmitió su amor a la investigación y el estudio de los pacientes con "MUS". Gracias a todos mis docentes por darme las herramientas y con libertad dejarme elegir seguir mi camino, con mención especial al Dr. Raúl y la Dra. Irasema quienes se volvieron un lugar seguro.

A cada persona que se cruzó en mi camino durante la residencia, de todos sin excepción me llevo aprendizaje y crecimiento.

DEDICATORIA

Para Adrián y César Omar, son un sueño hecho realidad.

Para Bolo; siempre serás mi mayor inspiración

Mamá y Papá su fortaleza es mi aliento.

A mi Dios. Siempre, Todo, Alto y Lejos.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I. Resumen	7
Capítulo II. Marco teórico.....	9
1. Marco teórico y antecedentes.....	9
2. Pregunta de investigación.....	15
3. Justificación.....	15
Capítulo III. Hipótesis.....	16
Capítulo IV. Objetivos.....	17
Capítulo V. Material y métodos.....	18
Capítulo VI. Resultados.....	25
Capítulo VII. Discusión.....	34
Capítulo VIII. Conclusión.....	38
Capítulo IX. Bibliografía.....	39
Capítulo X Anexos.....	47
1. Consentimiento informado.....	47
2. Instrumento.....	55
Capítulo XI Resumen autobiográfico.....	65

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas.....	25
Tabla 2. Escala de atribución al síntoma.....	28
Tabla 3. Comparación de puntajes PHQ15, DASS 21 y EAS.....	30
Tabla 4. Comparación por categoría de PHQ15 Y DASS 21	31
Tabla 5. Puntaje de la escala de atribución al síntoma por Datos Sociodemográficos	33

CAPÍTULO I

RESUMEN

Introducción: Los síntomas médicamente inexplicables (MUS) son prevalentes en la consulta de medicina familiar (20 - 50%) son síntomas físicos sin causa orgánica identificada que duran al menos tres meses y llevan a una pérdida de funcionamiento. El abordaje de los pacientes con MUS es un reto para el profesional de la salud por el componente psicosocial involucrado, presentando múltiples visitas al médico, y uso de recursos innecesarios. Es importante conocer cuál es la atribución del origen del síntoma por los pacientes puesto podría tener implicaciones para el abordaje, presentando múltiples visitas al médico, y uso de recursos innecesarios, sin llegar de manera objetiva a un diagnóstico definitivo.

Objetivo general: Medir la eficacia de una nueva escala de atribución al síntoma (EAS). evidenciando la atribución psicosocial de la sintomatología inespecífica del paciente con MUS.

Material y Métodos: Estudio de antes y después de una intervención. Se incluyeron pacientes con MUS de la consulta externa del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en Monterrey NL. Criterios de inclusión: Mayores de edad presentando síntomas inespecíficos como principal motivo de consulta. Exclusión: trastorno psiquiátrico. Se compararon las variables principales antes de la intervención y a las tres semanas. La intervención incluyó habilidades psicosociales. Se midieron las variables principales: La intensidad de los síntomas inespecíficos (por el PHQ15); La atribución al síntoma (por la escala EAS); Estrés, ansiedad y depresión, (por el DASS-21), escalas validadas y con buena confiabilidad. Tamaño de muestra según fórmula ($n = 40$). Encuesta con datos demográficos y los tres resultados mencionados. Se utilizó SPSS v22 para captura y análisis de datos. Se usaron porcentajes y frecuencias y prueba de Wilcoxon, (con $p < .05$) según prueba

de normalidad (Komalgorov.Smironov). Trabajo avalado por el comité de ética institucional.

Resultados: Intensidad del síntoma o síntomas inespecífico(s) antes contra después (13.0 ± 5.1 vs. 7.8 ± 3.1); puntajes de ansiedad (10.6 ± 4.7 vs. 6.6 ± 2.8); puntaje de depresión (9.3 ± 5.0 vs. 7.8 ± 3.1); puntaje de estrés de (11.6 ± 4.5 vs. 9.0 ± 3.0) e incremento en el puntaje de EAS antes contra después (13.7 ± 3.9 vs. 19.2 ± 2.1), todo con $p = .0001$.

Conclusiones:

Después de la intervención psicosocial que incluía el uso de una lista de razones para atribuir psicológicamente el síntoma a un origen psicosocial (en forma de escala) se demostró que los participantes elevaron el puntaje de percepción psicosocial, y disminuyeron la ansiedad, estrés y depresión medidas por la escala de DASS 21, así como la disminución de síntomas inespecíficos con la escala PHQ15.

Palabras Clave: (EAS, MUS, Psicosocial,)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

En la práctica médica diaria es común encontrar un alto porcentaje de pacientes que presentan como motivo de consulta algún síntoma inespecífico; los cuales resultan de difícil descripción para el paciente y por tanto limita la comprensión del médico tratante generando frustración durante su abordaje. ¹ Estos síntomas están asociados al aumento de visitas médicas, exámenes médicos innecesarios y realización de procedimientos y tratamientos que pudieran terminar en complicaciones iatrogénicas. Dentro de la atención primaria entre el 20% y el 50% de todos los pacientes se quejan de padecer algún síntoma físico inespecífico. ²

El manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-V) ha definido somatización como “un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias.”³

Los síntomas médicamente inexplicables (MUS) o síntomas físicos persistentes son muy comunes. Representan una frecuencia hasta una de cada cinco presentaciones en atención primaria. Esto puede ser aún mayor en algunas clínicas de atención secundaria.

Dentro del impacto que representan para los pacientes; es que a menudo perciben que sus profesionales de la salud no toman en serio sus preocupaciones, y por otro lado el mismo personal de salud también informa que no se sienten preparados para ayudar a las personas con estos síntomas inespecíficos.⁴

Los síntomas médicamente inexplicables (MUS) han recibido diversos nombres: histeria de conversión, trastornos somatomorfos, trastornos psicósomáticos, somatización, hipocondría.⁵ Estos pacientes tienen un deterioro mayor, o al menos

comparable en cuanto a funcionamiento físico, salud mental y percepción negativa de su salud, a los pacientes con múltiples enfermedades médicas crónicas; tienen significativamente más eventos estresantes vitales (abuso psicológico, físico y/o sexual) y más probabilidades de cumplir criterios diagnósticos de ansiedad y depresión.⁶

Por lo consiguiente, los costos asociados aumentan aún más, independientemente de las comorbilidades somáticas y psiquiátricas.⁷ Los síntomas somáticos en estos pacientes representan las complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales.

En la investigación presente se utilizará la definición de Aamlad Maltreud & Werner (2014)⁸ para síntomas físicos medicamente inexplicables: “Síntomas físicos sin causa orgánica identificada que duran al menos tres meses y llevan a una pérdida de funcionamiento (ausencia por enfermedad o discapacidad o alejamiento de actividades sociales como deportes, eventos sociales u otras actividades de ocio). En caso de enfermedades comórbidas, los síntomas inexplicables exceden la disminución del funcionamiento esperable a los síntomas médicamente explicables.” conocidos por la lengua anglosajona como MUS (Medically Unexplained Symptoms).⁹

De acuerdo con Pedreira y Menéndez existe una tendencia en la práctica clínica a considerar el o los síntomas inespecíficos a “nervios”, o “síntomas de difícil manejo” desvalorizando tal sintomatología al no encontrar una “explicación científica”.¹⁰ Esta atribución de “fantasía”, se asocia al modelo biomédico, reduciendo cualquier enfermedad a una sola causa, buscando agentes patógenos externos como; virus, bacterias, anomalías estructurales en diversos órganos. Nutriendo la idea de dividir las patologías en orgánicas cuando un factor físico es identificado, y en funcionales cuando el factor o factores son desconocidos.¹¹

Existen mecanismos fisiopatológicos que aunque no estén perfectamente establecidos, son al menos plausibles y están documentados: a través de la activación del sistema nervioso autónomo con hiperactividad simpática

(responsable de taquicardia y vasoconstricción periférica con sensación de frío en las extremidades), tensión muscular (que provoca contracturas y la propagación de fenómenos dolorosos), síndrome de hiperventilación crónica (que provoca dolor torácico atípico, palpitaciones, vaso espasmo periférico, trastornos visuales, acúfenos, mialgias o calambres), consecuencias de los trastornos del sueño (que provocan cansancio y dificultad de concentración), efectos de la inactividad (con desadaptación física y dolor muscular de aparición tardía desencadenado por el esfuerzo), focalización en el cuerpo aumentando la atención prestada a los fenómenos fisiológicos habituales, con reasignación de las sensaciones corporales normales desde la perspectiva de lo patológico, etc. . Otros síntomas son el resultado de causalidades circulares más complejas en las que intervienen factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales, que a su vez desempeñan un papel predisponente, precipitante o de mantenimiento y refuerzo de éstos, según el caso, y de los que el fenómeno de “hipersensibilidad” central parece ser el mecanismo principal.¹²

Para los médicos familiares resulta contradictorio el considerar el origen de los síntomas MUS como meramente orgánico, sin embargo, al ser referido de tal manera por parte del paciente, obliga al profesional de la salud a descartar el componente psicosocial, y realizar la integración y clarificación al paciente del componente biopsicosocial de su sintomatología.

Además de otros síntomas (por ejemplo, afectación del estado de ánimo, ansiedad o perturbaciones del sueño), las molestias corporales son una manifestación habitual en el contexto de condiciones vitales adversas; que incluirán tanto sucesos vitales negativos mayores (por ejemplo, pérdida afectiva) como adversidades menores pero crónicas de la vida (por ejemplo, relación marital conflictiva).

