

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“ANTECEDENTE DE VIOLENCIA INFANTIL Y SÍNTOMAS FÍSICOS
MEDICAMENTE NO EXPLICADOS (SFMNE) EN POBLACIÓN MEXICANA”**

Por

DRA. YESSENIA ZAMORA SALAZAR

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

NOVIEMBRE, 2024

***ANTECEDENTE DE VIOLENCIA INFANTIL Y SÍNTOMAS FÍSICOS
MEDICAMENTE NO EXPLICADOS (SFMNE) EN POBLACION MEXICANA***

Aprobación de la tesis:



**Dr. med. Jose Manuel Ramirez Aranda
Director de la tesis**



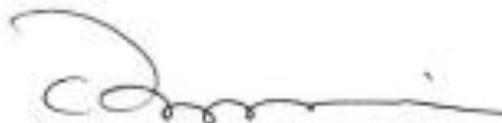
**Dr. Isauro de Jesús Saenz Saucedo
Asesor**



**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 Martinez
Subdirector de Estudios de Posgrado**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi mas sincero agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la realización de esta tesis.

En primer lugar, quiero agradecer a mi director de tesis el Dr. med. Jose Manuel Ramírez Aranda por su guía, apoyo y orientación constante a lo largo de este proceso. Su experiencia y conocimiento han sido fundamentales para dar forma a esta investigación.

También quiero agradecer a mis familiares, pareja y amigos, que han soportado mis ausencias, mis momentos de estrés y mis largas horas de trabajo. Su amor y apoyo incondicional han sido mi motor para seguir adelante.

Al Hospital Universitario “Dr. Jose Eleuterio González”, gracias por proporcionarme los recursos y el entorno académico necesario para desarrollar esta investigación.

Y finalmente agradezco a mi misma por la perseverancia y dedicación que he demostrado en este proceso.

Gracias a todos y todas por hacer posible este logro. Espero que los resultados de esta investigación contribuyan al avance del conocimiento y beneficien a la sociedad.

Muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESUMEN	1
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN	3
Capítulo III	
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
Capítulo IV	
4. JUSTIFICACIÓN	9
Capítulo V	
5. HIPÓTESIS	10
Capítulo	
4. OBJETIVOS	11
Capítulo	
5. MATERIAL Y MÉTODOS	12
Capítulo	
6. RESULTADOS	23

Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN	26
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN	31
Capítulo IX	
9. ANEXOS	32
Capítulo X	
10. BIBLIOGRAFÍA	54
Capítulo XI	
11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	60

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Datos demográficos por casos y controles.....	32
2. Diagnóstico de SFMNE por casos y controles.....	34
3. Tipos de violencia por casos y controles.....	36
4. Número de síntomas de PHQ15 según los tipos de violencia infantil	38
5. Variables numéricas.....	40
6. Tipos de violencia por sexo	41

INDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1. Cálculo de muestra	13

LISTA DE ABREVIATURAS

SFMNE: Síntomas físicos medicamente no explicados

ACE: Cuestionario de experiencias adversas en la infancia

PHQ-15: Patient Health Questionnaire 15

MUS: Medically Unexplained Symptoms

CAPÍTULO I

RESUMEN

Objetivo: Esta investigación tuvo como objetivo general encontrar la asociación entre los diferentes tipos violencia infantil y los síntomas físicos médicamente no explicados (SFMNE) en población adulta mexicana. **Diseño:** Estudio de casos y controles. **Metodología:** Se reclutó una muestra de 120 pacientes en total, 85 mujeres y 35 hombres, todos mayores de 18 años, que acudieron a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González “. Se excluyeron pacientes de origen extranjero, con trastornos psiquiátricos diagnosticados, deterioro cognitivo o pacientes embarazadas. Se realizó la aplicación de un instrumento con 4 secciones que incluyó: Datos demográficos, el “*Patient Health Questionnaire*” (PHQ-15) para el diagnóstico y gravedad de síntomas somáticos, el *Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE)* con el que se evaluó el antecedente de violencia en la infancia y los criterios de tamizaje de Síntomas Físicos Medicamente no Explicados (SFMNE). **Resultados:** Se encontró una mayor prevalencia de SFMNE en mujeres, tanto en casos (82.5%) como controles (65.0%). Hubo predominancia de ciertos tipos de violencia en mujeres como abuso psicológico 74.1%, abuso físico con 66,7%, abuso sexual 87%, negligencia emocional 68.8%, negligencia física de abandono 80.6%, violencia contra la madre 73.9%, abuso de sustancias 67.7%, familiar con enfermedad mental 75.0%, y familiar criminal 64.3%; sin embargo, no hubo significancia estadística. En cuanto a los tipos de violencia por casos y controles, se encontró que predominan el abuso psicológico en casos, al igual que el abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física de abandono, violencia contra la madre, y abuso de sustancias, sin embargo, no se encontró una relación significativa entre estos y la presencia de SFMNE. Solamente en el tipo familiar con enfermedad mental, se observa un predominio de casi 4 veces el porcentaje en casos en comparación con controles (40%) contra (10%) respectivamente, $p = .001$. El riesgo de presentar efectos adversos en la edad

adulta categoría ACE muestra que los casos tienen un riesgo más alto en un 30% contra 21,3% de los controles; De igual manera se encontró de forma interesante un alto porcentaje de síntomas inespecíficos en forma inesperada (77.5%) en los pacientes controles.

Conclusiones: Se reportó una asociación entre ciertos tipos de violencia y SFMNE sobre todo en el sexo femenino, aunque sin significación estadística. De igual manera se observó un porcentaje alto de SFMNE en los pacientes controles de manera inesperada pudiendo ser la razón de los resultados encontrados entre violencia y SFMNE, que podría ayudar a tener en cuenta este factor a la hora de la realizar nuevas investigaciones que incluyan personas con SFMNE para seleccionar de manera adecuada y mas especifica los controles utilizando herramientas como el PHQ-15 para determinar a las personas con SFMNE y las que no los presentan.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

La violencia o maltrato infantil es un problema mundial y complejo que ha ido en aumento a lo largo de los años llevando a la creación de organizaciones y programas para su prevención, detección y erradicación. ^{1,2}

Según la Organización mundial de la salud (OMS) la violencia o maltrato infantil se define como cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, abarcando todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. ²

Se estima según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que a nivel mundial 1 de cada 2 niñas y niños de entre 2 y 17 años sufre algún tipo de violencia cada año; y que 58% de las niñas y niños de América Latina y 61% en América del norte sufrieron abuso físico, sexual o emocional en el último año.¹

Por su parte la OMS, refiere que casi 3 de cada 4 niños entre 2 y 4 años sufren violencia física o psicológica de parte de padres o cuidadores y una de cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales cuando tenían entre 0 y 17 años. Además 120 millones de niñas y mujeres jóvenes, de menos de 20 años, han sufrido alguna forma de relación sexual forzada.²

En México según datos proporcionado por el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 6 de cada 10 niños, niñas y adolescentes experimentaron métodos de disciplina violentos por parte de padres y cuidadores.³

Durante los últimos años se han realizado estudios acerca de las consecuencias que el abuso infantil genera en la persona, y se ha encontrado una relación entre el antecedente de maltrato y consecuencias tanto físicas, sexuales y psicológicas a lo largo de la vida, entre ellas: lesiones físicas graves, estrés postraumático, trastornos de aprendizaje, bajo rendimiento cognitivo y académico, y embarazos no deseados por mencionar algunas. A largo plazo se ha relacionado en la edad adulta con eventos estresantes, ansiedad, depresión, problemas sexuales, enfermedades de transmisión sexual y abuso de sustancias.^{1, 4, 5}

Existen numerosas escalas que miden la violencia infantil, entre ellas se encuentran el Cuestionario de trauma infantil (CTQ-SF)⁶, el Cuestionario de experiencias de violencia en la infancia (CEVQ)⁷, y el Early Trauma Inventory (ETI)⁸ por mencionar algunos. La mayoría de estos instrumentos carecen de información acerca de sus propiedades psicométricas, siendo poco útiles, tanto en la práctica clínica como en la investigación, además de no estar validados en México.⁹ En el caso del CTQ-SF ha sido ampliamente usado en la literatura y está plenamente validado en población anglosajona, española y chilena sin embargo no ha sido adaptado transculturalmente a población mexicana. Existe, sin embargo, un cuestionario en español, con validación en población mexicana, el Cuestionario de experiencias adversas en la infancia (ACE)¹⁰ el cual muestra grandes ventajas sobre los mencionados, para medir este constructo.^{10,11}

También se ha logrado evidenciar que la violencia infantil está asociada con numerosos síntomas somáticos vagos que no configuran un cuadro clínico característico, tales como dolor crónico, dolor de cabeza, síntomas ginecológicos, gastrointestinales y musculo esqueléticos, lo que se conoce como somatización,

dentro de lo cual se incluye el cuadro denominado síntomas medicamente no explicados (SFMNE).¹²

Los SFMNE o “MUS” (Medically Unexplained Symptoms, por sus siglas en inglés) se refieren a la presencia de síntomas inespecíficos, sin integrar un cuadro clínico específico, después de realizar un adecuado interrogatorio y exploración física minuciosa.⁵ Además los exámenes de laboratorio o imagen son negativos para la anormalidad sospechada.