Es conocido por investigaciones previas la relación directa que existe entre los síntomas médicamente inexplicables y la ansiedad, depresión pues se ha examinado el impacto de una amplia variedad de acontecimientos y circunstancias vitales estresantes.¹³ La mayoría de los síntomas físicos NO explicados en pacientes en atención primaria no están asociados con un proceso de enfermedad

orgánica, si no que obedecen a eventos estresantes cuya fuente es el entorno contextual, familiar y otros aspectos que van más allá del individuo. En muchas ocasiones estos síntomas giran en torno a la suposición del paciente de que sus síntomas somáticos indican estados de enfermedad subyacentes que no han sido tratados médicamente de forma correcta; Sin embargo, cuando el paciente plantea un discurso "psicologizante" de sus padecimientos (es decir, que establece una relación entre sus quejas y los eventos y/o aspectos psicosociales), como es de esperar, el reconocimiento de trastornos psiquiátricos es mayor. ¹⁴

En la atención integral, el médico familiar tiene la tarea de utilizar sus habilidades conceptuales y perceptuales, basándose en diversas teorías, entre ellas, la Teoría General de Sistemas, Axiomas de la comunicación etc. además del desarrollo de habilidades a través de los órganos de los sentido y la interpretación, el hacer conjeturas o hipótesis diagnósticas sobre la estructura y socio dinámica familiar, los elementos básicos del estudio de la familia como son: estructura familiar, subsistemas, etapas del desarrollo tanto individual como familiar, funciones de la familia, estilos, canales y secuencias de comunicación, líneas de jerarquía, control, entre otros. Todo esto para detectar aquellas circunstancias de la vida del paciente y su desarrollo familiar que puedan causar situaciones estresantes, crisis, o tensión que den lugar a la aparición de MUS.¹⁵ Dentro de este abordaje es importante considerar la percepción que el paciente tiene del origen de su padecimiento, puede establecer una diferencia en cuanto a la respuesta de una intervención psicosocial.

16

En los últimos años, los psicólogos de la salud han demostrado que, para dar sentido y responder a estos problemas, los pacientes crean sus propios modelos o representaciones de su enfermedad y esto es conforme a sus experiencias previas. El marco teórico más influyente adoptado en este trabajo es el modelo de autorregulación de Leventhal y cols¹⁷ quienes han propuesto que la enfermedad de los pacientes forma representaciones que se basan en distintos componentes que, a su vez, determinan el afrontamiento. Así sostienen que cada paciente tendrá sus propias ideas sobre la identidad, causa, cronología y consecuencias de su

enfermedad.¹⁸ Además estos modelos, propios de los pacientes también incorporan creencias sobre la cura y control de su condición.

Existen instrumentos que proveen una representación de la enfermedad por el paciente, entre ellos está el Cuestionario de percepción de la enfermedad (IPQ), El instrumento "Illness Perception Questionnaire" creado por Weinman en 1996, tiene el objetivo de hacer una evaluación cuantitativa sobre la representación de los cinco componentes de la enfermedad, evalúa; identidad, consecuencias, línea del tiempo, control/cura y causas ¹⁹.

Posteriormente se modificó el IPQ para darle lugar a (IPQ-R) la cual permite a los investigadores estudiar la forma en que las representaciones emocionales afectan las conductas de afrontamiento, en última instancia, la enfermedad. Los datos sugieren que las representaciones emocionales no están relacionadas en gran medida con la gravedad real de la enfermedad, sin embargo, por otro lado, las creencias cognitivas de que la enfermedad tiene consecuencias graves, es cíclica y está fuera del control personal y parecen afectar fuertemente las respuestas emocionales de los pacientes ²⁰.

Actualmente se sigue tratando de buscar las herramientas y estrategias para establecer nuevas propuestas y brindar el diagnóstico y tratamiento a estos pacientes que presentan síntomas medicamente inexplicables.

Las técnicas de abordaje más utilizadas por el médico familiar están relacionadas con las habilidades de entrevista clínica. El propósito es clarificar el origen de su sintomatología para enfrentar su sintomatología y así responder a una intervención psicosocial llegando a la desfocalización del síntoma y concentración en la resolución del evento estresante.

Entre los modelos más recomendados en atención primaria destaca la Técnica de Retribución de Goldberg sin muy buenos resultados ²¹. Otros modelos de ayuda psicológica elaborados en atención primaria son la Medicina Basada en Narrativa ²² y DEPENAS (Detección, Explicación, Planificación, Exploración, Normalización, Acción y Seguimiento ²³ entre otras. Mynors-Wallis y cols utilizaron el modelo creado

por D´ Zurilla y Goldfriend en 1971, el cual consiste en un tratamiento breve centrado en la práctica de habilidades, en un estudio experimental en atención primaria en pacientes con depresión. Este modelo se compone de un máximo de seis sesiones, cada una de las cuales incluye siete pasos: explicación y racionalización, definición del problema, establecimiento de metas realísticas, generación de varias soluciones, selección de la mejor, implementación y evaluación del resultado. A esto se le denomina Técnica de Resolución de Problemas (TRP), cuyo propósito es ayudar a los pacientes a recuperar el control de sus vidas ²⁴. La EADG (Goldberg Anxiety and Depression Scale –GADS- en inglés) fue propuesta por su autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración que pudiera ser utilizada por médicos no psiquiatras. Su sencillez, unida a su capacidad de aportar información dimensional sobre la gravedad, han hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instrumento de tamizaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la atención primaria ²⁵.

Las técnicas basadas en la Terapia cognitivo - conductual han mostrado mayor efectividad. Este es el caso de la amplificación somatosensorial de las sensaciones normales ante una activación emocional. En una revisión de García Campayo, Pascual, Alda y Oliván ²⁶; se refiere el uso virtual de técnicas tales como la solución de problemas, asertividad, afrontamiento y manejo de la expresión emocional, relajación y educación de la enfermedad en las terapias cognitivo-conductuales, cuyos resultados indican mejorías físicas y psicológicas; además de mostrar una reducción del gasto médico ²⁷.

Dentro del abordaje realizado a los pacientes que presentan síntomas inespecíficos conviene evaluar el número de síntomas agregados además del presentado como motivo de consulta por el paciente, esto también nos permite evaluar la severidad de estos para iniciar nuestro abordaje integral, por ello es importante como médicos familiares hacer uso de las habilidades conceptuales, perceptuales y ejecutivas estructurando una adecuada intervención psicosocial.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Se espera que esta escala contribuya a que el paciente clarifique origen la atribución de su sintomatología, y brindar un abordaje y tratamiento oportuno. Por todo lo anterior se plantean las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la eficacia de la Escala de Atribución al síntoma (EAS) para clarificar al paciente el origen de su sintomatología?
2. ¿Existe relación directa entre número y severidad de síntomas inespecíficos con diagnóstico de MUS?
3. ¿Cuál es la frecuencia con que se presenta el componente ansioso o depresivo frente al diagnóstico de MUS?

JUSTIFICACIÓN.

Los Síntomas Físicos Médicamente No Explicados son muy frecuentes en la consulta diaria del Médico Familiar, las cuales representan un reto para su abordaje ya que requieren habilidades adquiridas en su entrenamiento además de gran sensibilidad y empatía por parte del profesional de la salud. La atribución del síntoma por parte del paciente es un componente importante de la intervención psicosocial para el abordaje integral del paciente con MUS, por ello, se ha desarrollado una escala para medir la atribución del síntoma la cual necesita probarse en campo con pacientes con SFMNE y demostrar su utilidad. Incluso podría facilitar el abordaje del paciente al contribuir a que el paciente mismo identifique los diversos factores psicosociales (eventos estresantes) que pudieran estar asociados temporalmente al inicio de sus síntomas o síntomas inespecíficos.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

La escala de atribución al síntoma mostrará ser eficaz en la clarificación de la percepción del origen del síntoma en pacientes con síntomas médicamente inexplicados.

Ho1. La Escala de Atribución del Síntoma en la valoración post intervención mostrará igual o menor puntaje que en la valoración pre-intervención.

Ho2. El PHQ (Cuestionario de salud del paciente) en la valoración post intervención mostrará igual o mayor puntaje que en la valoración pre-intervención.

Ho3. El DASS-21(Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés) en la valoración post intervención mostrará igual o mayor puntaje que en la valoración pre-intervención

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Eficacia. La disminución significativa del número de síntomas inespecíficos, su intensidad y la ansiedad en el paciente con (MUS) de acuerdo con el PHQ-15, utilizando la intervención psicosocial que incluye el uso de la escala EAS.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

- **Objetivo General.**

Probar la eficacia del EAS en la identificación del componente psicosocial de su síntoma cuando exista, a través del reconocimiento de situaciones asociadas a la atribución emocional de los síntomas inespecíficos en pacientes con MUS.

- **Objetivos Específicos**

1. Identificar aquellos pacientes con MUS de acuerdo con el número y severidad de síntomas inespecíficos que son propensos a reconocer la atribución psicosocial del síntoma.
2. Caracterizar a los pacientes con MUS que obtienen un puntaje más elevado en la EAS.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Tipo de estudio:** Pre-experimental (antes y después).²⁸
- **Universo:** Todos los pacientes con MUS visto con la Consulta #1
- **Criterios de selección:**
 - Inclusión:**
 - Se elegirán aquellos pacientes con MUS, hombres y mujeres mayores de 18 años, que tengan al menos uno o más síntomas inespecíficos de acuerdo con PHQ15, además de exámenes de laboratorio o imagen negativos para la enfermedad sospechada.
 - Exclusión:**
 - Pacientes con enfermedad psiquiátrica definida, con atención psiquiátrica anterior o actual.
 - Que no deseen participar en el estudio.
 - Eliminación**
 - Aquellos pacientes que no terminen las tres evaluaciones por ausencia o falta de llenado del instrumento.
- **Estimación de tamaño de muestra:**
 - Tamaño de muestra:** Muestra para prueba de T pareada calculada con el Programa G Power²⁹ con los siguientes parámetros:
$$n = \frac{2([a + b]^2 \sigma^2)}{(\mu_1 - \mu_2)}$$
 - Distribución:** dos colas
 - Tamaño del efecto** = 0.5 ($\mu_1 - \mu_2$)
 - Probabilidad del error Alfa** (α) = .05
 - Poder:** (1- Probabilidad de error beta) (β) = 0.8
 - Tamaño de muestra** = 34 Se redondeará a **40**

MEDICIÓN DE VARIABLES

El No. de síntomas inespecíficos y su intensidad se mide con el cuestionario PHQ-15); incluso se utiliza para reforzar el Diagnóstico de MUS. Éste contiene preguntas de 13 síntomas (cinco dolorosos, uno ginecológico, uno sexual, uno cardíaco, uno muscular, uno neurológico, dos gastrointestinales, y uno respiratorio). Posteriormente la escala PHQ fue modificada, agregando 2 nuevos síntomas de tipo gastrointestinal, dando origen al PHQ-15, quedando entonces en un total de 15 síntomas somáticos que raramente han sido atribuidos a alteraciones orgánicas. Puede ser en la detección de la somatización y en el monitoreo de la gravedad de los síntomas somáticos en la práctica clínica y la investigación ³⁰. Las posibles opciones de respuesta a cada una de los 15 ítems son: “no molesto” o ausencia de actividad física. Se puntúa “un poco” de Problema (0 puntos), o presencia del problema (1 punto),” o mucha presencia del problema (2 puntos). Se obtiene una puntuación global con un rango que va de 0 a 30 puntos. Después se categoriza de acuerdo con la intensidad y número de síntomas en : ≥ 5 puntos presentación leve, ≥ 10 puntos moderada y ≥ 15 puntos severa. ³¹

- La ansiedad, depresión y estrés se miden con la Escala DASS -21.

El DASS - 21 cuenta con 21 ítems, con cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, las cuales van desde 0 (“No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana”) hasta 3 (“Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre”). Para responder, la consigna establece indicar en qué medida la frase describe lo que le pasó o sintió la persona durante la última semana. Este instrumento tiene la ventaja de ser una escala de auto reporte, breve, fácil de administrar y responder, siendo su interpretación sencilla ³².

- La atribución al síntoma se mide con la Escala de Atribución al Síntoma (EAS) la cual es una escala validada en población mexicana, con validez de criterio, de constructo, y fiabilidad con Alfa de Cronbach de 0.78. ³³
- La escala, como medio de percepción y clarificación del origen del síntoma médicamente no explicados que presente nuestro paciente, consta de doce ítems los cuales cuatro van dirigidas hacia la percepción orgánica y física que tiene el paciente sobre su sintomatología y el resto con un enfoque psicológico, es decir, se puntúan de tal manera que un mayor puntaje significa atribución psicológica del síntoma.
- Los datos demográficos como Escolaridad, Sexo, etc. se miden con un cuestionario correspondiente.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizará una encuesta diseñada *ad hoc* para esta investigación la cual constará de:

- I. Datos sociodemográficos de la población, los que nos guiarán respecto al contexto en el que se desenvuelve nuestro paciente. (Nombre, edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión etc.)
- II. El motivo de consulta. Se evidenciará como un síntoma inespecífico, posteriormente se utilizará además de la escala PHQ15 para evaluar el número e intensidad de los síntomas inespecíficos
- III. La Escala de atribución al Síntoma, para valorar la percepción del paciente respecto a la atribución del propio paciente sobre su síntoma (s) inespecífico (s).
- IV. La Escala DASS 21. Se utilizará para medir la ansiedad y/o depresión.

PROCEDIMIENTO

Se realizarán 3 valoraciones consecutivas, la inicial, a la semana, y a los 21 días. El paciente será captado en la Consulta 1 del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” donde se verificará que el motivo de consulta sea un síntoma

inespecífico. Se le explicará al paciente el objetivo de la investigación y se le invitará a participar voluntariamente, para lo cual se le aplicará un consentimiento informado para continuar nuestra valoración con las escalas mencionadas. LA entrevista dura aproximadamente 20 minutos. Al final se le agradece su participación.

INTERVENCIÓN.

La intervención fue realizada por un Residente de Medicina Familiar de tercer año, entrenado; en la consulta de la misma especialidad, la cual duró en promedio 20 minutos durante la consulta médica ordinaria en una unidad de MF adyacente a un hospital de tercer nivel de atención.

Será de vital importancia durante toda la intervención el empleo de las habilidades del médico de familia; Las habilidades conceptuales se basan en diferentes teorías: Teoría general de sistemas, de la comunicación humana, del desarrollo individual y familiar, de los eventos críticos, de las crisis, de grupos y tipos lógicos, de la negociación, etcétera. Las habilidades perceptuales permiten identificar la estructura, subsistemas, etapa del desarrollo individual y familiar, funciones, estilos, canales y secuencias de comunicación, líneas de jerarquía, control, límites y comunicación ³⁴. Según BVH Gilmer, "la percepción es el proceso de tomar conciencia de situaciones, de añadir asociaciones significativas a las sensaciones" ³⁵. Las habilidades ejecutivas son aquellas habilidades o intervenciones específicas, que realiza el médico familiar en busca del restablecimiento de la salud, educando, normalizando, brindando re-etiquetamiento positivo, realizando sugerencias específicas en alguna situación, clarificando, y es precisamente esta habilidad la que se pone en práctica en la aplicación de esta intervención; en ocasiones hace uso de escalas que funcionan como herramienta visual y aclaratoria para la comprensión y clarificación de la percepción de los síntomas presentados.

A continuación, se desglosa la intervención por tiempos como fue ejecutada:

Primera consulta

Comprende la Maniobra de unión, Valoración diagnóstica, reconocimiento del problema psicosocial.

Se realizó la maniobra de unión con el paciente a fin de que regrese a las consultas de seguimiento y se pueda dar continuidad a su padecimiento.

Aquí se valoraron aquellos pacientes con síntomas inespecíficos como principal motivo de consulta; las habilidades perceptuales del médico familiar permiten identificar en la narrativa del paciente, situaciones importantes relacionadas con la visita a múltiples médicos, realización de diversos estudios, así como el origen de su sintomatología entre otras cosas. También es importante considerar con quien acude acompañado(a) nuestro paciente e ir descubriendo el papel que funge el acompañante en la visita médica. Se tomaron en cuenta los laboratorios con los que acude el paciente, sin embargo, en caso de ser necesario se solicitaron otros, sin olvidar una exploración física minuciosa.

Segunda Consulta

Reconocimiento del problema psicosocial.

Teniendo los resultados de los estudios solicitados, previamente realizados o nuevos el paciente acudió a su seguimiento. Luego se aplicaron las escalas de PHQ15, DASS21 y la EAS, para medir la intensidad de los síntomas, la percepción del origen de su síntoma, así como el componente ansioso o depresivo, respectivamente .

Se explicó al paciente los resultados de los estudios paraclínicos solicitados, y los resultados obtenidos en las escalas. Se brindó psicoeducación y tratamiento sintomático, y cuando fue necesario se inició manejo específico con antidepresivos y ansiolíticos.

Tercera consulta.

Comprobación del resultado de la intervención.

Se realizó en un tiempo establecido de 5 a 7 días con la finalidad de dar seguimiento al paciente. En la tercera consulta se vuelven aplicar la EAS, DASS21 y el PHQ15 para valorar el resultado de la intervención conjunta.

ANÁLISIS DE DATOS

Se capturaron, procesaron y analizaron los datos utilizando SPSS versión 25 para Windows. Se usó estadística descriptiva con frecuencia relativa, porcentajes, media y desviación estándar, según correspondió a las variables demográficas como sexo, estado civil, edad, educación y ocupación o las variables numéricas como edad, respectivamente.

La puntuación del PHQ15 se trató como un dato continuo o numérico. La presencia de tres o más síntomas inespecíficos fue criterio a favor del diagnóstico de síntomas por MUS, además de una lista de criterios *ad hoc*.; entre mayor el número de síntomas positivos más la intensidad del cuadro de MUS.

La escala de EAS que consta de 12 preguntas se valoró de la siguiente manera; Si=1 No sé= 2, No=3; y las *preguntas 4, 8 y la 12 como si= 3, No Se= 2, No=1*. La variable categórica de atribución de síntomas (EAS) se recodificó utilizando la mediana en dos grupos: los menores o iguales a la mediana como atribución orgánica o no psicosocial y aquellos con una puntuación mayor a la mediana fueron categorizados como pacientes con atribución psicosocial.

La escala DASS 21 fue tratada como una variable categórica ordinal. La cual valora la presencia y severidad de estrés, ansiedad, y depresión, según los 21 ítems valorados en la intensidad que va de 0 a 3, esperando que el cero sea que no ha estado presente en las últimas cuatro semanas y tres que está presente la mayor parte del tiempo en las últimas cuatro semanas. La suma de estas ponderaciones evaluará la intensidad de la depresión, ansiedad y estrés. Esta escala tiene como ventaja el ser un instrumento de autorreporte, breve, fácil de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en adultos de población general.

Para estimar la diferencia de medias antes y después en las variables continuas se utilizó la prueba de t para grupos pareados, con significancia de $p < .05$.

ÉTICA DE ESTUDIO Y CONFIDENCIALIDAD.