Los síntomas inespecíficos implican sensaciones corporales angustiosas, disfunciones físicas y angustia psicológica que provocan un deterioro del funcionamiento diario y una calidad de vida disminuida en las personas que los padecen, llevando a las personas a buscar múltiples tratamientos, consultas médicas y con ello un alto gasto de los recursos sanitarios.¹³

Su diagnóstico es complejo a pesar de una historia clínica completa, exploración física minuciosa, estudios de laboratorio e imagen que descarten una enfermedad orgánica y requieren habilidades específicas para su manejo por parte de los médicos tratantes.^{13,14}

Se desconoce cuál es la génesis de este grupo de trastornos somáticos, no obstante, en varios estudios se ha demostrado que experiencias adversas tempranas particularmente aquellas interpersonales como el abuso sexual, físico, emocional y la negligencia, están relacionadas a diversas formas de síntomas somáticos en la edad adulta.¹⁵ A continuación se refieren algunos antecedentes referidos en la literatura: en un estudio de cohorte realizado en Nueva Zelanda de 408 personas, se encontró una mayor relación de somatización en los pacientes principalmente mujeres adultas que sufrieron abuso sexual, además de una correlación entre la gravedad de abuso sexual y la mayor gravedad de síntomas somáticos.¹⁶

Por otro lado, se han señalado diferentes tipos de abuso infantil como predictores de rendimiento cognitivo, sobre todo en pacientes adultos mayores que presentan depresión, ansiedad y somatización.¹⁷

Otro estudio de casos y controles realizado en Noruega en 2019 mostró la asociación de diferentes tipos de violencia infantil y las consecuencias del estrés postraumático, en una población de adolescentes y adultos jóvenes, y se observó que la población con antecedente de violencia en la infancia presentaba mayor nivel de quejas de salud física que la población control; de igual manera se determinó que independientemente del tipo de violencia las personas mostraban altas tasas de síntomas físicos, y una mayor complejidad de éstos síntomas en aquellos cuando se presentó más de un tipo de violencia infantil.¹⁸

En un diseño similar en China, Chui de Chiu y cols. compararon a mujeres con cistitis intersticial y síndrome de dolor vesical con mujeres con cistitis aguda como enfermedad orgánica y grupo control encontrando que las primeras presentaban mayor prevalencia de antecedentes de violencia infantil perpetrada por personas cercanas, o por lo menos un tipo de violencia en la infancia, además de un mayor porcentaje de síntomas psiquiátricos.¹⁹

En un estudio de casos y controles en Estados Unidos de América, se demostró la asociación entre el abuso sexual en la infancia y los síntomas del síndrome de intestino irritable (SII) en 567 mujeres.²⁰ El SII es un trastorno caracterizado por varios síntomas gastrointestinales dentro de los que destacan distensión abdominal y cambio en el patrón evacuatorio, también ha sido relacionado en otras publicaciones, con antecedentes de violencia infantil en adultos, inclusive se ha señalado que constituye un predictor de síndrome de intestino irritable a largo plazo.²¹ En el estudio mencionado, las mujeres tenían entre tres y cuatro veces más probabilidades de experimentar síntomas de SII después del abuso sexual.¹⁸

Al parecer existe diferencia del tipo de abuso infantil en cuanto al sexo ya que se ha encontrado mayor relación de abuso sexual, problemas psicológicos y somatización en mujeres que en hombres, mientras que en hombres es la violencia física la relacionada con trastornos en la edad adulta.²¹ De igual manera el abuso físico estuvo más relacionado con hombres y el abuso sexual con mujeres en un estudio canadiense.²²

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se puede observar las consecuencias que genera la violencia infantil en las personas son múltiples, predisponiendo a problemas emocionales, psicológicos y físicos a lo largo de la vida como lo son SFMNE, que abarca una amplia gama de síntomas que pudieran no estar relacionados clínicamente entre sí y que deterioran la calidad de vida en las personas que lo padecen, con diagnóstico y tratamiento aun complejo en la actualidad.

Los pacientes con SFMNE son frecuentes en la práctica médica, sobre todo en primer nivel de atención, e implican un alto gasto de recursos sanitarios, por lo que es esencial que médicos adquieran habilidades diagnósticas y de tratamiento integral.

Al ser la violencia infantil un problema común en la población mundial, y los SFMNE un padecimiento que conlleva un alto gasto de recursos sanitarios y un manejo complejo, el realizar más estudios de investigación en donde se asocien ambas variables podría ayudarnos a comprender mejor la predisposición de una hacia otra y poder tener mejores herramientas tanto en el ámbito de la prevención diagnóstico y tratamiento de ambas problemáticas.

CAPÍTULO IV

JUSTIFICACIÓN

Ya se señaló la importancia epidemiológica de los SFMNE así con la trascendencia del abuso infantil. En México no se cuenta con estudios de investigación específicos que determinen la asociación entre estas dos entidades, que demuestren resultados contundentes en población mexicana, por lo que abrir el campo de estudio sobre este tema sería de gran importancia para ampliar este conocimiento en el tratamiento integral de los pacientes con SFMNE. Si se demuestra esta asociación pudiera dar lugar a nuevas investigaciones para incorporar métodos diagnósticos de maltrato infantil en los pacientes con SFMNE abordados en la consulta de Medicina Familiar. Además, probablemente muchos de los pacientes con SFMNE requerirían una intervención por parte de psiquiatría para trabajar sobre el componente traumático del abuso infantil por las cicatrices tan profundas que deja, por lo que se brindará orientación y referencia oportuna a este departamento en caso de que sea necesario.

En resumen, un mejor conocimiento del tema, y la manera en la que afecta a esta población, llevaría a plantearnos un cambio en la manera en que manejamos a los pacientes que presentan SFMNE.

CAPÍTULO V

HIPÓTESIS

La prevalencia de Síntomas Físicos Medicamente No Explicados (SFMNE) es mayor en personas con antecedentes de violencia infantil en comparación con aquellas que no los presentan.

CAPÍTULO VI

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre alguna forma de violencia infantil y los síntomas médicamente no explicados en adultos en una muestra de población mexicana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la frecuencia del tipo específico de violencia infantil (abuso emocional, abuso físico; abuso sexual; negligencia emocional; negligencia física y disfunción familiar) en pacientes con síntomas médicamente no explicados en comparación con los controles.

Analizar la asociación entre las formas de violencia infantil y los síntomas médicamente no explicados, de acuerdo con el sexo de los entrevistados

CAPÍTULO VII

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio de casos y controles.

Universo de población: adultos mayores de 18 años con SFMNE que acudieron a la consulta de medicina familiar del Hospital Universitario “José Eleuterio González”. El Hospital Universitario es un Hospital Regional, público que atiende población generalmente de nivel socioeconómico medio y bajo, de Nuevo León, Zacatecas, Coahuila, Tamaulipas y San Luis Potosí.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión: adultos mayores de 18 años, sin distinción de sexo, que cumplieron criterios para SFMNE: presencia de alguno o varios (mínimo 3)²³ síntomas somáticos, estudios de laboratorio e imagen dentro de parámetros normales, los síntomas que no correspondieron a un cuadro clínico definido, y frecuentemente con relación a un evento estresante-no siempre identificado.

Selección de controles: se consideró dentro del grupo de controles a todo paciente que acudiera a la consulta con síntomas clínicos correspondientes a un cuadro clínico específico.

Criterios de exclusión: 1) Origen extranjero, 2) pacientes con trastornos psiquiátricos severos diagnosticados (trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad etc.), 3) trastornos psiquiátricos en tratamiento médico, 4) pacientes con franco deterioro cognitivo, 5) pacientes embarazadas, y 6) adultos que no desearon o no dieron su consentimiento informado para ser parte del estudio de investigación.

Criterios de eliminación: ninguno.

Muestreo: Muestreo por conveniencia

Tamaño de muestra:

Se utilizó la siguiente fórmula para estudios de casos y controles.²⁴

Se usaron los siguientes parámetros: Frecuencia de exposición entre los casos (p1) de 0.60, frecuencia de exposición entre los controles (p2) de 0,34, Odds Ratio (OR) a detectar de 2.0, nivel de seguridad de 0.95, potencia 0.80, y número de controles por caso de 2, dando así, un tamaño muestral de 40 casos y 80 controles ²⁴ (figura 1).

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Figura. 1. Formula para cálculo de muestra.

Cuadro de variables:

Variable	Definición	Tipo de variable	Unidades de medida
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Numérica discreta	Años
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Categórica nominal	Masculino Femenino
Estado Civil	Situación de la persona por sus relaciones de	Categórica nominal	Con pareja (casado, unión libre)

	familia		Sin pareja (soltero, separado, viudo)
Escolaridad	Nivel académico cursado por la persona	Categórica ordinal	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Preparatoria Escuela técnica, Licenciatura
Ocupación	Trabajo actual que desempeña	Categoría nominal	Nombre de la actividad, oficio o trabajo que desempeña actualmente
Procedencia	Municipio o estado en el que reside la persona	Categórica nominal	Nombre del municipio o estado
Religión	Tipo de religión profesada por la	Categórica nominal	Católica Cristiano

	persona		evangélico/prot estante Testigo de Jehová Sin religión Otro
Síntomas medicamente inexplicables (SMFNE, o MUS)	Se refieren a la presencia de síntomas inespecíficos, en los cuales no es posible encontrar alguna etiología que los explique o tales síntomas no encuadran en un cuadro clínico específico, después de realizar un adecuado interrogatorio y exploración física minuciosa. ⁵	Categoría nominal	Cumple criterios para MUS No cumple criterios para MUS
Intensidad de los síntomas	Grado en el paciente percibe que los síntomas interfieren con su calidad de vida.	Categoría ordinal	Leve, moderado, severo

Violencia infantil	Cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, abarcando todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. ²	Categoría nominal	Abuso físico, abuso emocional o psicológico, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional.
Abuso sexual	Contacto o conducta sexual entre un niño menor de 18 años y un adulto o una	Categoría dicotómica	Sí No

	persona mayor. ^{10,11}		
Abuso físico	Agresiones corporales a un niño por un adulto o persona mayor, que representan un riesgo de o resultó en una lesión. ^{10,11}	Categoría dicotómica	Sí No
Abuso emocional o psicológico	Agresiones verbales al sentido de valía o bienestar de un niño o cualquier conducta humillante o degradante dirigida hacia un niño por un adulto o una persona mayor. ^{10, 11}	Categoría dicotómica	Sí No
Exposición a abuso de sustancias	Exposición de un menor de 18 años a familiares con abuso de alcohol o uso de drogas ilegales. ^{10,11}	Categoría dicotómica	Sí No
Exposición a familiar con enfermedades	Exposición de un menor de 18 años a familiares	Categoría dicotómica	Sí No

mentales	deprimidos, con intento de suicidio o antecedente de suicidio. ^{10,11}		
Exposición a madre violentada	Exposición de un menor de 18 años a violencia física o psicológica por parte de otro familiar a su madre.	Categoría dicotómica	Sí No
Negligencia física	Actos por parte de los cuidadores, que no satisfagan las necesidades físicas básicas del niño, incluidos alimentos, vivienda, ropa, seguridad, atención médica y falta de supervisión. ^{10,11}	Categoría dicotómica	Sí No
Negligencia emocional	Incapacidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas de los niños, que incluyen amor, pertenencia,	Categoría dicotómica	Sí No

	cuidado y apoyo. ^{10, 11}		
Conducta criminal	Exposición de un menor de 18 años a un familiar con conductas criminales. ^{10, 11}	Categoría dicotómica	Sí No

Instrumento de recolección de datos: Se usó un instrumento diseñado que constó de 4 secciones:

I Datos sociodemográficos: que consistió en los datos generales de identificación de la población de estudio, como sexo, edad, nivel de educación, procedencia etc. Esta sección fue llenada por el paciente.

II Patient Health Questionnaire (PHQ-15): Para la valoración de la intensidad de los síntomas utilizamos la escala PHQ-15. Esta es una subescala de síntomas psicósomáticos que no solo contiene 15 reactivos con síntomas somáticos o grupos de síntomas que representan más de 90% de las quejas físicas reportadas en consultas de primer nivel, sino que también incluye 14 de los 15 síntomas somáticos más prevalentes del trastorno de somatización en el DSM-V.²⁵

En este estudio utilizamos la versión adaptada y validada en población mexicana en 2023 que ha mostrado tener buena evidencia de validez convergente y en consistencia interna. El instrumento mostró niveles adecuados de confiabilidad al igual que las versiones inglesa y española.²⁶

Además del número de síntomas con este instrumento se puede estimar la gravedad del cuadro. Con el PHQ-15 se mide la frecuencia de presentación en un rango de 0 - 3 dando una puntuación mínima de 0 y máxima de 30 para mayor gravedad.

Para cada síntoma se puntúa 0 (ninguno), 1 (poco) y 2 (mucho), siendo la puntuación mínima 0, mientras que la máxima es de 28, luego se evalúa el resultado según los puntos de corte teniendo parámetros de intensidad de ≥ 5 = leve, ≥ 10 moderado y ≥ 15 severo.²⁶ Esta sección fue llenada por el paciente.

III Cuestionario de experiencias adversas en la infancia (ACE): El cuestionario de Experiencias adversas en la Infancia (ACE) se utilizó por primera vez para evaluar a los participantes en el estudio original sobre Experiencias Adversas en la Infancia realizado por los CDC Y Kaiser en el año de 1998 en Estados Unidos.¹⁰ En este estudio se utilizó la versión validada en población mexicana del cuestionario de experiencias adversas en la infancia (ACE). En su estudio de validez realizado en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez en 2022 se demostró un índice de validez de contenido adecuado, la confiabilidad con valores alfa de Cronbach y del método de división por mitades con valores de .70 y .90. La confiabilidad fue aceptable para poder utilizarse en la detección de adversidad infantil de forma retrospectiva. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con un análisis de 307 personas y un método de componentes principales con rotación varimax. Las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (.74) y de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 414.39$, $gl = 45$, $p < .001$) indicaron que el tamaño de la muestra fue adecuado para llevar a cabo dicho análisis. Se obtuvieron dos factores: el primero se denominó Abuso infantil y el segundo Disfunción familiar. Los factores de abuso infantil y disfunción presentaron una correlación significativa (.73), por otra parte, los coeficientes de regresión estandarizados fueron todos ellos significativos; en un rango de .26 a .76, para el factor Abuso considerándose de moderados a altos y moderados para el factor Disfunción de .29 a .42.¹¹

Este cuestionario consta de 10 ítems que abarcan tres categorías principales: maltrato infantil, abuso sexual y disfunción familiar. El primero y el segundo se dividen en abuso psicológico (pregunta 1), abuso físico (pregunta 2), negligencia emocional (pregunta 4), negligencia física (preguntas 5 y 6) y abuso sexual (pregunta 3). El tercero se divide en abuso de sustancias (pregunta 8),

enfermedad mental (pregunta 9), ser testigo de violencia contra la madre (pregunta 7), y conducta criminal de algún familiar directo (pregunta 10).^{10, 11}

Se califica mediante respuestas dicotómicas (sí/no), que indican la ocurrencia de experiencias adversas antes de los 18 años. Por tanto, a la respuesta “sí” se le otorga un valor de 1, de tal manera que las puntuaciones mínimas van de 0 a 10. Mientras mayor sea el puntaje, mayor severidad de eventos adversos en la infancia tuvo la persona y mayor será su riesgo de sufrir problemas sociales y de salud, teniendo un punto de corte de 0-3 riesgo bajo, ≥ 4 riesgo alto.^{10, 11}

Esta sección fue llenada por el paciente.

IV Síntomas medicamente inexplicables (SFMNE): Para la evaluación de SFMNE utilizamos criterios de tamizaje basados en la literatura, entre ellos el PHQ-15. Este instrumento consta de preguntas específicas con el objetivo de identificar a una persona con SFMNE, se consideró positivo si se cumplían con las primeras 3 aseveraciones. La pregunta número 1 de este instrumento se refiere a criterios diagnósticos del PHQ15.^{25, 26}

Esta sección fue llenada por el investigador principal o el médico tratante del estudio de investigación.

Procedimiento:

Una vez teniendo la autorización del paciente se procedió a realizar la valoración única, en un lugar privado como lo es el consultorio, a los pacientes de la consulta de medicina familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, con síntomas claros de SFMNE y a pacientes control. El llenado de la encuesta duró aproximadamente 16 minutos.

Se le explicó al paciente que toda la información que se proporcionó sería completamente confidencial y voluntaria, además se brindó aclaración de dudas. La información recopilada, al igual que el expediente clínico fueron resguardados en sitio seguro bajo llave, y solo fue utilizada para fines del estudio, el acceso a la información solo fue proporcionada al investigador principal o a el médico tratante integrante del equipo de investigación.

Se brindó seguimiento por el servicio de Medicina familiar a los pacientes que presentaron recuerdos desagradables o molestos, sintomatología o alguna molestia después de la aplicación del instrumento de investigación, brindándose, orientación, educación, abordaje médico, y en caso de ser necesario se canalizó al departamento de Psiquiatría.

Análisis de datos:

SPPS:

Estadísticas descriptivas: Se utilizaron porcentajes y frecuencias para datos categóricos y promedios y desviación estándar para datos numéricos.

Estadísticas inferenciales: Como estadística inferencial se usó la prueba de Chi cuadrada para variables categóricas y prueba de t para grupos independientes siempre y cuando tuvieran una distribución normal, en caso contrario se empleó la prueba de Mann Whitney todo con un nivel de significancia de $p < .05$. Se midió la fuerza de la asociación de cada una de las formas de violencia infantil y SFMNE como variable resultado, por medio de Odds Ratios (ORs crudos) con IC al 95%.