El presente estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo con la Ley General de Salud vigente y se apega a las normas de Helsinki con sus respectivas actualizaciones. En caso de no aceptar su participación no tuvo algún efecto en cuanto a la atención de los pacientes. Sin embargo, no ocurrió en ninguno de los casos, aceptando el llenado del consentimiento informado.

La información personal de pacientes y médicos incluidos en el estudio fue manejada de manera estrictamente confidencial y sus datos fueron resguardados en sitio seguro bajo llave, cuyo acceso lo tuvo solamente el investigador principal. Esta investigación fue sometida para su aprobación al Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario, con la Clave CONBIOETICA-19-CEI-001-20260404.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Se incluyeron 40 pacientes con una media de edad de 31.6 años, de los cuales la mayoría fueron mujeres (n=30, 75%), en su mayoría los pacientes en estado civil dentro de la soltería (62.5%). La escolaridad máxima registrada a nivel universitario fue de 37.5%, como ocupación 30% se dedicaban al hogar.

De los pacientes evaluados, resultaron católicos en un 67.5%, la mayoría de los participantes eran residentes del estado de Nuevo León (65%), (Tabla 1)

Tabla 1. Características Sociodemográficas		
(n= 40)	Fx	%
Sexo		
Sexo femenino	30	75.0
Sexo masculino	10	25.0
Estado civil		
Soltero	25	62.5
Casado	11	27.5
Unión libre	3	7.5
Divorciado	1	2.5
Escolaridad		
Primaria	3	7.5
Secundaria	6	15.0
Preparatoria	11	27.5
Técnica	5	12.5

Universidad	15	37.5
Ocupación		
Empleado	8	20.0
Hogar	12	30.0
Comerciante	6	15.0
Desempleado	2	5.0
Profesionista	2	5.0
Otro	10	25.0
Religión		
Católica	27	67.5
Cristiana	11	27.5
Otra	2	5.0
Estado de origen		
Nuevo León	26	65.0
Coahuila	5	12.5
Ciudad de México	2	5.0
San Luis Potosí	2	5.0
Guanajuato	1	2.5
Querétaro	1	2.5
Tamaulipas	1	2.5
Veracruz	1	2.5
Puerto Rico	1	2.5
Variables numéricas	Media	DE
Edad	31.63	11.8

En la **tabla 2** se observa que en todos los reactivos hay incremento de la media. que significa un aumento en la percepción psicológica. Se aprecia un mayor aumento en la ponderación del reactivo 3, "*Mi síntoma es psicológico porque es lo que me dijeron uno mis padres, otros parientes o amigos*" y por otro lado el reactivo con menor rango de diferencia es el 5, correspondiente a "*Mi síntoma es psicológico porque tuve una experiencia emocional traumática*". En el puntaje total hay un incremento de 5.5 (DE 3.9) (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de medias y DE de la escala EAS en el pre y post intervención. Escala de atribución al síntoma.							
Variable	Media Pre-Intervención	DE	Media Post-Intervención	DE	Diferencia	DE	Valor de p
Mi síntoma es psicológico porque mis síntomas comenzaron cuando tenía una inquietud personal, en mi familia, en el trabajo, etc.	1.1	0.74	1.8	0.36	0.67	0.85	<.001
Mi síntoma es psicológico porque ya me lo dijeron algunos médicos antes.	1.0	0.78	1.7	0.48	0.77	0.83	<.001
Mi síntoma es psicológico porque es lo que me dijeron uno mis padres, otros parientes o amigos.	1.0	0.84	1.8	0.38	0.82	0.93	<.001
Mi síntoma es orgánico porque los síntomas me causan dificultades en el funcionamiento de mis actividades diarias.	.68	0.73	1.2	0.62	0.55	0.90	<.001
Mi síntoma es psicológico porque tuve una experiencia emocional traumática.	1.0	0.73	1.3	0.69	0.30	0.88	<.019
Mi síntoma es psicológico porque han realizado muchos estudios y no me han encontrado nada.	1.3	0.64	1.7	0.42	0.47	0.71	<.001
Mi síntoma es psicológico porque me han dado muchos tratamientos y no he mejorado.	1.0	0.76	1.4	0.74	0.42	0.81	<.001
Mi síntoma es orgánico porque mis síntomas son muy intensos	0.93	0.79	1.2	0.77	0.32	1.0	<.031
Mi síntoma es psicológico porque solo aparece o es más intenso cuando estoy en un lugar determinado con determinadas personas o en determinadas fechas.	1.4	0.81	1.8	0.44	0.42	0.81	<.001
Mi síntoma es psicológico porque mis pensamientos y emociones influyen en mi cuerpo.	1.6	0.63	1.9	0.15	0.37	0.66	<.001
Mi síntoma es psicológico, porque ya lo había presentado antes cuando tengo problemas, como ahora.	1.3	0.79	1.7	0.56	0.37	0.92	<.007
Mi síntoma es orgánico porque es constante (no desaparece).	1.0	0.74	1.4	0.59	0.40	1.0	<.008
PUNTAJE TOTAL	13.7	0.39	19.2	2.1	5.5	3.9	<.001

En la tabla 3, al analizar los puntajes del PHQ-15 en el momento pre-intervención y Post-intervención, se observa una reducción de la intensidad de los síntomas inespecíficos en el Post Intervención de 5.1%, con una diferencia entre la pre y post intervención del 5.5%, presentando en la pre-intervención una media del 13.7%, aumentando en la post intervención a un 19.2.

En la escala DASS 21 se aprecia una reducción en el total de la presencia de ansiedad con una diferencia entre la pre y post intervención del 3.9%, así como la reducción en la totalidad de depresión con una diferencia de 3.7% entre la pre y post intervención, de la misma manera que en la intensidad del estrés con una diferencia entre la pre y post intervención del 2.6%.

Los resultados obtenidos evidencian una relación directa entre la presencia de síntomas inespecíficos y la presencia de algún componente de ansiedad, depresión o estrés.

La escala de atribución al síntoma funciona como una herramienta para clarificación de la percepción de la sintomatología por parte del consultante, es por ello por lo que su utilidad radica en que al emplear tal interrogatorio al paciente le sirve como herramienta visual, proceso de enseñanza y clarificación del origen de la sintomatología, tomando la premisa que nadie sabe lo que no conoce. Esta escala le permite al paciente reconocer las situaciones, personas, experiencias, que detonan la sintomatología a presentar y encuentre la relación; origen-percepción.

Tabla 3. Comparación de puntajes de PHQ-15, EAS, DASS-21 en la Pre-Intervención y Post Intervención.							
Puntaje	Pre-Intervención (n= 40)		Post Intervención (n=40)		Diferencia		Valor de p
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
PHQ-15 Intensidad síntomas inespecíficos	13.0	5.1	7.8	3.1	5.1	4.9	<.0001*
EAS (media, DE)	13.7	3.9	19.2	2.1	5.5	3.9	<.0001*
Puntaje de ansiedad (media, DE)	10.6	4.7	6.6	2.8	3.9	4.7	<.0001*
Puntaje de depresión (media, DE)	9.3	5.0	5.5	2.4	3.8	2.6	<.0001*
Puntaje de estrés (media, DE)	11.6	4.5	9.0	3.0	2.6	3.6	<.0001*

En la tabla 4. Comparando los puntajes en la escala PHQ15 , podemos observar un aumento en la categoría de severidad leve el aumento de un 27.5% a 82.5% y reducción de moderado a severo del 35% al 10% y 37.5% al 7.5% respectivamente mostrando una reducción generalizada de la severidad de síntomas inespecíficos.

Respecto a la severidad de ansiedad observamos un aumento en la categoría leve del 12.5% al 35%, así como la categoría moderada aumentando de 17.5% a 32.5%, en la categoría de severo se mantiene el mismo porcentaje pre y post intervención en un 20% y una reducción del 50% al 12.5% en extremadamente severo. Evidenciando una reducción de la intensidad de la ansiedad en la mayoría de las clasificaciones de severidad.

En el rubro de depresión se presenta un aumento en la severidad de leve a moderado del 45% al 62.5% y 27.5 al 37.5% respectivamente. Sin embargo, en el resto de las clasificaciones de severo a extremadamente severo se mantienen en el mismo porcentaje pre y post intervención.

Por último, la categoría de estrés se muestra un aumento en severidad leve del 27.5% al 52.5%, así también en moderado del 22.5% al 40%, en la clasificación de severo y extremadamente severo se muestra una notable reducción del 30% al 5%

y del 20 al 2.5% respectivamente, considerando la categoría con mayor reducción en cuanto clasificación severa y extremadamente severa.

Tabla 4. Comparación de puntajes de PHQ-15 y DASS-21 en la Pre-Intervención y Post Intervención por categoría					
	Pre-Intervención		Post Intervención		
Por categoría	Fx	%	Fx	%	P
Severidad PHQ-15					<.0001*
Leve	11	27.5	33	82.5	
Moderado	14	35.0	4	10.0	
Severo	15	37.5	3	7.5	
Severidad de ansiedad					<.0001*
Leve	5	12.5	14	35	
Moderado	7	17.5	13	32.5	
Severo	8	20	8	20	
Extremadamente severo	20	50	5	12.5	
Depresión					<.0001*
Leve	14	45	25	62.5	
Moderado	11	27.5	15	37.5	
Severamente	7	17.5	0	0	
Extremadamente severo	8	20	0	0	
Estrés					<.0001*
Leve	11	27.5	21	52.5	
Moderado	9	22.5	16	40	
Severo	12	30	2	5.0	
Extremadamente severo	8	20	1	2.5	

Con estos resultados podríamos considerar que la categoría con menor variación pre y post intervención sería la depresión y por el contrario, el estrés evidencia una mayor reducción generalizada en el antes y después de la aplicación de la intervención.

En la tabla 5. En cuanto a la edad se observa que los menores de 23 años atribuyen sus síntomas más a un origen no psicosocial, mientras que los del grupo de edad de mayores de 39 años la atribución a sus síntomas es psicosocial, en forma estadísticamente significativa.

La atribución psicosocial fue más frecuente en mujeres que en hombres, aunque sin significancia estadística.

La ocupación ama de casa y profesionista, la percepción del síntoma fue la de origen psicosocial , sin embargo, no se encontró significancia estadística y el tamaño de muestra muy pequeña.

Según el estado civil no hay significancia estadística. Por otro lado, en cuanto a la escolaridad se encontró predominio de la atribución psicosocial , excepto en escolaridad superior (universidad) en donde fue exclusivamente no psicosocial.

En la religión cristiana predominó la atribución psicosocial contrario a la religión católica que fue mayoritariamente atribución no psicosocial . No hay significancia estadística.

Tabla 5. Puntaje de la escala de atribución al síntoma por Datos Sociodemográficos				
		Atribución no psicosocial (n= 21)	Atribución psicosocial (n= 19)	Valor de p
Edad	Hasta 23 años	11 (78.6)	3 (21.4%)	.039
	De 24 a 38 años	4 (30.8)	9 (69.2)	
	Mayor que 39 años	6 (46.2)	7 (53.8)	
Ocupación	Hogar	5 (41.7)	7 (58.3)	.321
	Empleado	4 (50.0)	4 (50.0)	
	Comerciante	3 (50.0)	3 (50.0)	
	Desempleado	2 (100)	0 (0.0)	
	Profesionista	0 (0.0)	2 (100)	
	Otro	7 (70.0)	3 (30.0)	
Estado civil	Soltero	14 (56.0)	11 (44.0)	.640
	Casado	5 (45.5)	6 (54.5)	
	Unión libre	2 (66.7)	1 (33.3)	
	Divorciado	0 (0.0)	1 (100)	
Escolaridad	Primaria	1 (33.3)	2 (66.7)	.119
	Secundaria	2 (33.3)	4 (66.7)	
	Preparatoria	4 (36.4)	7 (63.6)	
	Técnica	2 (40.0)	3 (60.0)	
	Universidad	12 (80.0)	3 (20.0)	
Religión	Católica	17 (63.0)	10 (37.0)	.136
	Cristiana	3 (27.3)	8 (72.7)	
	Otra	1 (50.0)	1 (50.0)	
	Extremadamente severa	1 (100.0)	0 (0.0)	

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

Los pacientes con SFMNE, se encuentran en esta constante búsqueda de sentido ante sus síntomas inespecíficos ya que su patología es compleja y ambigua.¹² El abordaje de los pacientes que presentan SFMNE como lo reporta la literatura radica en la importancia de considerar que percepción tiene el paciente de su sintomatología y como esta evoluciona a una presentación somática.³⁶ Su diagnóstico oscila entre el cientifismo biomédico, que lleva a una constante búsqueda del origen orgánico, y el postulado de la psicogénesis exclusiva de los síntomas, a menudo percibida por los pacientes como la negación de la realidad de los síntomas físicos presentados.³⁷

El abordaje de los pacientes con MUS es un reto para el profesional de la salud por el componente psicosocial involucrado, presentando múltiples visitas al médico, y uso de recursos innecesarios. Los pacientes con síntomas médicamente inexplicados suelen tener un mayor deterioro en el funcionamiento físico, mental, contribuyendo a la percepción negativa de salud.⁶

El predominio de SFMNE en el sexo femenino coincidió con lo reportado en la literatura.⁷ Así como la comorbilidad de salud mental alrededor del 50% según investigaciones previas.⁴ Por ello en el presente estudio se hace uso de la escala DASS 21 con la finalidad de evaluar de manera tangible la presencia de ansiedad, depresión y estrés, evidenciando una reducción significativa, en la intensidad de su sintomatología, al comprender el componente psicológico de los síntomas inespecíficos a través de la intervención médico familiar.

Rosendall y Hartmann proponen³⁸ el abordaje de pacientes con SFMNE de manera integral y multidisciplinaria reconociendo que la mayoría de los médicos aprendieron clasificaciones que localizan el problema en el cuerpo o la mente, no en ambos. El

proceso de diagnóstico no debe efectuarse de manera secuencial, abordando los problemas psicosociales sólo una vez que se haya descartado la organicidad, sino de manera paralela, teniendo en cuenta la posibilidad de una patología orgánica, y un trastorno psiquiátrico simultáneo, considerando el impacto significativo de un origen u otro.³⁷

El tratamiento médico consiste idealmente en un enfoque integrador, con apertura a la presencia de los factores psíquicos y sociales desde la primera consulta, explicando los distintos factores biológicos que intervienen en el origen y perpetuación de la sintomatología.

La literatura afirma que la atención médica de los MUS debe incluir mejoras en tres elementos interrelacionados; diagnóstico, estrategias de tratamiento específicas y comunicación, tal como se trabaja en esta investigación, centrando la intervención en el cumplimiento de estos tres elementos.⁴⁰

En recientes investigaciones se enfatiza la importancia de compartir el diagnóstico de SFMNE de manera clara y empática, brindando esperanza en cuanto al tratamiento, transmitir la genuina credibilidad a los síntomas del paciente, explicando que es normal tener síntomas físicos reales que no aparecen en los análisis de sangre, explicar que estas condiciones pueden tener muchas causas y que existen factores de riesgo que hacen a las personas más propensas a padecer estos problemas.⁴

Se han propuesto diversas herramientas para el tratamiento de los SFMNE, brindando consejos sobre manejo del estrés, mejorar la higiene del sueño, asesoramiento personalizado sobre salud general, dieta y ejercicio tratar la depresión o la ansiedad asociadas, considerando medicación si corresponde, tal como se propone en el presente estudio con la atención médico familiar.

Además, se puede proponer dentro del abordaje integral herramientas como la psicoterapia; con un enfoque derivado de la terapia cognitivo-conductual, la cual ha demostrado reducir la intensidad y frecuencia de las quejas somáticas. Donde las sesiones combinan consejos generales como manejo del estrés, resolución de

problemas y entrenamiento en habilidades sociales con consejos específicos. Así también se propone el modelo de retribución propuesto por Goldberg y Gask 1989 donde los principios clave son; hacer que el paciente se sienta comprendido, negociar una nueva comprensión de los síntomas incluyendo los factores psicosociales, y por último la comunicación ya que la investigación cualitativa sobre aspectos de la comunicación entre médicos y pacientes ha demostrado que las formas habituales de comunicación de los médicos al comunicarse con pacientes con SFMNE necesitan un ajuste particular.⁴⁰

En este estudio se hace uso de las escalas PHQ15, DASS 21 y EAS con la finalidad de evidenciar los síntomas al paciente de una manera estructurada, así como educar y clarificar, número, intensidad y severidad de los síntomas inespecíficos relacionados con cuadros de ansiedad y depresión. Es preciso mencionar que pacientes y profesionales utilizan constantemente escalas para comunicarse entre sí, tales como "me duele mucho la cabeza" , "he perdido un poco de peso", "mis brazos se adormecen" . No obstante, estas medidas deben ser consideradas como un proceso de evaluación y juicio personal.⁴¹

Actualmente muchos médicos utilizan métodos inadecuados para asegurar a los pacientes que sus síntomas forman parte de la normalidad. Sin embargo, al no abordar las preocupaciones específicas de los pacientes, se pueden exacerbar la presentación de síntomas somáticos y aumentar la preocupación de la sintomatología presentada, sin embargo, por otro lado, las explicaciones efectivas proporcionan mecanismos reales para la comprensión, basados en las preocupaciones de los pacientes, vinculando a menudo situaciones físicas y psicológicas. Estas explicaciones fueron aceptadas por los pacientes; aquellos que vinculan factores físicos y psicológicos contribuyeron a un mejor manejo y recuperación.⁴⁰

Previamente se han ofrecido diversos abordajes o propuestas en las cuales se brindan las herramientas a considerar al evaluar pacientes con síntomas médicamente inexplicables; esta no es la excepción sin embargo considera como pilar las habilidades del médico familiar; como lo son las habilidades conceptuales,

perceptuales y ejecutivas a nivel sistémico y holístico. Reconociendo que la práctica clínica del médico familiar se caracteriza por tres elementos: la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que participan en el proceso salud-enfermedad, la anticipación al daño con un enfoque preventivo y la continuidad de la atención.⁴²

Se sigue reiterando la importancia de desarrollar intervenciones terapéuticas factibles, estructuras y digeribles.

Se reconocen algunas limitaciones en la intervención; como lo es el tiempo ilimitado durante las consultas, que no es medido como en otras instituciones, además que valdría la pena considerar en póstumos estudios un mayor número de muestra para mayor sensibilidad de resultados.

Siendo conscientes de que es la primera vez que se emplea la escala de atribución al síntoma en una intervención, se seguirá buscando la posibilidad de seguir construyendo modelos para el abordaje biopsicosocial de los pacientes con síntomas médicamente inexplicados, quienes se presentan con alta frecuencia en la consulta de primer nivel de atención.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIÓN

La Escala de atribución al síntoma (EAS) funciona como herramienta para clarificación de sintomatología inespecífica, según la definición operacional brindada en esta investigación.

Existe una relación directa entre el reconocimiento del componente psicológico de la sintomatología y disminución de síntomas de estrés, ansiedad o depresión.