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

En cuanto a la comparación de datos demográficos en el grupo de casos y controles se observa que el sexo femenino predomina en los casos con 82.5% contra 65.0% de los controles en forma de estadísticamente significativa. En el estado civil predomina el soltero en los casos con un 60% contra 21.3% de controles, el estado civil de casado es más del doble en controles que los casos (20.0%) todo esto con una significancia estadística de $p=.01$.

En cuanto a la escolaridad hay un predominio de educación superior a la secundaria completa en los casos ($p=.001$).

En ocupación se observa una predominancia de estudiantes en casos con respecto a los controles, hay casi el doble de amas de casa en controles con respecto a los casos con una $p =.005$. y en cuanto a la religión y el estado de procedencia no hay diferencia estadística (Tabla 1).

La mayoría de los casos consultan por un síntoma físico medicamente no explicado sin embargo encontramos en los controles un alto porcentaje de síntomas inespecíficos en forma inesperada (77.5%). Todos los casos tienen exámenes de laboratorio e imagen normal no tienen relación en cuanto a un cuadro específico, cumplen con los criterios de SFMNE, con respecto a los controles sin embargo 78.8% de los controles tenían estudios de laboratorio normales, 3.8% tenían estudios de imagen normales, y todos el 100% tenían sintomatología en relación con un cuadro clínico específico. Interesantemente 57.5% de los casos presentaban un evento estresante y 0.0 % en los controles. El evento estresante predominante fue relacionado con la escuela en 25.5 % seguido de un evento relacionado con la familia en 20 %. En cuanto a la categorización del PHQ15 el 40% de los casos presentaba puntuación severa 25% moderada y 35% leve contra 11.3%, 13.8% y 72.5% respectivamente en los controles (Tabla 2).

En cuanto a los tipos de violencia por casos y controles predominó el abuso psicológico, el abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física de abandono, violencia contra la madre, abuso de sustancias, en los casos aunque sin significancia estadística. El tipo de violencia negligencia física en requerimientos predominó el porcentaje en controles igualmente sin significancia estadística. Solamente en familiar con enfermedad mental se observa un predominio de casi 4 veces el porcentaje en casos en comparación con controles (40%) contra (10%); $p = .001$ (Tabla 3).

En el riesgo de presentar efectos adversos en la edad adulta por categoría ACE muestra que los casos tienen un riesgo más alto en un 30% contra 21,3% de los controles; la categoría de maltrato infantil muestra una predominancia en los casos de abuso sexual de 25.0% contra 17.5 % en los controles; la categoría de disfunción familiar muestra una predominancia de 57.5% en casos contra 40.0% de controles, aunque no hay significancia estadística. (Tabla 3)

Analizando el número categorizado de síntomas de acuerdo al PHQ-15 en los diversos tipos de violencia infantil se encontró que en el caso del abuso psicológico la puntuación de 8 o más síntomas registro mayor porcentaje (70.4%) con significancia estadística de $p = .001$; igualmente abuso sexual con 82.6% negligencia emocional con 78.1%, negligencia física de abandono con 63.9% y enfermedad con enfermedad mental 79.2%. Esta diferencia en cuanto a la asociación del tipo de abuso infantil y un número de síntomas de 8 o más no se observa en caso de abuso físico, negligencia física de requerimientos, de violencia contra la madre ni de familiar criminal. (Tabla 4). El promedio de la intensidad del PHQ-15 es de 8.8 con una DE de 5, en forma significativa (Tabla 5). Otro objetivo específico fue analizar la asociación entre las formas de violencia infantil y los síntomas médicamente no explicados, de acuerdo con el sexo de los entrevistados. A este respecto, hubo predominancia en el sexo femenino de abuso psicológico con 74.1%, de abuso físico con 66,7%, de abuso sexual 87%, negligencia emocional 68.8% negligencia física de abandono 80.6%, violencia

contra la madre 73.9%, abuso de sustancias 67.7%, familiar con enfermedad mental 75.0%, y familiar criminal 64.3%, sin embargo, no mostraron significancia estadística (Tabla 6).

CAPÍTULO IX

DISCUSIÓN

En el presente estudio predomina el sexo femenino en los casos como lo menciona la literatura. En un estudio de Casos y Controles, realizado por Rodríguez González AM y cols. en 2016, se determinó la prevalencia de SFMNE en pacientes ambulatorios en primer nivel de atención, encontrando que el 91.8% eran mujeres en población mexicana.²⁷ En otro estudio descriptivo transversal, realizado por David M y cols. se realizó una caracterización sociodemográfica y clínica psiquiátrica de pacientes con SFMNE y se encontró que un 94.4% eran mujeres en población colombiana.²⁸

En nuestro estudio se determinó, que el estado civil soltero predomina en los casos, en comparación con los controles; esto discrepando de la literatura en donde se reporta una mayor prevalencia de SFMNE en personas casadas. Tessa E. y colaboradores encontraron en un estudio sobre experiencias adversas en la niñez entre pacientes ginecológicas con dolor pélvico crónico en 2019 que un 60% de las pacientes con dolor crónico eran casadas.²⁹ Sin embargo, en nuestro estudio la diferencia en los resultados en este rubro pudiera explicarse debido a que una gran proporción de la población de los Casos eran estudiantes del área de la salud.

Por tanto, el evento estresante más relacionado con la aparición de SFMNE fue el relacionado con la formación académica.

Con respecto a la violencia infantil relacionada con el sexo, se encontró que en el sexo femenino es más frecuente en los casos para diferentes tipos de violencia; principalmente abuso sexual, abuso psicológico, familiar con enfermedad mental, abuso físico, violencia contra la madre y familiar con abuso de sustancias. Esto se relaciona con estudios previos, en donde se encontró un alto porcentaje de diferentes tipos de violencia y su relación con SFMNE. Por ejemplo, David M y

cols. encontraron que un 25% de pacientes colombianos vistos en una unidad de salud admitieron haber presentado maltrato en la infancia, de estos 94% eran mujeres. El tipo de violencia encontrada fue abuso psicológico (100%), abuso físico (88,8%) abuso sexual (33,3%), y familiar con abuso de sustancias (44,4%).²⁸

En nuestro estudio los tipos de violencia que predominaron en los Casos, fue el abuso psicológico, el abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física de abandono, violencia contra la madre, abuso de sustancias y familiar con enfermedad mental, este último presentando el más alto porcentaje en comparación con los controles.

En la literatura se ha observado una asociación entre SFMNE y violencia infantil. Duncan y cols. demostraron en un estudio en 2019 la asociación entre abuso sexual y SFMNE en la edad adulta en un estudio de cohorte.¹⁶

En el caso de Tjoelker FM y cols en un estudio en 2022 se encontró una asociación con abuso sexual con 41.7%, abuso físico en el 43.7% en pacientes mayores con síntomas somáticos, este abuso infantil se documentó por medio de una entrevista estructurada.¹⁷ Sin embargo, en nuestro estudio no se encontró significancia estadística entre SFMNE y violencia infantil.

En esta investigación se consideró que las personas quienes acudían al hospital y que durante el interrogatorio y la exploración física mostraran un cuadro clínico específico se englobaban en el grupo de controles, sin embargo en forma de manera inesperada encontramos un alto porcentaje de SFMNE en la población de controles al aplicarles los instrumentos de screening. Esto es compatible con estudios previos, donde se observó una alta prevalencia de SFMNE en poblaciones aparentemente sanas. Esto ya había sido reportado en un estudio de casos y controles realizado en 2010, en donde se determinó la asociación entre la depresión y los trastornos de ansiedad, y el alto uso de servicios especializados por parte de los pacientes con SFMNE, por Burton C y cols. quienes encontraron que un tercio de los pacientes aparentemente sanos presento SFMNE en el grupo control.³⁰

Según lo mencionado por Harris en 2019 algunos estudios longitudinales que examinan la asociación de la violencia infantil y síntomas somáticos pueden no presentar significancia estadística dependiendo del diseño del estudio, de la población y las variables confusoras.³¹

El PHQ15 se ha utilizado como un criterio *per se* para el diagnóstico de SFMNE²⁵. Con respecto al número categorizado de síntomas de acuerdo al PHQ-15 en los diversos tipos de violencia infantil se encontró que en el caso del abuso psicológico la puntuación de 8 o más síntomas muestra un porcentaje predominante (70.4%) con significancia estadística de $p=.001$; igualmente abuso sexual con 82.6% negligencia emocional con 78.1%, negligencia física de abandono con 63.9% y enfermedad con enfermedad mental 79.2%. Esta diferencia en cuanto a la asociación del tipo de abuso infantil y un número de síntomas de 8 o más no se observa en caso de abuso físico, negligencia física de requerimientos, de violencia contra la madre ni de familiar criminal.

En esta investigación agregamos incluso otros criterios para reforzar la seguridad del diagnóstico como: que no tuvieran correspondencia con un cuadro clínico conocido y que los exámenes fueran normales, así como que se asociaran temporalmente a algún evento estresante o no padecieran algún trastorno psiquiátrico conocido ya.