Reconociendo que es la primera vez que se emplea la escala de atribución al síntoma como parte de la intervención para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con síntomas medicamente inexplicados, se busca en un futuro se pueda emplear en otro tipo de estudio, por ejemplo, casos y controles, con una mayor población, para determinar el impacto del uso de esta escala y la necesidad cuantificada en aquellos pacientes donde no se cuenta con tal herramienta.

CAPÍTULO IX

BIBLIOGRAFÍA

1. Miranda, A., Ospina, S. & Palacio, M. Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados: Conceptualización. [Internet]. 2014. [citado: 2024, enero] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11912/2338>
2. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso M del, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria [Internet]. 2018; 50:83–108. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(18\)30364-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(18)30364-0)
3. Vindel A, Cano PR. Prevalencia y abordaje de los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. Eficacia y coste-efectividad de las intervenciones psicológicas en Atención Primaria. Abril 2021. Boletín Psicoevidencias nº 59. ISSN 2254-4046
4. Husain M, Chalder T. Medically unexplained symptoms: assessment and management. Clin Med [Internet]. 2023;21(1):13–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmed.2020-0947>
5. Orellana CJE, Guerrero SRN, Orofino P. Prevención cuaternaria desde la visión odontológica.. Rev ADM. 2022;79(3):160-164. doi:10.35366/105830.

6. Sitnikova, K., Pret-Oskam, R., Dijkstra-Kersten, S.M.A. et al. Management of patients with persistent medically unexplained symptoms: a descriptive study. *BMC Fam Pract* 19, 88 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0791-9>
7. Mejía-Rodríguez D, Rodríguez R, Restrepo D. Sociodemographic characterisation and psychiatric symptoms of patients with medically unexplained symptoms in a healthcare institution in Medellín (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr (Engl)* [Internet]. 2019;48(2):72–9. [Fecha de acceso 20-05-2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcpeng.2019.03.004>
8. Malterud K, Aamland A. Medically unexplained symptoms: are we making progress? *Br J Gen Pract* [Internet]. 2019;69(681):164–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp19X701885>
9. Rodriguez González AM, Ramírez Aranda JM, de Los Santos Reséndiz H, Lara Duarte MY, Pazarán Zanella SO, Méndez López JF, et al. Health care utilization of Mexican patients with medically unexplained physical symptoms. *Colomb Med* [Internet]. 2016;47(3):155–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v47i3.2102>
10. Ochando-Perales G. Patología psicósomática en la infancia y la adolescencia. *Pediatría Integral* 2022; XXVI (1): 34 – 39 [Fecha de acceso 17-12-2023] Disponible: https://www.pediatriaintegral.es/wpcontent/uploads/2022/xxvi01/04/n1-034-039_GemaOchando.pdf.
11. Bellmunt MÁC. Las personas con sufrimiento y malestar psíquico: víctimas de un modelo biomédico hegemónico (MBH). En: *Víctimas sociales y víctimas de delitos La promoción personal y social a través de la intervención*. Dykinson; 2022. p. 469–496.

12. Reyna W, Centro de Investigaciones Administrativas, Económicas y Sociales, Instituto Politécnico Nacional, México, Tapia C, Ocampo C, Rodríguez M, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México, et al. Comportamiento asociado a patología sin la presencia de enfermedad: Un estudio de caso. *Interacciones Rev Av Psicol* [Internet]. 2019;5(3):e198. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24016/2019.v5n3.198>
13. Hernández-Rincón EH, Muñoz-Abril YC, Avella-Pérez LP. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. 2019 [citado el 11 de diciembre de 2024];35(3):1–16.
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94468>
14. Walker, C. Caracterización sociodemográfica y clínica de niños y adolescentes hospitalizados con trastornos por síntomas somáticos en una institución de tercer nivel de atención pediátrica en Bogotá. [Internet]. 2023. [citado: 2024, enero] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/11176>
15. Tizón Jorge L. ¿Cómo mejorar la perspectiva integrativa de los médicos clínicos?: una revisión acerca de los grupos Balint y los grupos de reflexión (I). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Dic 18]; 19-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352019000200002&lng=es
16. Martínez-Pintor, F. «El Síndrome de Sensibilización Central y los Trastornos Funcionales». *Psicosomática y Psiquiatría*, 2019, n.º 10, <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1007>.

17. Quiceno JM, Vinaccia S. Percepción de enfermedad y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psic y Sal* [Internet]. 2019 [citado enero de 2024];29(2):159–66. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2582>
18. Lemos M, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE, Barbosa A. Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. *PSICOGENTE* [Internet]. 2019 [citado el 28 de diciembre de 2023];22(42):1–20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-01372019000200150&script=sci_arttext
19. Lugo-González Isaías Vicente, Vega-Valero Cynthia Zaira, González-Betanzos Fabiola, Robles-Montijo Susana, Fernández-Vega Margarita. Relación entre percepción de enfermedad, tratamiento, adherencia y control del asma: un análisis de mediación. *Neumol. cir. torax* [revista en la Internet]. 2022 Sep [citado 2023 Diciembre 28] ; 81(3): 157-164. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462022000300157&lng=es. Epub 08-Dic-2023. <https://doi.org/10.35366/111085>.
20. Elaina C. Taylor, Mark O'Neill, Lyndsay D. Hughes & Rona Moss-Morris (2018) An illness-specific version of the Revised Illness Perception Questionnaire in patients with atrial fibrillation (AF IPQ-R): Unpacking beliefs about treatment control, personal control and symptom triggers, *Psychology & Health*, 33:4, 499-517, DOI: 10.1080/08870446.2017.1373113
21. Vera Noriega José Ángel, Valdez Tam Jazmín, Contreras Grijalva Erika Selene, Castillo Velasco Silvia Selene. Esfuerzo-recompensa, demanda-control y satisfacción con la vida: un estudio con docentes de educación primaria. *RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ* [revista en la Internet].

2021 Dic [citado 2024 Ene 08] ; 12(23): e017. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672021000200117&lng=es. Epub 14-Feb-2022.
<https://doi.org/10.23913/ride.v12i23.1012>.

22. Urday-Fernández Dayana, Cuba-Fuentes María Sofía. Medicina narrativa. An. Fac. med. [Internet]. 2019 Ene [citado 2024 Ene 07] ; 80(1): 109-113. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100020&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15880>.

23. Sarriugarte, J. M. A., Cifuentes, M. E., Inda, I. G., Baranda, L. I., PedreroJocano, J. E., Varona, E. de la peña, Garicano, J. I. del P., Lavado, J. G., & Vallejo, S. M. (2019). Barriers to and Facilitators of Implementing DEPENAS Biopsychosocial Intervention in Primary Care: A Study Protocol. International Journal of Qualitative Methods, 18. <https://doi.org/10.1177/1609406919865359>

24. Herrera Sánchez S del C, Espinosa Carrasco ME, Saucedo Fernández M, Díaz Perera JJ. Solución de problemas como proceso de aprendizaje cognitivo. bol.redipe [Internet]. 3 de abril de 2018 [citado 28 de diciembre de 2023];7(4):107-1. Disponible en:
<https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/487>

25. Lobos-Rivera, M. E., & Gutiérrez-Quintanilla, J. R. (2020). Adaptación psicométrica de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg en una muestra salvadoreña. Entorno, (70), 87–98. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i69.9557>

26. Campayo, JG. Técnicas de resolución de problemas: En la vida diaria y profesional. Editorial Siglantana, 2022.
27. Gutiérrez-Leal G, Mendoza-Madero DL, Gómez-Zarco A, Lima-Quezada A, Escudero-Castelán AY. Positive psychology interventions in patients with breast cancer. *jbapr* [Internet]. 2022 [citado el 8 de enero de 2024];3(6):22–8. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/jbapr/article/view/6804>
28. Hernández-Sampieri, Roberto, and Christian Mendoza. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-hill, 2020.
29. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *J Educ Eval Health Prof* [Internet]. 2021 [citado el 28 de diciembre de 2023];18:17. Disponible en: <https://synapse.koreamed.org/articles/1149215>
30. Doddoli, A. B., & Rivera, P. E. D. (2023). Validación de la versión del Cuestionario PHQ-15 para población mexicana para evaluar síntomas psicósomáticos. *Nova Scientia*, 15(30) Gale OneFile: Informe Académico, link.gale.com/apps/doc/A752890864/IFME?u=anon~31386676&sid=googleScholar&xid=3ccf5737. Accessed 11 Jan. 2024.
31. Huarcaya-Victoria, J, and Calle-González R.. "Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general." *Educación médica* 22 (2021): 142-146.
32. Soto-Rodríguez I, Zuñiga Blanco A. Depresión, ansiedad y estrés de universitarios en tiempos de COVID-19: Uso de escala DASS-21. *revista*

[Internet]. 2021;5(3):45–61. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.33970/eetes.v5.n3.2021.263>

33. G*Power (RRID:SCR_013726) Disponible en: <http://www.gpower.hhu.de>
[Fecha de acceso :16-12-2023]

34. Gutiérrez Herrera Raúl F., Ordóñez Azuara Yeyetsy, Gómez Gómez Celina, Ramírez Aranda José M., Méndez Espinoza Eduardo, Martínez Lazcano Félix. Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2019 [citado 2023 Dic 10] ; 25(1): 58-67. Disponible en:
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000100009&lng=es.](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000100009&lng=es)

35. Percepción: Definición, Importancia, Factores, Proceso De Percepción, Errores [Internet]. iedunote. 2022 [citado 18 diciembre 2023]. Disponible en:
<https://www.iedunote.com/es/percepcion#0-what-is-perception>