A lo largo de la historia se han ido modificando el número de síntomas necesarios para el diagnóstico de somatización y SFMNE. En el DSM-III se mencionaba un umbral de 14 síntomas para hombres y 16 síntomas para mujeres, de una lista de 37 síntomas.³² En 1987 en el DSM-III-R se disminuyó aún más el recuento a 13 síntomas para ambos sexos.³³ Luego en el DSM-IV se fijó la cuenta en 8 síntomas³⁴ y actualmente el DSM-V maneja más de 1 síntoma.³⁵ Esto con la idea de que al bajar el umbral de síntomas el nivel de detección aumenta (Aumenta la sensibilidad), esto según varias investigaciones, entre ellas las realizadas por J.L. Escobar y cols.²³

En esta investigación consideramos 3 o más síntomas inespecíficos como criterio diagnóstico de SFMNE, además de los parámetros mencionados, ya que según Kroenke K y cols. el punto de corte en el score en el PHQ-15 de arriba de 3 puntos, ofrece la mejor posibilidad de reconocer a los pacientes con alto riesgo SFMNE.²⁵

Existen dos razones por las que los resultados de asociación de maltrato infantil y SFMNE no fueron estadísticamente significativos a nuestro juicio 1) El punto de corte del PHQ15 parece ser mayor que 3 - al menos en población mexicana como la muestra estudiada - y 2) sorprendentemente en los controles se encontraron más síntomas inespecíficos que los esperados.

En este estudio presente encontramos una diferencia significativa para el diagnóstico de SFMNE en pacientes con antecedente de violencia infantil a partir de 8 síntomas. Este resultado coincide con lo encontrado en el estudio sobre la prevalencia de SFMNE realizado en 2011 por Steinbrecher N y cols. donde se aplicó el PHQ-15 a pacientes de atención primaria y se encontró un promedio de 9 síntomas por paciente con SFMNE; además, se observó un aumento en la gravedad del PHQ- 15 relacionado a un aumento en el número de síntomas.

Este estudio mencionado dividió a la población en 4 grupos: personas con síntomas mínimos (0-4 puntos), síntomas leves (5-9 puntos), síntomas moderados (10-14 puntos) y síntomas graves (>15 puntos); se observó que en el grupo de síntomas mínimos no se encontraron diagnósticos de SFMNE.³⁶

En nuestro estudio se encontró un alto puntaje en el PHQ-15 en los pacientes controles, llegando a calificarse la mayoría como leves en cuanto a la gravedad (72.5%), lo que pudiera inferirse es que muchos pacientes que acudían a la consulta por síntomas de origen orgánico, también tenían SFMNE al menos en grado leve. Esto podría haber generado una contaminación de los controles, debido a la alta prevalencia de SFMNE.

Habría que tomar en cuenta las características de los controles para futuras investigaciones, utilizando el PHQ-15 como screening para seleccionar a los controles sin SFMNE, con un puntaje debajo de 4. Sin embargo, nuevamente esto abre una perspectiva de investigación para establecer el punto de corte de diagnóstico de SFMNE o MUS en población mexicana usando el PHQ15.

CAPÍTULO X

CONCLUSIÓN

La presente investigación muestra una asociación de varios tipos de violencia en pacientes que sufren SFMNE, en su mayoría mujeres. Los tipos de violencia más frecuentes en los casos fueron abuso psicológico físico, sexual, negligencia emocional y física de abandono, violencia contra la madre, abuso de sustancias y familiar con enfermedad mental. Estos resultados no presentaron una diferencia estadísticamente significativa, probablemente debido a la contaminación de los controles, en donde se observó un alto porcentaje de pacientes con SFMNE. Es por esto por lo que sería conveniente utilizar criterios más específicos al momento de la selección de los pacientes o grupos controles, utilizando herramientas de tamizaje como el PHQ-15, con un establecimiento previo del punto de corte para diagnosticar SFMNE en estos grupos.

CAPÍTULO XI

ANEXOS

Tabla 1. Datos demográficos por casos y controles.

Variables	Casos	Controles	Total	Valor de p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Sexo				
Femenino	33 (82.5)	52 (65)	85	
Masculino	7 (17.5)	28 (35)	35	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.05
Estado Civil				
Casado	8 (20)	33 (41.3)	41	
Unión libre	2 (5)	17 (21.3)	19	
Soltero	24 (60)	17 (21.3)	41	
Separado	4 (10)	8 (10)	12	
Viudo	2 (5)	5 (6.3)	7	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.01
Escolaridad				
Ninguna	0 (0)	3 (3.8)	3	
Primaria incompleta	0 (0)	14 (17.1)	14	
Primaria completa	0 (0)	7 (8.8)	7	
Secundaria incompleta	2 (5)	9 (11.3)	11	
Secundaria completa	11 (27.5)	20 (25)	31	
Preparatoria	8 (20)	9 (11.3)	17	
Escuela técnica	4 (10)	9 (11.3)	13	
Licenciatura	15 (37.5)	9 (11.3)	24	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.001
Religión				
Católica	22 (55)	50 (62.5)	72	
Cristiana/ evangélico/ protestante	7 (17.5)	17 (21.3)	24	
Testigo de jehová	3 (7.5)	4 (5)	7	
Ninguna	8 (20)	9 (11.3)	17	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.53
Estado de procedencia				
Nuevo León	30 (75)	47 (58.8)	77	
Otros	10 (25)	22 (41.2)	43	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.83
Ocupación				
Ama de casa	11 (27.5)	36 (45)	47	
Comerciante	0 (0)	10 (12.5)	10	

Desempleado	2 (5)	8 (10)	10	
Estudiante	15 (37.5)	4 (5)	19	
Otros	12 (30)	22 (27.5)	34	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.005

Datos presentados con n (%)

Tabla 2. Diagnóstico de SFMNE por casos y controles.

Variables	Casos	Controles	Total	Valor de p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Consulta por SFMNE				
Si	38 (95)	62 (77.5)	100	
No	2 (5)	18 (22.5)	20	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.01
Estudios de laboratorio				
Normales	40 (100)	63 (78.8)	103	
Anormales	0 (0)	17 (21.3)	17	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.002
Estudios de imagen				
Normales	40 (100)	3 (3.8)	43	
Anormales	0 (0)	77 (96.3)	77	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.00
Relación con cuadro clínico específico				
Si	0 (0)	80 (100)	80	
No	40 (100)	0 (0)	40	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.00
Relación con el evento estresante				
Si	23 (57.5)	0 (0)	23	
No	17 (42.5)	0 (0)	97	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.00
Tipo de evento estresante				
Relacionado con la familia	8 (20)	0 (0)	8	
Relacionado con la pareja	1 (2.5)	0 (0)	1	
Relacionado con el trabajo	2 (5)	0 (0)	2	
Relacionado con el estudio	10 (25)	0 (0)	10	
Relacionado con la sociedad	1 (2.5)	0 (0)	1	
Ninguno	17 (42.5)	80 (100)	97	
Mas de 1 evento	1 (2.5)	0 (0)	1	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.00
Categoría PHQ15				
Leve	14 (35)	58 (72.5)	72	
Moderado	10 (25)	11 (13.8)	21	
Severo	16 (40)	9 (11.3)	25	
Ninguno	0 (0)	2 (2.5)	2	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.00

Datos presentados con n (%). SFMNE, Síntomas Físicos Médicamente no Explicables. PHQ-15, *Patient Health Questionnaire*.

Tabla 3. Tipos de violencia por casos y controles.

Variables	Casos	Controles	Total	Valor de p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Abuso psicológico				
Si	12 (30)	15 (18.8)	27	
No	28 (70)	65 (81.3)	93	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.24
Abuso físico				
Si	8 (20)	13 (16.3)	21	
No	32 (80)	67 (83.8)	99	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.80
Abuso sexual				
Si	10 (25)	13 (16.3)	23	
No	30 (75)	67 (83.8)	97	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.32
Negligencia emocional				
Si	16 (40)	16 (20)	32	
No	24 (60)	64 (80)	88	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.28
Negligencia física en requerimientos				
Si	1 (2.5)	6 (7.5)	7	
No	39 (97.5)	74 (92.5)	113	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.42
Negligencia física de abandono				
Si	17 (42.5)	19 (23.8)	36	
No	23 (57.5)	61 (76.3)	84	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.05
Violencia contra la madre				
Si	9 (22.5)	14 (17.5)	23	
No	31 (77.5)	66 (82.5)	97	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.62
Abuso de sustancias				
Si	11 (27.5)	20 (25)	31	
No	29 (72.5)	60 (75)	89	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.82
Familiar con enfermedad mental				
Si	16 (40)	8 (10)	24	
No	24 (60)	72 (90)	96	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.00
Familiar criminal				
Si	3 (7.5)	11 (13.8)	14	
No	37 (92.5)	69 (86.3)	106	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.38

Categoría ACE				
Riesgo bajo	28 (70)	63 (78.8)	91	
Riesgo alto	12 (30)	17 (21.3)	29	
Total	40(100)	80(100)	120	0.36
Categoría maltrato infantil				
Si	23 (57.5)	32 (40)	55	
No	17 (42.5)	48 (60)	65	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.08
Categoría abuso sexual				
Si	10 (25)	14 (17.5)	24	
No	30 (75)	66 (82.5)	96	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.46
Categoría disfunción familiar				
Si	23 (57.5)	32 (40)	55	
No	17 (42.5)	48 (60)	65	
Total	40 (100)	80 (100)	120	0.82

Datos presentados con n (%). ACE, Score "Adverse Childhood Experiences"

Tabla 4. Número de síntomas de PHQ15 contra tipos de violencia infantil.

Número de síntomas	Tipos de violencia		Total	Valor de p
	Si Frecuencia (%)	No Frecuencia (%)		
Abuso psicológico				
Menos de 3 síntomas	1 (3.7)	15 (16.1)	16	
De 3 a 7 síntomas	7 (25.9)	43 (46.2)	50	
Igual o mayor a 8 síntomas	19 (70.4)	35 (37.6)	54	
Total	27 (100)	93 (100)	120	0.00
Abuso físico				
Menos de 3 síntomas	1 (4.8)	15 (15.2)	16	
De 3 a 7 síntomas	7 (33.3)	43 (43.4)	50	
Igual o mayor a 8 síntomas	13 (61.9)	41 (41.4)	54	
Total	21 (100)	99 (100)	120	0.17
Abuso sexual				
Menos de 3 síntomas	1 (4.3)	15 (15.5)	16	
De 3 a 7 síntomas	3 (13)	47 (48.5)	50	
Igual o mayor a 8 síntomas	19 (82.6)	35 (36.1)	54	
Total	23 (100)	97 (100)	120	0.00
Negligencia emocional				
Menos de 3 síntomas	2 (6.3)	14 (15.9)	16	
De 3 a 7 síntomas	5 (15.6)	45 (51.1)	50	
Igual o mayor a 8 síntomas	25 (78.1)	29 (33)	54	
Total	32 (100)	88 (100)	120	0.00
Negligencia física en requerimientos				
Menos de 3 síntomas	1 (14.3)	15 (13.3)	16	
De 3 a 7 síntomas	4 (57.1)	46 (40.7)	50	
Igual o mayor a 8 síntomas	2 (28.6)	52 (46.2)	54	
Total	7 (100)	113 (100)	120	0.64
Negligencia física de abandono				
Menos de 3 síntomas	2 (5.6)	14 (16.7)	16	
De 3 a 7 síntomas	11 (30.6)	39 (46.4)	50	
Igual o mayor a 8 síntomas	23 (63.9)	31 (36.9)	54	
Total	36 (100)	84 (100)	120	0.01
Violencia contra la madre				
Menos de 3 síntomas	3 (13)	13 (13.4)	16	
De 3 a 7 síntomas	6 (26.1)	44 (45.4)	50	
Igual o mayor a 8 síntomas	14 (60.9)	40 (41.2)	54	

Total	23 (100)	97 (100)	120	0.19
Familiar con enfermedad				
Menos de 3 síntomas	0 (0)	16 (16.7)	16	
De 3 a 7 síntomas	5 (20.8)	45 (46.9)	50	
Igual o mayor a 8 síntomas	19 (79.2)	35 (36.5)	54	
Total	24 (100)	96 (100)	120	0.00
Familiar criminal				
Menos de 3 síntomas	1 (7.1)	15 (14.2)	16	
De 3 a 7 síntomas	4 (28.6)	46 (43.4)	50	
Igual o mayor a 8 síntomas	9 (64.3)	45 (42.5)	54	
Total	14 (100)	106 (100)	120	0.29

Datos presentados con n (%). PHQ-15, *Patient Health Questionnaire*.

Tabla 5. Variables numéricas.

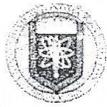
Variables numéricas	Media	Desviación estándar	Intervalo de confianza
Score PHQ15	8.87	5.68	7.84-9.89
Score ACE	1.99	2.16	1.60-2.38

Tabla 6. Tipos de violencia por sexo.

Variables	Si	No	Total	Valor de p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Abuso psicológico				
Masculino	7 (25.9)	28 (30.1)	35	
Femenino	20 (74.1)	65 (69.9)	85	
Total	27 (100)	93 (100)	120	0.67
Abuso físico				
Masculino	7 (33.3)	28 (28.3)	35	
Femenino	14 (66.7)	71 (71.7)	85	
Total	21 (100)	99 (100)	120	0.64
Abuso sexual				
Masculino	3 (13)	32 (33)	35	
Femenino	20 (87)	65 (67)	85	
Total	23 (100)	97 (100)	120	0.05
Negligencia emocional				
Masculino	10 (31.3)	25 (28.4)	35	
Femenino	22 (68.8)	63 (71.6)	85	
Total	32 (100)	88 (100)	120	0.76
Negligencia física en requerimientos				
Masculino	4 (57.1)	31 (27.4)	35	
Femenino	3 (42.9)	81 (72.6)	85	
Total	7 (100)	113 (100)	120	0.09
Negligencia física de abandono				
Masculino	7 (19.4)	28 (33.3)	35	
Femenino	29 (80.6)	56 (66.7)	85	
Total	38 (100)	84 (100)	120	0.12
Violencia contra la madre				
Masculino	6 (26.1)	29 (29.9)		
Femenino	17 (73.9)	68 (70.1)		
Total	23 (100)	97 (100)	120	0.71
Abuso de sustancias				
Masculino	10 (32.3)	25 (28.1)	35	
Femenino	21 (67.7)	64 (71.9)	85	
Total	31 (100)	89 (100)	120	0.66
Familiar con enfermedad mental				
Masculino	6 (25.0)	29 (30.2)	35	
Femenino	18 (75.0)	67 (69.8)	85	
Total	24 (100)	96 (100)	120	0.61
Familiar criminal				
Masculino	5 (37.5)	30 (28.0)	35	
Femenino	9 (64.3)	76 (71.7)	85	

Total	14 (100)	106 (100)	120	0.56
-------	----------	-----------	-----	------

Datos presentados con n (%). "Si", para haber presentado violencia; "No", para no haber presentado violencia.



U.A.N.L.



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio	Antecedente de violencia infantil y síntomas físicos medicamente no explicados (SFMNE) en población mexicana
Nombre del Investigador Principal	Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda
Servicio / Departamento	Medicina familiar
Teléfono de Contacto	8182544516
Persona de Contacto	Dra. Yessenia Zamora Salazar
Teléfono de contacto de 24 horas	8126128945
Versión de Documento	V3.0
Fecha de Documento	Diciembre 2023

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.

1.-¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

El propósito de este estudio es determinar la asociación entre el antecedente de violencia infantil y los síntomas físicos medicamente no explicables (SFMNE) que es un trastorno caracterizado por múltiples síntomas que presenta una persona sin un diagnóstico de enfermedad por estudios de imagen o laboratorio confirmatorio.

Se le pide participar porque usted ha presentado síntomas característicos de SFMNE durante su abordaje médico, o porque usted no tiene síntomas característicos de SFMNE tras lo cual sus datos servirán como un control sano para nuestro estudio. En ambos casos media la aplicación de un instrumento para la valoración, identificación y gravedad de SFMNE y violencia infantil.

La investigación en la que Usted participará es importante porque con los resultados obtenidos se espera obtener más información acerca de la relación entre violencia infantil y los síntomas físicos medicamente no explicables en la edad adulta para tener un mejor conocimiento de la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de SFMNE así como reconocer a la violencia infantil como un factor de riesgo importante en este trastorno para poder generar mayor énfasis en la importancia de la detección de violencia desde temprana edad y poder dar mejor tratamiento a los pacientes con SFMNE que ya la sufrieron.

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

La duración del estudio será de aproximadamente 8 meses, se aplicará un instrumento de valoración a los pacientes que deseen participar que durará aproximadamente 16 minutos.

Se incluirán 40 pacientes con criterios diagnósticos de síntomas físicos medicamente no explicables (SFMNE), y 80 pacientes sin tal diagnóstico que fungirán como controles en nuestro estudio.



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN





U.N.T.



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

Criterios de inclusión casos: adultos mayores de 18 años, sin distinción de sexo, que cumplan criterios para SFMNE: presencia de alguno o varios (mínimo 3) síntomas somáticos, estudios de laboratorio e imagen dentro de parámetros normales, los síntomas que no correspondan a un cuadro clínico definido, y que haya relación con un evento estresante –no siempre identificado.

Criterios de inclusión controles: adultos mayores de 18 años, sin distinción de sexo, que no cumplan criterios de SFMNE.

Criterios de exclusión casos y controles: 1) Origen extranjero, 2) pacientes con trastornos psiquiátricos severos diagnosticados (trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad etc.), 3) trastornos psiquiátricos en tratamiento médico, 4) pacientes con franco deterioro cognitivo, 5) pacientes embarazadas, y 6) adultos que no deseen o no den su consentimiento informado para ser parte del estudio de investigación.

4.-¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DEL ESTUDIO?

Si Usted decide participar en este estudio de investigación sólo se le proporcionará el instrumento con los cuestionarios de evaluación, esto no cambiará su consulta, tratamiento ni citas subsecuentes relacionadas al motivo de consulta.

5.-¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ME REALIZARÁN?

Solamente se aplicará la encuesta.

El médico encargado entregará al paciente el instrumento de evaluación el cual consta de 4 secciones en total no debe de tomar más de 16 minutos la conclusión de la encuesta. La sección I corresponde a datos personales demográficos, como la edad, estado civil, ocupación y religión; La sección II consta de una escala llamada PHQ15 que evalúa múltiples síntomas que no tienen correspondencia en una enfermedad específica y la gravedad de los mismos en la persona que los padece; la sección III incluye el cuestionario de experiencias adversas en la infancia (ACE), el cual evalúa la presencia de algunos tipos de violencia presentados durante la infancia y adolescencia divididos en tres categorías principales: maltrato infantil, abuso sexual y disfunción familiar. El primero y el segundo se dividen en abuso psicológico, abuso físico, negligencia emocional, negligencia física y abuso sexual. El tercero se divide en abuso de sustancias, enfermedad, haber sido testigo de violencia contra la madre y conducta criminal de algún familiar directo. La sección IV, y la última, se refiere a criterios diagnósticos de los síntomas físicos medicamente no explicados (SFMNE), los cuales se refieren a síntomas que no encuadran en una enfermedad específica, los cuales son evaluados en esta sección.

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

Si Usted da su consentimiento para participar, se le pedirá que responda el instrumento de investigación.

Sus responsabilidades consistirán principalmente en responder lo más sincero posible.

7.-¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS?

Puede ser que el contestar la encuesta evoque recuerdos desagradables o molestos, por lo cual se le pedirá al paciente que lo refiera al médico tratante. Se brindará seguimiento por el servicio de Medicina familiar a los pacientes que presenten alguna molestia después de la aplicación del instrumento de investigación, brindándose, orientación, educación, abordaje médico, y en caso de ser necesario se canalizará al departamento de Psiquiatría.

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN





UANI



8.-¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED O PARA OTROS?

La participación en este estudio puede ayudar a los médicos científicos a comprender mejor la relación de la violencia infantil con respecto a las repercusiones en la edad adulta como lo es el trastorno de síntomas medicamente no explicables SFMNE para un mejor abordaje médico.

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

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

10.-¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO?

No habrá costos para Usted por participar en este estudio.

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

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

12.-¿RECIBIRÁ ALGÚN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

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

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

No se almacenarán muestras de sangre.

14.-¿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 informarse inmediatamente al médico del estudio para que le diga a que Institución de salud debe acudir para buscar tratamiento, en caso de que sea una emergencia buscar tratamiento a través de su médico de cabecera o centro de atención médica de elección.

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.

15.-¿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 participación en el estudio. Usted es libre de terminar su participación en este estudio en cualquier momento.

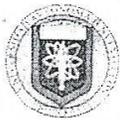
16.- ¿PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DEL ESTUDIO?

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.



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN





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.

17.- ¿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 a través de la COFEPRIS), 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.

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE 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.

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

En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al **Dr. Óscar de la Garza Castro**, Presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al **Lic. Jaime Iván Aponte Vázquez** en caso de tener dudas en relación a sus derechos como paciente.

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

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.
CP 64460
Teléfonos: 8183294050 ext. 2870 a 2874
Correo electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

RESUMEN CONSENTIMIENTO

PARA LLENAR POR EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN

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



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

[Handwritten signature]





UANL



Nombre del Sujeto de Investigación

Firma

Fecha

PRIMER TESTIGO

Nombre del Primer Testigo

Firma

Dirección

Fecha

Relación con el Sujeto de Investigación

SEGUNDO TESTIGO

Nombre del Segundo Testigo

Firma

Dirección

Fecha

Relación con el Sujeto de Investigación



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO

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

Nombre de la Persona que obtiene el Consentimiento

Firma

Fecha



Instrumento

SECCIÓN I DATOS DEMOGRÁFICOS

Instrucciones: Encierre la respuesta que mejor se aplique en su caso o conteste en el espacio, según corresponda. No hay respuestas correctas o incorrectas. Su información es confidencial.

IA. Datos demográficos

1. **Sexo:** 1. Masculino 2. Femenino

2. **Edad:** _____ (años cumplidos)

3. **Estado civil:**

- 1. **Con pareja:** (Casado, Unión libre)
- 2. **Sin pareja:** (Soltero, Separado, Viudo)

4. **Escolaridad:**

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1. Ninguna | 2. Primaria
incompleta | 3. Primaria
completa |
| 4. Secundaria incompleta | 5. Secundaria completa | 6. Preparatoria |
| 7. Escuela técnica | 8. Licenciatura | |

5. **Religión:** 1. Católica 2. Cristiano evangélico/protestante
3. Testigo de Jehová 4. Sin religión

Otro: _____

6. **Procedencia:** (Ciudad) _____, (Estado) _____

7. **Ocupación:** _____

Instrucciones: Marque con una "X" según corresponda.

IB. Procedencia del paciente:

- 1.- Consulta de Medicina familiar: ____
- 2.- Referido de otra consulta de especialidad ____ Especifique _____

SECCIÓN II ESCALA PHQ15

Instrucciones: Lea la pregunta al inicio y para cada oración en la tabla y marque con una “X” la casilla que considere mejor.

SÍNTOMAS FÍSICOS PHQ -15			
Durante las últimas 4 semanas, ¿Qué tanto le han molestado los siguientes problemas?			
	No molesta en absoluto	Molesta un poco	Molesta mucho
1. Dolor de estómago (cualquier tipo de dolor)			
2. Dolor de espalda			
3. Dolor en tus brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas etc.) Cualquier tipo de dolor.			
4. (Sólo mujeres) Cólicos menstruales u otras anomalías relacionadas con tu periodo menstrual (como náuseas y fatiga)			
5. Dolores de cabeza			
6. Sensación de opresión en el pecho			
7. Mareos			
8. Desmayos			
9. Sentir que el corazón late fuerte o que el corazón late más rápido			
10. Dificultad para respirar (sentir que en reposo te estas ahogando o sentir que tienes que interrumpir una actividad para recuperar el aliento)			
11. Dolor o molestias al tener relaciones sexuales			
12. Estreñimiento (dificultades para evacuar o hacer popó) estar suelto/a del estómago o diarrea			
13. Náuseas (ganas de vomitar), gases o indigestión (ardor)			
14. Sentirse cansado/a o con poca energía			
15. Dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido/a			
TOTAL			

SECCIÓN III CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA (ACE)

Instrucciones: Lea cada pregunta a continuación y marque con una "x" el cuadro que usted considere correspondiente.

1. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban o lo humillaban con frecuencia o con mucha frecuencia, o actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?

Sí No

2. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo empujaban, lo jalaban, lo abofeteaban, o le aventaban cosas con frecuencia o con mucha frecuencia?, o ¿alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?

Sí No

3. ¿Algún adulto o alguna otra persona cuando menos cinco años mayor que usted lo tocó alguna vez, lo intentó o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?

Sí No

4. ¿Sentía con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?, o ¿en su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban?

Sí No

5. ¿Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que no tenía suficiente comida, que tenía que usar ropa sucia o que no tenía a nadie que lo protegiera? ¿Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?

Si No

6. ¿Alguna vez perdió a su padre o madre biológicos debido a un divorcio, abandono o alguna otra razón?

Sí No

7. Con frecuencia o con mucha frecuencia empujaban, jalaban, ¿golpeaban o le aventaban cosas a su madre o madrastra?, o ¿con frecuencia o con mucha frecuencia, le pegaban, la mordían, le daban puñetazos o la golpeaban con algún objeto duro? ¿Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?

Sí No

8 ¿Vivió usted con alguien que se emborrachaba, que era alcohólico o que usaba drogas?

Sí No

9. ¿Algún miembro de su familia sufría depresión o alguna otra enfermedad mental, o trató de suicidarse?

Sí No

1. ¿Algún miembro de su familia estuvo en la cárcel?

Sí No

SECCIÓN IV CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE SFMNE

Instrucciones: Lea cada oración en la tabla y marque con una "X" la casilla que considere mejor. **(Esta sección debe llenarse por el investigador principal o el médico tratante).**

Criterios para incluirlo como sano preocupado o SFMNE moderado	SI	NO
1.- El paciente consulta por alguno o varios (al menos 1) de los síntomas somáticos.		
2. Presenta resultados de exámenes de laboratorio normales correspondientes al síntoma.		
3. ¿Hay correspondencia lógica del síntoma único (o principal si son varios) con un cuadro clínico o síndrome definido?		
4.- Los síntomas se presentan y repiten con la presencia del evento estresante (*).		

8.-Describir el problema (evento estresante)*

CAPÍTULO XII

REFERENCIAS

1. Consejo Ejecutivo 140. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente: informe de la Secretaría [Internet]. apps.who.int. 2017 [citado 2023 Aug 23]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273363>
2. Maltrato infantil [Internet]. www.who.int. (Fecha de acceso 07.09.2023) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
3. Protección contra la violencia [Internet]. UNICEF.org. 2010. (Fecha de acceso 07.09.2023) Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/protecci%C3%B3n-contra-la-violencia>
4. Piontek K, Wiesmann U, Apfelbacher C, Völzke H, Grabe HJ. The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. Child Abuse Neglect. 2021 Oct; 120:105226. DOI: [10.1016/j.chiabu.2021.105226](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226)
5. Malterud K, Aamland A. Medically Unexplained Symptoms: are we making progress? Br J Gen Pract. 2019;69(681):164-5 DOI:[10.3399/bjgp19X701885](https://doi.org/10.3399/bjgp19X701885)
6. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse neglect [Internet]. 2003;27(2):169–90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12615092>
DOI:10.1016/S0145-2134(02)00541-0
7. Walsh CA, MacMillan HL, Trocmé N, Jamieson E, Boyle MH. Measurement of victimization in adolescence: Development and

validation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire.
Child Abuse Neglect. 2008; 32:1037–57.

DOI: 10.1016/j.chiabu.2008.05.003

8. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The early trauma inventory. Depression and Anxiety. 2000;12(1):1–12.
DOI: [org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:1<1: AID-DA1>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:1<1:AID-DA1>3.0.CO;2-W)
9. Ordóñez-Cambler N, Fonseca-Pedrero E, Paino M, García-Álvarez L, Pizarro-Ruiz J. P, Lemos-Giráldez S. EVALUACIÓN DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS TEMPRANAS EN ADULTOS. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2016;37(1):36-44.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77844204005>
10. Meinck F, Cosma AP, Mikton C, Baban A. Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form (ACE-ASF) among Romanian high school students. Child Abuse Neglect. 2017 Oct; 72:326–37.
DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.08.016
11. Nevárez Mendoza B, Ochoa Meza G. Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas. Psic y Sal, 2022;32(2):203–14.
12. Kratzer L, Heinz P, Schennach R, Schröder J. The treatment of somatic symptoms in childhood abuse-related PTSD: ¿Do we need a modular approach? Journal of Psychiatric Research. 2021 Sep; 141:223–5.
DOI: [10.1016/j.jpsychires.2021.07.005](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.005)

13. Ramírez-Aranda JM, Martínez-Gutiérrez, CM, Treviño-Uresti YK, Escobedo-Gil JM. Abordaje de pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados (MUS). Parte I. Atención Familiar. 2022 Oct 24;29(4):263–
DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.4.83418>
14. Porcerelli JH, Jones JR, Klamro R, Heeney R. Childhood abuse in adults in primary care: Empirical findings and clinical implications. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2017 May;52(3):265–76.
DOI: 10.1177/0091217417730290
15. Lin HC, Yang Y, Elliott L, Green E. Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. Child Abuse Neglect. 2020 Mar; 101:104325.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104325>
16. Duncan R, Mulder R, Wilkinson SH, Horwood J. Medically Unexplained Symptoms and Antecedent Sexual Abuse. Psychosomatic Medicine. 2019 Sep;81(7):622–8.
DOI: 10.1097/PSY.0000000000000726
17. Tjoelker FM, Jeurig HW, Aprahamian I, Naarding P, Marijnissen RM, Hendriks GJ, et al. The impact of a history of child abuse on cognitive performance: a cross-sectional study in older patients with a depressive, anxiety, or somatic symptom disorder. BMC Geriatrics. 2022 Apr 28;22(1).
DOI:10.1186/s12877-022-03068-6
18. Rueness J, Myhre MC, Strom IF, Wentzel-Larsen T, Dyb G, Thoresen S. The mediating role of posttraumatic stress reactions in the relationship between child abuse and physical health complaints in adolescence and young adulthood. European Journal of Psychotraumatology. 2019 May 13;10(1):1608719.
DOI: [10.1080/20008198.2019.1608719](https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608719)

19. Chiu CD, Lee MH, Chen WC, Ho HL, Wu HC. Childhood trauma perpetrated by close others, psychiatric dysfunction, and urological symptoms in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017 Feb; 93:90–5.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.014>
20. Antón Hurtado F, Madrid Jordán A. Aproximación antropológica a la somatización de la violencia. *Antropología Experimental*. 2020 Apr 13;(20):165–80.
DOI: <https://doi.org/10.17561/rae.v20.12>
21. Iloson C, Möller A, Sundfeldt K, Bernhardsson S. Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021 Feb 7;100(4):758–67
DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.14084>
22. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Cheung K, Taillieu T, Turner S, et al. Child abuse and physical health in adulthood. *Health Reports [Internet]*. 2016 Mar 16;27(3):10–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26983007/>
23. Escobar JI, Gara M, Silver RC, Waitzkin H, Holman A, Compton W. Somatisation disorder in primary care. *Br J Psychiatry*. 1998 Sep;173:262-6.
doi: 10.1192/bjp.173.3.262. PMID: 9926104.
24. Díaz P, Fernández P. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. *Cad Aten Primaria* 2002; 9: 148-150. Disponible en: [Microsoft Word - muestra_casos.doc \(fisterra.com\)](#)
25. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 2002 Mar;64(2):258–66.

DOI: [10.1097/00006842-200203000-00008](https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008)

26. Andrea Bravo Doddoli, Eunice P. Validation of the PHQ-15 questionnaire version for the Mexican population to assess psychosomatic symptoms. *Nova scientia*. 2023 May 29;15(30):1–12.
27. Rodriguez González AM, Ramírez Aranda JM, de Los Santos Reséndiz H, Lara Duarte MY, Pazaran Zanella SO, Méndez López JF, Gil Alfaro I, Islas Ruz FG, Navarrete Floriano G, Guillen Salomón E, Texon Fernández O, Cruz Duarte S, Romo Salazar JC, Pérez Ruiz CE, López Salas SJ, Benítez Amaya L, Zapata Gallardo JN. Health care utilization of mexican patients with medically unexplained physical symptoms. *Colomb Med (Cali)*. 2016 Sep 30;47(3):155-159. PMID: 27821895; PMCID: PMC5091274.
28. Mejía-Rodríguez D, et al. Caracterización sociodemográfica y clínica psiquiátrica de pacientes con síntomas médicamente inexplicables en una institución prestadora de salud de Medellín (Colombia). *Rev Colomb Psiquiat*. 2017.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.005>
29. Krantz TE, Andrews N, Petersen TR, Dunivan GC, Montoya M, Swanson N, Wenzl CK, Zambrano JR, Komesu YM. Adverse Childhood Experiences Among Gynecology Patients With Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol*. 2019 Nov;134(5):1087-1095.
30. Burton C, McGorm K, Weller D, Sharpe M. Depression and anxiety in patients repeatedly referred to secondary care with medically unexplained symptoms: a case-control study. *Psychol Med*. 2011 Mar;41(3):555-63. doi: 10.1017/S0033291710001017. PMID: 21272387

31. Harris, R. H., et al. (2019). "The impact of childhood neglect on somatic symptom reporting in adults: A longitudinal study." *Psychosomatic Medicine*, 81(2), 170-179..
32. Asociación Americana de Psiquiatría (1980) Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (3ra edn) (DSM-III), Washington, DC: APA.
33. Asociación Americana de Psiquiatría (1987) Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (3ra edn, revisada) (DSM-III-R), Washington, DC: APA.
34. Asociación Americana de Psiquiatría (1994) Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (4ª edn) (DSM-IV), Washington, DC: APA.
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) [Internet]. Psychiatry.org. American Psychiatric Association; 2013. Disponible en:
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
36. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011 May-Jun;52(3):263-71.
DOI: 10.1016/j.psychm.2011.01.007. PMID: 21565598.

CAPÍTULO XIII

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

La Dra. Yessenia Zamora Salazar nació en San Nicolás de los Garza, Nuevo León, cursando sus estudios de primaria en la escuela “Prof. Aarón Sáenz Garza” y sus estudios de secundaria en la escuela “Prof. Rogelio de León Garza” ambas escuelas públicas; realizó la preparatoria en la preparatoria número 7 puentes de la UANL; posteriormente continuó sus estudios universitarios en la Facultad de Medicina de la UANL, graduándose como Médico Cirujano y Partero en 2018. Realizó su servicio social en el Hospital metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” para posteriormente ingresar a la especialidad de Medicina Familiar en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en el periodo de marzo 2022 a febrero 2025.

ANTECEDENTE DE VIOLENCIA INFANTIL Y SINTOMAS MEDICAMENTE NO EXPLICABLES EN POBLACION MEXICANA..doc

INFORME DE ORIGINALIDAD



ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

4%

★ www.coursehero.com

Fuente de Internet

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 5 words



MEDICINA FAMILIAR

[Handwritten Signature]
Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera



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 "Antecedentes de violencia infantil y síntomas físicos medicamente no explicados (SFMNE) en población mexicana" cuyo autor es la Dra. Yessenia Zamora Salazar del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Turnín, encontrando un 20% 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 agradeciéndole de antemano sus finas atenciones me despido de usted.



ATENTAMENTE.

«Aere Flamamam Ventatis»

Monterrey, N.L. 19 de noviembre de 2024

DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA.

Jefe del Departamento de Medicina Familiar.

MEDICINA FAMILIAR

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
Ave. Francisco I. Madero 407 y Ave. Garibaldi, C.P. 64000
Col. Centro, Monterrey, N.L., México.
Tel: (81) 8303 30-09 / Correo: (81) 8389 1111, ext. 2110 - 2119