36. Reyna W, Centro de Investigaciones Administrativas, Económicas y Sociales, Instituto Politécnico Nacional, México, Tapia C, Ocampo C, Rodríguez M, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México, et al. Comportamiento asociado a patología sin la presencia de enfermedad: Un estudio de caso. Interacciones Rev Av Psicol [Internet]. 2019;5(3):e198. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24016/2019.v5n3.198>

37. Goutte J, Cathébras P. Desafíos del tratamiento de los trastornos funcionales. EMC - Tratado Med [Internet]. 2021;25(1):1–8. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410\(21\)44691-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410(21)44691-x)

38. Rosendal M, Olde Hartman TC, Aamland A, van der Horst H, Lucassen P, Budtz-Lilly A, et al. "Medically unexplained" symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. BMC Fam Pract [Internet]. 2017;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-017-0592-6>
39. Ramírez-Aranda JM, Martínez-Gutiérrez CM, Terviño-Uresti YK, Escobedo-Gil JM. Abordaje de pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados (mus). Parte I. Aten Fam. 2022;29(4):263-267. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.4.83418>
40. Gollberg y cols. En Tidy C. Medically unexplained symptoms: Assessment and management [Internet]. Patient.info. [citado el 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://patient.info/doctor/medically-unexplained-symptoms-assessment-and-management>
41. López S R., Morales Asencio José Miguel. ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, tests e índices?. Index Enferm [Internet]. 2005 [citado 2023 Dic 19] ; 14(48-49): 7-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100001&lng=es.
42. Gómez Clavelina FJF, Leyva González FA. Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. Inv Ed Med. [Internet]. 2017 disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.006>

CAPÍTULO X

ANEXOS

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio	Eficacia de la escala de atribución al síntoma en Pacientes con síntomas médicamente inexplicados (MUS).
Nombre del Investigador Principal	José Manuel Ramírez Aranda
Servicio / Departamento	Medicina Familiar
Teléfono de Contacto	81812544516
Persona de Contacto	Cristina Natalia Rangel Núñez
Versión de Documento	3
Fecha de Documento	Agosto 2022

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 o al personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que no le quede clara.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

El propósito de este estudio es valorar a las personas con síntomas inespecíficos para realizar el diagnóstico de síntomas médicamente inexplicados (MUS), los cuales se describen como aquellos cuyos síntomas se caracterizan por quejas y molestias persistentes y en quienes los exámenes y esfuerzos por llegar a un diagnóstico no revelan una enfermedad física. Los síntomas inespecíficos sin explicación médica como motivo de consulta son comunes en atención primaria, entre 40.2 y 49.0 %. Se aplicará la Escala de Atribución al síntoma con la finalidad de estudiar la eficacia de ésta como método de clarificación de la percepción del paciente ante los síntomas presentes, ya sea un componente psicológico o físico.

Se le solicita su participación debido a que es fundamental para realizar este estudio llevar a cabo el seguimiento a través de escalas hacia los pacientes.

La investigación en la que usted participará es importante porque con los resultados obtenidos se espera que obtengamos un panorama acerca de cuál es la atribución del síntoma o síntomas manifestados, ya sea psicológico o físico y brindar con esto un tratamiento oportuno.

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

La duración de este estudio será de 6 meses

Cohorte de los pacientes vistos en tres consultas en el lapso de 1 mes.

Estimado 40 pacientes en 6 meses

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

Criterios de selección:

Inclusión:

-Se elegirán aquellos pacientes con MUS, hombres y mujeres mayores de 18 años, que tengan al menos uno de los síntomas inespecíficos de acuerdo con PHQ15, y exámenes de laboratorio o imagen negativos para la enfermedad sospechada.

Exclusión:

-Pacientes con enfermedad psiquiátrica definida, con atención psiquiátrica anterior o actual.

-Que no deseen participar en el estudio.

Eliminación

-Aquellos pacientes que no terminen las tres evaluaciones por ausencia o falta de llenado del instrumento.

-Aquellos pacientes que no sean MUS

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DEL ESTUDIO?

No aplica.

¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ME REALIZARÁN?

Aplicación de escalas.

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

Si usted da su consentimiento para participar, se le pedirá que conteste tres escalas durante la primera consulta: PHQ15, la cual consta de 15 preguntas valorando la intensidad de la presentación de tales síntomas, DASS21, escala que consta de 21 preguntas las cuales valoran el nivel de incapacidad que se presenta con síntomas sugestivos de ansiedad, depresión y estrés además se aplicará la Escala de Atribución al síntoma, la cual consta de 12 preguntas dónde se evalúa la percepción que presenta el paciente ante sus sintomatología, considerando si el origen de su presentación es biológico o psicológico y partir de este punto para realizar la intervenciones

necesarias con el apoyo de la solicitud de estudios de laboratorio y gabinete según correspondan a los síntomas presentes y posteriormente aplicar de nuevo las escalas previamente mencionadas y valorar la diferencia presentada en la ponderación de resultados presentados.

Sus responsabilidades consistirán principalmente en el llenado completo de las escalas acudiendo a sus consultas de seguimiento solicitadas.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS?

Molestias por colaborar en alguna de las escalas.

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

Este protocolo de investigación ofrece el beneficio de un seguimiento más estrecho sin ningún costo adicional a través de la aplicación de escalas clínicas, de igual manera le permitirá que se tenga un registro objetivo de la percepción del paciente frente a sus síntomas a través de la Escala de Atribución al síntoma, durante y después de la intervención del médico familiar a través del manejo integral, lo cual permite el abordaje oportuno de síntomas medicamente no explicados.

¿QUÉ OTROS PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS PODRÍAN ESTAR DISPONIBLES PARA USTED?

Usted no tiene que participar en este estudio de investigación si no lo desea.

¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO?

Ninguno

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

No habrá alguna compensación económica para usted por participar en este estudio.

¿RECIBIRÁ ALGÚN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

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

¿SE ALMACENARÁN MUESTRAS DE SANGRE O TEJIDOS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES?

En este estudio no se recolectará ni almacenará ninguna muestra.

¿QUÉ DEBE HACER SI LE PASA ALGO COMO RESULTADO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Si Usted sufre una lesión o enfermedad durante su participación en el estudio, debe buscar tratamiento a través de su médico de cabecera o centro de atención médica de elección y debe informárselo inmediatamente al médico del estudio.

Los gastos que genere dicha lesión o enfermedad sólo le serán pagados si el médico del estudio ha decidido que la lesión / enfermedad está directamente relacionada con los procedimientos del estudio, y no es el resultado de una condición pre-existente de la progresión normal de su enfermedad, o porque no se han seguido las indicaciones que el médico de estudio ha recomendado.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Si decide participar en este estudio, Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, incluyendo la decisión de continuar o no su en el estudio. Usted es libre de terminar su participación en este estudio en cualquier momento.

¿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.

Su participación también podrá ser suspendida o terminada por el médico del estudio, sin su consentimiento, por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Que el estudio haya sido cancelado.
- Que el médico considere que es lo mejor para Usted.
- Que necesita algún procedimiento o medicamento que interfiere con esta investigación.
- Que no ha seguido las indicaciones del médico lo que pudiera traer como consecuencias problemas en su salud.

Si Usted decide retirarse de este estudio, deberá realizar lo siguiente:

- Notificar a su médico tratante del estudio
- Deberá de regresar todo el material que su médico le solicite.

Si su participación en el estudio se da por terminada, por cualquier razón, por su seguridad, el médico continuará con seguimientos clínicos. Además, su información médica recabada hasta ese momento podrá ser utilizada para fines de la investigación.

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

Si acepta participar en la investigación, el médico del estudio recabará y registrará información personal confidencial acerca de su salud y de su tratamiento. Esta información no contendrá su nombre completo ni su domicilio, pero podrá contener otra información acerca de Usted, tal como iniciales y su fecha de nacimiento. Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la investigación. Su nombre no será conocido fuera de la Institución al menos que lo requiera nuestra Ley.

Usted tiene el derecho de controlar el uso de sus datos personales de acuerdo a 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 a 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 a **Dr. med. Óscar de la Garza Castro**, presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al **Lic Antonio Zapata de la Riva** en caso de tener dudas con 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 66460

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 mis materiales biológicos (sangre, orina, tejidos) recolectados puedan usarse para los fines que convengan a este estudio.
- 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
Investigación

Relación con el Sujeto de

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

INSTRUMENTO

EFICACIA DE LA ESCALA DE ATRIBUCIÓN AL SÍNTOMA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS MÉDICAMENTE INEXPLICADOS (MUS)

1. No. de Folio ____

2. Fecha ____/____/____

dd mm aa

INSTRUCCIONES: Favor de responder las siguientes preguntas, llenando los espacios correspondientes o encerrando el número de acuerdo a su respuesta. Las respuestas son anónimas y confidenciales y solamente para propósitos del estudio.

3. Motivo de Consulta: _____

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

4. Sexo: ()

I. Femenino II. Masculino

5. Edad: _____ (años)

6. Estado de origen) _____

7. Ocupación: ()

I. Hogar II. Empleado III. Obrero IV. Comerciante
V. Desempleado VI. Profesionista VII. Jubilado VIII: Otro (Especifique)

8. Estado Civil: ()

I. Soltero II. Casado III. Unión libre IV. Separado

V. Divorciado VI. Viudo

9. Escolaridad: ()

I. Analfabeta II. Primaria III. Secundaria IV. Preparatoria

V. Técnica VI. Universidad VII. Otra: (Especifique)_____

10. Religión: ()

I. Católica II. Cristiana III. Protestante IV. Mormona

V. Testigo de Jehová VI. Otra: (Especifique)_____

Este estudio es longitudinal con tres evaluaciones subsecuentes, le solicitaremos de manera voluntaria que nos comparta un teléfono celular o fijo y su correo para localizarlo, valorar su evolución y acordar la próxima cita, ya sea presencial o a través de una plataforma virtual.

No lo creo necesario () Si, estoy de acuerdo ()

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

II. MEDICIONES INICIALES DE ESCALAS

PRIMERA CONSULTA

(FECHA: ----/----/----)

1. ESCALA PHQ15

SÍNTOMAS FÍSICOS PHQ -15			
Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto le han molestado alguno de los siguientes problemas?			
	No molesta en absoluto (0)	Molesta un poco (1)	Molesta (2)
1. Dolor de estómago			
2. Dolor de espalda			
3. Dolor en brazo, piernas, articulaciones (rodillas, cadera)			
4. Sólo mujeres (Cólicos menstruales o dolor intenso a la menstruación)			
5. Dolor de cabeza			
6. Dolor torácico			
7. Vértigo			
8. Síncope, desvanecimientos			
9. Palpitaciones o taquicardia			
10. Sensación de falta de aire			
11. Dolor o problemas durante las relaciones sexuales.			
12. Estreñimiento, movimientos intestinales o diarrea.			
13. Náuseas, gases o indigestión			
14. Sentirse cansado o con poca energía			
15. Dificultades para dormir			
TOTAL			

1. ESCALA DE ATRIBUCIÓN AL SÍNTOMA

ESCALA DE ATRIBUCIÓN AL SÍNTOMA			
Elementos a evaluar	SI	NO SÉ	NO
1. Mi síntoma es psicológico porque mis síntomas comenzaron cuando tenía una inquietud personal, en mi familia, en el trabajo, etc.			
2. Mi síntoma es psicológico porque ya me lo dijeron algunos médicos antes.			
3. Mi síntoma es psicológico porque es lo que me dijeron uno mis padres, otros parientes o amigos.			
4. Mi síntoma es orgánico porque los síntomas me causan dificultades en el funcionamiento de mis actividades diarias.			
5. Mi síntoma es psicológico porque tuve una experiencia emocional traumática.			
6. Mi síntoma es psicológico porque han realizado muchos estudios y no me han encontrado nada.			
7. Mi síntoma es psicológico porque me han dado muchos tratamientos y no he mejorado.			
8. Mi síntoma es orgánico porque mis síntomas son muy intensos			
9. Mi síntoma es psicológico porque solo aparece o es más intenso cuando estoy en un lugar determinado con determinadas personas o en determinadas fechas.			
10. Mi síntoma es psicológico porque mis pensamientos y emociones influyen en mi cuerpo.			
11. Mi síntoma es psicológico, porque ya lo había presentado antes cuando tengo problemas, como ahora.			
12. Mi síntoma es orgánico porque es constante (no desaparece).			
Puntaje de atribución psicológica del síntoma			
Puntaje de atribución orgánica del síntoma			

1. Escala DASS 21.

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0,1,2,3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente.

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión				
2.	Me di cuenta de que tenía la boca seca				
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4.	Se me hizo difícil respirar				
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas				
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones				
7.	Sentí que mis manos temblaban				
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía				
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara				
11.	Me he sentido inquieto				
12.	Se me hizo difícil relajarme				
13.	Me sentí triste y deprimido				
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
15.	Sentí que estaba al punto de pánico				
15.	No me pude entusiasmar por nada				
17.	Sentí que valía muy poco como persona				
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad				
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
20.	Tuve miedo sin razón				
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido				
TOTAL	ANSIEDAD=	DEPRESIÓN=	ESTRÉS=		

4. ¿Se inicia tratamiento?	SI	NO
Especifique	<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • 	
<p><i>**Se solicitan los estudios de laboratorio y gabinete que se crean necesarios para sintomatología de paciente**</i></p>		

III. ESTUDIOS DE LABORATORIO E IMAGEN

SEGUNDA CONSULTA

(FECHA: ----/----/----)

1. LABORATORIOS

Estudio	BHC		EGO		PBQ3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Alteración						

Compatible con motivo de consulta (MC): SI () NO ()

2. ESTUDIOS DE IMAGEN

Fecha	Radiografía de tórax	Compatible con MC		Electrocardiograma	Compatible con MC		Otro estudio (ESPECIFICAR)	Compatible con MC	
		SI	NO		SI	NO		SI	NO

3. DIAGNOSTICO DE MUS: SI.....1

NO.....2

En caso de responder "SI" se realiza la intervención aclaratoria donde se le explica al paciente el posible origen de su sintomatología, se hace énfasis en el origen psicosocial de sus síntomas al no encontrar alguna alteración en los estudios complementarios que confirmen alguna alteración orgánica

Si la respuesta es **NO**, se agradece al paciente. En caso de ser afirmativo se prosigue la encuesta

IV. REVALORACIÓN DE ESCALAS INICIALES

TERCERA CONSULTA

(FECHA: ----/----/----)

1. ESCALA PHQ15

SÍNTOMAS FÍSICOS PHQ -15			
Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto le han molestado alguno de los siguientes problemas?			
	No molesta en absoluto (0)	Molesta un poco (1)	Molesta (2)
1. Dolor de estómago			
2. Dolor de espalda			
3. Dolor en brazo, piernas, articulaciones (rodillas, cadera)			
4. Sólo mujeres (Cólicos menstruales o dolor intenso a la menstruación)			
5. Dolor de cabeza			
6. Dolor torácico			
7. Vértigo			
8. Síncope, desvanecimientos			
9. Palpitaciones o taquicardia			
10. Sensación de falta de aire			
11. Dolor o problemas durante las relaciones sexuales.			
12. Estreñimiento, movimientos intestinales o diarrea.			
13. Náuseas, gases o indigestión			
14. Sentirse cansado o con poca energía			
15. Dificultades para dormir			
TOTAL			

2. ESCALA DE ATRIBUCIÓN AL SÍNTOMA

ESCALA DE ATRIBUCIÓN AL SÍNTOMA			
Elementos a evaluar	SI	NO SÉ	NO
1. Mi síntoma es psicológico porque mis síntomas comenzaron cuando tenía una inquietud personal, en mi familia, en el trabajo, etc.			
2. Mi síntoma es psicológico porque ya me lo dijeron algunos médicos antes.			
3. Mi síntoma es psicológico porque es lo que me dijeron uno mis padres, otros parientes o amigos.			
4. Mi síntoma es orgánico porque los síntomas me causan dificultades en el funcionamiento de mis actividades diarias.			
5. Mi síntoma es psicológico porque tuve una experiencia emocional traumática.			
6. Mi síntoma es psicológico porque han realizado muchos estudios y no me han encontrado nada.			
7. Mi síntoma es psicológico porque me han dado muchos tratamientos y no he mejorado.			
8. Mi síntoma es orgánico porque mis síntomas son muy intensos			
9. Mi síntoma es psicológico porque solo aparece o es más intenso cuando estoy en un lugar determinado con determinadas personas o en determinadas fechas.			
10. Mi síntoma es psicológico porque mis pensamientos y emociones influyen en mi cuerpo.			
11. Mi síntoma es psicológico, porque ya lo había presentado antes cuando tengo problemas, como ahora.			
12. Mi síntoma es orgánico porque es constante (no desaparece).			
Puntaje de atribución psicológica del síntoma			
Puntaje de atribución orgánica del síntoma			

3. Escala DASS 21.

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0,1,2,3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente.

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión				
2.	Me di cuenta de que tenía la boca seca				
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4.	Se me hizo difícil respirar				
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas				
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones				
7.	Sentí que mis manos temblaban				
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía				
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara				
11.	Me he sentido inquieto				
12.	Se me hizo difícil relajarme				
13.	Me sentí triste y deprimido				
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
15.	Sentí que estaba al punto de pánico				
15.	No me pude entusiasmar por nada				
17.	Sentí que valía muy poco como persona				
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad				
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
20.	Tuve miedo sin razón				
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido				
TOTAL	ANSIEDAD=	DEPRESIÓN=	ESTRÉS=		

CAPÍTULO XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

La Dra. Cristina Natalia Rangel Núñez nació en Matamoros Tamaulipas y creció en Monterrey Nuevo León, cursando sus estudios de primaria y secundaria en el Colegio Regiomontano Contry; realizó la preparatoria en la Escuela y Preparatoria técnica médica, con bachillerato en enfermería. Continuó sus estudios universitarios en la Facultad de Medicina de la UANL, graduándose como Médico Cirujano Partero en 2019; realizó su año Servicio Social en el Ejido Icamole en el municipio de García, Nuevo León; para posteriormente ingresar a la especialidad de Medicina Familiar en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en el periodo de marzo del 2021 a febrero del 2024



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ

Subdirector de Estudios de Posgrado del
Hospital Universitario de la U.A.N.L.

Presente:

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada "Eficacia de la escala de atribución al síntoma en pacientes con síntomas medicamente inexplicados (MUS)" cuyo autor es el Dra. Cristina Natalia Rangel Nuñez del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Turnitin, encontrando un 09% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus finas atenciones me despido de usted.



ATENTAMENTE.

«Alexe Flamamam Veritatis»

Monterrey, N.L. 11 de enero de 2024

MEDICINA FAMILIAR

DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA.

Jefe del Departamento de Medicina Familiar.

Tesis Cristina Natalia Rangel

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.researchgate.net

Fuente de Internet

3%

2

Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León

Trabajo del estudiante

2%

3

eprints.uanl.mx

Fuente de Internet

2%

4

www.scielo.org.mx

Fuente de Internet

1%

5

1library.co

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir bibliografía

Activo

Excluir coincidencias < 5 words



MEDICINA FAMILIAR

Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera