



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

TESIS

**Sintomatología de trastorno por estrés postraumático
y su asociación con las experiencias adversas en la infancia
en adultos con dolor crónico primario**

**Para obtener el grado de
Maestra en Psicología de la Salud**

PRESENTA

Lic. Denisse Talamás Salazar

Director

Dr. Abel Lerma Talamantes

Codirectora

Dra. María Isabel Barrera Villalpando

Comité tutorial

Dr. Luis Israel Ledesma Amaya
Mtra. María Luisa Escamilla Gutiérrez
Dra. Itzia María Cázares Palacios

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México, septiembre 2024



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Psicología

Department of Psychology

05 de septiembre de 2024

ICSa/MPS/063/2024

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

Denisse Talamás Salazar

Alumna de la Maestría en Psicología de la Salud

Presente

Por este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada: "Sintomatología de trastorno por estrés posttraumático y su asociación con experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario", con la cual obtendrá el Grado de Maestría en Psicología de la Salud. Después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma. A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE	Dra. María Isabel Barrera Villalpando (Codirectora de tesis)	
SECRETARIO	Dr. Luis Israel Ledesma Amaya	
PRIMER VOCAL	Dr. Abel Lerma Talamantes (Director de tesis)	
SUPLENTE	Dra. Itzia María Cázares Palacios	
SUPLENTE	Mtra. María Luisa Escamilla Gutiérrez	

Sin otro en particular, reiteramos a usted la seguridad de nuestra atenta consideración.

"Amor, Orden y Progreso"

Mtro. Enrique Espinosa Aquino
Director del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean

Dra. Lydia López Pontigo
Coordinadora de Posgrado del ICSa
Director of Graduate Studies of ICSa

Dra. Andromeda Ivette Valencia Ortiz
Jefa del Área Académica de Psicología
Chair of the Department of Psychology

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña
Coordinadora del Programa Educativo
Director of Graduate Studies

C.c.p. Archivo
RMEGS/

Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4325, 4313,
4326
psicologia@uaeh.edu.mx



uaeh.edu.mx

Índice

Glosario de abreviaturas	1
Resumen.....	3
Abstract	4
Experiencias Adversas en la Infancia.....	7
Epigenética.....	7
Exposición y Consecuencias del Trauma Psicológico y de las Experiencias Adversas en la Infancia.....	11
Experiencias Adversas en la Infancia	13
<i>Epidemiología de las Experiencias Adversas en la Infancia</i>	17
<i>Evaluación de las Experiencias Adversas en la Infancia en Adultos</i>	19
Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno por Estrés Postraumático Complejo	23
Trastorno por Estrés Postraumático.....	23
<i>Definición, Clasificación y Medición del TEPT</i>	23
<i>Modelos Explicativos del Trastorno por Estrés Postraumático Simple</i>	28
Trastorno por Estrés Postraumático Complejo.....	30
<i>Definición, Clasificación y Medición del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo</i> ...	30
<i>Modelos Explicativos del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo</i>	35
Factores de riesgo del Trastorno por Estrés Postraumático y del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo	39
Estrés Crónico	39
Epidemiología del Trastorno por Estrés Postraumático y del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo	42
Dolor Crónico Primario	46

Definición, Clasificación y Epidemiología del Dolor Crónico y del Dolor Crónico Primario	46
Teorías Explicativas del Dolor Crónico Primario	53
Vínculo entre el Estrés, las Experiencias Traumáticas, la Enfermedad y el Desarrollo de Trastorno por Estrés Postraumático Simple y Complejo	55
<i>Evidencia de la Relación entre Experiencias Adversas en la Infancia, Trastorno por Estrés Postraumático, Simple y Complejo, y Dolor Crónico Primario</i>	58
Planteamiento del Problema.....	75
Justificación.....	76
Pregunta de Investigación	78
Hipótesis	78
<i>Hipótesis de Trabajo</i>	78
<i>Hipótesis Estadística</i>	78
Objetivo General	79
Objetivos Específicos	79
Método	80
Tipo de Estudio.....	80
Tipo de Diseño	80
Población.....	80
Muestra y Tipo de Muestreo	80
Criterios de Inclusión.....	81
Criterios de Exclusión.....	82
Criterios de Eliminación	82
Variables	82

Instrumentos	87
Procedimientos	89
Aspectos Éticos	91
Análisis e interpretación de los datos	92
Resultados	94
Resultados de la adaptación del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)	94
Resultados de los instrumentos para dar respuesta a la pregunta de investigación.....	101
<i>Análisis cuantitativo de los instrumentos</i>	104
<i>Análisis inferencial o de riesgo</i>	134
Discusión.....	137
Conclusiones	143
Referencias.....	145
ANEXOS	167
Anexo 1. Consentimiento Informado	168
Anexo 2. Autorización del Comité de Ética e Investigación UAEH-ICSa.....	170
Anexo 3. Permisos Institucionales	171
Anexo 4. Instrumentos de evaluación.....	176
Anexo 4.1 Instrumento de información sociodemográfica.....	176
Anexo 4.2 Inventario de Trauma Temprano (CTQ).....	179
Anexo 4.3 Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5).....	190
Anexo 4.4 Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ).....	192
Anexo 5. Cronograma de Actividades.....	194

Índice de Tablas

Tabla 1. Entrevistas en población adulta para explorar trauma infantil	20
Tabla 2. Autoinformes en población adulta para explorar trauma infantil	21
Tabla 3. Modelos teóricos del origen, el mantenimiento y el tratamiento del trastorno por estrés postraumático	28
Tabla 4. Revisión sistemática de sintomatología de trastorno por estrés postraumático y experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario	60
Tabla 5. Resumen de revisión por juezas del Cuestionario Internacional de Trauma	95
Tabla 6. Resultado de la evaluación de la carga afectiva del Cuestionario Internacional de Trauma	96
Tabla 7. Características de la muestra para la validación del Cuestionario Internacional de Trauma	97
Tabla 8. Estructura factorial del Cuestionario Internacional de Trauma.....	99
Tabla 9. Estimadores generales y por factor del Cuestionario Internacional de Trauma.....	100
Tabla 10. Características de la muestra de este estudio.....	101
Tabla 11. Frecuencias y porcentajes por tipo de dolor crónico primario y tratamiento	103
Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de trauma severo en la infancia general, físico, emocional y sexual	103
Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de síntomas de trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés postraumático complejo y alteración en la autoorganización	104
Tabla 14. Resultados de la correlación entre las variables sociodemográficas y clínicas	107
Tabla 15. Características de la muestra y comparación por eventos generales de trauma en la infancia	109

Tabla 16. Características de la muestra y comparación por eventos de abuso físico en la infancia	113
Tabla 17. Características de la muestra y comparación por eventos de abuso emocional en la infancia	116
Tabla 18. Características de la muestra y comparación por eventos de abuso sexual en la infancia	119
Tabla 19. Características de la muestra y comparación por síntomas de trastorno por estrés postraumático evaluado con la Lista Checable por Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5	123
Tabla 20. Características de la muestra y comparación por síntomas de trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés postraumático complejo y alteración en la autoorganización	127
Tabla 21. Características de la muestra y comparación por algún síntoma de trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés postraumático complejo y alteración en la autoorganización	131
Tabla 22. Análisis de regresión logística bivariada	135

Índice de Figura

Figura 1. Resultados y registros de la revisión sistemática con la guía PRISMA	59
--	----

Glosario de abreviaturas

ACE-IQ:	Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia.
ADN:	Ácido desoxirribonucleico.
APA:	Asociación Americana de Psiquiatría.
ASI:	Abuso Sexual en la Infancia.
AVAD:	Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
AVD:	Años Vividos con una Discapacidad.
AVP:	Años Potenciales de Vida Perdida.
BAS:	Sistema de Activación del Comportamiento.
BIS:	Sistema de Inhibición del Comportamiento.
CAPS:	Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático administrada por el clínico.
CATS:	Escala de Abuso y Trauma en la Infancia.
CENIDSP:	Centro de Información para Decisiones en Salud Pública.
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad.
CTQ:	Inventario de Trauma en la Infancia.
DCP:	Dolor crónico primario.
DSM:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
DSO:	Alteración en la autoorganización.
DTS:	Escala de Trauma de Davidson.
EA:	Evitación Experiencial.
EAI:	Experiencias Adversas en la Infancia.
ENDIREH:	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares.
ENTI:	Encuesta Nacional de Trabajo Infantil.
EMDR:	Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través de Movimientos Oculares.
ENOE:	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.
ENSANUT:	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
ETI:	Inventario de Trauma Temprano.

IASP:	Asociación Internacional para el Estudio del Dolor International.
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
INMUJERES:	Instituto Nacional de las Mujeres.
IPPS:	Sociedad Internacional del Dolor Pélvico.
ISSVD:	Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvovaginal
ITQ:	Cuestionario Internacional de Trauma.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONU:	Organización de las Naciones Unidas.
PCL:	Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM.
PDI:	Índice de Discapacidad del Dolor.
PDS:	Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático.
PRISMA:	Elementos de Informes Preferidos para Revisión Sistemática y Metaanálisis.
PTSD-ZIL:	Inventario de Autoevaluación para TEPT.
SPSS:	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.
TAE:	Trastorno por Estrés Agudo.
TC:	Terapia Cognitiva.
TCC:	Terapia Cognitivo Conductual.
TEP:	Terapia de Exposición Prolongada.
TPC:	Terapia de Procesamiento Cognitivo.
TEPT:	Trastorno por Estrés Postraumático.
TEPTC:	Trastorno por Estrés Postraumático Complejo.
THQ:	Cuestionario de Historia de Trauma.
TQ:	Cuestionario para Experiencias Traumáticas.
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
WHO:	Organización Mundial de la Salud.

Resumen

Introducción: El dolor crónico representa un problema de salud pública, es incapacitante, ocasiona interferencias en la vida diaria y conlleva un elevado costo económico. Existen estudios que confirman que el dolor físico y emocional comparten algunos mecanismos neurales. La vivencia de experiencias adversas podría ser una explicación al dolor sin causa orgánica aparente. Estas experiencias aumentan el riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático. Se ha encontrado que existe comorbilidad entre dolor crónico y trastorno por estrés postraumático, por lo que es importante estudiar las experiencias adversas desde la infancia y a lo largo de la vida, ya que se hipotetiza que éstas agravan los síntomas y entorpecen el tratamiento de la enfermedad.

Objetivo: Analizar la asociación entre la sintomatología de trastorno por estrés postraumático y las experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario.

Método: Estudio observacional, retrospectivo, correlacional, asociativo y predictivo, multicéntrico, con diseño transversal. Se aplicaron cuatro instrumentos en una muestra no aleatoria por disponibilidad de 137 adultos diagnosticados con dolor crónico primario para medir el tipo y la severidad de las experiencias adversas en la infancia, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno por estrés postraumático complejo. Se estimó la correlación entre las variables de interés para generar modelos asociativos y predictivos de síntomas de trastorno por estrés postraumático a partir de las experiencias adversas en la infancia.

Resultados: La sintomatología de trastorno por estrés postraumático se asoció significativamente con la severidad de las experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario. Ser cuidador de algún familiar cercano siendo menor de 18 años y el abuso emocional severo en la infancia predicen el TEPT, siendo también aquel último un predictor de TEPTC.

Conclusión: Los resultados evidenciaron prevalencia alta de experiencias adversas en la infancia (general 38%, físico 44%, emocional 42% y sexual 52%), TEPT (11%) y TEPC (14%) en adultos con dolor crónico primario. El conocimiento de la asociación del trauma en la infancia, así como los síntomas de TEPT como posibles detonadores del dolor crónico, son una aportación en beneficio de la prevención y tratamiento de los síntomas psicológicos y emocionales.

Palabras clave: Experiencias adversas en la infancia, maltrato infantil, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés postraumático complejo, dolor crónico primario.

Abstract

Introduction: Chronic pain represents a public health problem, becoming disabling and with a high economic cost. There are studies that confirm that physical and emotional pain share some neural mechanisms. The experience of adverse experiences could be an explanation for pain without an apparent organic cause, as well as the increase in the perception of pain, which may cause greater interference in daily life. It has been found that there is comorbidity between chronic pain and post-traumatic stress disorder, which is why it is important to study adverse experiences in childhood and/or adulthood, since it is hypothesized that this aggravates symptoms and hinders treatment of the disease.

Objective: Analyze the association between symptoms of post-traumatic stress disorder and adverse childhood experiences in adults with primary chronic pain.

Method: Observational, retrospective, correlational, associative and predictive, multicenter study with a cross-sectional design. Four instruments were applied to a non-random sample of 137 adults diagnosed with primary chronic pain to measure the type and severity of adverse childhood experiences, post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder. The assessment between the variables of interest was estimated to generate associative and predictive models of post-traumatic stress disorder symptoms from adverse childhood experiences.

Results: A statistically significant association was found between symptoms of post-traumatic stress disorder and the presence and severity of adverse childhood experiences in adults with primary chronic pain. Specifically, the variables that predict PTSD were found to be having cared for a close relative when under 18 years of age and severe emotional abuse in childhood, the latter also being a predictor of PTSD.

Conclusion: The results showed a high prevalence of ACE (general 38%, physical 44%, emotional 42% and sexual 52%), PTSD (11%) and CPTSD (14%) in the adult population with primary chronic pain. Knowledge of the association of childhood trauma, as well as PTSD symptoms as possible triggers of chronic pain, is a contribution to the prevention and treatment of psychological and emotional symptoms.

Keywords: Adverse childhood experiences, child abuse, post-traumatic stress disorder symptoms, complex post-traumatic stress disorder symptoms, primary chronic pain.

El bienestar y la calidad de vida están íntimamente vinculados con aspectos biológicos, emocionales, psicológicos y contextuales. El intento por focalizar la salud en uno de estos aspectos o en varios, pero no en todos ellos puede ocasionar que se omitan importantes factores, socavando así el impacto que se puede tener si se contemplan todos ellos, tanto en la prevención como en el tratamiento de enfermedades y la recuperación de la salud.

En el caso particular del dolor crónico primario y sus implicaciones psicológicas es necesario abordar su tratamiento desde un marco multidisciplinario e integrador. Debido a lo cual, se requiere realizar una evaluación de la historia de vida que abarque las esferas de la salud física, emocional, contextual, vincular y social de las personas con este padecimiento para en un inicio realizar una evaluación holística y así poder desarrollar intervenciones más certeras que incluyan no solo el abordaje del padecimiento actual sino las posibles implicaciones que pudiera tener su historia de vida en los síntomas presentes, no buscando quizá el alivio completo del padecimiento, ya que habrá factores asociados a lo biológico que no puedan ser cambiados sino paliados, buscando entonces la disminución del malestar emocional.

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) son eventos de estrés continuado en edades tempranas, desde el nacimiento hasta los 18 años. El capítulo uno trata este tema, comienza con información acerca de como el contexto influye en la biología, específicamente en el ADN, a lo cual se le llama epigenética. Después se aborda la exposición al trauma psicológico y estrés continuado en edades tempranas para cerrar con la definición y el nacimiento de la terminología y clasificación de las EAI y la manera de evaluarlas en adultos.

El capítulo dos aborda el trastorno por estrés postraumático (TEPT), cuyas características comprende un conjunto de síntomas que a grandes rasgos incluyen flashbacks, evitación,

hiperactivación fisiológica y alteraciones emocionales, que se desarrollan después de un evento en donde la vida corrió peligro o si se sufrió abuso sexual. Este capítulo incluye las clasificaciones internacionales diagnósticas, evaluación, epidemiología, factores de riesgo y los modelos explicativos cognitivos-conductuales.

El capítulo tres trata sobre el dolor crónico, su definición, clasificación y subtipos; después se plantea como el estrés crónico puede llevar a la enfermedad y al desarrollo de TEPT y/o TEPTC y se concluye con el subtema que comprende la interrelación entre las EAI, TEPT, TEPTC y dolor crónico.

Capítulo 1.- Experiencias Adversas en la Infancia

Como se mencionó en la introducción, las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) son eventos de estrés continuado en edades tempranas, que comprende desde el nacimiento hasta los 18 años. Este capítulo comienza con información acerca de como el contexto influye en la biología, incluso en etapas tan tempranas como antes del nacimiento. Después aborda la exposición al trauma psicológico y estrés continuado en edades tempranas, mencionando sus posibles consecuencias. Posteriormente se abordan las EAI, su definición y clasificación, y la manera de evaluarlas en adultos. Se concluye con el tema del trauma complejo, que es continuado y que normalmente comienza en la infancia.

1.1. Epigenética

La epigenética estudia las modificaciones en las que los genes se expresan, sin que se modifique la estructura del ADN. Esto ha permitido dar luz a las posibles explicaciones en las diferencias individuales a la respuesta ante el estrés, así como a las consecuencias de la exposición constante al estrés en la vida intrauterina a largo plazo (Toro-Trallero, 2021).

Al estudiar la conducta es necesario observar las circunstancias en la que se manifiesta y como el medio la forma e influye en ella. La formación educativa en la familia y la vivencia de experiencias potencialmente traumáticas tienen efectos en el desarrollo físico, emocional y psicológico. Nuestra forma de sentir y actuar está íntimamente conectada a nuestros contextos personales, sociales e históricos (Frazzetto, 2014).

Cuando comienza el desarrollo neurobiológico en el vientre materno, el encéfalo se va formando en diferentes etapas, organizados jerárquicamente, el cual ya desarrollado funciona como un todo integrado. Para que las funciones cognitivas de nivel superior se desarrollen

dependen de la integración de las estructuras de nivel inferior (Jarero, 2016). MacLean (1970) nombró a esta jerarquía como “el cerebro triuno” o tres cerebros en uno. Estos sistemas son el cerebro reptiliano, encargado de las funciones fisiológicas de supervivencia como son sueño, alimentación, temperatura, ritmo cardíaco, entre otras, cuyas estructuras anatómicas son el cerebelo y el tallo cerebral, siendo estas las estructuras más primitivas del neurodesarrollo; después se desarrolla el cerebro emocional o sistema límbico, teniendo la función de la memoria, el aprendizaje básico, el apego, la sociabilidad y la respuesta emocional ante el peligro. Esta estructura comprende anatómicamente al sistema límbico compuesto por el hipocampo, la amígdala, núcleo accumbens, entre otros; y finalmente el cerebro racional, que corresponde anatómicamente al neocórtex conformado por la corteza prefrontal y los lóbulos parietal, occipital y temporal, entre sus funciones están la regulación emocional y fisiológica, la inhibición de las acciones inapropiadas, la resolución de problemas, la planeación y otras capacidades del pensamiento racional siendo esta parte del cerebro la que ejecuta funciones cognitivas más elaboradas y que ayuda a la autorregulación emocional mandando las señales adecuadas a las otras partes del cerebro cuando el peligro ya pasó y es la última en formarse por completo (Guerrero & Barroso, 2019).

El sistema nervioso autónomo no madura en la matriz, antes del nacimiento existe un sistema muy primitivo (vagal no mielinizado) que es el principal componente operativo autónomo. Cuando está bajo estrés este sistema suprime la frecuencia cardíaca y sobre estimula la actividad intestinal. El sistema nervioso del recién nacido, que se encuentra en maduración, es dependiente de su entorno para que surque las vías neurales que le ayudarán a relajarse profundamente, calmarse a sí mismo y crear la habilidad para tolerar el estrés y la frustración. Cuando ocurren eventos adversos en etapas tan tempranas, como violencia doméstica, hostilidad,

abuso de sustancias (drogas y/o alcohol) y la falta de disponibilidad emocional, entrenan al cerebro para percibir peligro, incluso si no lo hay (Levine & Kline, 2016).

Se ha estudiado la relación entre las EAI y la modificación de los procesos que regulan la expresión genética (la metilación del ADN). Este proceso epigenético es sensible a la exposición a eventos ambientales y tiene una alta asociación con el surgimiento de enfermedades (Carbajal-Valenzuela, 2021; Shenk *et al.*, 2021).

Un estudio realizado por Martins *et al.* (2021) tuvo como objetivo investigar los efectos del maltrato infantil de forma longitudinal en la trayectoria de mecanismos epigenéticos, en el genoma, con muestras de saliva en un total de 173 infantes (de 3 a 5 años) siguiendo su trayectoria a dos años encontraron que el maltrato infantil, el estatus socioeconómico así como otros eventos adversos incluyendo la adversidad prenatal y posnatal, contribuyen a cambios significativos en la metilación del ADN, pudiendo tener una influencia en la trayectoria de factores tanto de riesgo como de protección. Los autores subrayan la importancia de no solo mapear el epigenoma, sino también mencionan que se debe prestar atención al medio ambiente, el contexto, extendiendo el análisis incluso antes del nacimiento y sugieren que se analice también el exposoma, que es a lo que estamos expuestos a través de lo que comemos, de nuestro estilo de vida y del entorno, así como factores biológicos internos como el metabolismo, la microflora intestinal, la inflamación y el estrés oxidativo.

Existe evidencia que sugiere que la exposición a la adversidad en etapas tempranas acelera el envejecimiento epigenético en la infancia y que puede continuar hasta la edad adulta (Shenk *et al.*, 2021). Una línea de investigación relativa a la transmisión del estrés a través de varias generaciones desarrollando la hipótesis del fenotipo ahorrativo, el cual propone que ante circunstancias estresantes vividas por la madre pueden producirse cambios fenotípicos perjudiciales permanentes, pudiendo ocasionar un escaso crecimiento fetal e infantil. Las

experiencias adversas de las madres vividas en su infancia se asocian a problemas emocionales y conductuales de sus hijos cuando estos tienen 5 años. Esta asociación podría ser causada de forma indirecta por la evitación materna del vínculo, ansiedad por el vínculo, así como por los síntomas depresivos de la madre (Toro-Trallero, 2021).

Asimismo, el embarazo y la primera infancia son momentos vulnerables en donde la exposición al estrés puede aumentar los riesgos para la salud, la vivencia de estrés de la madre durante el embarazo puede tener consecuencias negativas en la salud del infante después del nacimiento. Las experiencias de estrés temprano tienen una conexión con el desarrollo psicológico y las enfermedades metabólicas (Shahbazi & Byun, 2023). Estos autores realizaron un estudio de la relación de los recuerdos de las dificultades de la infancia o del embarazo y el desequilibrio inflamatorio con mujeres étnicamente diversas que habían experimentado varios tipos de trauma interpersonal con el objetivo de examinar los marcadores biológicos del trauma, con una muestra de 53 mujeres (M= 32, rango de 22 a 51, 66% viviendo en pobreza). Para cuantificar el estrés midieron algunas señales fisiológicas como la frecuencia cardíaca y la respuesta galvánica de pies y manos. La inflamación la obtuvieron midiendo los macrófagos (principales mediadores de la inflamación) con muestras de sangre. Los datos de salud que utilizaron fueron tomados de la investigación sobre salud en psicoterapia entre padres, madres, hijos e hijas (Lieberman & van Horn, 2019), quienes reportaron que el 46% tuvo adversidad en la vida temprana y que el 66% experimentó adversidad durante el embarazo. Además, encontraron un biomarcador (la especificidad M1/M2) mostrando un desequilibrio proinflamatorio posterior a la exposición a la adversidad temprana. Algunas de sus conclusiones son que la exposición a la adversidad psicosocial, en períodos cruciales del desarrollo infantil y adulto, tiene un impacto significativo en la salud a lo largo de la vida. Sin embargo, aún se desconocen los mecanismos

mediante los cuales la adversidad se “imprime” biológicamente, y no todos los que están expuestos padecen el mismo riesgo.

Se puede concluir que existe evidencia de como la edad, el entorno y el contexto tienen una influencia importante en factores de respuesta ante el estrés y la resiliencia. La exposición a adversidades, incluso desde antes del nacimiento, entrenan al cerebro para percibir peligro, impactando negativamente la salud, conducta y formas de vincularnos. A continuación, se ahondará en las consecuencias de la exposición al trauma psicológico de forma crónica.

1.2. Exposición y Consecuencias del Trauma Psicológico y de las Experiencias Adversas en la Infancia.

Ante la amenaza nuestro cuerpo responde con estrés con la finalidad de sobrevivir; esta respuesta implica una serie de reacciones que activan el sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico pituitario adrenal. Las respuestas adaptativas del estrés comprenden una serie de regiones en el cerebro como la hipófisis, núcleo paraventricular del hipotálamo, hipocampo, córtex prefrontal y amígdala (McEwen & Akil, 2020). Por otro lado, cuando el estrés es crónico causa cambios en las estructuras y funciones cerebrales (Duval *et al.*, 2010); como en la corteza prefrontal, el cual proporciona la regulación de arriba hacia abajo, esto es, desde el pensamiento hacia la acción y la emoción. Las funciones cognitivas superiores (corteza prefrontal) son debilitadas ante la exposición crónica al estrés y como consecuencia se reduce la regulación de arriba hacia abajo dando paso a circuitos cerebrales más primitivos (Woo *et al.*, 2021) perturbando los mecanismos de autorregulación del individuo (Toro-Trallero, 2021).

Una cantidad “adecuada” de estrés que suele ser transitoria es aquella que estimula y juega un rol importante en los retos, ayudando en la adaptación y el aprendizaje (Dhabhar *et al.*, 2020). Ante demandas físicas y sociales el cerebro y el cuerpo responden, fisiológica y

conductualmente, para adaptarse. Los mismos mecanismos biológicos que funcionan para lograr la estabilidad (alostasis) pueden promover la enfermedad o la patología cuando se usan en exceso o cuando la actividad está desequilibrada (carga alostática o sobrecarga), llamadas acciones bifásicas del estrés (McEwen, 2017b).

La genética y las experiencias estresantes que se han vivido, en especial en la infancia, inciden en el grado de vulnerabilidad o estresabilidad de cada persona. Las relaciones de vinculación temprana están asociadas a alteraciones en los sistemas biológicos implicados en la respuesta y regulación del estrés (Toro-Trallero, 2021). Los efectos del estrés crónico han sido ampliamente estudiados. Además, el efecto que tiene vivir experiencias estresantes y su vinculación con síntomas somáticos y enfermedades psiquiátricas ha sido materia de diversos estudios (Kandel, 2019; Pervanidou *et al.*, 2017).

Existe evidencia de que niños, niñas y jóvenes que han vivido experiencias adversas pueden tener riesgo de padecer enfermedades crónicas en la etapa adulta (Felitti *et al.*, 2019; Pervanidou *et al.*, 2017; Petruccelli *et al.*, 2019). Si bien el trauma y sus impactos en la persona obedecen a muchos factores, distintas investigaciones han demostrado que las experiencias traumáticas afectan en gran medida el desarrollo adecuado de la personalidad (Alameda *et al.*, 2020; Nuñez Morales *et al.*, 2019; Rojas, 2020).

El estrés durante la infancia es uno de los factores que incluye cambios neurobiológicos que afectan de manera negativa el desarrollo pleno del sistema nervioso principalmente en estructuras subcorticales relevantes para la respuesta de ataque-huida (eje adrenal-hipotalámico-hipofisiario) y el procesamiento de situaciones estresantes (corteza prefrontal) (Morgart *et al.*, 2021). Por otra parte, estudios epigenéticos con personas descendientes de padres que vivieron el holocausto, señalan que a nivel celular existe una modificación de la expresión genética mediante bajos niveles de metilación (en genes relevantes para la plasticidad neural,

funcionamiento eje adrenal-hipotalámico-hipofisiario y del sistema inmune), desregulando la producción proteica para el correcto funcionamiento celular (Bierer *et al.*, 2020; Hossack *et al.*, 2020).

Como se revisó en este apartado, las respuestas ante el estrés son necesarias. Sin embargo, cuando las circunstancias son adversas y/o crónicas estas respuestas se vuelven desajustadas pudiendo provocar respuestas biológicas, psicológicas y conductuales negativas con repercusiones desfavorables en el desarrollo y la salud. A continuación, se profundizará en las experiencias adversas en la infancia, su origen, clasificación y posibles consecuencias.

1.2.1. Experiencias Adversas en la Infancia

Felitti *et al.* (1998) realizaron el primer estudio, en Estados Unidos, que evaluó el impacto que tienen las experiencias adversas en la infancia (EAI) en la salud física. El objetivo fue conocer si las EAI tienen una asociación con el desarrollo de enfermedades en la adultez. Mediante una muestra de 8,506 personas (rango de 19 a 92, M = 56.1, 52.1% mujeres). Crearon un instrumento que comprende siete categorías, tres de ellas de abuso infantil: psicológico, físico y sexual; y cuatro de disfunción familiar: exposición a abuso de sustancias, enfermedad mental, violencia dirigida al cuidador primario y comportamiento criminal. Evaluaron la relación entre la exposición a las EAI y enfermedades que son consideradas como potenciales causas de mortandad. En cuanto a los resultados en la exposición a EAI: el 11% presentó trauma psicológico en la infancia, 11% abuso físico, 22% abuso sexual, 26% convivió con familiares con abuso de sustancias, 19% algún familiar cercano con enfermedad mental. En total, el 52% mencionó haber vivido al menos una experiencia adversa. Encontraron que las EAI tienen una correlación con el desarrollo de enfermedades y muerte en la edad adulta. El riesgo incrementa si el número de experiencias adversas aumenta. Quienes estuvieron expuestos a un mínimo de

cuatro EAI incrementaba el riesgo hasta 12 veces para intentos de suicidio (OR = 12.2, 95% CI= 8.5-17.5), hasta casi 5 veces para dos o más semanas con estado de ánimo depresivo (OR = 4.6, 95% CI= 3.8-5.6), 2 veces para enfermedades del corazón (OR = 2.2, 95% CI= 1.3-3.7), 1.9 veces mayor riesgo de cáncer (OR = 1.9, 95% CI= 1.3-2.7) y 1.6 veces riesgo de desarrollar diabetes (OR = 1.6, 95% CI= 1.0-2.5). Las mujeres tuvieron hasta más del doble de prevalencia de cuatro EAI en comparación con los hombres (8.5% vs 3.9%) (Felitti, 2019).

Estos autores clasifican a las EAI de la siguiente manera:

- Vivir o presenciar abuso físico, psicológico o sexual.
- Habitar un hogar con personas adictas al alcohol o a drogas ilegales.
- Convivir con una persona cuidadora con depresión o alguna enfermedad mental.
- Vivencias de intentos de suicidio por parte de las o los cuidadores.
- Haber experimentado abandono, ya sea por muerte o separación de las o los cuidadores.
- Encarcelamiento de alguna de las o los cuidadores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), con base en el cuestionario de EAI de Felitti *et al* (1998) desarrolló el Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE-IQ; OMS, 2020), en dónde a las categorías comprendidas por el cuestionario original agregan las siguientes tres experiencias: haber sido víctima de violencia entre pares (bullying), haber vivido violencia comunitaria y colectiva.

Alhowaymel *et al.* (2023) realizaron un estudio con el objetivo de definir un punto de corte del Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE-IQ; WHO, 2020) para definir cuando las EAI están asociadas con resultados negativos en la salud, como diabetes, hipertensión, obesidad, depresión, entre otras. La muestra estuvo constituida por 10,047 adultos (rango de 18 a 27, M=34.4, DE= 11.3; 52% hombres). Los autores de este estudio

mencionan que hay múltiples cuestionarios que van de 10 a 31 preguntas; el instrumento utilizado por ellos cuenta con 25 ítems, que evalúan experiencias en la infancia de abuso psicológico, emocional, físico y sexual, así como disfunción familiar que comprende abuso de sustancias o enfermedades mentales que padecen miembros de la familia, violencia familiar y conducta criminal, también evalúa negligencia física y emocional, haber sido testigo de algún tipo de violencia hacia un familiar y/o que un familiar estuviera encarcelado. En cuanto a los resultados se reporta un promedio de 5.8 EAI (DE=5), el 87.6% tuvo al menos una EAI, mientras que el 10% trece o más y 5% tuvo 15 o más. Casi el 40% estuvo diagnosticado con una enfermedad crónica, aproximadamente 20% tenían dos o más. Descubrieron que el punto de corte es de cuatro experiencias o más, ya que a partir de esa frecuencia encontraron la relación entre las EAI y las enfermedades crónicas. Los y las participantes con al menos una enfermedad crónica tuvieron casi 3 veces mayor probabilidad de pertenecer al grupo de cuatro o más EAI (OR = 2.8, B= 1.04, S.E.= 0.047, <0.001).

Las situaciones estresantes y/o potencialmente traumáticas, experimentadas en una etapa temprana, puede tener consecuencias en el desarrollo cerebral, emociones, comportamiento y en la manera en la que se toman las decisiones (Kandel, 2019). Algunos de los efectos del maltrato infantil pueden ser observados en algunas de las habilidades de salud mental como dificultades en la atención, memoria, bajo estado de ánimo y sensibilidad a la amenaza, la cual incrementa el riesgo de desarrollar TEPT (Shenk *et al.*, 2021).

En una revisión sistemática llevada a cabo por McLaughlin *et al.* (2019) analizaron 109 estudios que utilizaron resonancia magnética en población infantil y adolescente con la finalidad de evaluar el impacto en el neurodesarrollo de la adversidad en la infancia, descubrieron que la mayoría de los estudios reportó que los y las menores expuestos a amenazas tuvieron áreas

cerebrales reducidas, como la amígdala, córtex medial prefrontal, volumen hipocampal y la existencia de hiperactivación de la amígdala ante la amenaza,

Existe evidencia que vincula factores de riesgo que causan la muerte en personas adultas, como fumar, tener malos hábitos alimenticios, inactividad física, adicción al alcohol o drogas ilegales, tener relaciones sexuales sin la protección adecuada e intentos de suicidio con las EAI (Carbajal-Valenzuela, 2021; Felitti *et al.*, 2019; Petruccelli *et al.*, 2019). Otros estudios han encontrado asociación entre las EAI y dolor crónico, algunos no especifican el tipo de experiencia adversa (Chandan *et al.*, 2020), mientras que otros mencionan el abuso físico en la infancia y separación parental (Castillo-Martínez *et al.*, 2017), negligencia emocional (Coppens *et al.*, 2017), abuso emocional (Prangnell *et al.*, 2020), abuso verbal parental, abuso sexual y pérdida temprana de él o la cuidadora primaria (Sachs-Ericsson *et al.*, 2017).

Cervera-Pérez *et al* (2020) realizaron una búsqueda bibliográfica analizando los estudios empíricos que evaluaron las consecuencias psicológicas de la vivencia de experiencias adversas en la infancia, adolescencia y primera juventud, hallando que los menores que habían sufrido algún tipo de maltrato grave durante la infancia presentaban alteraciones en la regulación de los afectos y en las relaciones interpersonales; otros síntomas predominantes fueron la desesperanza, la ambivalencia en las relaciones afectivas, alteraciones emocionales y conductuales graves. También se observaron dificultades en el funcionamiento diario en diferentes áreas como en el colegio, relaciones con los pares y actividades recreativas, síntomas presentes hasta la primera juventud e incluso hasta la etapa adulta en algunos casos.

Las EAI tienen consecuencias biológicas afectando el desarrollo cerebral, pudiendo influir negativamente en las emociones, comportamiento y toma de decisiones, convirtiéndose en dificultades y problemas en la relación con otros y consigo mismos. Otras de las consecuencias son las enfermedades, tanto físicas como mentales. Como se ha revisado hasta ahora, las personas

que han vivido en un estrés crónico suelen percibir peligro en donde no existe, ya que el organismo aprende a tener reacciones similares ante estímulos que se pueden condicionar (Foa & Kozak, 1986). Estas consecuencias pueden perdurar a lo largo de la vida. El conocimiento de la presencia y el impacto que tienen las EAI nos permite tener un panorama claro de la situación en la que nos encontramos, por ello en el siguiente apartado se expondrá la prevalencia de las EAI.

1.2.2. Epidemiología de las Experiencias Adversas en la Infancia

A nivel mundial la prevalencia de maltrato infantil se estima entre el 13 y 35% en población pediátrica (Shenk *et al.*, 2021). Stanaway *et al.* (2018) realizaron un estudio para estimar los niveles y tendencias en exposición y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) desde 1990 hasta 2017 extrayendo estimaciones de riesgo relativo y exposición de 46,749 ensayos controlados aleatorizados, estudios de cohorte, encuestas de hogares y otras fuentes. Calcularon que el riesgo de exposición global a maltrato en la infancia es 70.5%, del cual 38.9% es por abuso sexual y 58.6% por bullying. Además, dentro de sus hallazgos encontraron que 5,210,000 AVAD están relacionados con maltrato infantil. Este indicador, que fue creado y es utilizado por la OMS, considera los años potenciales de vida perdida (AVP) y los años vividos con una discapacidad (AVD) (Instituto Nacional de Geriátría, 2022); es una medida que combina mortalidad y morbilidad con la finalidad de estimar la carga global de la enfermedad, así como para evaluar la efectividad de las intervenciones en salud (Chen *et al.*, 2015).

A nivel global, en 2021, casi 1 de cada 5 mujeres en edades entre 20 y 24 años había contraído matrimonio antes de los 18 años (ONU Mujeres, 2022). En México el 31 y 19%, en zonas rurales y urbanas respectivamente, de las mujeres se casaron antes de cumplir 18 años (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2016), 21% de mujeres de 20 a 24 años tuvo su primera unión antes de los 18 años y 4% antes de cumplir 15 (INEGI, 2018a). En cuanto al

abuso físico, 53% de niñas, niños y adolescentes en México han vivido algún tipo de disciplina violenta en sus casas, como nalgadas, pellizcos o golpes con la mano (INEGI, 2018b).

Según la UNICEF (2019) las desigualdades de género, pobreza, abandono escolar, violencia y embarazo adolescente son factores asociados a la unión temprana y el matrimonio infantil. En este informe se reportó que 1 de cada 4 mujeres se casó o mantenía una unión de hecho antes de cumplir los 18 años en América Latina y el Caribe, siendo que 1 de cada 5 niñas-esposas que contrajo matrimonio lo hizo con un hombre al menos 10 años mayor. En México 4 de cada 100 adolescentes está o ha estado en unión conyugal (INEGI, 2022).

A nivel nacional, el porcentaje de niñas y niños menores de 5 años con cuidados inadecuados fue de 8%. En cuanto a métodos de disciplina utilizados en niños y niñas de 1 a 14 años que fueron sometidos por lo menos a una forma de agresión psicológica o castigo físico en el hogar fue de 56%, de los cuales 46% (48% hombres y 45% mujeres) fue sometido a agresión psicológica con mayor prevalencia en el grupo de 5 a 14 años (49%), mientras que la exposición a cualquier forma de castigo físico fue de 35% (34% hombres, 37% mujeres), siendo mayor en el grupo de 1 a 4 años (40%), el 6.1% (7% hombres, 6% mujeres) fue castigado con las formas más severas de castigo físico (Vázquez-Salas *et al.*, 2023).

En la Encuesta Nacional de Trabajo Infantil (ENTI; INEGI, 2019) se estimó que el 9% de niñas y adolescentes de 5 a 17 años trabajaba, 39% realizaron ocupaciones no permitidas, 54% estaban empleadas en quehaceres domésticos fuera de sus hogares en condiciones inadecuadas y el 7% llevaron a cabo estas dos actividades.

En cuanto a abuso sexual en la infancia (ASI) en México el 2.5% lo ha sufrido, siendo 76.5% mujeres, entre 15 y 19 años (73%), teniendo como respuestas consumo de alcohol en exceso (36%) e ideación suicida (36%). Cabe resaltar que la prevalencia es mayor en mujeres (4 vs 1%). En el caso de las mujeres, el ASI está asociado con la edad, estado conyugal, tipo de

localidad, consumo excesivo de alcohol, sintomatología depresiva y pensamientos suicidas. En los hombres con el nivel socioeconómico, sintomatología depresiva y pensamientos suicidas (Valdez-Santiago *et al.*, 2020).

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH; INEGI, 2021b) evaluó a mujeres, a partir de los 15 años, que experimentaron violencia durante la infancia y hasta los 14 años, y encontró que 42% había experimentado al menos algún tipo de violencia, 22% fue psicológica, 34% física, 13% violencia sexual, 11% abuso sexual y 6% violación e intento de violación.

Como se pudo observar en este apartado la prevalencia de maltrato infantil es alta, tanto a nivel mundial como nacional. Algunas cifras importantes en nuestro país son: 56% de niñas, niños y adolescentes de 1 a 14 años sufrió violencia psicológica o castigo físico en casa, 21% de mujeres jóvenes, entre 20 y 24 años, tuvieron su primera unión antes de los 18 años, 2.5% vivió abuso sexual en la infancia. A continuación, se detallarán los instrumentos de evaluación que han sido más utilizados para evaluar las EAI en adultos.

1.2.3. Evaluación de las Experiencias Adversas en la Infancia en Adultos

Los instrumentos que más han sido utilizados a nivel internacional para evaluar las experiencias traumáticas o adversas de la infancia en adultos son el Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ; Bernstein *et al.*, 1994) y el Inventario de Trauma Temprano que puede ser autoadministrado o aplicado por el clínico (ETI; Bremner *et al.*, 2000, 2007). El CTQ, por sus siglas en inglés, abarca cinco tipos de traumas infantiles: abuso emocional, físico, sexual, abandono físico y emocional, consta de 70 ítems, en escala tipo Likert de 5 categorías en donde 0= nunca y 5= muy a menudo (Ordóñez-Cambler *et al.*, 2016).

El ETI, por sus siglas en inglés, es autoadministrado, evalúa abuso emocional, físico, sexual y experiencias traumáticas generales. Consta de 56 ítems con respuesta dicotómica de ocurrencia (sí/no), edad en la que sucedió, frecuencia, autor(a) e impacto. Existe una versión corta (Bremner *et al.*, 2007) de 27 ítems, abarcando los mismos cuatro factores que la versión original (Ordóñez-Cambler *et al.*, 2016). Dos versiones están validadas para población mexicana, la aplicada por el clínico de 56 ítems (Bremner *et al.*, 2000), mostrando propiedades psicométricas adecuadas con consistencia interna (α) total de 0.95 y por dominio fue: trauma general $\alpha = .74$, abuso físico $\alpha = .86$, abuso emocional $\alpha = .92$ y abuso sexual de 0.92; y la autoadministrada (ETI-SR) con una consistencia interna de 0.78 – 0.90. Por dominio fue trauma general $\alpha = .54$, abuso físico $\alpha = .84$, abuso emocional $\alpha = .80$ y abuso sexual $\alpha = .65$ (Flores-Franco, 2016).

Para una revisión exhaustiva de las medidas de evaluación del trauma infantil en adultos ver la Tabla 1 para entrevistas y la Tabla 2 para autoinformes.

Tabla 1

Entrevistas en población adulta para explorar trauma infantil

Nombre de la escala	Referencia	Abreviatura
Historia de Abuso	Soloff <i>et al.</i> , 2002	AH
Cuestionario Breve de Abuso físico y Sexual	Marshall <i>et al.</i> , 1998	BPSAQ
Experiencias en la Infancia de Cuidado y Abuso	Bifulco <i>et al.</i> , 1994	CECA
Cuestionario de la Vida Infantil y Características Familiares	Byrne <i>et al.</i> , 1990	CLEFCQ
Calendario de Entrevistas sobre Maltrato Infantil	Briere, 1992; Biere <i>et al.</i> , 1995	CMIS Y CMIS-SF
Entrevista sobre Trauma en la Infancia	Fink <i>et al.</i> , 1995	CTI
Entrevista del Desarrollo	Paris <i>et al.</i> , 1994	DI
Entrevista Ambiental Temprana en el Hogar	Lizardi <i>et al.</i> , 1995	EHEI
Inventario de Trauma Temprano	Bremner <i>et al.</i> , 2000	ETI
Entrevista de Experiencia Familiar	Ogata <i>et al.</i> , 1990	FEI
Entrevista Familiar para Protección y Empatía	Laporte & Guttman, 2001	FIPE
Cuestionario de Historia de Abuso Físico y Sexual	Meyer <i>et al.</i> , 1996	HPSAQ

Nombre de la escala	Referencia	Abreviatura
Entrevista para Eventos Traumáticos en la Infancia	Lobbestael <i>et al.</i> , 2009	ITEC
Instrumento sobre Abuso Sexual Infantil	Russell, 1986	
Evaluación Retrospectiva de la Experiencia Traumática	Gallaghe <i>et al.</i> , 1992	RATE
Cuestionario Retrospectivo de Experiencias Infantiles	Zanarini <i>et al.</i> , 1989	RCEQ
Cuestionario Retrospectivo de Patología Familiar	Zanarini <i>et al.</i> , 1989	RFPQ
Cuestionario Retrospectivo de Experiencias de Separación	Zanarini <i>et al.</i> , 1989	RSEQ
Escala de Gravedad del Abuso Sexual	Silk <i>et al.</i> , 1995	SASS
Entrevista Estructurada sobre Trauma	Draijer y Langeland, 1999	STI
Entrevista sobre Antecedentes Traumáticos	Herman <i>et al.</i> , 1989	TAI
Cribado de Historia de Trauma	Allen <i>et al.</i> , 1999	THS
Eventos Sexuales Infantiles No Deseados	Russ <i>et al.</i> , 1993	UCSE

Nota. Tabla elaborada por Ordóñez-Cambler *et al.*, 2016.

Tabla 2

Autoinformes en población adulta para explorar trauma infantil

Nombre de la escala	Referencia	Abreviatura
Cuestionario de Estudio sobre Experiencias Adversas en la Infancia	Dube <i>et al.</i> , 2004	AEQ
Evaluación de Entornos III	Berger <i>et al.</i> , 1988	AEII
Inventario de Maltrato Asistido por Computadora	DiLilo <i>et al.</i> , 2010	CAMI
Escala de Abuso y Trauma en la Infancia	Sanders y Becker-Lausen, 1995	CATS
Cuestionario de Experiencias de la Infancia	Ferguson y Dacey, 1997	CEQ
Eventos Sexuales No Deseados en la Niñez	Lange <i>et al.</i> , 1995	CHUSE
Autoinforme de Antecedentes de Maltrato Infantil	MacMillan <i>et al.</i> , 1997	CMHSR
Escala de Eventos Traumáticos en la Infancia	Pennebaker y Susman, 1988	CTES
Cuestionario de Trauma en la Infancia	Bernstein <i>et al.</i> , 1994	CTQ
Escala de Violencia Infantil	Riggs <i>et al.</i> , 1990	CVS
Escala Integral de Maltrato Infantil para Adultos	Higgins & McCabe, 2001	CCMS-A
Cuestionario de Experiencia de Vida	Bryer <i>et al.</i> , 1987	LEQ
Escala de Negligencia	Harrington <i>et al.</i> , 2002	NS
Escala de Maltrato Físico Parental	Briere & Runtz, 1990	PHY
Inventario de Maltrato Psicológico	Engels & Moisan, 1994	PMI
Cuestionario sobre Abuso Físico y Sexual	Nagata <i>et al.</i> , 1999	PSA
Escala de Maltrato Psicológico Parental	Briere & Runtz, 1990	PSY
Cuestionario Revisado sobre Experiencias Infantiles	Zanarini <i>et al.</i> , 1997	RCEQ
Cuestionario de Exposición al Abuso Sexual	Ryan <i>et al.</i> , 1992	SAEQ

Nombre de la escala	Referencia	Abreviatura
Cuestionario de Abuso Sexual	Finkelhor, 1979	SAQ
Cuestionario de Eventos Sexuales	Calam y Slade, 1989	SEQev
Cuestionario de Experiencias Sexuales	Wagner y Libehan, 1994	SEQex
Cuestionario de Eventos de la Vida Sexual	Palmer <i>et al.</i> , 1992	SLEI
Cuestionario sobre Antecedentes de Abuso Sexual y Físico	Leserman <i>et al.</i> , 1997	SPAHQ
Cuestionario de Detección de Acontecimientos Vitales Estresantes	Goodman <i>et al.</i> , 1998	SLESQ
Cuestionario sobre Experiencias Traumáticas	Nijenhuis <i>et al.</i> , 1998	TEQ

Nota. Tabla elaborada por Ordóñez-Cambolor *et al.*, 2016.

Se conoce que existen tanto autoinformes como entrevistas estructuradas y semiestructuradas para evaluar las EAI, ambas conllevan ventajas y desventajas. Dentro de las ventajas de los autoinformes, sería la economización de tiempo, convirtiéndose en una desventaja comparada con las entrevistas, ya que, aunque estas requieren de más tiempo, pueden ayudar a evocar recuerdos y a generar confianza para hablar acerca de experiencias adversas que en muchas ocasiones se evita hablar y/o pensar. Los instrumentos que han sido más utilizados a nivel internacional, para la evaluación de las EAI en adultos son el Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTI) y el Inventario de Trauma Temprano (ITT), ambos autoinformes.

Los avances en la ciencia nos han permitido dar mayores y mejores explicaciones a los fenómenos en las diferentes áreas del conocimiento. En particular en salud mental el surgimiento de la epigenética ha permitido dar luz a las diferencias individuales y a los posibles efectos de la exposición intrauterina al estrés. Se destaca que las experiencias traumáticas en la infancia tienen un impacto a nivel biológico, emocional, mental y comportamental influyendo en la manifestación de enfermedades. El riesgo de la aparición de estas consecuencias se incrementa con la presencia de cuatro o más EAI (efecto acumulativo del trauma).

Capítulo 2.- Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno por Estrés Postraumático Complejo

Este capítulo trata del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), para fines de este trabajo TEPT “simple”, y del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPTC). Se abordan sus clasificaciones diagnósticas, evaluación, factores de riesgo y algunos modelos explicativos. Se finaliza con datos estadísticos de prevalencia de ambos trastornos.

2.1. Trastorno por Estrés Postraumático

2.1.1. Definición, Clasificación y Medición del TEPT

Los síntomas que se pueden desarrollar después de la exposición a un evento traumático es lo que se conoce como TEPT; siendo la exposición a la muerte, lesiones graves o violencia sexual las experiencias principales (Durón-Figueroa *et al.*, 2019). Estos acontecimientos pueden ser vividos de forma directa o de forma secundaria al presenciarlo o al estar expuesto a escuchar la narración de alguien más, como les puede ocurrir a los primeros respondientes. Los principales síntomas son reexperimentación, evitación y de hiper activación o arousal (Guzmán-Sescosse *et al.*, 2014).

En cuanto a los criterios diagnósticos se utilizan dos manuales: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM5; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014, pp. 271–274) y el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad en su onceava edición (OMS, 2019b).

El TEPT fue incluido por primera vez en el DSM en 1980, en la tercera edición del manual, teniendo modificaciones en las posteriores revisiones, actualmente se encuentra en la

quinta edición en donde se incluyen síntomas de alteraciones cognitivas y estado de ánimo colocando al TEPT en la clasificación de trastornos relacionados al trauma y al estrés (Durón-Figueroa *et al.*, 2019). En abril de 2022 surgió la edición revisada del DSM 5 (DSM 5-TR; APA, 2022); sin embargo, para fines de este trabajo se sigue considerando el DSM 5 ya que es el instrumento que se encuentra validado para población mexicana, y que será utilizado en este estudio, y que se basa en los criterios diagnósticos de esa edición.

En el caso del CIE-11 la clasificación para el diagnóstico de TEPT es 6B40 con la siguiente descripción (OMS, 2019b): es un trastorno que se puede desarrollar a partir de la exposición a un evento o eventos que son amenazantes. Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento, y se caracteriza por:

1. Volver a experimentar el evento(s) traumático(s) en el presente de forma vívida teniendo recuerdos intrusivos, flashbacks o pesadillas
2. Evitación de pensamientos y recuerdos del evento(s) o de actividades, de situaciones o de personas que le recuerden la(s) experiencia(s) traumática(s).
3. Percepción persistente de una amenaza actual, como estar en hipervigilancia.

El trastorno por estrés agudo (TEA), al igual que el TEPT, está incluido en los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. La diferencia entre estos diagnósticos es temporal, si los síntomas persisten más de 3 días después del evento traumático, pero menos de un mes el diagnóstico es TEA, si se prolongan por más de 4 semanas es TEPT (Crespo-Generelo *et al.*, 2019). Estos autores mencionan que en algunas revisiones se ha estimado que entre 30 y 83% de personas diagnosticadas con TEA desarrollan TEPT. Otra diferencia entre los dos diagnósticos es que el TEA se diagnostica con la presencia de al menos 9 síntomas de 14, en cambio para diagnosticar TEPT se necesita la presencia de al menos un síntoma por grupo (evitación, reexperimentación e hiperactivación) (Geoffrion *et al.*, 2022).

A pesar de que la prevalencia a la exposición a uno o varios eventos traumáticos a lo largo de la vida es alta, la mayoría de las personas expuestas no desarrollarán TEPT o TEPTC (Harnett *et al.*, 2020; Marin *et al.*, 2019), lo cual sugiere que existen factores específicos que provocan susceptibilidad para desarrollar estos trastornos (Musazzi *et al.*, 2018). A pesar de que existe una asociación entre los síntomas de TEA con el posterior desarrollo de síntomas de TEPT, muchas personas que desarrollan TEPT no cumplen inicialmente con los criterios para TEA, por lo cual Marin *et al.* (2019) proponen que, para conocer con mayor precisión los factores de riesgo para el TEPT, se requiere que existan medidas filológicas para medir su sintomatología. Estos autores llevaron a cabo un estudio para conocer si las personas con síntomas de TEA y baja respuesta al despertar de cortisol (CAR por sus siglas en inglés: the cortisol awakening response) tienen mayor riesgo de desarrollar sintomatología de TEPT en personas expuestas a violencia (n= 51, rango de 18 a 65, 57% mujeres). En este estudio, para medir TEA los autores utilizaron la Escala del Trastorno de Estrés Agudo (ASDS; Bryant *et al.*, 2000), la Lista Checable para TEPT para el DSM-IV (PCL; Weathers *et al.*, 1994), para la exposición a eventos de trauma, la Lista Checable de Eventos de Vida (LEC; Weathers *et al.*, 2013). En un primer momento hicieron mediciones entre los cinco y 45 días posteriores al evento traumático aplicando los instrumentos ASDS y LEC, así como la medición del cortisol al despertar por tres días consecutivos. A los dos meses se les pidió responder el PCL. Reportaron que 70.6% sufrió violencia física y 13.7% psicológica. Encontraron un efecto significativo en la exposición previa a trauma ($F = 4.946$, $p = .031$) y en sintomatología de TEA ($F = 37.762$, $p < 0.00$) con el desarrollo de TEPT. El análisis también reveló una interacción significativa entre los síntomas de TEA y el cortisol al despertar ($F = 6.471$, $p = .015$). Los efectos de los síntomas de TEA son significativos cuando los niveles del cortisol al despertar son bajos ($B = 10.296$, $p < .001$). Estos resultados sugieren que la respuesta

al despertar de cortisol modera la asociación entre los síntomas de TEA y el posterior desarrollo de síntomas de TEPT. No encontraron diferencia comparado por sexo.

Los procesos de aprendizaje y memoria relacionados con el miedo están distorsionados en el TEPT lo que provoca interferencias en la capacidad de la respuesta de regulación emocional, lo que en algunas ocasiones conduce a percibir peligro cuando no lo hay teniendo respuestas de miedo más intensas y rígidas. Las alteraciones en la función del córtex prefrontal (con hipoactividad), el hipocampo (con hipoactividad) y la amígdala (con hiperactividad) pudieran ser la base para el desarrollo de la presentación típica de TEPT, ya que en el caso del subtipo disociativo se ha encontrado que el córtex prefrontal está hiperactivo y la amígdala hipoactiva (Harnett *et al.*, 2020).

Se sabe que los trastornos relacionados al estrés, como el TEPT, son más comunes en las mujeres. Esta diferencia puede explicarse, en parte, debido a la organización de las hormonas asociadas al sexo en el desarrollo intrauterino y a la activación o inhibición de estas mismas hormonas en el periodo posnatal, adolescencia y adultez, ya que provocan cambios estructurales y funcionales en las redes neuronales, neurotransmisores y neuropéptidos, volviéndolas más vulnerables ante eventos estresantes (Rubinow & Schmidt, 2019; Swaab & Bao, 2020).

Existen distintas escalas para la evaluación e identificación de sintomatología de TEPT, algunos de estos instrumentos de tamizaje son:

El Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ; Davidson *et al.*, 1997), consta de 46 ítems, los primeros 19 cuantifican la presencia de experiencias estresantes, la edad en la que se vivieron y su duración y los restantes 27 evalúan los síntomas asociados al evento elegido por el paciente como el más desagradable (Bobes *et al.*, 2000).

La Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático administrada por el clínico (CAPS; Blake *et al.*, 1995), debe ser administrada en entrevista. Evalúa la frecuencia y la gravedad de los

síntomas de TEPT. Este es un instrumento no solo de tamizaje sino de diagnóstico clínico. Fue desarrollada para los criterios del DSM por lo cual también se ha ido actualizando conforme el manual lo ha hecho en sus diferentes ediciones, la más actual es el CAPS-5, dividido en secciones abarcando los criterios correspondientes al DSM-5 (APA, 2014, pp. 271 y 272).

La Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5; Blevins *et al.*, 2015). Es una escala autoadministrada y se encuentra validada para población mexicana con consistencia interna (0.97) y validez convergente ($r_s = 0.58$ a 0.88) apropiadas (Durón-Figueroa *et al.*, 2019). Utiliza los criterios diagnósticos para TEPT en la quinta versión del DSM. Se compone de 20 reactivos con escala tipo Likert que va de 0 nada a 4 extremadamente, midiendo la intensidad de los síntomas descritos (Durón-Figueroa *et al.*, 2019).

La Escala de Trauma de Davidson (Davidson *et al.*, 1997), es autoadministrada y evalúa la frecuencia y la gravedad de los síntomas de TEPT. Consta de 17 ítems agrupados en categorías, en concordancia con los criterios del DSM-4 (Bobes *et al.*, 2000). Este es un instrumento de tamizaje y no de diagnóstico.

Ante una experiencia potencialmente traumática es natural tener ciertas reacciones que en un principio tienen una finalidad adaptativa, esto es conocido como estrés agudo. Sin embargo, cuando estas respuestas no pueden ser procesadas, pueden generar consecuencias negativas en las personas que las viven, pudiendo desarrollar TEPT y/o alguna otra sintomatología como depresión y/o ansiedad afectando diferentes áreas como la relacional, personal y/o profesional. Ahora, se abordará el tema de los modelos explicativos, desde el enfoque cognitivo-conductual del TEPT.

2.1.2. Modelos Explicativos del Trastorno por Estrés Postraumático Simple

Existen cuatro modelos teóricos desde el enfoque cognitivo conductual que explican el origen, el mantenimiento y el tratamiento del TEPT (descritos brevemente en la Tabla 3).

Tabla 3

Modelos teóricos del origen, el mantenimiento y el tratamiento del TEPT desde el enfoque cognitivo conductual

Modelo teórico	Origen del TEPT	Mantenimiento del TEPT	Tratamiento del TEPT
Modelo del Procesamiento Emocional (Foa y Kozak, 1986)	Se debe a una vulnerabilidad adquirida en los primeros años de vida, a lo cual llamaron esquemas nucleares	Las partes encargadas de modular el procesamiento de la información (estructuras del miedo) evalúan e interpretan los estímulos como peligrosos como resultado de una asociación con experiencias previas y que conlleva respuestas congruentes con el estado de miedo ante el mismo o parecido tipo de estímulo. Lo que mantiene el miedo desadaptativo es la evitación conductual y cognitiva, por un lado, y los sesgos que se tiene en los procesos cognitivos de codificación, interpretación y recuperación	Para conseguir la recuperación se requiere activar la estructura del miedo e incorporar información incompatible con el contenido de la estructura de la memoria del miedo y que al ser incorporada pueda generar una nueva asociación
Teoría de la Representación Dual (Brewin <i>et al.</i> , 1996)	Existencia de distintos patrones de codificación, almacenamiento y recuperación de la información de un suceso, lo cual puede llevar a diferentes resultados que llevan a integrar la experiencia, iniciar con síntomas de TEPT o mantenerlos	Se bloquea y mantiene por un procesamiento emocional crónico en donde hay agravantes como las consecuencias, duración o severidad de la experiencia traumática, impidiendo la conciliación entre las creencias y la vivencia del trauma, provocando que las memorias no puedan ser integradas. También puede ser que, la inhibición prematura del procesamiento, que ocurre como resultado de las estrategias de evitación que impiden el procesamiento emocional, como resultado hay evitaciones fóbicas a las situaciones relacionadas con la experiencia traumática, lo cual conducirá a que las memorias no procesadas se reactiven de forma inesperada e indeseada en cualquier momento	Los objetivos para el tratamiento son que la persona pueda reducir los efectos de las emociones de culpa y remordimiento integrando la información de la experiencia traumática con las creencias previas que se tenían y con expectativas más realistas sobre seguridad y responsabilidad acerca de la experiencia traumática

Modelo teórico	Origen del TEPT	Mantenimiento del TEPT	Tratamiento del TEPT
Teoría Cognitiva (Ehlers y Clarck, 2000)	Existen dos procesos: 1) diferencias individuales acerca de la interpretación del evento traumático y/o sus secuelas 2) diferencias individuales de la memoria del evento y su vínculo con otras memorias autobiográficas	Cuando existe una evaluación negativa acerca de los síntomas iniciales del TEPT, vistas no como reacciones naturales y normales, sino como señales de enfermedad y de cambios profundos y permanentes en su estructura, del ser y del actuar, favoreciendo estrategias de afrontamiento negativas que lleven al mantenimiento del TEPT	Se requiere que la memoria traumática sea elaborada e integrada para conseguir una reducción de la reexperimentación intrusiva, que la evaluación problemática del trauma y secuelas sean modificadas, y que la conducta desadaptativa y las estrategias que bloquean la elaboración de la memoria y aumentan los síntomas sea trabajada en terapia para eliminarse
Teoría Cognitiva Social o Terapia de Procesamiento Cognitivo (Resick <i>et al.</i> , 2008)	Existe una recuperación natural, tanto de reacciones psicológicas como somáticas; si no ocurre así es debido a una falla en el proceso natural de recuperación	Claves del ambiente que estuvieron presentes en la experiencia traumática se vuelven estímulos condicionados ocasionando que en el presentarse estos estímulos reactiven la respuesta de alarma con las reacciones experimentadas originales que harán a la persona evitar dichos estímulos con la finalidad de evitar el malestar que soluciona a corto plazo, pero no a largo plazo, esto mantendrá la activación llevando a una reacción ante “falsas alarmas” y a una pérdida de confianza en su propio juicio	El TEPT surge por una vulnerabilidad adquirida de tipo social y las creencias individuales que se tienen, son las que lo mantienen Para el tratamiento la sola exposición no es suficiente, es necesaria la reestructuración cognitiva, la cual permitirá la acomodación y superación del estancamiento

Nota. Elaboración propia. Fuente: Brewin *et al.*, 1996; Ehlers & Clark, 2000; Foa *et al.*, 2006; Foa &

Kozak, 1986; Guzmán-Sescosse *et al.*, 2014; Resick *et al.*, 2008.

En este apartado se habló de los modelos teóricos del TEPT desde el abordaje cognitivo conductual, los cuales tienen características comunes en cuanto al origen y el mantenimiento de este trastorno, en donde la evitación y el miedo lo originan y lo mantienen. A continuación, se tratará el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo.

2.2. Trastorno por Estrés Postraumático Complejo

2.2.1. Definición, Clasificación y Medición del TEPTC

La búsqueda de la inclusión diagnóstica de una variante compleja de TEPT ha sido planteada desde los inicios de 1990, con base en la práctica clínica como en la investigación, se observaba en algunas pacientes alteraciones en la regulación de afectos y de la conducta, síntomas disociativos y somatizaciones. Estos síntomas se presentaban en supervivientes de abuso interpersonal prolongado, considerando los síntomas como adaptaciones a circunstancias de estrés continuo. Estudios recientes en trauma describieron y diferenciaron a personas con síntomas de TEPT de aquellos que además incluían perturbación en tres dominios de la organización del yo: desregulación emocional, autoconcepto negativo y problemas de vínculo interpersonal, este grupo reportó historia de violencia y abuso en donde escapar fue imposible, como en el caso del abuso en la infancia (Salter & Hall, 2022).

El trastorno por estrés postraumático complejo (TEPTC) fue incorporado en el CIE-11 (OMS, 2019b) y lo define como una enfermedad que puede comenzar con la exposición a uno o varios eventos amenazantes; son frecuentemente prolongados o repetitivos, como la violencia doméstica prolongada, el abuso sexual o físico repetido en la infancia. Los síntomas causan un deterioro significativo en el funcionamiento. El TEPTC cumple todos los criterios diagnósticos del TEPT y, además, existe la persistencia grave de la alteración en la autoorganización (DSO, por sus siglas en inglés) siendo tres síntomas sus características principales:

1. Dificultades en la regulación de las emociones.
2. Autoconcepto negativo sintiéndose sin valor, con sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso.
3. Dificultades en la vinculación interpersonal, teniendo problemas en mantener relaciones significativas y sentirse cerca de otras personas.

Estos síntomas causan un destacado deterioro en diferentes áreas como la personal, familiar, social, educativa, y/o ocupacional.

En el caso del DSM-5 no existe una clasificación independiente para los síntomas antes mencionados (problemas en la regulación emocional, autoimagen negativa y problemas en las relaciones interpersonales), se realizaron modificaciones para incluir los tres dominios antes mencionados como parte del diagnóstico de TEPT incluyendo un subtipo disociativo (Salter & Hall, 2022); estos síntomas fueron considerados como un trastorno distinto al TEPT, el Trastorno por Estrés Extremo no Especificado (DESNOS; Cervera-Pérez *et al.*, 2020).

Kairyte *et al.* (2022) mencionan que estudios previos han mostrado que el TEPTC podría estar ligado con traumas interpersonales, que se caracterizan por personas que causan sufrimiento y control, como abuso físico, abuso sexual en la infancia y en la adultez. También mencionan que existe una inconsistencia en los resultados de varios estudios, ya que algunos mencionan que el abuso físico en la niñez está relacionado a TEPT, pero no a TEPTC, mientras que otros encontraron diferentes experiencias traumáticas ligadas a los dos trastornos. Es por ello por lo que estos autores realizaron un estudio con el fin de evaluar si por tipo de experiencia traumática se puede distinguir el riesgo a desarrollar TEPT o TEPTC. La muestra fue de 158 personas expuestas a trauma ($M = 33.61$, $DM = 9.73$, 85.4% mujeres). Para conocer la exposición a eventos traumáticos utilizaron la Lista Checable de Eventos de Vida (LEC-R; Weathers *et al.*, 2013). Para medir el TEPT y TEPTC, el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; Cloitre *et al.*, 2018). 37% cumplió los criterios para TEPTC y 15% para riesgo de TEPT. La media de experiencias traumáticas fue 5.4 ($DE = 2.7$). Las experiencias con mayor prevalencia en el grupo con TEPT fueron agresión sexual (57%), sufrimiento humano severo (57%), abuso físico en la infancia (52%) y la muerte inesperada de un ser querido (52%). En el grupo con TEPTC las más frecuentes fueron abuso físico en la infancia (73%), sufrimiento humano severo (70%) y abuso

sexual (68%). El abuso sexual en la infancia estuvo asociado con mayor riesgo para TEPTC (40.7% en TEPTC, 21.1% en el grupo sin TEPT ni TEPTC [$\chi^2 = 6.14$, $p = .013$]). Las experiencias sexuales no deseadas fueron significativamente más prevalentes en el riesgo de TEPTC (64.4%) comparado con el riesgo de TEPT (34.8%; $\chi^2 = 5.9$, $p = .015$). La exposición a dos o tres experiencias estuvo asociado con mayor riesgo de TEPT (38.8%) que a TEPTC (11.9%; $\chi^2 = 5.82$, $p = 0.16$). Sin embargo, para quienes estuvieron expuestos a seis o más experiencias tuvieron mayor riesgo de TEPTC (56%) en contraste con el grupo sin TEPT ni TEPTC (37%; $\chi^2 = 4.89$, $p = .027$). El abuso sexual en la infancia fue estadísticamente significativo prediciendo tanto de TEPT (OR = 4.91, 95% [1.27-19.05]) como de TEPTC (OR = 3.05, 95% [1.18-7.85]) en comparación con el grupo sin estos trastornos. El abuso físico en la infancia (OR = 4.20, 95% [1.05-16.83]) y experiencias sexuales no deseadas (OR = 7.12, 95% [1.81-27.94]) fueron predictores de riesgo para TEPTC en comparación con TEPT.

Karatzias *et al.* (2018) estudiaron la asociación entre los pensamientos negativos relacionados a trauma, estrategias de regulación emocional, estilos de apego y TEPTC (n= 171; 51.5% hombres; M= 49.85 años, DE= 12.73). Para evaluar la exposición a lo largo de la vida a experiencias de trauma utilizaron la Lista Checable de Eventos para DSM-5 (LEC-5; Weathers *et al.*, 2013) agregando dos preguntas para conocer la exposición a abuso físico y sexual en la infancia, el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; Cloitre *et al.*, 2018) para evaluar TEPT y TEPTC, el Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI; Foa *et al.*, 1999) para medir las creencias negativas acerca de uno mismo y del mundo, así como culpa y el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross & John, 2003). El promedio de experiencias de trauma vividas a lo largo de la vida fue 6.75 (DE= 3.84), siendo el abuso físico la experiencia más común (73.7%), el abuso físico y sexual en la infancia se presentó en el 47.6%. Encontraron que los pensamientos negativos acerca de sí mismo ($t = 9.25$, $p < .001$), del mundo ($t = 6.70$, $p <$

.001) y la culpa ($t = 3.23$, $p = .001$) fue significativamente más alto en las personas con TEPTC en comparación con quienes tienen TEPT. La autopercepción negativa (OR = 2.43, CI 95% [1.33 – 4.46] $p < .001$), el apego ansioso (OR = 1.38, CI 95% [1.02 – 2.06] $p < .05$) y la supresión emocional como estrategia de regulación emocional (OR = 1.38, CI 95% [1.03 – 1.86] $p < .05$) son variables predictoras del TEPTC.

Existen distintos instrumentos para la evaluación de los síntomas de TEPTC en adultos, algunos de ellos son los siguientes:

El Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ, Cloitre *et al.*, 2018) en su versión en español. Este instrumento se utilizó para este estudio (para más información para su aplicación y revisión, dirigirse al apartado de instrumentos, pág. 87). Se decidió utilizar este instrumento debido a que una revisión sistemática menciona que es el cuestionario más investigado y validado en diferentes poblaciones (Seiler *et al.*, 2023).

El Inventario de Trauma Complejo (CTI; Litvin *et al.*, 2017) autoaplicado, tiene dos factores de segundo orden (TEPT y DSO). El instrumento original consiste en 20 reactivos con consistencia interna adecuada ($\alpha = .89$ a $.92$) y buenos índices de bondad de ajuste (RMSEA = $.056$, 95% CI [.048, $.064$], CFI = $.956$, TLI = $.948$, SRMR = $.043$, BIC = 641.55 , $X^2(163) = 361.02$, $p < .001$).

El Conjunto de Ítems de TEPT Complejo Adicional a los CAPS (COPISAC; Lechner-Meichsner & Steil, 2021), toma como base la Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático administrada por el clínico (CAPS, revisado en el apartado 2.1.1) sumando tres preguntas para evaluar los síntomas de DSO, incluyendo la descripción y la frecuencia de cada síntoma y dos preguntas más para medir el deterioro funcional. Los autores originales anexan la entrevista, sin embargo, no ofrecen datos de validez ya que aparentemente se encuentran en ese proceso.

La Entrevista Internacional de Trauma (ITI; Roberts *et al.*, 2019, 2022) es una entrevista clínica semiestructurada que debe ser aplicada por un clínico entrenado. Evalúa los síntomas de TEPT y DSO, también utiliza el CAPS para los tres grupos de síntomas de TEPT durante el último mes en una escala de cinco (de 0 = ausente a 4 = extremo o incapacitante), los síntomas de deterioro funcional se puntúan de 0 = sin impacto adverso hasta 4 = impacto extremo, poco o ningún funcionamiento. La segunda sección abarca los tres grupos de síntomas de DSO, los cuales se miden con una escala de 0 = nada a 4 = extremadamente, también incluye preguntas para evaluar el deterioro funcional. La puntuación total tanto para TEPT como para DSO va de cero a 24 para cada uno. Para cumplir con el criterio de cada constructo se debe puntuar por cada síntoma y del deterioro funcional al menos un nivel moderado de gravedad (≥ 2). La varianza de puntuación para TEPTC va de 0 a 48. Este instrumento se encuentra en evaluación y solo está disponible para quienes participan en el proceso de validación (Gelezelyte *et al.*, 2022).

Como se abordó en este apartado desde inicios de los 90`s se había intentado incluir una variante compleja de TEPT, con base en observaciones clínicas algunas personas presentan tres síntomas particulares que no estaban contemplados en la sintomatología de TEPT, los cuales son: dificultades en la regulación emocional, mal concepto de sí mismos y dificultad en la vinculación con otros significativos. Esta variante compleja de TEPT ha sido incluida en la última clasificación de enfermedades en el CIE-11. También se habló de ciertas experiencias que tienen un mayor riesgo de desarrollar TEPT, como el estar en cautiverio y desastres naturales. Por otro lado, las experiencias que predicen tanto TEPT como TEPTC son abuso sexual en la infancia y en la adultez. A continuación, se hablará sobre modelos explicativos del TEPTC.

2.2.2. Modelos Explicativos del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo

Shevlin *et al.* (2018) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de confirmar la validez del diagnóstico propuesto en el CIE-11 del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo a través de la evaluación de modelos alternativos de desórdenes de estrés traumático utilizando la sintomatología presentada, así como medidas estandarizadas. Los y las participantes son sobrevivientes de trauma psicológico ($n = 195$, $M = 41$, $DE = 12.4$, 65.1% mujeres). Evaluaron TEPT utilizando la Lista Checable para TEPT (PCL-5; Blevins *et al.*, 2015), la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz & Roemer, 2008) para medir la regulación emocional, la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965) para autoconcepto, el Inventario de Problemas Interpersonales (IIP; Soldz *et al.*, 1995) para los problemas interpersonales; el Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) para las experiencias adversas en la infancia y Lista Checable de Eventos de Vida (LEC; Weathers *et al.*, 2013) para medir la exposición a eventos potencialmente traumáticos. Realizaron el análisis factorial confirmatorio (CFA) para probar la estructura latente del TEPTC. Los síntomas de TEPT (reexperimentación, evitación e hiperactivación) se midieron utilizando siete ítems del PCL-5. La alteración en la autoorganización (DSO) fue medida realizando siete modelos. Concluyeron que el modelo estructural que incorpora seis factores de primer orden, que son: reexperimentación, evitación de recordatorios traumáticos, sensación de amenaza, desregulación afectiva, autoconcepto negativo y alteraciones en las relaciones, y dos factores de segundo orden: TEPT y DSO, fue el mejor modelo, ya que presentó una buena validez concurrente ($BIC = 7957.55$; $X^2 = 101.524$, $p < .05$; $RMSEA = 0.062$, 90% CI [0.041-0.082]; $CFI = 0.944$; $TLI = 0.924$; $SRMR = 0.046$). Las cargas factoriales de segundo orden para el factor de TEPT fueron: reexperimentación = 0.94, evitación = 0.81 y amenaza = 0.70. Para el factor DSO

fueron: desregulación afectiva = 0.79. autoconcepto negativo = 0.89 y perturbaciones en las relaciones = 0.90. Tanto los factores de TEPT como los de DSO fueron estadísticamente significativos ($p < .05$). La correlación entre TEPT y el factor DSO fue de 0.72, $p < .05$.

Guo *et al.* (2021) realizaron una investigación ($n = 1361$, 65.83% mujeres, $M = 20.73$ años, $DE = 1.88$) con el objetivo de examinar la relación entre las EAI y el TEPTC. Para evaluar las EAI utilizaron la Escala Revisada de Experiencias Adversas en la Infancia (Finkelhor *et al.*, 2015) y para TEPTC utilizaron el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; Cloitre *et al.*, 2018). Encontraron que los síntomas de TEPT están correlacionados significativamente y de forma positiva con los síntomas de DSO ($r = 0.61$, $p < .001$). Además, encontraron que los síntomas DSO tienen una correlación significativa y positiva con las EAI ($r = 0.38$, $p < .001$). Con relación al modelo del efecto, descubrieron que las EAI predisponen síntomas de TEPT y DSO ($\chi^2 = 140.01$, $df = 12$, $p < .001$, $CFI = 0.98$; $RMSEA = 0.09$, 95% CI [0.08, 0.10], $SRMR = 0.03$), mientras que el modelo de ecuaciones estructurales mostró que las EAI están positivamente asociadas con TEPT ($\beta = 0.33$, 95% CI [0.27, 0.40], $p < .001$) y con síntomas de DSO ($\beta = 0.35$, 95% CI [0.28, 0.42], $p < .001$) indicando que las EAI son un factor común en TEPT y DSO.

Maercker *et al.* (2022) llevaron a cabo un estudio ($n = 251$) para probar un modelo en cascada del TEPTC enfocado en el trauma infantil, maltrato, apego y factores socio-interpersonales. Estudiaron a adultos a partir de los 50 años que estuvieron expuestos a condiciones severas de adversidad en la infancia y/o adolescencia ($n = 126$, $M = 70.8$ años, 42% mujeres) utilizando un grupo control pareado en edad ($n = 125$, $M = 70.6$ años, 51% mujeres). Para medir abuso y maltrato en la infancia y adolescencia utilizaron el Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ; Bernstein *et al.*, 2003; Wingefeld *et al.*, 2010), el apego ansioso y evitativo lo evaluaron con el Cuestionario de Experiencias de las Relaciones Cercanas Revisado (ECR-R;

Ehrenthal *et al.*, 2009; Fraley *et al.*, 2000), para medir TEPTC utilizaron el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; Cloitre *et al.*, 2018), para la satisfacción en la vida utilizaron la Escala de Satisfacción en la Vida (SWLS; Diener *et al.*, 1985; Janke & Glöckner-Rist, 2012), para medir la exposición a trauma en la adultez utilizaron la Lista Checable de Experiencias Traumáticas (TEC; Nijenhuis *et al.*, 2002; Schumacher *et al.*, 2012), y finalmente para medir la autoeficacia utilizaron la Escala General de Autoeficacia Alemana (GSE; Schwarzer & Jerusalem, 2010). El grupo de alto riesgo reportó menores niveles educativos y peores recursos económicos en comparación con el grupo control. Las experiencias severas de adversidad en la infancia y adolescencia comenzaron a edad temprana con una media de 4.7 años en el primer evento y 11.7 años el último. En todos los tipos de trauma infantil y maltrato el grupo de riesgo tuvo los porcentajes más altos, como ejemplo, en abuso sexual fue 59.7% vs 29.6% del grupo control. El tipo de trauma infantil más reportado fue negligencia emocional para ambos grupos, 100% grupo en riesgo y 72.8% grupo control. Además, los puntajes de TEPTC fueron mayores en el grupo de riesgo (6.35% vs 3.2% del control). El modelo confirmado con mayor asociación en el grupo de riesgo fue: abuso emocional, negligencia emocional y física asociados con el apego ansioso ($\beta = |0.20| - 0.30$) y todos los factores socio-interpersonales (disposición a revelar experiencias de trauma, reconocimiento social y red de apoyo social; $\beta = |0.27| - 0.54$), que, a su vez, se asoció con los síntomas del TEPTC.

Existen similitudes conceptuales entre el TEPTC y el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), por lo cual Frost *et al.* (2020) realizaron un análisis para probar tres modelos a través de procedimientos de modelado dimensional con la finalidad de identificar las características semejantes y distintas entre los trastornos antes mencionados. Con una muestra de 617 personas, mujeres en su mayoría (78%), con una media de 33.41 años (DE = 11.95, rango de 18 a 80). Utilizaron el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; Cloitre *et al.*, 2018) para evaluar los

síntomas de TEPTC, la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-5, módulo de Trastorno Límite de la Personalidad (SCID-II; First, Williams, Benjamin, *et al.*, 2016), para la exposición a trauma utilizaron la Lista Checable de Eventos de Vida para DSM-5 (LEC; Weathers *et al.*, 2013), y finalmente utilizaron el Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5; World Health Organization, 1998). El modelo más apropiado, según los datos obtenidos, hace referencia a la estructura general de vulnerabilidad a la psicopatología compartida por ambos trastornos. Encontraron que los síntomas de desregulación emocional (DSO) están asociados significativamente con TEPT ($r = 0.30$, $p < .001$) y con TLP ($r = 0.58$, $p < .001$). Además, descubrieron que puntuaciones altas en el factor general estuvieron significativamente asociadas con niveles bajos de bienestar psicológico ($\beta = -0.45$, $p < .001$), no estar en una relación de pareja ($\beta = 0.13$, $p = .006$), bajo nivel educativo ($\beta = -0.12$, $p = .009$) y trauma acumulativo ($\beta = 0.10$, $p = .020$). Dos variables estuvieron asociadas significativamente con altas puntuaciones de TEPT: trauma acumulativo ($\beta = 0.32$, $p < .001$) y pertenecer al sexo femenino ($\beta = 0.20$, $p < .001$). No se encontraron factores de riesgo significativamente asociados con la puntuación de DSO.

Existen varios modelos explicativos del TEPTC, están los propuestos por Frost *et al.*, 2020; Guo *et al.*, 2021; Maercker *et al.*, 2022; Shevlin *et al.*, 2017. Algunos de los datos más significativos son la confirmación de que el abuso emocional, la negligencia física y emocional están más asociados con el apego ansioso y con factores socio-interpersonales (disposición a revelar la experiencia de trauma, reconocimiento social y la red de apoyo), y que, a su vez, estuvieron asociados a TEPTC. Ahora, se hablará acerca de los factores de riesgo para el desarrollo de TEPT y de TEPTC.

2.3. Factores de riesgo del Trastorno por Estrés Postraumático y del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo

Los factores de riesgo son características o circunstancias de una persona o grupo de personas que son detectables, relacionados con la probabilidad de estar expuesto a desarrollar un proceso mórbido; asociados a un cierto tipo de daño a la salud (Echemendía-Tocabens, 2011).

En el caso particular para desarrollar TEPT como factores de riesgo están: las características del trauma, de la persona y del contexto social; después de un desastre natural el 15% presenta TEPT en contraste con el 80% de las víctimas de agresiones sexuales (Crespo-Generelo *et al.*, 2019). La desventaja social, la edad, el sexo femenino, el estado civil soltero, tener menos educación, ingresos familiares bajos y el desempleo están asociados con un incremento en el riesgo de TEPT entre las personas expuestas a trauma (Koenen *et al.*, 2017). El maltrato físico y el emocional en la infancia están asociados con un mayor riesgo de desarrollo de TEPT (Flores-Franco, 2016). Muchos de estos factores tienen en común un alto grado de estrés.

El trauma en la infancia y el maltrato representan un riesgo para el posterior desarrollo de TEPTC. Este trastorno ha sido vinculado con múltiples consecuencias, como problemas en la vinculación y la regulación de los afectos, disociación, problemas en el control de la conducta, deficiencia en varias funciones cognitivas y enfermedades físicas (Maercker *et al.*, 2022).

2.3.1. Estrés Crónico

El estrés es una respuesta psicofisiológica ante una circunstancia que puede implicar un desafío o una amenaza de daño. La respuesta fisiológica comprende una cascada de cambios en los sistemas endocrino, nervioso, cardiovascular, inmune y microbiótico (Toro-Trallero, 2021).

El miedo y la amenaza, generalmente, son considerados factores de estrés negativo. Existen dos formas de vivir una experiencia estresante, una puede ser interpretada

(inconscientemente) como una amenaza (enfrentamiento centrado en la emoción), la otra como un desafío (enfrentamiento centrado en el problema), así define Lazarus (1974) su modelo dicotómico, y así sustenta que ante la misma situación se puede tener dos reacciones, si se concibe como amenaza habrá una fuerte reacción emocional que dominará la conducta y que sólo después de algún tiempo podrá referirse a una respuesta lógica (Rom & Reznick, 2015), la persona concluye que la situación se le escapa de su control, piensa que no puede resolverlo, como tener una enfermedad terminal o un despido laboral, en este caso se buscará evitar la amenaza (Toro-Trallero, 2021); si es interpretada como desafío la etapa emocional será relativamente corta dando lugar a una respuesta lógica más larga (Rom & Reznick, 2015), buscando resolver el problema con los recursos personales. Es así como Lazarus consideró que el estrés psicológico está modelado por factores personales y sociales (Toro-Trallero, 2021).

El ciclo del estrés fue propuesto con la finalidad de integrar las visiones de la respuesta al estrés fisiológico y psicológico, ya que estas existían de forma independiente, unificando la respuesta psicobiológica del estrés. Este ciclo está compuesto por cuatro fases: de reposo, de tensión, de respuesta y de alivio (Rom & Reznick, 2015).

El pensamiento médico más común con relación al estrés es que se genera por un evento aislado, como lo serían las experiencias de divorcio, la pérdida de empleo repentina o la muerte de un ser querido. Aunque estas experiencias pueden ser una fuente de estrés muy alto, el estrés crónico diario que se puede experimentar cuando se vive una experiencia adversa continuada, como maltrato, es mucho más dañino a largo plazo (Maté, 2012).

Dentro de las posibles consecuencias del estrés prolongado o persistente es la secreción de ciertas hormonas, como el cortisol, que pueden llegar a afectar órganos vitales, como el cerebro, el corazón o el hígado. Los efectos adversos en el sistema nervioso, y en particular en el cerebro,

pueden cambiar la estructura de este, generando un impacto negativo en la memoria y la cognición; la gravedad de los efectos dependerá de la duración del estrés (Noushad *et al.*, 2021).

Van der Kolk (2015) hace referencia a las implicaciones fisiológicas que tiene el poseer un sistema biológico que permanentemente bombea hormonas del estrés para hacer frente a amenazas reales o imaginarias; los cuales son: trastornos del sueño, cefaleas, dolor inexplicable, sensibilidad extrema al tacto o al sonido.

La exposición a un ambiente temprano adverso, particularmente a maltrato infantil, altera el sistema biológico que media el estrés. El maltrato infantil puede conducir a cambios en la expresión génica, siendo uno de los predictores más fuertes del TEPT. Sin embargo, menos del 40% de niños, niñas y adolescentes que tienen este tipo de experiencias se les diagnostica con TEPT, esto sugiere que el maltrato infantil por sí mismo es insuficiente para explicar el posterior desarrollo de TEPT (Shenk *et al.*, 2021); estos autores realizaron un estudio, con diseño de casos y controles, que examinó si la aceleración de la edad epigenética pudiera explicar la variación en el diagnóstico de TEPT posterior al maltrato infantil, con una muestra de 70 niños, niñas y adolescentes de entre 8 y 15 años ($M= 12$, $DE= 2.37$), siendo el 66% mujeres, con al menos 12 meses de exposición al maltrato. Midieron la adversidad en la infancia con la Entrevista Integral sobre Traumas (CTI por sus siglas en inglés; Horowitz, 1998), pruebas biológicas como el EPIC (The Infinium Methylation EPIC Beadchip) para medir la variación de la metilación del ADN, calcularon la edad epigenética con el método de Horvath (Horvath & Raj, 2018), para medir el TEPT utilizaron la Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático Infantil (CPSS por sus siglas en inglés; Foa *et al.*, 2001). Entre el grupo de expuestos el 50% fue a abuso físico, 41% a abuso sexual y 9% a negligencia, descubrieron que la aceleración de la edad epigenética predice el estado de TEPT actual ($OR = 2.35$, 95% CI: 1.22 - 4.51) (Shenk *et al.*, 2021).

Como se observó en este apartado se han identificado en la literatura factores de riesgo para el desarrollo de TEPT y de TEPTC, para el primero son la desventaja social, edad y sexo femenino, en el caso del segundo a los factores antes mencionados se sumaría el trauma interpersonal. El maltrato infantil es uno de los factores de riesgo más importantes para ambos trastornos, sin embargo, existen autores que argumentan que existen inconsistencias en la literatura con relación a qué tipos de experiencias están asociadas con el posterior desarrollo de estos trastornos. A continuación, se expondrá la prevalencia de ambos trastornos.

2.4. Epidemiología del Trastorno por Estrés Postraumático y del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo

La OMS realizó entrevistas cara a cara en 24 países con el objetivo de evaluar la exposición a eventos traumáticos y TEPT (n= 71,083). Utilizaron la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI; WHO, 1990) para evaluar la exposición a eventos traumáticos, TEPT y otros trastornos psiquiátricos de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. A nivel internacional en población general el TEPT llegó al 3.9%, con variación dependiendo de países por tipo de ingreso (alto 5%, medio alto 2.3% y medio bajo 2.1%). Entre la población expuesta a trauma el porcentaje aumenta (5.6%) (Koenen *et al.*, 2017).

Se realizó una encuesta a población general en 24 países en los 6 continentes, proporcionando datos representativos a nivel mundial, con una muestra de 68,894 adultos a quienes se preguntó si habían estado expuestos a eventos traumáticos, encontraron que 70.4% ha vivido al menos una experiencia traumática, mientras que 30.5% estuvieron expuestos a cuatro o más. Por país los rangos fueron amplios, desde porcentajes bajos en Bulgaria (28.6%) hasta altos en Ucrania (84.6%). Los eventos más experimentados fueron: presenciar una muerte o heridas graves (26.3%; IQR 20.4 - 31.4), vivir inesperadamente la muerte de un ser querido (31.4%; IQR

23.3 - 36.9), accidente automovilístico con riesgo de muerte percibido (14%; IQR 9.3 - 16.3) y enfermedad o herida que amenazaba la vida (11.8%; IQR 8.0 - 13.2) (Benjet *et al.*, 2016).

Existen estudios en donde se afirma que el haber vivido EAI contribuye a desarrollar vulnerabilidad para TEPT (McCall-Hosenfeld *et al.*, 2014; McKernan *et al.*, 2019). Por ejemplo, un estudio menciona que 42.5% de las personas que vivieron más de una experiencia adversa en la infancia desarrollan TEPT (Sachs-Ericsson *et al.*, 2017).

Una investigación que tuvo como objetivo conocer la prevalencia de TEPT en México (n = 1,602 mujeres, 907 hombres, rango de 18 a 92), encontró que el 76% estuvo expuesto al menos a un evento potencialmente traumático (71% mujeres, 83% hombres), siendo la exposición múltiple a trauma lo más común. Utilizando los criterios diagnósticos del DSM-4, 59% cumplió con el diagnóstico de TEPT y 7% TEPT crónico. Este estudio sugiere que 1 de cada 9 personas en zonas urbanas en México tiene TEPT (Norris *et al.*, 2003).

En México el 69.8% ha estado expuesto a un evento potencialmente traumático (Benjet *et al.*, 2013). Otro estudio encontró que el 68% de la población ha estado expuesta, por lo menos, a un suceso estresante en su vida, de este porcentaje el 2.3% de las mujeres desarrollaron TEPT a diferencia del 0.49% en los hombres (Medina-Mora *et al.*, 2005). Recientemente se encontró que los síntomas de TEPT, con una prevalencia de 5.7%, son el tercer problema de salud mental en México (Medina-Mora *et al.*, 2023).

En Estados Unidos se estima una prevalencia de 0.5 a 3.8% de TEPTC, llegando a aumentar en poblaciones específicas, como en los veteranos (13%) o sobrevivientes de abuso institucional en la infancia (21%). Aproximadamente un cuarto de quienes cumplen los criterios de TEPT también cumplen los de TEPTC (Salter & Hall, 2022).

Un estudio llevado a cabo para determinar si la exposición a trauma interpersonal en los primeros 18 años de vida está asociado con un elevado riesgo de sintomatología de TEPTC en

comparación con TEPT, con una muestra de 2,980 personas de 24 años, 51.9% hombres, realizando entrevistas telefónicas preguntando si habían experimentado directamente las siguientes experiencias: muerte de un familiar cercano, accidente de tráfico, casi ahogamiento, haber sido víctima de robo, agresión física en la infancia y en la adultez, bullying y abuso sexual en la infancia (la entrevista también contaba con medidas de detección de sintomatología de TEPT y de TEPTC), encontraron que 87.1% había estado expuesto al menos a un evento traumático en su vida, 3% cumplió los criterios para TEPT y 1% TEPTC. En general las mujeres fueron más propensas a TEPT (3.5% vs 2.1%) y TEPTC (1.3% vs 0.6%) que los hombres. El efecto acumulativo al trauma interpersonal en la infancia constituye un riesgo para desarrollar TEPTC en comparación con TEPT ($X^2 = 29.95$, $p = .002$) con una razón de probabilidades o razón de momios para una experiencia traumática en la infancia de $OR = 2.00$ ($p = 0.51$, 95% $CI = 0.26 - 15.53$), dos experiencias traumáticas $OR = 2.57$ ($p = 0.37$, 95% $CI = 0.33 - 19.82$) y tres experiencias traumáticas $OR = 77.66$ ($p = 0.005$, 95% $CI = 3.67 - 1645.78$), lo cual indica que a mayor exposición a eventos traumáticos mayor es el riesgo de desarrollar TEPTC (Hyland *et al.*, 2017).

Como se observó en este apartado la prevalencia de TEPT y TEPTC es alta, a nivel internacional el TEPT es del 4% en población general, aumentando el porcentaje en población con trauma en la infancia (43%). En México se estima que 1 de cada 9 personas en zonas urbanas lo desarrolla. En Estados Unidos entre el 0.5 al 3.8% desarrolla TEPTC, aumentando en poblaciones específicas, como en sobrevivientes de abuso institucional en la infancia (21.4%). Aproximadamente 1 de cada 4 personas que cumplen los criterios de TEPT también cumplen los de TEPTC. Otros autores indican que a mayor exposición a eventos traumáticos mayor riesgo de desarrollar TEPTC.

Se revisó en este capítulo los principales síntomas de TEPT. Existen diferentes modelos teóricos que abordan su origen y mantenimiento. Desde los 90's se buscó incluir una variante compleja de TEPT, ya que clínicos e investigadores observaron una clase de síntomas diferentes en un grupo de pacientes con TEPT, estas personas eran sobrevivientes de trauma interpersonal prolongado. No es sino hasta el surgimiento del CIE-11 que se incluye esta categoría diagnóstica (TEPTC). Varios autores argumentan que el trauma en la infancia y el maltrato representan un riesgo para desarrollar estos trastornos, el abuso sexual y físico en la infancia está asociado a TEPTC, la desventaja social, edad, ser mujer, soltero/a, tener menos educación, ingresos bajos y desempleo para TEPT.

Capítulo 3.- Dolor Crónico Primario

Este capítulo habla acerca del dolor crónico, se abordan definiciones, clasificación y epidemiología. Explora las similitudes y diferencias de los diferentes tipos de dolor crónico. Se trata especialmente el dolor crónico primario considerando la nueva clasificación del CIE-11 y las anteriores a esta, como lo son el diagnóstico de enfermedades sin causa orgánica aparente, condiciones somáticas funcionales, síntomas somatomorfos, trastornos conversivos o trastornos de sensibilización central somático y visceral. Se analiza el vínculo existente entre el estrés y el posterior desarrollo de enfermedades mentales y fisiológicas. Se finaliza con la evidencia existente del vínculo entre las EAI, TEPT, TEPTC y dolor crónico primario.

3.1. Definición, Clasificación y Epidemiología del Dolor Crónico y del Dolor Crónico Primario

El dolor es una señal perceptiva de nuestro cuerpo, sensorial y emocional, que nos permite evaluar un daño real o potencial. Es una respuesta adaptativa ante una herida, pero puede ser que persista volviéndose un problema, contribuyendo con estrés, ansiedad y depresión, interfiriendo en la funcionalidad (International Association for the Study of Pain [IASP], 2020; Kind & Otis, 2019). Es una experiencia individual y muy compleja, con componentes explicativos y consecuencias biopsicosociales (Martucci & MacKey, 2018) llegando a ser, dentro de las causas de consulta médica, una de las principales (Beutel *et al.*, 2020; García-Andreu, 2017; Mills *et al.*, 2019). No puede ser inferido exclusivamente por la actividad de neuronas sensoriales, como en el caso de la nocicepción, por ello la experiencia dolorosa manifestada debe ser respetada (Raja *et al.*, 2020).

El dolor crónico está presente por más de tres meses y no responde a los tratamientos médicos habituales. A menudo no existe una patología o daño que lo justifique (Nijs *et al.*, 2021; Wang & Mullally, 2020), como es el caso del dolor crónico primario. A nivel mundial es la enfermedad con mayor prevalencia que provoca incapacidad, teniendo un alto costo económico e impacto en la salud pública. Entre las condiciones crónicas es el que causa mayor número de años vida con incapacidad (AVAD; Nijs *et al.*, 2021),

El dolor crónico, según la clasificación internacional de enfermedades en su 11va revisión (CIE-11; OMS, 2019b), está incluido como una entidad independiente de enfermedad y lo clasifica de la siguiente manera:

MG 30 Dolor crónico primario. Sus subtipos son:

MG 30.00 Dolor visceral crónico primario.

MG 30.01 Dolor generalizado crónico.

MG 30.02 Dolor músculo esquelético crónico primario.

MG 30.03 Cefalea crónica o dolor bucofacial crónico primario.

MG 30.04 Síndrome de dolor regional complejo.

MG 30.1 Dolor crónico por cáncer.

MG 30.2 Dolor crónico posquirúrgico o postraumático.

MG 30.3 Dolor musculoesquelético secundario crónico.

MG 30.4 Dolor visceral secundario crónico.

MG 30.5 Dolor neuropático crónico.

MG 30.6 Cefalea o dolor bucofacial secundario crónico

Para los intereses de este estudio solo se detalla el dolor crónico primario, el cual está presente en una o más regiones anatómicas. Se caracteriza por angustia emocional, como,

ansiedad, ira, frustración o ánimo deprimido, y/o discapacidad funcional. Su etiología es multifactorial (OMS, 2019b)

A pesar de que la 11va revisión del CIE fue presentada en enero de 2019 entró en vigor a partir de enero de 2022 con la finalidad de dar tiempo para su conocimiento y aplicación (INEGI, 2021a), lo que podría resultar en una prevalencia diagnóstica baja o nula por lo cual se considera incluir los diagnósticos que debido a su definición (sin causa orgánica aparente), serían homólogos a esta clasificación como la fibromialgia, el dolor musculoesquelético no específico, cefaleas o migrañas no específicas y el síndrome de colon irritable (Margarit, 2019).

Otra clasificación homologa son los síndromes somáticos funcionales en medicina o los trastornos con síntomas somáticos (o somatomorfos) en psiquiatría. Los primeros son trastornos con síntomas físicos no atribuibles a una lesión. Algunos ejemplos son: síndrome de fatiga crónica en medicina interna, fibromialgia en reumatología (Pitron *et al.*, 2019), en gastroenterología, el síndrome de colon irritable (Nicholas *et al.*, 2019); en neurología, la cefalea tensional; en ortopedia, el dolor lumbar (Barrera *et al.*, 2015). El término funcional describe que la alteración se encuentra en la función, no en el sistema nervioso. Existe otro término, el de síntomas médicamente no explicados (MUPS) describiendo síndromes clínicos inespecíficos (como el de fatiga crónica o el de colon irritable) y a los trastornos somatomorfos en general (Restrepo & Restrepo, 2019).

Un metaanálisis encontró que la prevalencia de al menos un trastorno somático funcional en la consulta primaria es entre 26 a 35% (Pitron *et al.*, 2019). Los trastornos neurológicos funcionales, antes denominados trastornos conversivos, pueden llegar a justificar hasta el 14% de las consultas nuevas en neurología. Tienen una prevalencia de 20 a 25% en atención primaria, siendo más frecuente en países no industrializados y con bajos niveles socioeconómicos (Restrepo & Restrepo, 2019). Los más comunes son la fibromialgia, la migraña crónica y el dolor

pélvico crónico (Martucci, 2020); y dentro de este último, como uno de sus subtipos, la vulvodinia (Radici *et al.*, 2020).

El diagnóstico psiquiátrico, desde la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM), que busca dar cuenta de síntomas físicos crónicos que no pueden ser explicados médicamente ha sufrido modificaciones a través del tiempo, desde el diagnóstico de histeria (DSM 1 y 2) pasando por los trastornos somatomorfos (DSM 3 y 4) llegando al trastorno con síntomas somáticos del DSM-5 (Pitron *et al.*, 2019). Otra clasificación desde la clasificación internacional de enfermedades en su 10ma edición (CIE-10) sería el trastorno somatomorfo (Popkirov *et al.*, 2020).

En cuanto a la etiología se requiere un mejor enfoque explicativo, para lo cual sería necesario eliminar la distinción entre el origen biomédico o el psicológico, buscando un enfoque más equilibrado (Henningsen *et al.*, 2018; Kirmayer & Gómez-Carrillo, 2019; Rabhi *et al.*, 2010).

Se sabe que existen factores genéticos que contribuyen a la vulnerabilidad de los síndromes somáticos funcionales y también al dolor crónico general, pero sólo explican hasta el 30% de la varianza. En el factor psicosocial predisponente a estos síndromes, las EAI juegan un rol aumentando hasta cuatro veces la probabilidad de desarrollar estos síndromes. Otros factores son las enfermedades orgánicas agudas, las condiciones laborales estresantes y los eventos vitales adversos (Denk *et al.*, 2014; Kato *et al.*, 2010; McEwen, 2017a).

La sensibilización central es un mecanismo neurofisiológico asociado con una mayor sensibilidad y respuesta al dolor. No existen biomarcadores que puedan ayudar a diagnosticarla. Sin embargo, existen ciertos signos y síntomas que pueden sugerir su presencia, como son la alodinia (dolor continuo, espontáneo y generalizado ante un estímulo que no suele ser doloroso) y la hiperalgesia (dolor intenso y prolongado después de un estímulo aparentemente inocuo). Esta

condición no es sinónimo de problemas psicológicos, sin embargo, los factores psicológicos pueden influir en este fenómeno a través de la modulación descendente. No siempre puede depender de una evaluación de fuentes potenciales nociceptivas (“nocicepción: proceso neural de codificar estímulos nocivos” [IASP, 2023]). Se llega al diagnóstico por exclusión, como en el dolor lumbar inespecífico (Van-Griensven *et al.*, 2020). Dentro de los síndromes de esta condición hay dos clasificaciones: los somáticos (fibromialgia y síndrome de fatiga crónica) y los viscerales (vulvodinia y el síndrome de colon irritable) (Chandan *et al.*, 2020).

La vulvodinia, de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvovaginal (ISSVD por sus siglas en inglés) así como la Sociedad Internacional del Dolor Pélvico (IPPS por sus siglas en inglés), se podría clasificar como dolor crónico primario. Sin embargo, no está incluida dentro de esta categoría, por lo que se considera que los criterios de la CIE-11 están desactualizados con respecto a la vulvodinia. La sintomatología de este padecimiento puede presentarse con una sensación crónica de ardor y dolor de la piel de la vulva, o del piso pélvico, sin causa específica, los síntomas pueden ser difusos y no provocados. Está asociada con angustia emocional significativa y discapacidad funcional (Radici *et al.*, 2020).

Otro ejemplo es el dolor nociplástico, que surge de la nocicepción alterada, ya que no existe evidencia de enfermedades o lesiones del sistema somatosensorial (IASP, 2023). La sensibilización central no es parte del dolor nociplástico, sin embargo, es frecuente que se encuentre en las condiciones de ese tipo de dolor (Nijs *et al.*, 2021).

Existen paralelismos entre los estadios físicos y emocionales en el miedo condicionado, presentes los primeros en el dolor nociplástico y la somatización, y los segundos en el TEPT, lo que da sustento a la hipótesis que sustenta que comparten vías etiológicas (Harvey, 2023).

Estudios confirman la idea de que el dolor físico y el emocional comparten algunos mecanismos neurales subyacentes (Kind & Otis, 2019; Ortiz & Velasco, 2017; Woo *et al.*, 2021). Así, el dolor físico que se experimenta al recibir un golpe podría activar los mismos mecanismos de dolor que la pérdida o ruptura de un vínculo emocional. Imágenes de neuroanatomía han comprobado que las mismas zonas del cerebro que se activan al experimentar dolor físico, se activan con el dolor emocional y social (Frazzetto, 2014; McEwen, 2017b; van Wilgen & Keizer, 2012). Se ha comprobado que regiones cerebrales involucradas en el procesamiento del dolor, ansiedad y memoria juegan un papel en la experiencia del dolor, la cual puede ser generada en nuestros cerebros por las vivencias pasadas (Martucci, 2020; Martucci & MacKey, 2018).

El dolor puede volverse crónico debido a estados psicológicos previos causado por procesos como la sensibilización cruzada, en donde la exposición a una experiencia de alto estrés en el pasado, como un trauma infantil o pérdida de uno de los progenitores, confiere mayor sensibilidad a otros estímulos que en apariencia no están relacionados (Ortiz & Velasco, 2017). Existen consecuencias fisiológicas cuando se tiene un sistema biológico que se percibe en peligro constante, ya que permanentemente bombea hormonas del estrés para enfrentar la amenaza, algunas de ellas son: dolor inexplicable o dolores de cabeza (van der Kolk, 2015).

Rangel-Granados (2017) menciona varios estudios en donde se han monitoreado funciones corporales con el fin de entender mejor los procesos de salud-enfermedad realizados a través del monitoreo fisiológico. Uno de estos estudios, en población con dolor crónico, demostró que la percepción del estímulo doloroso cambiaba si los pacientes tenían o no una historia traumática o un nivel alto de estrés actual, posiblemente modificando la modulación de las señales del dolor.

A nivel internacional se estima que 1 de cada 5 personas experimenta algún tipo de dolor crónico. En Estados Unidos 50 millones de personas padecen dolor crónico diario y para 19.6

millones este dolor limita su vida y/o su actividad laboral (Martucci, 2020). Otros autores mencionan que la prevalencia en ese país asciende a 100 millones de personas (Kind & Otis, 2019) o que se presenta en 1 de cada 3 personas (Ji *et al.*, 2018). El dolor crónico afecta entre el 25 al 29% de la población mundial representando un problema de salud pública (Instituto Nacional de Salud Pública. Centro de Información para Decisiones en Salud Pública [CENIDSP], 2020).

Aproximadamente 28 millones de habitantes en México padecen dolor crónico (Covarrubias-Gómez *et al.*, 2010). Asimismo, se estima que 27% de la población padece o padecerá dolor crónico en algún momento de su vida y que los costos de su atención son del 3% del producto interno bruto, siendo mayor que el gasto por enfermedades cardiovasculares y cáncer juntos (Miranda, 2017). El dolor es frecuente en la población de adultos mayores, el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento encontró que 42% de los adultos de más de 50 años sufren dolor, presente con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (48 vs 34%) (CENIDSP, 2020). La prevalencia global, comúnmente de naturaleza inespecífica, en países con bajo y mediano ingreso es 33%. En países de alto nivel económico como Inglaterra afecta a 1 de cada 3 adultos (Chandan *et al.*, 2020).

Se revisó en este apartado las diferentes clasificaciones diagnósticas anteriores a la nueva clasificación de dolor crónico primario del CIE-11, como los trastornos somáticos funcionales, síndromes de sensibilización central y síntomas médicamente no explicados. La prevalencia de los trastornos somáticos funcionales es alta en consulta primaria, siendo más frecuente en países no industrializados y con niveles socioeconómicos bajos. Los más comunes son la fibromialgia, migraña crónica y dolor pélvico crónico. En cuanto a la etiología, existen autores que proponen integrar los enfoques biomédico y psicológico. Algunos factores de riesgo son las EAI, enfermedades orgánicas agudas y eventos de vida adversos. A nivel internacional 1 de cada 5

personas experimenta algún tipo de dolor crónico. En México el 27% padece o llegará a padecer dolor crónico en algún momento de su vida. A continuación, se abordarán las teorías explicativas del dolor crónico primario.

3.2. Teorías Explicativas del Dolor Crónico Primario

El entendimiento acerca de como el dolor es procesado por el sistema nervioso central sigue en proceso. Se sabe que el cerebro es altamente plástico y que existen varias regiones cerebrales con diferentes funciones en el procesamiento y modulación del dolor, lo cual sustenta la visión del enfoque multimodal y multi-inervencionista en el tratamiento y la prevención del dolor crónico. Estudios con neuroimagen han demostrado como el sistema nervioso central de las personas con dolor crónico primario está alterado, así como los circuitos relacionados con la modulación del dolor, ya sea que están hiper o hipo activados (Martucci & MacKey, 2018).

Por otro lado, es posible que el dolor agudo se transforme en crónico ya que factores físicos, genéticos, medioambientales, psicológicos y sociales interactúan y pueden contribuir en la transición. Dentro de los factores físicos se encuentra el estrés, en los psicológicos el TEPT, abuso físico o psicológico, abuso sexual, entre otros. Se considera que estos factores pueden contribuir en el inicio del dolor agudo y de ahí convertirse en dolor crónico ya que una vez que pasan tres meses de dolor persistente se comienzan a producir cambios en el cerebro y la médula espinal, ocurriendo un recableado de las vías neuronales, que ha sido tratado y curado el dolor local esta reorganización del sistema nervioso central podría ocasionar que la experiencia dolorosa continuara y se volviera crónica (Martucci, 2020).

Martínez-Lavine (2021) menciona que la fibromialgia podría ser una enfermedad provocada por estrés que induce síndrome de dolor neuropático. Este autor hace referencia a una serie de estudios bajo los cuales llega a la conclusión de que, en el caso de las mujeres, diferentes

tipos de estresores, como una enfermedad o la traumatización en la infancia, pueden desembocar en dolor neuropático.

Otra teoría es que el dolor crónico es mantenido por la sensibilización central, ya que incrementa la respuesta neuronal en las vías centrales del dolor después de estímulos dolorosos (Ji *et al.*, 2018). Este modelo refiere que las zonas que procesan el dolor se sensibilizan y causan alodinia e hiperalgesia (Chandan *et al.*, 2020).

Algunos autores, a través del estudio de la variabilidad de la frecuencia cardiaca, han propuesto que las personas con fibromialgia pierden el “latido cardíaco saludable”, ya que deja de ser balanceado y armonioso, lo que podría explicar el síntoma de fatiga. Existen estudios longitudinales en donde la mejora en los parámetros de la variabilidad de la frecuencia cardíaca se acompaña de una disminución de síntomas de fibromialgia. Estos estudios han generado evidencia correlacional y no causal (Martinez-Lavin & Holman, 2021).

A pesar de que no existen señales de lesiones o disfunciones en el cerebro que expliquen el dolor crónico primario existen diferencias neurológicas en las estructuras y funciones de los y las pacientes con estas dolencias comparadas con neuroimágenes de cerebros de personas sanas (Martucci & MacKey, 2018). Factores epigenéticos podrían ocasionar la sensibilización de las vías del dolor en mujeres (Martínez-Lavín, 2021). Independientemente de la causa, el dolor es mucho más que solo una experiencia sensitiva, ya que impacta todos los aspectos de la vida (Kind & Otis, 2019).

Como se mencionó en este apartado, aún se desconoce como el dolor es procesado por nuestro cerebro, lo cual dificulta la formulación de teorías explicativas del dolor sin causa orgánica aparente. Sin embargo, empiezan a desarrollarse algunas de ellas, por ejemplo, las que consideran los efectos que tienen los factores emocionales y sociales negativos en el tiempo, las de dolor físico agudo que se convierte en crónico debido a factores físicos, genéticos,

medioambientales psicológicos y sociales, y las causadas por sensibilización central generando alodinia e hiperalgesia. Estudios de neuroimagen han demostrado que el sistema nervioso central de las personas con dolor crónico primario está alterado. Ahora se abordará el vínculo entre el estrés, las experiencias de vida traumáticas, la enfermedad y el desarrollo de TEPT y TEPTC.

3.3. Vínculo entre el Estrés, las Experiencias Traumáticas, la Enfermedad y el Desarrollo de Trastorno por Estrés Postraumático Simple y Complejo

La vivencia de una enfermedad que causa dolor crónico conlleva un riesgo de padecer, no solo para el paciente sino para su familia, ansiedad, depresión y TEPT. En pacientes enfermos críticos con dolor del Hospital General de México la prevalencia de ansiedad es entre el 11 y el 73% (entre el 35 y 72% para familiares), depresión entre el 4 y el 35% (entre el 16 y 75% para familiares) y TEPT entre el 8 y 60% (41% para familiares) (Carrillo-Torres *et al.*, 2016).

La presencia de dolor crónico y TEPT podrían estar asociadas, entre 20 y 50% de quienes tienen diagnóstico de TEPT pueden llegar a presentar dolor crónico comórbido (Crespo-Generelo *et al.*, 2019). Asimismo, la severidad de cualquiera de las dos condiciones se incrementa con la presencia de la otra (Gasperi *et al.*, 2021; Kind & Otis, 2019). Quizá los mecanismos similares, como el miedo, evitación y catastrofización, podrían explicar el mantenimiento de ambas condiciones. Se estima que entre 9 y 10% de pacientes con diagnóstico de TEPT buscan tratamiento para dolor crónico. Además, es más probable que esta población presente conductas suicidas en comparación con quienes sólo padecen dolor crónico y no las dos condiciones (Kind & Otis, 2019).

Conjuntamente, Fernández-Esmerats *et al.* (2021) mencionan que probablemente exista una bidireccionalidad entre ambos trastornos al estar conectados a través de factores cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos, debido a que el dolor podría servir como una experiencia

traumática pudiendo detonar el desarrollo de TEPT, y la hiperactivación, intolerancia al estrés y atención selectiva, que se observa en el TEPT, podrían exacerbar la experiencia de dolor.

El modelo de la triple vulnerabilidad (Barlow, 2002) conceptualiza la etiología del dolor y del TEPT, describiendo que existen tres vulnerabilidades: la biológica (influencia y predisposición genética), psicológica general (aprendizaje en la infancia en donde se puede integrar la creencia de que el mundo no es un lugar seguro, que no puede confiar en sí mismo y/o que no se tiene el control) y psicológica específica (la exposición a un evento traumático por sí mismo no desemboca necesariamente en dolor crónico o TEPT, para ello es necesario que se perciba el evento como impredecible e incontrolable), y que al presentarse juntas podrían desarrollar estos padecimientos. Además, estos autores mencionan que la catastrofización es un factor clave en la transición del dolor agudo al crónico, que a su vez también está implicado en la vulnerabilidad para desarrollar TEPT (Kind & Otis, 2019).

A pesar de que el TEPT es común en comorbilidad con el dolor crónico poco se sabe acerca de la asociación que existe entre ambas enfermedades (Andersen *et al.*, 2014; Harvey, 2023; McKernan *et al.*, 2019). Andersen *et al.* (2014) realizaron un estudio con dos objetivos, el primero fue investigar la asociación entre la probabilidad diagnóstica de TEPT con síntomas de dolor y el segundo comparar los resultados del tratamiento multidisciplinario en la rehabilitación de dolor crónico en pacientes con posible diagnóstico de TEPT y aquellos sin TEPT al ingreso, con diseño longitudinal a un año. Evaluaron a 194 pacientes para establecer la línea base midiendo TEPT, dolor, funcionamiento físico y mental (M= 48.24 años, DE= 12.93, 65% mujeres). Para evaluar la salud física y mental utilizaron la Encuesta de Salud de formato corto de 36 ítems (SF-36; Ware *et al.*, 1998) y para TEPT, el Cuestionario de Trauma de Harvard parte IV (HTQ; Mollica *et al.*, 1992). La intervención multidisciplinaria (n = 95, M = 41.3) reveló mayor prevalencia de TEPT en este grupo en comparación con la muestra inicial (30 vs 26%). Quienes

tenían la comorbilidad presentaban más problemas de salud, peor salud mental y peor funcionalidad física. En cuanto a la rehabilitación del dolor crónico los autores mencionan que el TEPT no influye en el tratamiento. Sin embargo, desconocen si el tratamiento tuvo algún impacto en la reducción de los síntomas de TEPT, ya que estos fueron medidos solo al inicio del estudio. Estos autores explican como los modelos biológicos (desregulación del sistema de respuesta ante el estrés) y cognitivo-conductuales (ideas catastróficas, depresión y evitación) del TEPT puede conducir a la sensibilización al dolor.

Las personas que han vivido experiencias traumáticas que su cerebro no ha podido integrar suelen tener flashbacks ante estímulos del presente o al narrar su historia, pudiendo experimentar una serie de reacciones fisiológicas (como la aceleración del ritmo cardiaco). Las personas ante un peligro reaccionan, en condiciones normales, con un aumento temporal de las hormonas del estrés ante la amenaza, pero cuando la amenaza desaparece el cuerpo vuelve a la normalidad. En cambio, las personas traumatizadas tardan mucho más en volver a dicha normalidad. Entre las consecuencias están: los problemas de atención y memoria, irritabilidad y trastornos del sueño. Existe otra posible reacción ante la amenaza, la negación. Esto consiste en que cuando el cuerpo registra la amenaza, la mente consciente la niega. Sin embargo, las señales de alarma no se detienen y las hormonas siguen haciendo su trabajo, enviando señales a los músculos para luchar o huir. Estos efectos a largo plazo pudieran expresarse a través de una enfermedad (van der Kolk, 2015).

Como se revisó, las experiencias con una carga alta de estrés, como el tener una enfermedad que causa dolor crónico, conduce a un riesgo de desarrollar ansiedad, depresión y TEPT. Entre 20 y 50% de las personas que tienen TEPT pueden tener dolor crónico, aumentando la severidad de cualquiera de las dos condiciones. Además, ambas presentan mecanismos

similares, como el miedo, la evitación y la catastrofización. A continuación, se hablará sobre la evidencia existente de la relación entre las EAI, TEPT y dolor crónico primario.

3.3.1. Evidencia de la Relación entre Experiencias Adversas en la Infancia, Trastorno por Estrés Postraumático, Simple y Complejo, y Dolor Crónico Primario

Utilizando la guía PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2021) se realizó una revisión del estado del arte tomando en cuenta las variables de EAI y de TEPT, en conjunto y por separado, en población con dolor crónico primario. La búsqueda se realizó con espacio temporal de enero 2012 a marzo 2023. Los criterios de inclusión fueron estudios observacionales cuantitativos con medición de las variables de interés (TEPT, con criterios diagnósticos de DSM, y EAI), en mujeres y hombres con dolor crónico primario en un rango de 18 a 65 años, de origen étnico indistinto. Los criterios de exclusión fueron artículos de casos únicos y aquellos con muestra en población infantil o adolescente. Resultados de interés para este trabajo son nueve estudios (Figura 1) de los cuales se extrajeron datos del año de publicación, edades, tamaño de la muestra, instrumentos, diseño del estudio, resultados y conclusiones (Tabla 4).

Dos de estos estudios evaluaron trauma psicológico en población con dolor crónico (Driscoll *et al.* 2015; Sprang *et al.* 2020). El primer estudio evaluó trauma en la infancia y violencia sexual en la adultez, utilizando cuestionarios validados, pero no describió el tipo de dolor crónico de los y las participantes (Driscoll *et al.* 2015). El otro evaluó la exposición a violencia física y sexual en infancia y en la adultez dando los resultados globalmente, no utilizó instrumentos estandarizados y no especificó el tipo de dolor crónico de la muestra (Sprang *et al.* 2020). Los restantes siete evaluaron ambas variables de interés y las describieron específicamente (Coppens *et al.*, 2017; Hellou *et al.* 2017; McCall-Hosenfeld *et al.* 2014; McKernan *et al.*, 2019; Prangnell *et al.* 2020; Sachs-Ericsson *et al.* 2017; Smith *et al.*, 2022). Los artículos sin claridad

en la evaluación del dolor crónico primario fueron el de Sachs-Ericsson *et al.* (2017) y Smith *et al.* (2019).

Figura 1

Resultados y registros de las búsquedas realizadas en bases de datos. PRISMA 2020

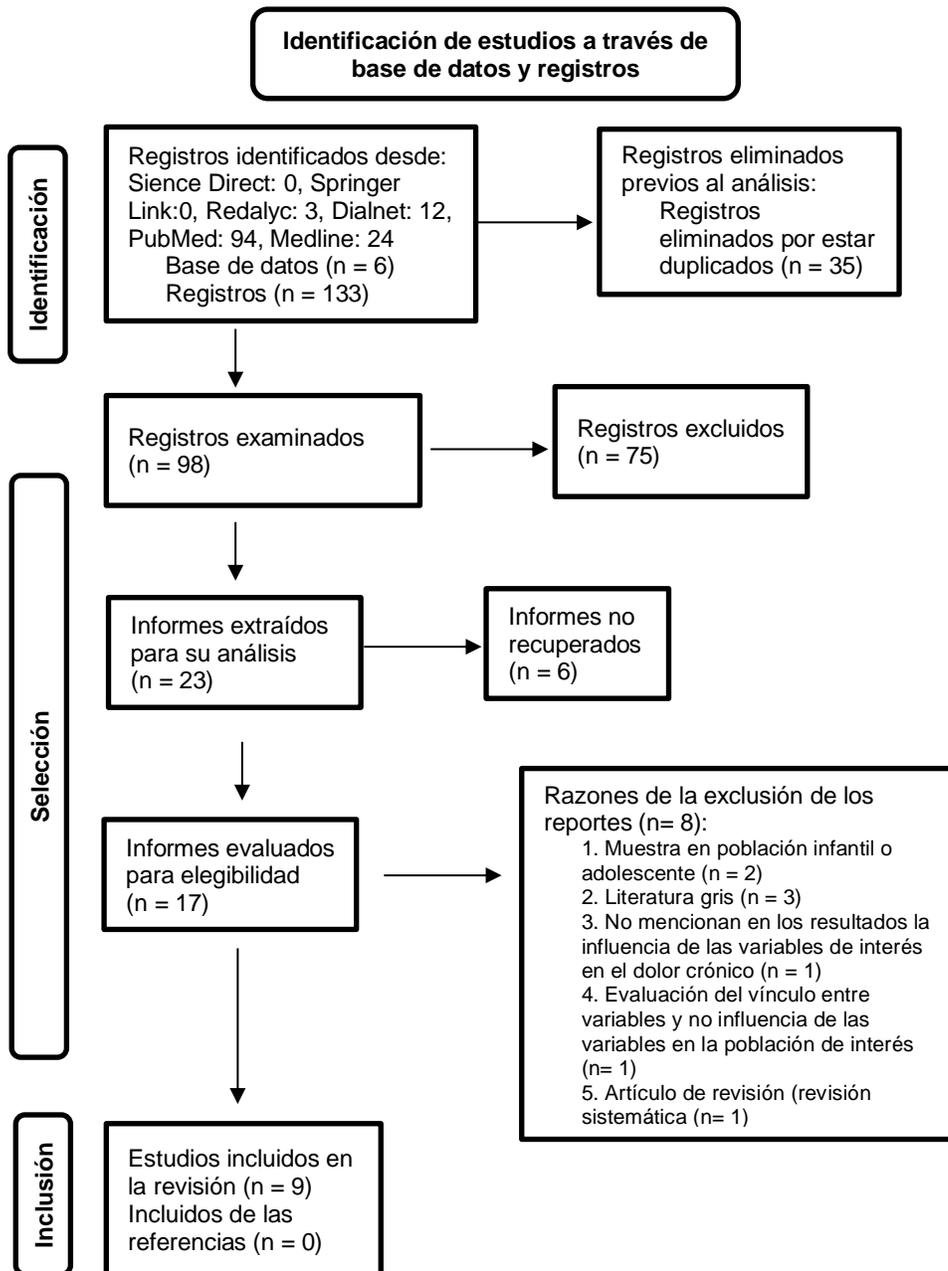


Tabla 4*Revisión sistemática de sintomatología de TEPT y experiencias adversas en la infancia en personas con dolor crónico primario*

Autores	Objetivo	Diseño y Muestra	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Coppens <i>et al.</i> , 2017	Encontrar la asociación entre EAI y TEPT y la percepción de la severidad del dolor en pacientes con dolor crónico	Transversal n= 290 mujeres 154 con FM y DCG, M= 42.46 83 con DF, M= 41.9. Y 53 con A, M= 53.7	1. EAI: Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ, Bernstein and Fink, 1998) 2. TEPT: Inventario de Autoevaluación para el TEPT (PTSD-ZIL, Hovens <i>et al.</i> , 2000)	EAI: 49% de las pacientes con FM y DCG tienen al menos un tipo de EAI. El 39.7% de las pacientes con DF y el 23.4% con A. TEPT: 26% F y DCG; 4.9% DF; 12.2% A	Fibromialgia y dolor crónico generalizado fueron de 5 a 7 veces más propensas para tener TEPT comparado con dispepsia funcional (OR = 6.98, [2.38 – 20.52], p < .001) y acalasia (OR = 4.60, [1.55 – 13.66], p < .001)
Sachs-Ericsson <i>et al.</i> , 2017	Examinar la asociación entre EAI con condiciones médicas dolorosas	Cohorte n= 5001 Hombres y mujeres en edades entre 15 y 55 años M= 43.03	1. EAI: Reporte retrospectivo de abuso en la infancia a través de entrevista 2. DC: Reporte retrospectivo de problemas médicos recientes a través de entrevista 3. TEPT: criterios diagnósticos del DSM-3R y el CIE-10	El 31.5%= 1 EAI, 14.5%=2 EAI, 8%= 3 EAI y 4.4% más de 4 EAI. Quienes vivieron más de 4 EAI (42.4%) tuvieron TEPT El número de EAI y el número de trastornos del ánimo y ansiedad (TEPT, entre otros) están asociados con un incremento en las condiciones de dolor	Se demuestra que el reporte retrospectivo de EAI, así como los trastornos del rubro de ansiedad, como el TEPT, contribuyen de forma independiente a la ocurrencia de condiciones médicas dolorosas. Tener EAI aumenta el riesgo de desarrollar trastornos del ánimo y ansiedad
Hellou <i>et al.</i> , 2017	Evaluar el impacto que tienen las EAI en pacientes con FM	Transversal n= 98 Hombres y mujeres, mayores de 18 años 75 personas con FM y 23 con AR	1. Interferencia del dolor: Índice de Discapacidad por Dolor (PDI; Tait <i>et al.</i> , 1990) 2. Maltrato en la infancia: Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) 3. TEPT: Escala de Diagnóstico Posttraumático (PDS; Foa <i>et al.</i> , 1997)	Prevalencia de TEPT: 37.3% FM y 8.7% AR. Mayor porcentaje de negligencia y abuso emocional en la infancia en FM en comparación con AR (21 vs 3)	La diferencia en el rol de la adversidad temprana entre los dos grupos comparados puede tener un vínculo con la etiología de la FM Se observan mayores porcentajes tanto de EAI como de TEPT en el grupo de FM

Autores	Objetivo	Diseño y Muestra	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Smith <i>et al.</i> , 2019	Establecer la prevalencia de incapacidad en mujeres en libertad condicional que experimentaron victimización interpersonal en la niñez y/o en la adultez	Transversal n= 406 Mujeres mayores de 18 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor corporal: Instrumento de Encuesta de formato breve de 36 preguntas (Ware & Sherbourne, 1992) 2. Adversidad y victimización infantil: <ol style="list-style-type: none"> A) Adaptación del Escala de Tácticas de Conflicto Revisada (Straus <i>et al.</i>, 1996) B) Adaptación del Inventario de Tolman sobre maltrato psicológico a mujeres (Tolman, 1989) 3. Funcionamiento psicológico: Breve Inventario de Síntomas (BSI; Derogatis, 1993) 4. TEPT: Escala de Diagnóstico de Estrés Postraumático de 49 ítems (PDS; Foa, 1995) 	<p>En conjunto, ambos grupos reportaron una peor salud y dolor crónico del cual 40.3% tenía dolor moderado y 25% dolor severo</p> <p>Mayores porcentajes en ASS en contraste con el grupo sin ASS (43.4 vs 20.2)</p> <p>Prevalencia de EAI 42.29% en toda la muestra, 49.93% en ASS y el 40.37% en el grupo sin ASS, 48.6% cumplió los criterios para TEPT, del cual 18.1% presentó síntomas severos. Con ASS fue 61.4% con TEPT y 45.3% para el grupo sin ASS</p>	<p>No existe una diferencia entre grupos (con y sin ASS) para las variables de salud mental y trauma. El grupo que recibe ASS reportó mayor abuso psicológico, físico, sexual y negligencia física (inseguridad en el alimento). Sin embargo, en el abuso psicológico (61.47%), físico (59.65%) y sexual (41.55%) el grupo ASS reportó mayores porcentajes en comparación con el grupo sin ASS (50.7; 47.15; 24.65 respectivamente)</p>
McCall-Hosenfeld <i>et al.</i> , 2014	Examinar la asociación entre la severidad de los síntomas somáticos y tres tipos de trauma interpersonal: trauma sexual, violencia de pareja e historia de trauma en la infancia (igual o más de 3 EAI)	Transversal n= 597 Pacientes con dolor crónico Edades entre 18 y 60 años. Promedio de edad de 47 años. 59% mujeres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Violencia de pareja: Adaptación del Cuestionario de Salud en el Hogar (Harris <i>et al.</i>, 2013) 2. TEPT y Violencia sexual: Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI; WHO, 1990) 3. EAI: Cuestionario Experiencias Adversas en la Infancia (Felitti <i>et al.</i>, 1998) 	<p>Porcentajes de 3 o más EAI: hombres= 43, mujeres= 41 De TEPT: hombres= 17, mujeres= 23</p> <p>Las mujeres reportaron mayor severidad de síntomas somáticos que los hombres (42 vs 24%). Estos síntomas aumentaban entre los y las supervivientes de trauma interpersonal</p>	<p>El tener 3 o más EAI estuvo asociado con 2.8 veces mayor probabilidad de padecer un nivel severo de síntomas somáticos en las mujeres</p> <p>La asociación entre trauma interpersonal y TEPT fue más marcada en hombres</p> <p>El haber vivido EAI, violencia en la pareja y trauma sexual contribuyen a la vulnerabilidad para desarrollar TEPT en el caso de que ocurra una siguiente experiencia traumática</p>

Autores	Objetivo	Diseño y Muestra	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Sprang <i>et al.</i> , 2017	Encontrar la asociación entre el dolor que limita actividades físicas con haber vivido abuso físico y/o sexual en la infancia o violencia en la adultez, física y/o sexual	Transversal n= 16,093 Mujeres mayores de 18 años	1. Violencia física y sexual en la adultez: realizaron cuatro preguntas de respuesta si o no. 2. Violencia física y sexual en la infancia: dos preguntas de respuesta dicotómica (sí o no) 3. Dolor: se les preguntó si padecían dolores físicos que limitaran su funcionalidad	EAI: 25%; limitaciones debido al DC: 39.5% Abuso en la adultez: 42.4%; limitaciones debido al dolor 34% De quienes sufrieron abuso físico y sexual el 31% tenía limitaciones debido al dolor crónico El abuso infantil estuvo asociado con un incremento de hasta el 56% en la prevalencia de dolor	El 51% habían vivido violencia ya sea de niñas o adultas. El efecto de la exposición a trauma (en la infancia, en la adultez o en conjunto) en personas con DC llegó a ser un dolor incapacitante en mayor proporción que para el grupo sin trauma No evaluaron TEPT
McKernan <i>et al.</i> , 2019	Conocer como tanto la exposición a trauma (de la infancia hasta la adultez) como síntomas de TEPT están relacionados con el dolor crónico	Transversal n= 202 64 con SDV 137 con DC Mayores de 18 años (M= 44.89, 79.7% mujeres)	1. TEPT: Lista Checable de TEPT para DSM 5 (PCL-5; Blevins <i>et al.</i> , 2015) 2. Trauma en la infancia: Escala de Abuso y Trauma Infantil (CATS; Sanders & Becker-Lausen, 1995) 3. Exposición a trauma a lo largo de la vida: Cuestionario de Historia de Trauma (THQ; Hooper <i>et al.</i> , 2011)	Del grupo de SDV 42% cumplió con los criterios del diagnóstico provisional de TEPT reportando mayores tasas de dolor y trauma en la niñez. Aquellos con este diagnóstico que estuvieron expuestos a abuso infantil tuvieron mayores probabilidades de cumplir con los criterios de TEPT Del grupo de dolor crónico 29.5% estuvo expuesto a trauma en la infancia, mientras que las personas con SDV fue 38%	La exposición al trauma no difiere entre los grupos, sin embargo, las personas con SDV tienen una mayor probabilidad de desarrollar TEPT, especialmente quienes estuvieron expuestos/as a trauma en la infancia

Autores	Objetivo	Diseño y Muestra	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Driscoll <i>et al.</i> , 2015	Examinar diferencias de género en las experiencias de trauma en veteranos con dolor crónico y conocer si el trauma está asociado a la severidad e interferencia del dolor	Longitudinal n= 460 201 hombres (44%) y 259 mujeres (56%) Adultos	1. Severidad e interferencia del dolor: Inventario Breve del Dolor (BPI-SF; Cleeland & Ryan, 1994) 2. Exposición a trauma en combate: Escala de Exposición al Combate de 7 ítems (CES; Keane <i>et al.</i> , 1989) 3. Eventos de trauma interpersonal: Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos de la Vida (Kubany <i>et al.</i> , 2000) 4. Trauma sexual: Trauma Sexual Militar (MST; Seng <i>et al.</i> , 2013)	En relación con los hombres las mujeres reportan mayores porcentajes de trauma interpersonal en la niñez (51% vs 34%) y trauma sexual militar (54% vs 3%) De los 662 veteranos que completaron el cuestionario para reportar dolor crónico el 69% (N= 460) reportó tenerlo por tres meses o más	La variable de trauma en la infancia de acuerdo con el género interactuó significativamente con la asociación a la interferencia del dolor No evaluaron TEPT
Prangnell <i>et al.</i> , 2020	Explorar la relación entre el abuso emocional en la infancia con la interferencia del dolor en personas con uso y abuso de sustancias	Transversal n= 882 34.1% mujeres y 58.3% hombres	1. Interferencia del dolor: Inventario Breve del Dolor (BPI; Cleeland & Ryan, 1994) 2. Trauma infantil: Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) 3. TEPT: autores preguntaron por la historia de diagnósticos de trastornos mentales	Violencia emocional en la niñez: 41.5% Interferencia del dolor de moderado a severo en los últimos 6 meses: 74.8% Encontraron asociación entre las variables de abuso emocional en la infancia e interferencia de dolor (OR= 1.33, CI= 1.05-1.70) TEPT: 20.2%	Los resultados demuestran que, en la población de uso y abuso de sustancias con comorbilidad de dolor crónico, quienes experimentaron abuso emocional en la infancia fueron más propensas a presentar interferencia del dolor

Nota. Significado de abreviaturas, A: acalasia; AR: artritis reumatoide; ASS: apoyo de la seguridad social; CI: colon irritable; DC: dolor crónico; DCG: dolor crónico generalizado; DCP: dolor crónico primario; DF: dispepsia funcional; EAI: experiencias adversas en la infancia; FM: fibromialgia; TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático; SDV: síndrome de dolor de vejiga.

La evidencia señala que podría haber un vínculo entre la vivencia de las EAI y el posterior desarrollo de TEPT y dolor crónico primario. Entre 20 y 80% de las personas con historia de trauma sufren de dolor crónico, y aproximadamente entre 10 y 50% de las personas diagnosticadas con TEPT hacen referencia a padecer dolor crónico (Sharp & Harvey, 2001). En relación con la presencia de las EAI en población con dolor crónico primario se ha encontrado porcentajes que van desde 23 a 49 (Coppens *et al.*, 2017).

La prevalencia del TEPT en personas diagnosticadas con dolor crónico primario es alto. Se han encontrado, según diferentes autores, porcentajes que van desde 5 a 26 (Coppens *et al.*, 2017), 42% (Sachs-Ericsson *et al.*, 2017), 31% (Hellou *et al.*, 2017) y 49% (McKernan *et al.*, 2019). Además, se ha observado que quienes suelen estar más expuestas a eventos traumáticos intencionales son las mujeres, quienes también reportan mayores porcentajes de dolor crónico (Siqueland *et al.*, 2017).

Conversano y Di Guseppe (2021), con el objetivo de investigar el impacto que tienen las experiencias potencialmente traumáticas a lo largo de la vida, condujeron un estudio con 61 personas con fibromialgia (M= 49.78, DE= 12; 89% mujeres). Realizaron entrevistas para evaluar la presencia de TEPT utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta para los Trastornos Mentales de acuerdo con el DSM-5 (SCID-5; First *et al.*, 2016) y la escala del Espectro de Trauma y Pérdida autoaplicable (TALS-SR; Dell’Osso *et al.*, 2008, 2009). 18% de las pacientes cumplían el diagnóstico de TEPT, 21% cumplió los criterios para un TEPT parcial (cumpliendo los criterios de tres de los cuatro dominios de los síntomas), el 57% cumplió los criterios de reexperimentación (criterio B), 43% los de evitación (criterio C) y 31% los de pensamientos negativos y trastornos del estado de ánimo (criterio D).

En cuanto a la comorbilidad de TEPT y dolor crónico, Serrano-Ibañez *et al.* (2019) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar el rol del Sistema de Inhibición del

Comportamiento (BIS), el Sistema de Activación del Comportamiento (BAS) y la Evitación Experiencial (EA) como variables explicativas del dolor crónico comórbido y síntomas de TEPT evaluando la adaptación al dolor, que comprende la percepción de la intensidad del dolor, el funcionamiento diario y la incapacidad ocasionada por el dolor. El BIS y el BAS son sistemas neuropsicológicos que se activan de forma automática a través de estímulos internos o ambientales, el primero se activa ante estímulos nuevos o aversivos, mientras que el segundo lo hace con el refuerzo o con la desaparición del castigo esperado. Estos procesos han sido descritos en la Teoría de la Sensibilidad al Refuerzo (Gray, 1987; Gray & McNaughton, 2000). La muestra estuvo conformada por 469 adultos, entre los 18 a 65 años, con dolor crónico musculoesquelético benigno y que hubieran vivido al menos una experiencia traumática. Encontraron que 40.5% presentaron síntomas de TEPT. Ajustaron los grupos (con y sin síntomas de TEPT) quedando una muestra final de 388. Para el grupo sin TEPT la media de edad fue de 52.11 años (DE= 9.98) y para el grupo de TEPT fue 51.1 años (DE= 8.45). La media de duración del dolor para el grupo sin TEPT fue 10.9 años (DE= 9.82) y 12.23 años (DE= 9.80) para el grupo con TEPT. El promedio para experiencias de trauma en el grupo sin TEPT fue de 3.85 (DE= 2.14) y con TEPT de 4.74 (DE= 2.06), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Evaluaron el BIS y el BAS utilizando el Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa (SPSRQ-20; Aluja & Blanch, 2011), para evaluar la EA, la versión en español del Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II; Ruiz *et al.*, 2013), para la exposición al trauma, la Lista de Verificación de Acontecimientos Vitales (LEC; Gray *et al.*, 2004), los síntomas de TEPT los midieron con la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático, la versión para civiles (PCL-C; Orlando & Marshall, 2002), para la intensidad del dolor percibida utilizaron una escala de 11 puntos que va de 0 sin dolor a 10 el peor dolor (Jensen *et al.*, 1999) y para el funcionamiento y el deterioro, el Inventario de Deterioro y Funcionamiento Revisado (IFI-R;

Ramírez-Maestre & Esteve, 2015). Reportaron que el grupo con TEPT obtuvo puntuaciones medias más elevadas en el BIS, EA y en deterioro, así como puntuaciones medias más bajas en funcionamiento. La EA tuvo un efecto positivo y estadísticamente significativo con la presencia de síntomas de TEPT, explicando el 52% de la varianza, y con la intensidad del dolor. Asimismo, los síntomas de TEPT tuvieron una asociación estadísticamente significativa con el deterioro, explicando el 26% de la varianza.

Sachs-Ericsson *et al.* (2017) realizaron un estudio longitudinal a 10 años para examinar la asociación entre el reporte retrospectivo de las EAI con condiciones médicas dolorosas ($n= 5001$, rango de 15 a 55, $M= 43.0$, $DE=10.5$). Exploraron la presencia diagnóstica de TEPT utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI; WHO, 1990). En la línea base se evaluaron las EAI con el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE-IQ; Felitti *et al.*, 1998). En el seguimiento se realizó una entrevista con la intención de ayudar a recordar las experiencias traumáticas. En cuanto a los resultados, en la medición base 42% había vivido EAI, 7% tenían diagnóstico de TEPT, aumentando el porcentaje en las personas que habían vivido 4 o más EAI (41%). Los resultados en el seguimiento fueron: 32% había vivido una EAI, 14% dos, 8% tres y 4% cuatro o más. Para este último grupo el 42% cumplió con los criterios diagnósticos de TEPT. Estos autores descubrieron que el número de EAI ($B = 0.071$, $SE = 0.010$, $p < .001$, 95% CI [0.052 - 0.090]) y el número de trastornos del ánimo y ansiedad (depresión, bipolaridad, TEPT, ansiedad) ($B = 0.138$, $SE = 0.070$, $p < .001$, 95% CI [0.105 - 0.170]) están asociados con un incremento en las condiciones médicas de dolor. El abuso parental verbal ($B = 0.092$, $p < .001$, 95% CI [1.062 - 1.132]) y sexual ($B = 0.184$, $p < .001$, 95% CI [1.114 - 1.296]) tiene una asociación mayor con el número de condiciones médicas dolorosas. Sus hallazgos indican que las EAI tienen un efecto en el desarrollo de condiciones médicas de dolor ($B = 0.056$, $p < .001$, 95% CI [0.038 - 0.073]).

Sprang *et al.* (2020) realizaron un estudio con la finalidad de encontrar la asociación entre el dolor que limita actividades físicas con haber vivido abuso físico y/o sexual en la infancia y/o en la adultez. Con una cohorte de 16,093 mujeres (29% entre 18 y 39 años, 31% entre 40 y 54 años y 40% mayores de 54 años), siguiendo su trayectoria de 2006 a 2014. Exploraron la presencia de violencia (física y sexual en la adultez e infancia), realizando ocho preguntas de respuesta dicotómica (si-no). Para evaluar el dolor se les preguntó si padecían dolores físicos que limitaran su funcionalidad. Se encontró que 25% sufrió algún abuso en la infancia, del cual 40% tenían limitaciones debido al dolor crónico; 42% abuso físico y/o sexual en la adultez. Asimismo, reportaron que el abuso infantil está asociado en el 56% con el incremento en la prevalencia del dolor y que 31% vivió tanto abuso físico como sexual teniendo limitaciones debido al dolor crónico.

Un estudio que tuvo como objetivo explorar la literatura existente que analizara el riesgo de desarrollar síndromes de sensibilización central, estudiaron dos grupos, uno de 80,657 adultos expuestos a maltrato infantil y el otro de 161,134 adultos no expuestos, emparejados por sexo y edad. Siguieron sus expedientes médicos por 23 años buscando el desenlace de enfermedades de dolor crónico primario (M= 23.4 años, DE= 2.2, 58% mujeres). Como resultado se descubrió que las personas que habían sufrido maltrato infantil tenían un mayor riesgo de desarrollar fibromialgia (OR = 2.06; 95% CI 1.71 – 2.48), síndrome de fatiga crónica (OR = 1.47; 95% CI 1.08 – 2.00) y colon irritable (OR = 1.15; 95% CI 1.08 – 1.22) en comparación con el grupo no expuesto (Chandan *et al.*, 2020).

Otra investigación realizada para conocer la prevalencia de las EAI y TEPT en mujeres con fibromialgia y dolor generalizado (n = 154, M = 42.46, DE = 10.5) en comparación con adultos con diagnósticos de acalasia (n = 53, M = 53.79, DE = 17.17) y dispepsia funcional (n = 83, M = 41.9, DE = 14.97). Además, en las pacientes con fibromialgia y dolor crónico

generalizado investigaron la asociación entre las EAI y TEPT, así como la percepción de severidad del dolor. Para evaluar las EAI utilizaron el Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ; Bernstein & Fink, 1998; Bernstein *et al.*, 2003), para el TEPT, el Inventario de Autoevaluación para TEPT (PTSD-ZIL; Hovens *et al.*, 2000) y para la severidad del dolor, el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ; Melzack, 1975). Se encontró que en mujeres con fibromialgia y dolor generalizado 49% vivió EAI, 40% en dispepsia funcional y 23% en acalasia ($X^2 = 10.22$, $p = .006$). La prevalencia de EAI en fibromialgia fue significativamente más alta que en acalasia (OR = 4.35, [1.87 – 10.12], $p = .0014$). En el caso de TEPT fue presentado por 26% en fibromialgia, 5% en dispepsia funcional y 12% en acalasia ($X^2 = 17.61$, $p < .001$). Fibromialgia y dolor crónico generalizado fueron de cinco a siete veces más propensas a tener TEPT comparado con acalasia (OR = 4.60, [1.55 – 13.66], $p < .001$) y dispepsia funcional (OR = 6.98, [2.38 – 20.52], $p < .001$) (Coppens *et al.*, 2017).

Un estudio más, que evaluó el impacto que tienen las EAI en pacientes con fibromialgia, con una muestra de 75 personas con fibromialgia (M = 46.6, DE = 12.7, 86.7% mujeres) y 23 con artritis reumatoide (M = 59.1, DE = 12, 87% mujeres), utilizando el Índice de Discapacidad por Dolor (PDI; Tait *et al.*, 1990) evaluando siete áreas: responsabilidades familiares y del hogar, actividades de recreación, sociales, laboral, conducta sexual, cuidado personal y actividades de soporte vital. Además, midieron las EAI con el Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) y el TEPT con la Escala de Diagnóstico Postraumático (PDS; Foa *et al.*, 1997). Se encontró una alta prevalencia de TEPT (31% en total), 37% en personas con fibromialgia (OR = 6.3, 95% CI, 1.4 – 28.7, $p = 0.009$) y 9% en artritis reumatoide. Existe hasta 4.9 veces más riesgo de TEPT en pacientes con fibromialgia (OR = 4.9, 95% CI 1.02 - 23.6, $p < .05$). En este mismo grupo 21% sufrió al menos una EAI reportando mayores niveles de abuso emocional, negligencia física y emocional comparado con el grupo de artritis reumatoide. Con

ello los autores concluyen que esta diferencia puede tener un vínculo con la etiología de la fibromialgia (Hellou *et al.*, 2017).

McKernan *et al.* (2019) realizaron un estudio para conocer la prevalencia y el impacto del TEPT en pacientes con síndrome de vejiga, considerado un tipo de dolor crónico primario (n = 64) en comparación con otro grupo con otros tipos de dolor crónico (n = 138), mayores de 18 años (M = 44.89, 80% mujeres). Utilizaron el Cuestionario de Historia de Trauma (THQ; Hooper *et al.*, 2011) para evaluar la exposición a trauma a lo largo de la vida y la Escala de Trauma y Abuso en la Infancia (CATS; Sanders & Becker-Lausen, 1995) para las experiencias de trauma en la infancia. En relación con los hallazgos descubrieron que la presencia del TEPT era mayor en el grupo de dolor crónico primario en comparación con el grupo control (49% vs 15%). La prevalencia a exposición a trauma en la infancia fue 65% en el grupo de dolor crónico primario y 25% en el grupo control. Las personas que estuvieron expuestas a abuso infantil tuvieron mayores probabilidades de cumplir con los criterios diagnósticos de TEPT.

Un metaanálisis examinó la asociación del trauma psicológico y el TEPT con síndromes somáticos funcionales (fibromialgia, dolor crónico generalizado, síndrome de fatiga crónica, trastorno temporomandibular y síndrome de colon irritable), realizando la búsqueda a partir de 1948 y hasta enero de 2012, encontraron 3,166 artículos potencialmente elegibles quedando 71 que cumplieron los criterios de inclusión, todos con grupo control o de comparación (que no fuera parte de algún síndrome somático funcional) utilizando la lista PRISMA (Moher *et al.*, 2009). Encontraron que existe una mayor propensión al dolor crónico en población con trauma psicológico (OR = 2.7, 95% IC, 2.27 – 3.10). La propensión al dolor crónico tuvo una asociación más significativa con TEPT (OR = 2.93, 95% CI, 2.38 – 3.61, p < .001) que con abuso físico (OR = 1.89, 95% CI, 1.58 – 2.26, p = .002) o sexual (OR = 2.01, 95% CI, 1.74 - 2.32, p < .001). El síndrome de fatiga crónica tiene mayor asociación con la vivencia de trauma psicológico (OR =

4.06, 95% CI, 3.18 – 5.18, $p < .001$) que con fibromialgia (OR = 2.52, 95% CI, 1.92 – 3.31, $p < .001$) y colon irritable (OR = 2.22, 95% CI, 1.72 – 2.86, $p < .001$) (Afari *et al.*, 2014).

Karatzias *et al.* (2017) realizaron un estudio con la finalidad de encontrar la relación entre el trauma psicológico en la infancia y en la adultez con los síntomas neurológicos funcionales ($n = 82$, todas mujeres). Crearon dos grupos, el primero con diagnósticos de síntomas médicamente inexplicables (MUS; fibromialgia, convulsiones no epilépticas y trastorno del movimiento funcional; $M = 47.34$, $DE = 12.22$) y el grupo control con enfermedades neurológicas orgánicas (ENO; esclerosis múltiple, epilepsia, miastenia grave y el síndrome de Guillian Barre; $M = 50.98$, $DE = 12.89$). Cada grupo contó con 41 participantes pareados en edad y sexo. Los instrumentos utilizados fueron: para eventos de trauma en la infancia, el Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ; Bernstein *et al.*, 1994) y la Lista Checable para Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5; Blevins *et al.*, 2015) para medir TEPT. La media de EAI en el grupo de MUS fue de 51.90 ($DE = 24.03$), para el grupo ENO fue 33.85 ($DE = 12.19$). Para el TEPT la media en el grupo MUS fue 33.27 ($DE = 20.40$), para ENO fue 22.02 ($DE = 17.28$). Las variables predictoras de MUS son: trauma en la infancia (OR = 1.03, 95% CI = 1.01 - 1.06, $p = .001$), desregulación emocional (OR = 1.03, 95% CI = 1.01 - 1.05, $p = .004$), ansiedad (OR = 1.22, 95% CI = 1.08 - 1.36, $p = .001$) y depresión (OR = 1.17, 95% CI = 1.04 - 1.30, $p = .007$). Por tipo de trauma en la infancia se descubrió que el abuso sexual (OR = 1.22, 95% CI = 1.00 - 1.49, $p = .046$) y la negligencia física (OR = 0.74, 95% CI = 0.55 - 1.00, $p = .048$) predicen pertenecer al grupo de MUS. Sus resultados indican que las personas con enfermedades funcionales suelen reportar mayores tasas de eventos traumáticos en la infancia y en la adultez, siendo los primeros los que significativamente incrementan el riesgo de desarrollar síntomas médicamente inexplicables.

Tsur *et al.* (2022) realizaron un estudio para comprobar si el abuso en la infancia está asociado a la personificación abusiva del dolor crónico, así como para saber si los síntomas del TEPT median este vínculo. Estos autores hacen referencia a que el trauma interpersonal no solo tiene un impacto a nivel biológico, sino que además afecta a la percepción, interpretación y experiencia de las señales del cuerpo, percibiéndolas como amenazantes y catastróficas. Las personas con dolor crónico tienden a crear un fenómeno interno llamado personificación del dolor crónico o de la enfermedad (Schattner *et al.*, 2008) construyendo designaciones y significados personales a la enfermedad, con base en sus experiencias traumáticas previas. La muestra estuvo conformada por 214 mujeres en edades entre 18 y 35 años ($M = 26$, $DE = 3.03$). Para medir abuso en la infancia utilizaron el Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ; Bernstein *et al.*, 1994), para los síntomas de TEPT y TEPTC, el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ, Cloitre *et al.*, 2018), para la personificación del dolor crónico, la Escala de Personificación del Dolor Crónico haciendo una adaptación del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ; Melzack, 1975). Los hallazgos son: 15% tenía dolor crónico; el abuso sexual en la infancia ($\beta = 0.17$, $p < .05$) y emocional en la infancia ($\beta = 0.24$, $p < 0.01$) estuvieron significativamente asociados con síntomas de TEPT. Encontraron un efecto significativo directo entre abuso infantil y la personificación del dolor, existiendo una asociación entre ellos ($\beta = 0.27$, $p = .006$). Realizaron un segundo estudio para: a) encontrar la asociación entre abuso en la infancia y la personificación del dolor crónico en mujeres con trauma en la infancia y b) elaborar los mecanismos entre el abuso en la infancia y la personificación agregando los síntomas del TEPTC como un factor mediador. La muestra contó con 160 mujeres que habían sido víctimas de abuso sexual en la infancia (rango de 18 a 60, $M = 31.72$, $DE = 8.39$). Utilizaron los mismos instrumentos del primer estudio. 35% reportó dolor crónico, la media de abuso físico fue 9.38 ($DE = 4.91$), abuso sexual 15.6 ($DE = 5.73$), abuso emocional 3.62 ($DE = 6.29$), síntomas de

TEPT 3.09 (DE = 1.05) y síntomas de TEPTC 3.01 (DE = 1.09). El abuso infantil estuvo asociado significativamente de forma positiva con síntomas de TEPT y de TEPTC. Se descubrió una asociación directa entre abuso en la infancia y personificación del dolor ($\beta = 0.14$, $p = .03$). Los tres síntomas característicos de TEPTC median la asociación entre el abuso infantil y la personificación del dolor.

Ho *et al.* (2021) realizaron un estudio para examinar si el TEPT y los síntomas de alteración en la autoorganización (DSO, síntomas característicos del TEPTC) median de forma parcial o completa la asociación entre trauma en la infancia y problemas somáticos en población general. Agruparon las experiencias de trauma en la infancia en dos categorías: 1) las que causan dolor y daño físico directo (abuso físico y sexual) y 2) maltrato emocional (emocional y negligencia). La muestra estuvo conformada por 1,020 participantes (rango de 18 a 87, $M = 43.1$, $DE = 15.1$, 51% mujeres). Los instrumentos utilizados fueron, para trauma en la infancia, el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE; Felitti *et al.*, 1998), para el TEPT y síntomas de DSO, el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ, Cloitre *et al.*, 2018), para problemas somáticos, el Inventario de Síntomas de Trauma (TSI-2; Briere, 2011). Se encontró que 36% experimentó abuso físico o sexual, 44% abuso emocional o negligencia y 29% vivió ambos tipos de abuso. La media de los síntomas de TEPT fue 6.16 ($DE = 5.75$) y de DSO fue 7.31 ($DE = 6.21$), la de problemas somáticos fue 9.93 ($DE = 6.52$). Se descubrió que los síntomas de TEPT y DSO median la asociación entre los dos tipos de trauma en la infancia y los problemas físicos de salud ($\chi^2 = 875.39$, 90% CI .057 - .065) explicando el 25% de la varianza en síntomas de TEPT, 28% en síntomas de DSO y 40% de la varianza en problemas somáticos tomando en cuenta como covariables el sexo, edad, ocupación y nivel de estudios. El abuso físico y sexual en la infancia estuvo indirectamente asociado con problemas somáticos vía TEPT ($\beta = 0.04$, $p = .003$) y síntomas de DSO ($\beta = 0.04$, $p = .007$). Mayores puntuaciones tanto en síntomas de TEPT

como en los de DSO estuvieron asociados con ser mujer (TEPT: $\beta = 0.09$, $p = .003$; DSO: $\beta = 0.09$, $p = .002$) y con edad más joven (TEPT: $\beta = -0.19$, $p < .001$; DSO: $\beta = -0.21$, $p < .001$). Mayores puntuaciones de problemas somáticos estuvieron asociados con ser mujer ($\beta = 0.08$, $p = .006$), mayor edad ($\beta = 0.16$, $p < .001$) y bajo nivel educativo ($\beta = 0.06$, $p = .042$).

Como se abordó en este apartado, existe evidencia de que la vivencia de EAI no solo conlleva un riesgo de TEPT simple y complejo, sino que, además, pareciera ser un indicador de riesgo para el desarrollo de dolor crónico primario en la etapa adulta. Se argumenta que entre el 20 al 80% de las personas con historia de trauma sufren de dolor crónico. Existen estudios que han encontrado una asociación entre el número de EAI y trastornos del ánimo, como TEPT, con condiciones médicas de dolor. También se encontró asociación entre el abuso parental verbal y el abuso sexual con el número de condiciones médicas dolorosas. Otros estudios han encontrado que entre la población que ha sufrido maltrato infantil existe un mayor riesgo de desarrollar fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y colon irritable. Otro estudio encontró que existe un riesgo de hasta 4.9 veces más de desarrollar TEPT en pacientes con fibromialgia.

En este capítulo se habló de la evidencia del dolor crónico primario y su vínculo con las EAI y el TEPT simple y complejo. Se revisaron las diferentes clasificaciones diagnósticas de dolor crónico previas a la más reciente clasificación del CIE, como los trastornos somáticos funcionales, síndromes de sensibilización central y síntomas médicamente no explicables. A nivel internacional, los trastornos somáticos funcionales se encuentran entre el 26 al 35% en consulta primaria, siendo uno de los tipos más comunes la fibromialgia, la migraña crónica y el dolor pélvico crónico. En cuanto a la etiología, existen autores que proponen integrar los enfoques biomédico y psicológico. Algunos factores de riesgo son las EAI, enfermedades orgánicas agudas, condiciones laborales estresantes y eventos de vida adversos. Aún se desconoce como el dolor es procesado por nuestro cerebro, lo cual tiene implicaciones a la hora de formular teorías

explicativas del dolor sin causa orgánica aparente. Sin embargo, empiezan a desarrollarse algunas de ellas, por ejemplo, las que consideran los efectos que tienen los factores emocionales y sociales negativos en el tiempo. Entre el 20 al 50% de las personas que tienen TEPT pueden tener dolor crónico comórbido, aumentando la severidad de cualquiera de las dos condiciones. Ambos presentan mecanismos similares, como el miedo, la evitación y la catastrofización.

Planteamiento del Problema

Se desconoce si existe asociación entre las experiencias adversas en la infancia y el posterior desarrollo de trastorno por estrés postraumático en personas adultas con dolor crónico primario.

No se conocen modelos teóricos predictivos y explicativos del trastorno por estrés postraumático a partir de las experiencias adversas en la infancia en México. Esto dificulta el diseño y exploración de propuestas objetivas y sistemáticas de intervención psicológica focalizadas en la mejora de la calidad de vida, el manejo de la percepción del dolor y el diseño de estrategias de afrontamiento de las experiencias adversas asociadas al dolor crónico primario.

El dolor crónico primario representa un problema de salud pública, llegando a ser incapacitante y con un elevado costo económico. Las personas con este padecimiento suelen buscar atención médica constante, ya que es común que no se les brinde un diagnóstico formal cuando no se encuentra una causa al dolor. Cuando llegan a recibir el diagnóstico de trastorno somático funcional o trastorno somatomorfo los pacientes suelen rechazarlo ya que los médicos, de forma implícita o explícita, les comunica que no es posible brindarles una explicación biológica a sus síntomas, lo que se traduce en el estigma de que sus síntomas no son reales sino producto de una condición mental. Desde luego, este tipo de reacciones del personal médico puede derivar en un daño que se suma a lo que por sí mismo implica vivir una enfermedad tan compleja como lo es el dolor crónico primario.

Justificación

La prevalencia del TEPT en personas diagnosticadas con dolor crónico primario es alto [desde 5 hasta 49% según diferentes autores (Coppens *et al.*, 2017; Hellou *et al.*, 2017; McKernan, *et al.*, 2019; Sachs-Ericsson *et al.*, 2017)]. Las EAI en México también tienen una alta prevalencia [56% de niños, niñas y adolescentes de 1 a 14 años fueron sometidos por lo menos a una forma de violencia psicológica o castigo físico (Vázquez-Salas *et al.*, 2023)] y estudios en otros países han encontrado asociación entre las EAI y el posterior desarrollo de TEPT y/o enfermedades crónicas en la adultez [Afari *et al.* (2014) reportan mayor propensión al dolor crónico primario en población con trauma psicológico, OR = 2.7, 95% IC, 2.27 – 3.10; McKernan *et al.* (2019) reportan que personas con dolor crónico primario tienen mayores tasas de TEPT (49% vs 15%) y exposición al trauma en la infancia (65% vs 25%) que personas sin esta condición médica].

El estudio de sintomatología de trastorno por estrés postraumático y su posible asociación con la severidad de experiencias adversas en la infancia en personas adultas con dolor crónico primario podría contribuir al conocimiento del posible impacto que tienen las experiencias traumáticas en pacientes con esta dolencia, ya que las consecuencias de la exposición al trauma tiene un efecto acumulativo (Jarero & Artigas, 2018; Pitron *et al.*, 2019), aumenta el riesgo de vivir más experiencias de trauma (Benjet *et al.*, 2016; Gradus *et al.*, 2015) y está asociado a respuestas emocionales más severas en la siguiente vivencia traumática (Jarero & Artigas, 2018).

Además, se han identificado variables que influyen en la calidad de vida de las mujeres con fibromialgia, entre ellas, el deterioro del funcionamiento personal, familiar, social y económico, así como alteraciones en estados emocionales (Sanabria-Mazo & Gers-Estrada, 2018).

Es de importancia realizar la evaluación de los factores psicoemocionales que podrían intervenir en el dolor crónico primario, tanto los ocasionados por la enfermedad como aquellos del pasado en donde se vivieron experiencias adversas de alto impacto emocional y potencialmente traumáticas.

El desconocimiento de la relación entre el trastorno por estrés postraumático, simple y complejo, y las experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario impide una correcta evaluación y diagnóstico que impacta sobre el funcionamiento personal, familiar, social y económico, provocando alteraciones en los estados emocionales de los y las pacientes con dolor crónico primario.

Se requieren investigaciones y modelos científicos predictivos y explicativos de la relación entre las experiencias adversas y el dolor crónico primario para estar en condiciones de proponer modelos de causalidad. Los resultados de esta investigación permitirán el desarrollo de propuestas de modelos teóricos que puedan abordar los posibles factores predisponentes, quizá originados en la vivencia de experiencias adversas de la infancia, y de agravamiento de los síntomas físicos y psicoemocionales.

Si se identificara la relación entre estas variables se podrían diseñar mejores intervenciones basadas en evidencia para mejorar la calidad de vida, el manejo de la percepción del dolor y el diseño de estrategias de afrontamiento de las experiencias adversas asociadas al dolor crónico primario.

Además, la adaptación del instrumento que mide TEPT y TEPTC establecerá las bases para futuras investigaciones interesadas en estos constructos en México, asimismo contribuiría al trabajo clínico en población adulta que ha vivido experiencias traumáticas a lo largo de la vida, discriminando este tipo de sintomatología para elaborar un plan de tratamiento más preciso.

Sumado a todo lo anterior se contaría con instrumentos validados para evaluar el trauma en la infancia, TEPT y TEPTC en población específica con dolor crónico primario.

Determinar como la sintomatología de TEPT y TEPTC se asocia con las experiencias adversas en la infancia en personas con dolor crónico primario coadyuvará en la prevención de enfermedades ya que, a partir de los resultados se podrán desarrollar intervenciones psicológicas específicas en población con adversidad crónica.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la asociación entre la sintomatología de trastorno por estrés postraumático y las experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario?

Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

Existe una asociación directa entre la sintomatología de trastorno por estrés postraumático con la presencia de experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario.

Hipótesis Estadística

H1: La sintomatología de trastorno por estrés postraumático en adultos con dolor crónico primario tiene una asociación estadísticamente significativa con la presencia de experiencias adversas en la infancia.

H0: No existe asociación estadísticamente significativa entre la sintomatología de trastorno por estrés postraumático con la presencia de experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario.

Objetivo General

Analizar y describir la asociación entre la sintomatología de trastorno por estrés postraumático con las experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario.

Objetivos Específicos

- Adaptar el instrumento ITQ, Cuestionario Internacional de Trauma, para población mexicana.
- Calcular la frecuencia de la sintomatología de trastorno por estrés postraumático en adultos con dolor crónico primario y por sexo.
- Estimar la frecuencia de trastorno por estrés postraumático complejo en adultos con dolor crónico primario y por sexo.
- Identificar la presencia, el tipo y la severidad de experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario y por sexo.
- Analizar la asociación entre la sintomatología de estrés postraumático con la presencia de las experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario.

Método

Tipo de Estudio

El conocimiento de las variables de estudio en esta población se encuentra en un estado incipiente, por lo cual se decide que sea **observacional** debido a que es necesario primero identificar la asociación entre las variables de interés.

Tipo de Diseño

Se determina que sea **transversal** ya que se examina la relación entre dos variables en una población específica en un tiempo determinado, **correlacional** porque se analizó la relación entre las variables de interés y **explicativo** para encontrar la asociación de las variables de riesgo con las de desenlace.

Población

Mujeres y hombres adultos, a partir de 18 años, con diagnóstico de dolor crónico primario (MG 30) con etiología indeterminada y cualquiera de los subtipos MG 30.00, MG 30.01, MG 30.02, MG 30.03, MG 30.04, MG 30.0Y, y MG 30.0Z según la clasificación internacional de enfermedades en su 11va revisión (OMS, 2019b). Se integró la muestra en las siguientes instituciones públicas: Hospital General de Pachuca y el Hospital General “Dra. Columba Rivera Osorio”; y en asociaciones civiles.

Muestra y Tipo de Muestreo

Cálculo de la Muestra

Debido a que se desconoce la prevalencia de dolor crónico primario en México y tampoco se encontraron estudios previos con resultados de medias o medianas, se decide obtener el número de participantes necesarios para el estudio utilizando la fórmula para calcular dos

proporciones según los autores Argimon-Pallás y Jiménez-Villa (2019, p. 172), resultando una muestra de mínimo 60 participantes, más 20% por pérdidas, **n= 72**.

$$N = \frac{[Z\alpha\sqrt{2 * P * (1 - P)} + Z\beta\sqrt{P1 * (1 - P1) + P2 * (1 - P2)}]^2}{(P1 - P2)^2}$$

donde

N= número de sujetos necesarios

Z α = 1.960 (valor de Z correspondiente al riesgo α 95%)

Z β = 0.842 (valor de Z correspondiente al riesgo β 80%)

P1= 0.627 (valor que existe en el grupo de referencia sin TEPT)

P2= 0.373 [valor que existe en el grupo de estudio con TEPT, 37.3% (Hellou *et al.*, 2017)]

P= 0.500 (media ponderada de las proporciones P1 y P2)

$$N = \frac{[1.96\sqrt{2 * 0.5 * (1 - 0.5)} + 0.842\sqrt{0.627 * (1 - 0.627) + 0.373 * (1 - 0.373)}]^2}{(0.627 - 0.373)^2}$$

$$N = \frac{[1.96\sqrt{0.5} + 0.842\sqrt{0.239 + 0.2339}]^2}{(0.254)^2}$$

$$N = \frac{[1.96\sqrt{0.5} + 0.842\sqrt{0.4678}]^2}{(0.254)^2}$$

$$N = \frac{[1.96(0.7071) + 0.842(0.6840)]^2}{0.0645}$$

$$N = \frac{(1.386 + 0.576)^2}{0.0645}$$

$$N = 59.67 + 12 = 71.67$$

Tipo de Muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Criterios de Inclusión

- Hombres y mujeres con diagnósticos de:
 - Fibromialgia.
 - Síndrome de colon irritable.
 - Lumbalgia no específica.

- Migraña o cefalea no específica.
- Vulvodinia o Dispareunia.
- Adultos a partir de los 18 años.

Criterios de Exclusión

- Personas con dolor crónico oncológico.
- Personas con dolor crónico secundario (el dolor como síntoma de una condición clínica subyacente).
- Personas con dolor crónico neuropático (causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso).

Criterios de Eliminación

- Quienes no terminen de contestar los instrumentos.
- Quienes no asistan a las citas programadas.
- Quienes no firmen el consentimiento informado.

Variables

Variables sociodemográficas

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Fuente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (Real Academia Española [RAE], 2022)	Años que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Cuantitativa, Discreta	Encuesta
Ocupación	Acción o efecto de ocupar u ocuparse; actividad (RAE, 2022).	Actividad realizada por la persona entrevistada.	Cualitativa categórica 1. Desempleado(a) 2. Hogar 3. Estudiante 4. Empleado(a) 5. Trabajador(a) eventual 6. Profesionista 7. Otro	Encuesta

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Fuente
Estado civil	Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio, que se hace constar en el registro civil (RAE, 2022).	Situación legal de la o del entrevistado con respecto a la relación de pareja.	Cualitativa Categórica 1. Soltero(a) 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo	Encuesta
Sexo	Condición orgánica. Masculina o femenina, de los animales y las plantas (RAE, 2022).	Percepción que tienen las personas con respecto sentirse ser hombre o mujer.	Cualitativa Dicotómica 1. Mujer 2. Hombre	Encuesta
Máximo grado de estudios	Título que se alcanza al superar cada uno de los niveles de estudio (RAE, 2022).	Nivel de estudio alcanzado.	Cualitativa categórica 1. Ninguno 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Media superior incompleta 7. Media superior completa 8. Licenciatura incompleta 9. Licenciatura completa 10. Posgrado incompleto 11. Posgrado completo	Encuesta
Cuidador principal	Cuidador: que cuida. Solícito y cuidadoso (RAE, 2022).	Persona que lleva el rol principal de cuidados en un momento de vida crítico (como en la infancia, adolescencia, enfermedad)	Cualitativa categórica 1. Madre biológica 2. Padre biológico 3. Abuela materna 4. Abuelo materno 5. Abuela paterna 6. Abuelo paterno 7. Madrastra 8. Padrastro 9. Hermano(s) 10. Hermana(s) 11. Tío o tía materna 12. Tío o tía paterna	Encuesta
Dolor crónico primario	Es aquel que está presente en una o más regiones anatómicas, se caracteriza por angustia emocional significativa o discapacidad funcional. Es multifactorial (OMS, 2019b).	Diagnóstico médico de dolor crónico primario y sus subtipos	Cualitativa categórica 1. Fibromialgia 2. Vulvodinia 3. Dolor generalizado 4. Síndrome de colon irritable 5. Migraña o cefalea 6. Otro	Encuesta

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Fuente
Red de apoyo social	Son “el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, con quienes se establecen vínculos solidarios para resolver necesidades. Abarcando el bienestar material, físico o emocional...” (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2020)	Vínculo/s que tiene una persona para ayudarse en ámbitos materiales y/o emocionales	Cualitativa categórica 1. Nadie 2. Amigo/s 3. Familiar 4. Pareja 5. Otro	Encuesta
Tratamiento médico	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad (RAE, 2022)	Tratamiento por dolor crónico primario	Cualitativa categórica 1. Sin tratamiento 2. En tratamiento médico 3. En tratamiento psicológico 4. En tratamiento psiquiátrico 5. En tratamiento alternativo (acupuntura u homeopático) 6. Esoterismo (chamanismo, brujería, imanes, limpias) 7. Terapia física 8. Otro	Encuesta
Tratamiento en salud mental	Se entiende “cura” como sinónimo de “tratamiento”. Cura es el conjunto de medios terapéuticos que coadyuvan a pasar de la enfermedad a la salud (Galimberti, 2002, p. 278)	Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico por TEPT	Cualitativa categórica 1. Si, psicológico 2. Si, psiquiátrico 3. Si, psicológico y psiquiátrico 4. No estoy ni he estado en tratamiento por TEPT 5. Estuve en tratamiento por TEPT en el pasado, pero no actualmente	Encuesta

Nota. Significado de abreviaturas, OMS: Organización Mundial de la Salud; RAE: Real Academia

Española; TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático.

VARIABLES CLÍNICAS

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Fuente
Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)	Son los síntomas que se pueden desarrollar tras la exposición a uno o más eventos traumáticos como la amenaza o el asalto físico real, las amenazas o el abuso sexual, ser secuestrado o tomado como rehén, los desastres naturales o humanos y los accidentes de tráfico graves. Estas experiencias pueden ser vividas de forma directa o uno o varios familiares cercanos y/o amigos/as (Asociación Americana de Psiquiatría [DSM-5], 2015, p. 274).	Los síntomas de TEPT se pueden evaluar con la Lista Checable para Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5; Blevins <i>et al.</i> , 2015) que evalúa síntomas de reexperimentación, evitación, negatividad en el estado de ánimo y en el pensamiento e hipervigilancia. Es auto aplicada tipo Likert en el último mes (va de 0= nada hasta 4= extremadamente). El punto de corte es 33 (Blevins <i>et al.</i> , 2015). Validada para población mexicana (Durón-Figueroa <i>et al.</i> , 2019).	Cuantitativa intervalar	Prueba psicométrica
Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPTC)	Se puede desarrollar después de la exposición a un evento o a una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora, que frecuentemente son prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar, por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica, abuso sexual o físico repetido en la infancia (OMS, 2019a).	Se puede medir con el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; Cloitre <i>et al.</i> , 2018). Se centra en los síntomas principales del TEPT y TEPTC, tiene 18 reactivos. Es auto aplicada tipo Likert (va de 0= nada hasta 4= extremadamente). Criterios de TEPT: puntuar mínimo dos en 1 de los 2 síntomas de evitación, reexperimentación e hiperactivación, y en las tres preguntas de deterioro funcional puntuar un mínimo de dos en una de ellas. Criterios del TEPTC: deben cumplirse los criterios de TEPT más puntuar mínimo dos en 1 de cada 2 síntomas de desregulación emocional, dificultad en la vinculación y autoconcepto negativo, y en las tres preguntas de deterioro funcional puntuar un mínimo de dos en una de ellas (Cloitre <i>et al.</i> , 2018).	Cuantitativa intervalar	Prueba psicométrica

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Fuente
Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)	Son experiencias de estrés temprano que ocurren antes de los 18 años e incluyen abuso físico, psicológico o sexual, haber crecido en un hogar donde hubiera violencia familiar y/o alguna de las siguientes experiencias vivida por alguno de los cuidadores primarios: enfermedad mental, consumo de sustancias, comportamiento suicida o haber sido encarcelado (Fassel <i>et al.</i> , 2019).	Se puede evaluar con el Inventario de Trauma Temprano auto aplicable (CTQ; Brenner <i>et al.</i> , 2000). Comprende cuatro dominios de eventos traumáticos de la infancia: 31 ítems de traumas en general (punto de corte 6.5), 9 ítems de abuso físicos (punto de corte 4.1), 7 ítems de abuso emocionales (punto de corte 3.9) y 15 ítems de abuso sexual (punto de corte 1.6) (Salazar-Mendoza, 2016).	Cuantitativa intervalar	Prueba psicométrica

Nota. Significado de abreviaturas, DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; OMS: Organización Mundial de la Salud

Instrumentos

Experiencias Adversas en la Infancia

No existen en México escalas validadas que midan la relación que existe entre el abuso experimentado en la niñez y sus consecuencias cuando se llega a la adultez (Esparza-Del Villar *et al.*, 2022). Sin embargo, se encontró la validación del Inventario de Trauma Temprano auto aplicable (CTQ; Brenner *et al.*, 2000) para población mexicana obteniendo una consistencia interna α de Cronbach = .78 – .90 (Salazar-Mendoza, 2016). La consistencia interna por constructos es de: dominio de eventos traumáticos general Alpha de Cronbach (α) de .841, el dominio de abuso físico α = .841, el dominio de abuso emocional α = .798 y el dominio de abuso sexual α = .652 (Flores-Franco, 2016). Este instrumento tiene 62 reactivos que comprende cuatro dominios (trauma general, físico, emocional y sexual) que se contestan con escala tipo Likert. En el primer dominio de eventos estresantes generales de 31 reactivos (punto de corte 6.5) se responde en dos modalidades: la primera para saber frecuencia y severidad con seis opciones de respuesta (nunca, 1 vez, 2 - 3 veces, 4 - 5 veces, 6 - 10 veces y más de 10 veces) y la segunda para conocer los efectos que puede tener actualmente esa experiencia con siete opciones de respuesta (muy negativo, moderadamente negativo, ligeramente negativo, ningún efecto, ligeramente positivo, moderadamente positivo y muy positivos). En las dimensiones de abuso físico (nueve reactivos, punto de corte 4.1), abuso emocional (siete reactivos, punto de corte 3.9) y abuso sexual (15 reactivos, punto de corte 1.6) se pregunta la presencia de la experiencia en respuesta dicotómica (sí/no), la edad en la que ocurrió la primera vez dicha experiencia (0 - 5 años, 6 - 11 años o de 12 - 18 años), la frecuencia con la que ocurría (1 vez al año, de 1 a 10 veces al año, de 1 a 3 veces al mes, de 1 a 6 veces a la semana, 1 vez al día, más de 1 vez al día), la persona que realizaba dicha conducta y el efecto que tuvo a nivel emocional cuando ocurrió el

evento (muy negativo, moderadamente negativo, ligeramente negativo, ningún efecto, ligeramente positivo, moderadamente positivo, muy positivo) (Salazar-Mendoza, 2016).

Sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático

Se propone utilizar la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5; Blevins *et al.*, 2015). Validada para población mexicana con consistencia interna ($\alpha = .97$) y validez convergente apropiada ($r = .58$ a $.88$). Utilizando los criterios diagnósticos para TEPT en la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Se compone de 20 reactivos con escala tipo Likert que va de 0 = nada a 4 = extremadamente midiendo la intensidad de los síntomas descritos. Se puede calificar de dos maneras: una es utilizando el punto de corte 33 y la segunda es utilizando los criterios diagnósticos del DSM-5 evaluándolo por grupo de síntomas, en donde se debe puntuar al menos un ítem con un mínimo de dos por grupo de síntomas del criterio B (reactivos del 1 al 5) y del criterio C (reactivos 6 y 7) y puntuar al menos en dos ítems un mínimo de dos en los criterios D (reactivos del 8 al 14) y E (reactivos del 15 al 20) (Durón-Figueroa *et al.*, 2019).

Trastorno por Estrés Postraumático Complejo

Se propone utilizar el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ, Cloitre *et al.*, 2018), el cual es un instrumento breve que se centra sólo en las características y síntomas principales del TEPT y el TEPTC y consta de 18 reactivos. Fue desarrollado con los principios diagnósticos del CIE-11. Es una escala auto aplicada tipo Likert que va de 0 = nada a 4 = extremadamente, en donde se responde para cada uno de los síntomas qué tanto le molestó el mes pasado. Se califica de la siguiente manera: para cumplir los criterios de TEPT se debe puntuar mínimo dos (moderadamente) en uno de los dos síntomas de los tres grupos: reexperimentación, evitación e hiperactivación, y en las tres preguntas de deterioro funcional puntuar un mínimo de dos en una

de ellas. Para cumplir los criterios del TEPTC deben cumplirse los criterios de TEPT más puntuar mínimo dos en 1 de cada 2 síntomas de los grupos: desregulación emocional, dificultad en la vinculación y autoconcepto negativo, y en las tres preguntas de deterioro funcional puntuar un mínimo de dos en una de ellas (Cloitre *et al.*, 2018).

Procedimientos

Planeación, Organización y Etapa de Campo

- A) Se redactó la documentación ética, legal y administrativa: consentimiento informado (Anexo 1), protocolo para los comités de ética de ICSa-UAEH (Anexo 2), del Hospital General de Pachuca y del Hospital “Dra. Columba Rivera Osorio” y permisos institucionales de las asociaciones civiles (Anexo 3).
- B) Los documentos mencionados en el punto “A” se enviaron a las entidades respectivas para obtener los permisos y aprobaciones correspondientes.
- C) Exploración y obtención de instrumentos de medición ad-hoc para los objetivos del estudio.
- D) Preparación de base de datos para captura y formularios en Google-Forms.
- E) Pilotaje del cuestionario sociodemográfico (Anexo 4.1) y los instrumentos que ya se encuentran validados para población mexicana (PCL-5 y CTQ; Anexos 4.2 y 4.3). De forma paralela se inició con el proceso de la adaptación del instrumento pendiente de validación para población mexicana del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; Anexo 4.4) en su versión en español latinoamericano, el cual consistió inicialmente en realizar la validación por juezas expertas teniendo dos objetivos: 1) evaluar la adaptación cultural y 2) validar el contenido de la prueba con los seis criterios de validez: pertinencia, redacción, lenguaje, validez teórica, validez aparente y validez de contenido. La selección de las juezas se consideró tomando en cuenta su formación académica y clínica, contando con 4 juezas, tres

con posgrado y una con especialidad, tres de ellas supervisoras clínicas, todas con especialidad en trauma psicológico. Posteriormente se realizó la validación psicométrica en población general (n=407). La aplicación se realizó de forma remota a través de Google-Forms utilizando un muestreo por bola de nieve a través de medios digitales (WhatsApp y Facebook) y a través de carteles en el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, todos los y las participantes aceptaron el consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron ser adulto (a partir de 18 años) y haber vivido algún tipo de experiencia traumática a lo largo de la vida. En cuanto al análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos, se analizó la confiabilidad mediante el coeficiente de alfa de Cronbach (α) y omega de McDonald (ω). Para la validez de constructo se utilizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para determinar la estructura factorial. Para cada análisis se utilizó el programa SPSS en su versión 25 (IBM Corp, 2017).

F) En cuanto a la etapa de campo, en el caso de los hospitales, una vez obtenida la aprobación del protocolo de investigación por sus respectivos Comités de Ética y de Investigación, se solicitó acceso a los expedientes médicos de pacientes adultos, hombres y mujeres, con diagnósticos de fibromialgia, migraña o cefalea, lumbago no específico, vulvodinia y síndrome de colon irritable. Se les contactó vía telefónica y se les invitó a participar en la investigación, se agendaron citas en los respectivos hospitales en el formato presencial, para quienes no podían asistir debido a las distancias se les propuso el formato en línea, que consistió en contestar los cuestionarios a través de Google-Forms. En el caso de las asociaciones civiles las directoras hicieron la invitación a las integrantes y se realizó la aplicación a distancia, en algunos casos de forma sincrónica y en otros asincrónica.

- G) En el formato presencial se obtuvieron los consentimientos informados de cada participante que cumplía con los criterios de selección. Asimismo, en los casos en donde hubo una reacción abiertamente abrumadora se les brindó estrategias de regulación emocional y se les preguntó si deseaban continuar o suspender la aplicación. Todas las personas que participaron fueron instruidas con estas mismas estrategias como retribución por su participación una vez finalizada la aplicación. Además, a quienes concluyeron los instrumentos, se les entregaron los resultados y a quienes resultaron con sintomatología se les informó de las instituciones en donde podrían recibir tratamiento psicoterapéutico. En el formato a distancia hubo dos tipos de aplicación: sincrónica y asincrónica, en ambos casos para el consentimiento informado los y las participantes seleccionaron una casilla de respuesta de aceptación o no de la participación en el estudio. En el formato sincrónico se enseñaron en grupo las estrategias de autorregulación emocional y la investigadora principal estuvo presente para resolver las dudas de los y las participantes; en el caso asincrónico se dejaba la opción de elegir la entrega de resultados por correo o en una cita virtual, especificando la posibilidad de enseñarles las estrategias de regulación emocional solo en la cita virtual.
- H) El estudio se realizó con actividades programadas conforme al cronograma en Anexo 5.

Aspectos Éticos

Se consideró y aplicó lo estipulado por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, acorde al Título Segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en el Capítulo I “disposiciones comunes” en los siguientes artículos 13, 14 fracciones III al VII y XI, 16, 17 fracción II (investigación con riesgo mínimo: procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico), 20, 21 fracciones I al XI, 22 fracciones I y V (Diario Oficial de la Federación, 2014).

El uso de instrumentos de evaluación puede generar activación negativa leve o moderada a nivel emocional y/o fisiológico. Los procedimientos no serán invasivos y se realizarán con principios éticos de respeto y confidencialidad (Aarons, 2017). La investigadora principal cuenta con habilidades para ofrecer acompañamiento emocional y estrategias de regulación emocional a los y las participantes en los casos que fue necesario brindar dicho servicio.

De igual manera se consideró la Declaración de Helsinki (The World Medical Association, 2008) y la Norma Oficial Mexicana NOM-12SSA3-2012 (Diario Oficial de la Federación, 2012) que establece los criterios para la realización de proyectos de investigación para la salud en seres humanos en el apartado 11, titulado “de la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación”.

Este protocolo fue sometido ante los Comités de Éticas e Investigación, tanto de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH, ICSa 129/2023), así como del Hospital General de Pachuca (2023/159) y el Hospital Dra. Columba Rivera Osorio (CEEI-044-22) obteniendo la aprobación en las tres instituciones.

Análisis e interpretación de los datos

En cuanto a la adaptación del instrumento pendiente de validación para población mexicana, Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) en su versión en español latinoamericano, se comenzó con la validación por juezas expertas teniendo dos objetivos: 1) evaluar la adaptación cultural y 2) validar el contenido de la prueba con los seis criterios de validez: pertinencia, redacción, lenguaje, validez teórica, validez aparente y validez de contenido. La selección de las juezas se consideró tomando en cuenta su formación académica y clínica, contando con 4 juezas, tres con posgrado y una con especialidad, tres de ellas supervisoras clínicas, todas con especialidad en trauma psicológico. Posteriormente se realizó la validación psicométrica en

población general (n=407). La aplicación se realizó de forma remota a través de Google-Forms utilizando un muestreo por bola de nieve a través de medios digitales (WhatsApp y Facebook) y a través de carteles en el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, todos los y las participantes aceptaron el consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron ser adulto (a partir de 18 años) y haber vivido algún tipo de experiencia traumática a lo largo de la vida. En cuanto al análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos, se analizó la confiabilidad mediante el coeficiente de alfa de Cronbach (α). Para la validez de constructo se utilizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para determinar la estructura factorial. Para cada análisis se utilizó el programa SPSS en su versión 25 (IBM Corp, 2017).

De forma paralela se realizó el pilotaje de la batería de pruebas y posteriormente se llevó a cabo la captura de la información obtenida en la base de datos en el programa de Excel. Con los datos obtenidos se realizó el análisis y la interpretación utilizando el programa SPSS en su versión 25 (IBM Corp, 2017). El análisis de los datos se realizó en tres etapas:

1) Análisis descriptivo: las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas primero se determinó su distribución de normalidad mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Los datos no normales se representan con medianas y cuartiles 25 y 75. Para los normales se utilizaron medias y desviaciones estándar.

2) Análisis comparativo: analizando las variables cualitativas con la prueba Chi-Cuadrado o Exacta de Fisher. Para las variables numéricas se utilizó la U-de-Mann Whitney al tener una distribución no normal.

3) Análisis de correlación bivariada de Spearman. Y se finalizó con un análisis bivariado de regresión logística para cuantificar la asociación entre las variables de interés y el desenlace principal, con sus respectivos intervalos de confianza.

Resultados

Resultados de la adaptación del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)

El instrumento ITQ, en su versión en español latinoamericano, es una medida breve centrada en las características principales del TEPT y del TEPT complejo. Se desarrolló en congruencia con los principios de la CIE-11 a través de un enfoque centrado en los síntomas principales de un trastorno determinado. La evaluación se centra particularmente en la definición del deterioro funcional tanto para el TEPT como para el TEPT complejo (Cloitre *et al.*, 2018).

Inicialmente se realizó la validación de contenido a través de un juicio de expertas (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008), teniendo dos objetivos 1) evaluar la adaptación cultural (las juezas evaluaron si los ítems de la prueba miden el mismo constructo en una cultura diferente) y 2) validar el contenido de la prueba con los seis criterios de validez (pertinencia, redacción, lenguaje, validez teórica, validez aparente y validez de contenido). Galicia Alarcón *et al.* (2017) mencionan que en la elección de los o las juezas es importante que quienes participen sean personas conocedoras de la temática ya sea por su formación académica o su experiencia laboral, por lo cual se realizó la selección de las juezas considerando su formación académica y clínica. En total se contó con la participación de 4 juezas, tres con posgrado y una con especialidad, tres de ellas supervisoras clínicas, todas con especialidad en trauma psicológico. Se les envió un formato con el instrumento, los objetivos y las instrucciones para realizar el jueceo explicando las dimensiones y los indicadores de cada ítem. Adicionalmente se les envió otro formato para responder a la carga afectiva de cada reactivo.

En la primera revisión se logró un índice de concordancia total de 93%, algunas sugerencias realizadas por las juezas fueron que se cambiara la redacción de las instrucciones, ya

que tenían carga afectiva positiva, y cambiar seis preguntas a afirmación. Una vez realizados los cambios antes mencionados la concordancia total llegó a 96% (Tabla 5).

Tabla 5

Resumen de revisiones por juezas del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)

Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)		Resumen de Revisiones							Promedios totales	
Ítem	Texto del reactivo	Revisión A			Revisión B			Prom A	Prom D	Prom A/D
		% Acuerdos (A)	% Desacuerdos (D)	Índice A/D	% Acuerdos (A)	% Desacuerdos (D)	Índice A/D			
P1	Tener sueños perturbadores que reproducen parte de la experiencia o están claramente relacionados con la experiencia	92%	8%	11	96%	4%	23	93.8%	6.3%	17
P2	Tener imágenes o recuerdos intensos que a veces vienen a su mente, en los cuales siente que la experiencia está ocurriendo de nuevo aquí y ahora	96%	4%	23	100%	0%	24	97.9%	2.1%	24
P3	Evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas u otros estímulos internos que le recuerden la experiencia	92%	8%	11	96%	4%	23	93.8%	6.3%	17
P4	Evitar personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades, situaciones u otros estímulos externos que le recuerden la experiencia	96%	4%	23	100%	0%	24	97.9%	2.1%	24
P5	Estar "súper alerta," vigilante o en guardia	96%	4%	23	100%	0%	24	97.9%	2.1%	24
P6	Sentirse sobresaltado/a o asustarse fácilmente	96%	4%	23	100%	0%	24	97.9%	2.1%	24
P7	¿Han afectado sus relaciones interpersonales o a su vida social?	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24
P8	¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24
P9	¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24
C1	Cuando estoy molesto/a, tardo bastante tiempo en calmarme.	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24
C2	Me siento desconectado/a emocionalmente o emocionalmente apagado/a	96%	4%	23	96%	4%	23	95.8%	4.2%	23
C3	Me siento como un/a fracasado/a	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24
C4	Siento que no valgo nada	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24
C5	Me siento distante o alejado/a de las personas	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24
C6	Me resulta difícil estar emocionalmente cercano/a a la gente.	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24
C7	¿Han generado preocupación o malestar sobre sus relaciones o su vida social?	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24

Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)		Resumen de Revisiones								
		Revisión A			Revisión B			Promedios totales		
		% Acuer- dos (A)	% Desacuer- dos (D)	Índice A/D	% Acuer- dos (A)	% Desacuer- dos (D)	Índice A/D	Prom A	Prom D	Prom A/D
Ítem	Texto del reactivo									
C8	¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24
C9	¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	100%	0%	24	100%	0%	24	100%	0.0%	24
								98.6%	1.4%	23.1
Índice de concordancia total									96	

En cuanto a la carga afectiva en la primera revisión la jueza 4 comentó que había carga positiva, por lo cual se llevaron a cabo las correcciones necesarias y se llegó a un acuerdo de neutralidad de los 18 ítems (Tabla 6).

Tabla 6

Resultado de la evaluación de la carga afectiva de los ítems del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)

Pregunta	Análisis de concordancia	Carga de los ítems	Cambios a los ítems sugeridos por las juezas	Carga de los ítems
¿Tener sueños perturbadores que reproducen parte de la experiencia o están claramente relacionados con la experiencia?	92%	Neutro 75% Positiva 25% Evaluadora 4 hace sugerencia en redacción de instrucciones y de la pregunta porque considera que de no hacerlo tiene carga positiva.	Tener sueños perturbadores que reproducen parte de la experiencia o están claramente relacionados con la experiencia	Neutro 100%
¿Tener imágenes o recuerdos intensos que a veces vienen a su mente, en los cuales siente que la experiencia está ocurriendo de nuevo aquí y ahora?	96%	Neutro 75% Positiva 25% Evaluadora 4 hace sugerencia en redacción de la pregunta porque considera que de no hacerlo tiene carga positiva.	Tener imágenes o recuerdos intensos que a veces vienen a su mente, en los cuales siente que la experiencia está ocurriendo de nuevo aquí y ahora	Neutro 100%
¿Evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas u otros estímulos internos que le recuerden la experiencia?	92%	Neutro 75% Positiva 25% Evaluadora 4 hace sugerencia en redacción de la pregunta porque considera que de no hacerlo tiene carga positiva.	Evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas u otros estímulos internos que le recuerden la experiencia	Neutro 100%
¿Evitar personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades, situaciones u otros estímulos externos que le recuerden la experiencia?	96%	Neutro 75% Positiva 25% Evaluadora 4 hace sugerencia en redacción de la pregunta porque considera que de no hacerlo tiene carga positiva.	Evitar personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades, situaciones u otros estímulos externos que le recuerden la experiencia	Neutro 100%
¿Estar "súper alerta," vigilante o en guardia?	96%	Neutro 75% Positiva 25% Evaluadora 4 hace sugerencia en redacción de la pregunta porque considera que de no hacerlo tiene carga positiva.	Estar "súper alerta," vigilante o en guardia	Neutro 100%
¿Sentirse sobresaltado/a o asustarse fácilmente?	96%	Neutro 75% Positiva 25% Evaluadora 4 hace sugerencia en redacción de la pregunta porque considera que de no hacerlo tiene carga positiva.	Sentirse sobresaltado/a o asustarse fácilmente	Neutro 100%

Pregunta	Análisis de concordancia	Carga de los ítems	Cambios a los ítems sugeridos por las juezas	Carga de los ítems
¿Han afectado sus relaciones interpersonales o a su vida social?	100%	Neutro 100%	No aplica	No aplica
¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	100%	Neutro 100%	No aplica	No aplica

Posteriormente, se realizó el pilotaje con dos personas mexicanas que tenían diagnóstico de dolor crónico primario. La elección se realizó por disponibilidad o conveniencia, y no reportaron dificultad de lectura o de comprensión. Estos primeros resultados indicaron que el instrumento puede ser utilizado en población mexicana y con ello se comenzó con la aplicación para realizar el cálculo psicométrico y evaluar sus propiedades.

En cuanto al procedimiento para la validación psicométrica se llevó a cabo en población general con un muestreo por bola de nieve a través de medios digitales (WhatsApp y Facebook) y carteles en el Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Se obtuvo la participación de 417 personas, quedando 407 para el análisis (3 fueron descartados por tener una nacionalidad diferente a la mexicana, 6 no tenían experiencia/s de trauma psicológico y 1 era menor de edad) con un rango de edad de 18 a 72 ($M= 40.23$, $DE= 13.63$, 79.9% mujeres). En la Tabla 7 se encuentran las características de los y las participantes.

Tabla 7

Características de la muestra para la validación del Cuestionario Internacional de Trauma

Variable	f	%
Sexo		
Femenino	325	79.9
Masculino	82	20.1
Escolaridad		
Secundaria	4	1.0
Bachillerato	104	25.6
Licenciatura	191	46.9
Posgrado	108	26.5

Variable	f	%
Ocupación actual		
Empleado/a	127	31.3
Estudiante	92	22.7
Otro	65	16
Trabajador/a independiente	52	12.8
Hogar	39	9.6
Desempleado/a	24	5.9
Jubilado/a	7	1.7
Lugar de residencia		
Ciudad de México	132	32.4
Estado de México	93	22.9
Hidalgo	81	19.9
Otros estados	77	18.9
Nuevo León	24	5.9
Estado civil		
Soltero/a	215	52.8
Casado/a	100	24.6
Unión Libre	56	13.8
Separado/a	23	5.7
Viudo/a	13	3.2
Creció en un hogar monoparental		
No	309	75.9
Sí	98	24.1
Le han diagnosticado TEPT o TEPTC		
No, ni TEPT ni TEPTC	287	70.5
No responde	80	19.7
Sí, TEPT	32	7.9
Sí, TEPTC	8	2.0
Ha estado en tx por TEPT o TEPTC		
No, ni tx psicológico ni psiquiátrico	147	36.1
Sí, tratamiento psicológico	109	26.8
No responde	82	20.1
Sí, psicológico y psiquiátrico	60	14.7

Nota. Significado de abreviaturas, TEPT: trastorno por estrés postraumático;

TEPTC: trastorno de estrés postraumático complejo; tx: tratamiento.

Para el análisis de los datos los resultados se capturaron en un documento de Excel y posteriormente se trasladaron al programa de SPSS para Windows en su versión 25 (IBM Corp, 2017). Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de cada reactivo para confirmar que no hubiera datos extremos, se sumaron todos los reactivos creando una nueva variable para identificar los cuartiles extremos, con los cuales se realizó la prueba *t* de Student para dos

muestras independientes, buscando significancia en todos los reactivos para demostrar que el instrumento discriminaba entre tener o no tener el constructo medido. Posteriormente se hizo un análisis cruzado con todos los reactivos para confirmar que las puntuaciones de los extremos identificados corrieran en direcciones opuestas. Se concluyó con la identificación de la estructura factorial mediante el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax.

La consistencia interna se obtuvo con el coeficiente alfa de Cronbach (α total = .952) y el omega de McDonald (ω total = .953). El valor de la prueba Káiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de .732 ($p \leq .001$) confirmado que la muestra es adecuada para el análisis.

El análisis factorial mediante rotación varimax fue decidido debido a las correlaciones internas que iban de medias a bajas, ajustándose a dos factores que abarca los 18 reactivos originales, que en conjunto explican el 63.7% de la varianza; las cargas factoriales van de .519 a .863. Los datos de la media, la desviación estándar y la carga factorial de cada uno de los reactivos se muestran en las Tablas 8 y 9.

Tabla 8

Estructura factorial del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)

Ítem	Reactivos	Factor 1 DSO	Factor 2 TEPT	M	D. E.
12	Me siento como un/a fracasado/a.	.863		1.57	1.48
13	Siento que no valgo nada.	.817		1.18	1.436
14	Me siento distante o alejado/a de las demás personas.	.793		1.82	1.346
18	¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	.747		1.32	1.329
17	¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	.745		1.21	1.316
15	Me resulta difícil estar emocionalmente cercano/a con la gente.	.740		1.65	1.390
16	¿Han generado preocupación o malestar sobre sus relaciones o su vida social?	.739		1.51	1.363
11	Me siento desconectado/a emocionalmente o emocionalmente apagado/a.	.712		1.80	1.313
10	Cuando estoy molesto/a, tardo bastante tiempo en calmarme.	.607		1.77	1.093

Ítem	Reactivos	Factor 1 DSO	Factor 2 TEPT	M	D. E.
9	¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?		.534	1.39	1.358
7	¿Han afectado sus relaciones interpersonales o a su vida social?		.564	1.27	1.286
8	¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?		.519	1.12	1.299
2	Tener imágenes o recuerdos intensos que a veces vienen a su mente, en los cuales siente que la experiencia está ocurriendo de nuevo aquí y ahora		.757	1.45	1.220
1	Tener sueños perturbadores que reproducen parte de la experiencia o están claramente relacionados con la experiencia		.740	1.14	1.170
3	Evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas u otros estímulos internos que le recuerden la experiencia		.706	1.76	1.311
6	Sentirse sobresaltado/a o asustarse fácilmente		.699	1.61	1.336
4	Evitar personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades, situaciones u otros estímulos externos que le recuerden la experiencia		.693	1.86	1.433
5	Estar "súper alerta", vigilante o en guardia		.663	1.99	1.382

Nota. Significado de abreviaturas, DSO: alteración en la autoorganización; TEPT: trastorno por estrés

postraumático. Las cifras representan cargas factoriales, media y desviación estándar por reactivo.

Tabla 9

Estimadores generales y por factor del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)

Estimadores	Factor 1 DSO	Factor 2 TEPT
Alfa por factor	.938	.907
Omega por factor	.942	.907
Media	13.8	13.6
DE	9.9	8.9
Varianza	98.5	80.0
Correlación Intraclass	.939	.907
Valor inferior	.930	.893
Valor superior	.947	.920
Valor F	16.400	10.7
Valor p	≤.001	≤.001

Nota. Significado de abreviaturas, DSO: alteración en la autoorganización; TEPT:

trastorno por estrés postraumático. Alfa total = .925; omega total = .953; varianza total

explicada = 63.7%; media = 27.4 ± 17.8; T de Hotelling = 2228.059, $p \leq .001$;

correlación intraclass = .952 (.945 – .959); F = 21.0, $p \leq .001$.

Resultados de los instrumentos para dar respuesta a la pregunta de investigación

La muestra estuvo conformada por 137 participantes (rango de 19 a 75, $M= 48.87$, $DE= 11.19$, 89.1% mujeres). Como lugar de residencia 67.9% fueron del estado de Hidalgo, 16.1% de Ciudad de México, 8.8% del Estado de México y 7.2% de otros estados. En su mayoría casadas o solteras (39.4 y 34.3% respectivamente) y con nivel escolar de licenciatura, secundaria o preparatoria mayoritariamente (27, 24.8 y 22.6% respectivamente), con mínimo un hijo o una hija (82.5%). El porcentaje que estuvo al cuidado de sus hermanos y/o hermanas, padre o madre mientras eran niñas, niños o adolescentes (hasta los 18 años) fue 62.1; 24.8% creció en un hogar monoparental, 60.1% trabajó antes de los 19 años (30.08% entre los 6 y 11 años; 30.89% entre los 12 y 18 años). Para más detalles dirigirse a la Tabla 10.

Tabla 10

Características de la muestra de este estudio

Variable	f	%
Sexo		
Femenino	122	89.1
Masculino	15	10.9
Escolaridad		
Sin estudios	7	5.1
Primaria	14	10.2
Secundaria	34	24.8
Bachillerato	31	22.6
Licenciatura	37	29.2
Posgrado	14	10.2
Ocupación actual		
Hogar	43	31.4
Empleado/a	42	30.6
Trabajador/a independiente	27	19.7
Desempleado/a	10	7.3
Jubilado/a	7	5.1
Estudiante	5	3.6
Otro	3	2.2

Variable	f	%
Lugar de residencia		
Hidalgo	93	67.9
Ciudad de México	22	16.1
Estado de México	12	8.8
Otros estados	10	7.2
Estado civil		
Casado/a	54	39.4
Soltero/a	47	34.3
Unión Libre	21	15.3
Separado/a	12	8.8
Viudo/a	3	2.2
Creció en un hogar monoparental		
No	103	75.2
Sí	34	24.8
Al cuidado de hermanos/as y/o de papá o mamá		
Sí	77	62.1
No	47	37.9
Tuvo varios cuidadores hasta los 18 años		
No	86	63.2
Sí	50	36.8
Trabajo entre los 16 a 18 años		
No	48	39
Sí, entre 6 y 11 años	37	30.1
Sí, entre 12 y 18 años	38	30.9
Experiencia traumática antes del dolor crónico primario		
Sí	80	58.4
No	57	41.6
Red de apoyo		
Familiar	49	36
Nadie	41	30.2
Pareja	32	23.5
Otro	14	10.3

En cuanto a los tipos de dolor 36.5% tiene fibromialgia, 12.4% lumbago no específico, 10.9% migraña o cefalea tensional, 5.8% síndrome de colon irritable, 1.5% vulvodinia y 0.7% dispepsia. Del total, 32.2% tenían dos o más dolores crónicos primarios. En la Tabla 11 se puede observar los totales de los tipos de dolor incluyendo aquellos en donde se presentaban dos o más dolores crónicos primarios, así como el tipo de tratamiento en el que se encuentran actualmente.

Tabla 11*Frecuencias y porcentajes por tipo de dolor crónico primario y tratamiento*

Dolor crónico primario	f	%	Tratamiento	f	%
Fibromialgia	83	60.6	Médico	94	68.6
Síndrome de colon irritable	37	27.0	Psicológico	28	20.4
Migraña	32	23.4	Físico	24	17.5
Lumbago	26	19.0	Sin tratamiento	23	16.8
Dolor generalizado	22	16.1	Psiquiátrico	20	14.6
Vulvodinia	6	4.4	Alternativo	20	14.6
Dispepsia	1	0.7	Esoterismo	3	2.2

En cuanto a los resultados del Inventario de Trauma Temprano y por sexo (Tabla 12) 42.6% de las mujeres y 66.7% de los hombres tiene síntomas de trauma general severo en la infancia; 41.8 y 60%, mujeres y hombres respectivamente, con trauma físico severo en la infancia; 41.8 y 40% con trauma emocional severo en la infancia; 52.5 y 46.7% con trauma sexual severo en la infancia.

Tabla 12*Frecuencia y porcentaje de trauma severo en la infancia general, físico, emocional y sexual*

Tipo de trauma en la infancia	f	%	f ♀	% ♀	f ♂	% ♂
General Severo	62	38	52	42.6	10	66.7
Físico Severo	60	43.8	51	41.8	9	60.0
Emocional Severo	57	41.6	51	41.8	6	40.0
Sexual Severo	71	51.8	64	52.5	7	46.7

Para los resultados de los síntomas de TEPT según el instrumento PCL-5 (Tabla 13) se encontró que 51.8% cumplió con los criterios diagnósticos, con una frecuencia de 64 (52.5%) en las mujeres y siete (46.7%) en los hombres.

En el caso de los resultados con el instrumento ITQ (Tabla 12) se observa que 10.9% tiene TEPT, 13.9% TEPTC, 11.7% no fueron concluyentes (solo síntomas de DSO pero no de

TEPT). Las mujeres presentan más síntomas de TEPT en comparación con los hombres (11.5 vs 6.7%).

Tabla 13

Frecuencia y porcentaje de síntomas de TEPT, TEPTC y DSO

Sintomatología	f	%	f ♀	% ♀	f ♂	% ♂
TEPT evaluado con el PCL-5	71	51.8	64	52.5	7	46.7
TEPTC evaluado con el ITQ	19	13.9	16	13.1	3	20.0
DSO evaluado con el ITQ	16	11.7	14	11.5	2	13.3
TEPT evaluado con el ITQ	15	10.9	14	11.5	1	6.7

Nota. Significado de abreviaturas, ITQ: Cuestionario Internacional de Trauma; DSO: síntomas

de la desorganización del yo; PLC-5: Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5; TEPT: trastorno por estrés postraumático; TEPTC: trastorno por estrés postraumático complejo. Los resultados se obtuvieron con dos instrumentos (ITQ y PCL-5).

Análisis cuantitativo de los instrumentos

Se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de los datos resultando en normal la variable edad, todas las demás resultaron no normales. Por ello se decidió utilizar la correlación Rho de Spearman para medir la fuerza y dirección de la asociación entre las variables sociodemográficas con las clínicas (Tabla 14). Un segundo análisis consistió en comparar las variables recién mencionadas utilizando medias y desviaciones estándar para la variable normal; Chi-Cuadrado, U de Mann Whitney o t de Student dependiendo del tipo de dato para las variables con distribución no normal (Tablas 15 – 21).

En cuanto a los resultados de la correlación se encontró que la variable de EAI general correlaciona de forma negativa y baja con haber: estado al cuidado del padre, madre, hermano y/o hermana ($r_s = -.229, p \leq .05$), trabajado antes de los 18 años ($r_s = -.217, p \leq .05$), vivido una experiencia estresante antes del inicio del dolor crónico primario ($r_s = -.262, p \leq .01$), edad de

inicio del dolor crónico primario ($r_s = -.178, p \leq .05$) y positiva y baja con tener otro diagnóstico de enfermedad (física y/o mental) además del de dolor crónico primario ($r_s = .224, p \leq .01$).

Las EAI de abuso físico correlacionaron de forma negativa y baja con haber estado al cuidado del padre, madre, hermano y/o hermana ($r_s = -.284, p \leq .01$), haber trabajado antes de los 18 años ($r_s = -.191, p \leq .05$), edad de inicio del dolor crónico primario ($r_s = -.186, p \leq .05$) y positiva baja con tener otro diagnóstico de enfermedad (física y/o mental) además del dolor crónico primario ($r_s = .201, p \leq .05$) y positiva y media con las EAI generales ($r_s = .350, p \leq .01$).

Las EAI de abuso emocional correlacionaron de forma negativa y baja con haber estado al cuidado del padre, madre, hermano y/o hermana ($r_s = -.349, p \leq .01$), positiva y baja con las EAI generales ($r_s = .214, p \leq .05$) y positiva y alta con las EAI de abuso físico ($r_s = .598, p \leq .01$).

Las EAI de abuso sexual correlacionaron de forma negativa y baja con haber estado al cuidado del padre, madre, hermano y/o hermana ($r_s = -.204, p \leq .05$), positiva y débil con las EAI generales ($r_s = .268, p \leq .01$) y positiva y media con: EAI de abuso físico ($r_s = .356, p \leq .01$) y EAI de abuso emocional ($r_s = .342, p \leq .01$).

Los síntomas de TEPT evaluados con el PCL-5 correlacionaron de forma negativa y baja con haber estado al cuidado del padre, madre, hermano y/o hermana ($r_s = -.254, p \leq .01$) y positiva y baja con EAI de abuso emocional ($r_s = .191, p \leq .05$).

Los síntomas de TEPT evaluados con el ITQ correlacionaron de forma negativa y baja con haber estado al cuidado del padre, madre, hermano y/o hermana ($r_s = -.200, p \leq .05$)

Los síntomas de TEPTC evaluados con el ITQ correlacionaron de forma negativa y baja con el estado civil ($r_s = -.187, p \leq .05$), positiva y baja con las EAI de abuso emocional ($r_s = .218, p \leq .05$) y positiva y media con TEPT evaluado con el PCL-5 ($r_s = .387, p \leq .01$).

Los síntomas de DSO evaluados con el ITQ correlacionaron de forma negativa y baja con tener un tipo de dolor crónico primario o dos o más ($r_s = -.201, p \leq .05$) y positiva y baja con

haber vivido una experiencia estresante antes del inicio del dolor crónico primario ($r_s = .200$, $p \leq .01$) y EAI de abuso emocional ($r_s = .200$, $p \leq .05$)

Finalmente, quienes tuvieron síntomas de alguno de los diagnósticos que evalúa el ITQ (TEPT, TEPTC o DSO) correlacionaron de forma negativa y baja con haber estado al cuidado del padre, madre, hermano y/o hermana ($r_s = -.209$, $p \leq .05$), positiva y baja con las EAI generales ($r_s = .225$, $p \leq .01$), positiva y media con las EAI de abuso emocional ($r_s = .344$, $p \leq .01$), síntomas de TEPT evaluado con los dos instrumentos, el ITQ ($r_s = .463$, $p \leq .01$) y PCL-5 ($r_s = .458$, $p \leq .01$), síntomas de DSO ($r_s = .480$, $p \leq .01$) y positiva y alta con síntomas de TEPTC ($r_s = .529$, $p \leq .01$).

Tabla 14

Resultados de la correlación entre las variables sociodemográficas y clínicas

		Sexo	Estado Civil	Estado de residencia	Máximo grado de estudios	Situación económica	Al cuidado de familiar directo	Trabajó antes de los 18 años	Dolor crónico primario	Experiencia estresante previo al DCP	Enfermedad diferente a DCP	Edad de inicio del dolor	En tx psico-terapéutico	EAI Generales	EAI de Abuso Físico	EAI de Abuso Emocional	EAI de Abuso Sexual	TEPT por PCL-5	TEPT por ITQ	TEPTC por ITQ	DSO por ITQ	
Estado Civil	r _s	-.010																				
	p	.908																				
Estado de residencia	r _s	-.091	-.003																			
	p	.290	.975																			
Máximo grado de estudios	r _s	-.270**	-.119	.343**																		
	p	.001	.166	.000																		
Situación económica	r _s	.111	.022	.020	.263**																	
	p	.196	.796	.818	.002																	
Al cuidado de familiar directo	r _s	.058	.054	-.090	-.028	-.152																
	p	.521	.555	.321	.758	.092																
Trabajó antes de los 18 años	r _s	-.182*	-.105	.177	.312**	.002	.161															
	p	.044	.246	.050	.000	.978	.080															
Dolor crónico primario	r _s	-.141	-.066	.297**	.149	.052	-.045	.057														
	p	.100	.447	.000	.081	.550	.617	.534														
Experiencia estresante previo al DCP	r _s	.131	.024	-.168*	-.160	-.056	-.007	.043	-.327**													
	p	.127	.784	.049	.062	.516	.942	.634	.000													
Enfermedad diferente a DCP	r _s	-.044	.110	-.062	-.151	-.079	-.079	-.106	.223**	-.191*												
	p	.610	.202	.472	.078	.359	.382	.245	.009	.025												
Edad de inicio del dolor	r _s	.016	.081	-.147	-.048	.176*	.091	-.026	-.182*	.164	.072											
	p	.850	.351	.088	.582	.040	.317	.780	.034	.056	.402											
En tx psico-terapéutico	r _s	.088	.037	-.417**	-.167	-.137	-.141	-.162	-.197*	.233**	-.112	-.049										
	p	.305	.672	.000	.052	.110	.119	.074	.021	.006	.191	.570										

		Sexo	Estado Civil	Estado de residencia	Máximo grado de estudios	Situación económica	AI cuidado de familiar directo	Trabajó antes de los 18 años	Dolor crónico primario	Experiencia estresante previo al DCP	Enfermedad diferente a DCP	Edad de inicio del dolor	En tx psico-terapéutico	EAI Generales	EAI de Abuso Físico	EAI de Abuso Emocional	EAI de Abuso Sexual	TEPT por PCL-5	TEPT por ITQ	TEPTC por ITQ	DSO por ITQ	
EAI Generales	r _s	.151	-.116	.034	-.002	.007	-.229*	-.217*	.160	-.262**	.224**	-.178*	-.071									
	p	.079	.177	.692	.977	.932	.010	.016	.062	.002	.009	.038	.411									
EAI de Abuso Físico	r _s	.115	.005	-.072	-.010	.042	-.284**	-.191*	.118	-.208*	.201*	-.186*	.084	.350**								
	p	.183	.958	.406	.906	.628	.001	.034	.171	.015	.019	.030	.327	.000								
EAI de Abuso Emocional	r _s	-.011	-.095	.054	.085	.094	-.349**	-.119	.022	-.082	.006	-.099	.060	.214*	.598**							
	p	.895	.268	.533	.322	.275	.000	.189	.799	.343	.945	.251	.487	.012	.000							
EAI de Abuso Sexual	r _s	.036	-.092	.150	.104	.028	-.204*	-.073	.119	-.132	.011	-.027	-.038	.268**	.356**	.342**						
	p	.675	.285	.080	.228	.747	.023	.421	.166	.124	.900	.758	.662	.002	.000	.000						
TEPT por PCL-5	r _s	-.036	.121	.163	.047	-.057	-.254**	-.053	.069	-.135	.159	-.040	-.065	.114	.144	.191*	.111					
	p	.675	.158	.058	.582	.505	.004	.561	.425	.117	.063	.640	.452	.186	.092	.025	.197					
TEPT por ITQ	r _s	-.048	-.010	.109	.020	.017	-.200*	-.038	-.141	-.106	.018	-.021	.088	.151	.020	.083	.036	.151				
	p	.577	.908	.204	.815	.848	.026	.674	.100	.216	.833	.812	.305	.079	.814	.332	.675	.078				
TEPTC por ITQ	r _s	.062	-.187*	-.005	-.003	.002	-.102	-.111	.086	-.167	.039	.114	-.021	.144	.071	.218*	.163	.387**	-.141			
	p	.470	.029	.957	.970	.983	.262	.220	.319	.051	.648	.188	.808	.092	.407	.010	.058	.000	.101			
DSO por ITQ	r _s	.018	.011	-.104	.002	-.102	-.016	-.058	-.201*	.200*	-.082	-.048	-.008	.035	.137	.200*	.013	.123	-.128	-.146		
	p	.834	.898	.226	.981	.234	.859	.523	.018	.019	.339	.581	.928	.688	.110	.019	.878	.152	.138	.089		
Con algún dx ITQ	r _s	.026	-.133	-.002	.012	-.056	-.209*	-.145	-.164	-.055	-.015	.035	.037	.225**	.156	.344**	.149	.458**	.463**	.529**	.480**	
	p	.767	.121	.982	.888	.514	.020	.110	.055	.520	.863	.688	.668	.008	.069	.000	.082	.000	.000	.000	.000	.000

Nota. Significado de abreviaturas, DCP: dolor crónico primario; DSO: síntomas de la desorganización del yo; DX: diagnóstico, EAI:

experiencias adversas de la infancia; ITQ: Cuestionario Internacional de Trauma; PCL-5: Lista Checable de Trastorno por Estrés

Postrauumático para DSM-5; TEPT: trastorno por estrés postraumático; TEPTC: trastorno por estrés postraumático complejo; TX:

tratamiento. Los síntomas de TEPT se evaluaron con dos instrumentos (ITQ y PCL-5).

** La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral).

Al realizar la comparación de eventos de trauma general en la infancia (EAI generales, Tabla 15) con las variables sociodemográficas y clínicas se observa que las siguientes variables predicen o explican el haber vivido EAI generales severos: haber cuidado del padre, madre y/o hermanos/as siendo menor de edad ($p = .011$), haber tenido varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años ($p < .001$), haber trabajado antes de los 18 años ($p = .016$), haber vivido algún tipo de experiencia estresante previo al inicio del dolor crónico primario ($p = .002$), haber iniciado el dolor crónico primario a una edad más temprana ($p = .039$), EAI de abuso físico ($p < .001$), EAI de abuso emocional ($p = .012$), EAI de abuso sexual ($p = .002$) y tener algún diagnóstico en el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; diagnóstico de síntomas de TEPT, TEPTC o DSO; $p = .009$). En las siguientes variables existe una tendencia a la significancia: ser del sexo femenino ($p = .077$), tener dos o más dolores crónicos primarios ($p = .061$), obtener diagnóstico positivo de síntomas de TEPT ($p = .077$) y TEPTC ($p = .091$) por ITQ.

Tener puntuaciones altas en las siguientes variables predicen las EAI generales severos: EAI de abuso físico, EAI de abuso emocional y EAI de abuso sexual ($p < .001$). Existe una tendencia a la significancia en el diagnóstico de síntomas de TEPT evaluado con el PCL-5 ($p = .086$).

Tabla 15

Características de la muestra utilizada y comparación por eventos generales de trauma en la infancia

	EAI Generales (≥ 5.14)			p
	Totales (n = 137)	Severo (n = 62)	Normal (n = 75)	
Edad (años)	48.9 \pm 11.2	49.6 \pm 11.5	48.3 \pm 11.0	.510
Sexo				.077
Mujer	122 (89)	52 (43)	70 (57)	
Hombre	15 (11)	10 (67)	5 (33)	

	Totales (n = 137)	EAI Generales (≥ 5.14)		p
		Severo (n = 62)	Normal (n = 75)	
Estado Civil				.174
Vive en pareja	62 (45)	32 (52)	30 (48)	
Vive independiente	75 (55)	30 (40)	45 (60)	
Estado de residencia				.689
Hidalgo	93 (68)	41 (44)	52 (56)	
Otros estados	44 (32)	21 (48)	23 (52)	
Máximo grado de estudios				.977
Básica y media superior	86 (63)	39 (45)	47 (55)	
Superior	51 (37)	23 (45)	28 (55)	
Situación económica				.931
Sin ingresos propios	58 (42)	26 (45)	32 (55)	
Con ingresos propios	79 (58)	36 (46)	43 (54)	
Estuvo al cuidado del padre, madre y/o hermanos/as				.011*
Si	77 (62)	41 (53)	36 (47)	
No	47 (38)	14 (30)	33 (70)	
Cuidador/a principal				.233
Madre biológica	107 (81)	48 (43)	64 (57)	
Diferente a la madre	25 (19)	14 (56)	11 (44)	
Hogar monoparental				.582
Si	34 (25)	14 (41)	20 (59)	
No	103 (75)	48 (47)	55 (53)	
Tuvo varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años				< .001*
Si	50 (37)	33 (66)	17 (34)	
No	86 (63)	28 (33)	58 (67)	
Trabajó antes de los 18 años				.016*
Sí	75 (61)	40 (53)	35 (47)	
No	48 (39)	15 (31)	33 (69)	
Dolor crónico primario RESUMEN				.061
Un solo DCP	93 (68)	37 (40)	56 (60)	
Dos o más DCP	44 (32)	25 (57)	19 (43)	
Fibromialgia	50 (54)	21 (42)	29 (58)	.227
Otro tipo de DCP	43 (46)	16 (37)	27 (63)	
Experiencia estresante previo al DCP				.002*
Si	80 (58)	45 (56)	35 (44)	
No	57 (42)	17 (30)	40 (70)	

	EAI Generales (≥ 5.14)			p
	Totales (n = 137)	Severo (n = 62)	Normal (n = 75)	
Primer dx de DCP				.703
De meses hasta 5 años	67 (54)	30 (45)	37 (55)	
Más de 5 años	56 (46)	27 (48)	29 (52)	
En tx por DC				.976
En un solo tipo de tx	65 (57)	29 (45)	36 (55)	
En más de un tx	49 (43)	22 (45)	27 (55)	
Sin tratamiento	23 (17)	11 (48)	12 (52)	.786
En algún tipo de tx	114 (83)	51 (45)	63 (55)	
Enfermedad diferente a DCP				.582
Con comorbilidad física y/o mental	103 (75)	48 (47)	55 (53)	
Sin comorbilidad	34 (25)	14 (41)	20 (59)	
Red de apoyo				.338
Familiar, amigo/a u otro	96 (70)	46 (48)	50 (52)	
Sin red de apoyo	41 (30)	16 (39)	25 (61)	
En tratamiento psicoterapéutico				.407
Psicológico, psiquiátrico o ambos	33 (24)	17 (52)	16 (48)	
Sin tx actualmente	104 (76)	45 (43)	59 (57)	
Edad de inicio del dolor (años)	37 (7 - 64)	35 (20 - 43)	38 (28 - 48)	.039*
Variables clínicas cualitativas				
EAI de Abuso Físico				< .001*
Severo	60 (44)	39 (65)	23 (35)	
Normal	77 (56)	21 (35)	54 (65)	
EAI de Abuso Emocional				.012*
Severo	57 (42)	33 (58)	29 (42)	
Normal	80 (58)	29 (36)	51 (64)	
EAI de Abuso Sexual				.002*
Severo	66 (48)	39 (59)	27 (41)	
Normal	71 (52)	23 (32)	48 (68)	
TEPT por PCL-5				.184
Severo	71 (52)	36 (51)	35 (49)	
Normal	66 (48)	26 (39)	40 (61)	
TEPT por ITQ				.077
Si	15 (11)	10 (67)	5 (33)	
No	122 (89)	52 (43)	70 (57)	

	EAI Generales (≥ 5.14)			p
	Totales (n = 137)	Severo (n = 62)	Normal (n = 75)	
TEPTC por ITQ				.091
Si	19 (14)	12 (63)	7 (37)	
No	118 (86)	50 (42)	68 (58)	
DSO por ITQ				.685
Si	16 (12)	8 (50)	8 (50)	
No	121 (88)	54 (45)	67 (55)	
Con algún dx ITQ				.009*
Con algún dx ITQ	50 (36)	30 (60)	20 (40)	
Normal	87 (64)	32 (37)	55 (63)	
Variables clínicas cuantitativas				
EAI de Abuso Físico	1.45 (0.62 - 2.41)	2.16 (1.37 - 2.81)	0.90 (0.34 - 1.48)	< .001*
EAI de Abuso Emocional	2.55 (1.27 - 3.90)	3.25 (1.91 - 4.52)	1.91 (0.65 - 3.28)	< .001*
EAI de Abuso Sexual	1.36 (0 - 2.78)	2.01 (0.71 - 3.77)	0.68 (0 - 1.86)	< .001*
TEPT por PCL-5	30 (17.5 - 44)	33 (21 - 47)	26 (15 - 43)	.086

Nota. Significado de abreviaturas, DCP: dolor crónico primario; DSO: síntomas de la

desorganización del yo; DX: diagnóstico, EAI: experiencias adversas de la infancia; ITQ:

Cuestionario Internacional de Trauma; PCL-5: Lista Checable de Trastorno por Estrés

Postramático para DSM-5; TEPT: trastorno por estrés postraumático; TEPTC: trastorno por estrés postraumático complejo; TX: tratamiento. Los síntomas de TEPT se evaluaron con dos instrumentos (ITQ y PCL-5).

* Significancia estadística, valor $p \leq .05$. Los valores representan frecuencias, porcentajes, medias o medianas dependiendo del tipo de variable. Las comparaciones se efectuaron mediante Chi-Cuadrado, U de Mann Whitney o t de Student dependiendo del tipo de dato.

En la comparación de eventos de abuso físico en la infancia (EAI de abuso físico, Tabla 16) con las variables sociodemográficas y clínicas se observa que las siguientes variables predicen o explican el haber vivido EAI de abuso físico severo: haber cuidado del padre, madre y/o hermanos/as siendo menor de edad ($p = .002$), haber trabajado antes de los 18 años ($p = .034$), haber vivido algún tipo de experiencia estresante previo al inicio del dolor crónico primario ($p =$

.015), haber iniciado el dolor crónico primario a una edad más temprana ($p = .031$), EAI generales ($p < .001$), EAI de abuso emocional ($p < .001$), EAI de abuso sexual ($p < .001$). En las siguientes variables existe una tendencia significativa: el tener síntomas de TEPT por el PCL-5 ($p = .091$) y tener algún diagnóstico en el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; diagnóstico de síntomas de TEPT, TEPTC o DSO; $p = .068$).

Tener puntuaciones altas en las siguientes variables predicen los EAI de abuso físico severo: EAI de eventos generales, EAI de abuso emocional, EAI de abuso sexual ($p < .001$) y diagnóstico de síntomas de TEPT evaluado por el PCL-5 ($p = .014$).

Tabla 16

Características de la muestra y comparación por eventos de abuso físico en la infancia

	Totales (n = 137)	EAI de Abuso Físico (≥ 1.45)		p
		Severo (n = 60)	Normal (n = 77)	
Edad (años)	48.9 ± 11.2	49.2 ± 11.7	48.6 ± 10.9	.773
Sexo				.180
Mujer	122 (89)	51 (42)	71 (58)	
Hombre	15 (11)	9 (60)	6 (40)	
Estado Civil				.958
Vive en pareja	62 (45)	27 (44)	35 (56)	
Vive independiente	75 (55)	33 (44)	42 (56)	
Estado de residencia				.402
Hidalgo	93 (68)	43 (46)	50 (54)	
Otros estados	44 (32)	17 (39)	27 (61)	
Máximo grado de estudios				.905
Básica y media superior	86 (63)	38 (44)	48 (56)	
Superior	51 (37)	22 (43)	29 (57)	
Situación económica				.625
Sin ingresos propios	58 (42)	24 (41)	34 (59)	
Con ingresos propios	79 (58)	36 (46)	43 (54)	
Estuvo al cuidado del padre, madre y/o hermanos/as				.002*
Si	77 (62)	42 (55)	35 (45)	
No	47 (38)	12 (26)	35 (74)	
Cuidador/a principal				.672
Madre biológica	107 (81)	50 (45)	62 (55)	
Diferente a la madre	25 (19)	10 (40)	15 (60)	

	Totales (n = 137)	EAI de Abuso Físico (≥ 1.45)		p
		Severo (n = 60)	Normal (n = 77)	
Hogar monoparental				.451
Si	34 (25)	13 (38)	21 (62)	
No	103 (75)	47 (46)	56 (54)	
Tuvo varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años				.122
Si	50 (37)	26 (52)	24 (48)	
No	86 (63)	33 (38)	53 (62)	
Trabajó antes de los 18 años				.034*
Sí	75 (61)	38 (51)	37 (49)	
No	48 (39)	15 (31)	33 (69)	
Dolor crónico primario				.169
RESUMEN				
Dos o más DCP	44 (32)	23 (52)	21 (48)	
Un solo DCP	93 (68)	37 (40)	56 (60)	.198
Fibromialgia	50 (54)	21 (42)	29 (58)	
Otro tipo de DCP	43 (46)	16 (37)	27 (63)	
Experiencia estresante previo al DCP				.015*
Si	80 (58)	42 (53)	38 (48)	
No	57 (42)	18 (32)	39 (68)	
Primer dx de DCP				.203
De meses hasta 5 años	67 (54)	27 (40)	40 (60)	
Más de 5 años	56 (46)	29 (52)	27 (48)	
En tx por DC				.570
En un solo tipo de tx	65 (57)	30 (46)	35 (54)	
En más de un tratamiento	49 (43)	20 (41)	29 (59)	
Sin tratamiento	23 (17)	10 (43)	13 (57)	.973
En algún tipo de tx	114 (83)	50 (44)	64 (56)	
Enfermedad diferente a DCP				.249
Con comorbilidad física y/o mental	103 (75)	48 (47)	55 (53)	
Sin comorbilidad	34 (25)	12 (35)	22 (65)	
Red de apoyo				.987
Familiar, amigo/a u otro	96 (70)	42 (44)	54 (56)	
Sin red de apoyo	41 (30)	18 (44)	23 (56)	
En tratamiento psicoterapéutico				.323
Psicológico, psiquiátrico o ambos	33 (24)	12 (36)	21 (64)	
Sin tx actualmente	104 (76)	48 (46)	56 (54)	
Edad de inicio del dolor (años)	37 (7 - 64)	34 (23 - 43)	38 (32 - 46)	.031*

	Totales (n = 137)	EAI de Abuso Físico (≥ 1.45)		p
		Severo (n = 60)	Normal (n = 77)	
Variables clínicas cualitativas				
EAI Generales				< .001*
Severo	62 (45)	39 (63)	23 (37)	
Normal	75 (55)	21 (28)	54 (72)	
EAI de Abuso Emocional				< .001*
Severo	57 (42)	45 (79)	12 (21)	
Normal	80 (58)	15 (19)	65 (81)	
EAI de Abuso Sexual				< .001*
Severo	66 (48)	41 (62)	25 (38)	
Normal	71 (52)	19 (27)	52 (73)	
TEPT por PCL-5				.091
Severo	71 (52)	36 (51)	35 (49)	
Normal	66 (48)	24 (36)	42 (64)	
TEPT por ITQ				.812
Si	15 (11)	7 (47)	8 (53)	
No	122 (89)	53 (43)	69 (57)	
TEPTC por ITQ				.403
Si	19 (14)	10 (53)	9 (47)	
No	118 (86)	50 (42)	68 (58)	
DSO por ITQ				.109
Si	16 (12)	10 (63)	6 (38)	
No	121 (88)	50 (41)	71 (59)	
Con algún dx ITQ				.068
Con algún dx ITQ	50 (36)	27 (54)	23 (46)	
Normal	87 (64)	33 (38)	54 (62)	
Variables clínicas cuantitativas				
EAI Generales	5.14 (2.42 - 8.33)	7.52 (4.99 - 9.90)	3.44 (1.88 - 5.87)	< .001*
EAI de Abuso Emocional	2.55 (1.27 - 3.90)	3.25 (1.91 - 4.52)	1.91 (0.65 - 3.28)	< .001*
EAI de Abuso Sexual	1.36 (0 - 2.78)	3.81 (2.66 - 4.52)	1.32 (0.52 - 2.51)	< .001*
TEPT por PCL-5	30 (17.5 - 44)	2.10 (0.71 - 3.88)	0.65 (0 - 1.86)	.014*

Nota. Significado de las abreviaturas, DCP: dolor crónico primario; DSO: síntomas de la

desorganización del yo; DX: diagnóstico; EAI: experiencias adversas de la infancia; ITQ:

Cuestionario Internacional de Trauma; PCL-5: Lista Checable de Trastorno por Estrés

Postrauumático para DSM-5; TEPT: trastorno por estrés postraumático; TEPTC: trastorno por

estrés postraumático complejo; TX: tratamiento. Los síntomas de TEPT se evaluaron con dos

instrumentos (ITQ y PCL-5).

* Significancia estadística, valor $p \leq .05$. Los valores representan frecuencias, porcentajes, medias o medianas dependiendo del tipo de variable. Las comparaciones se efectuaron mediante Chi-Cuadrado, U de Mann Whitney o t de Student dependiendo del tipo de dato.

En cuanto a la comparación de eventos de abuso emocional en la infancia (EAI de abuso emocional, Tabla 17) con las variables sociodemográficas y clínicas, las siguientes variables predicen los eventos de abuso emocional en la infancia severos: haber cuidado del padre, madre y/o hermanos/as siendo menor de edad ($p < .001$), EAI generales ($p < 0.012$), EAI de abuso físico ($p < .001$), EAI de abuso sexual ($p < .001$), TEPT evaluado con el PCL-5 ($p = .025$), diagnóstico de síntomas de TEPTC ($p = .011$) y DSO ($p = .091$) por ITQ y tener algún diagnóstico en el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; diagnóstico de síntomas de TEPT, TEPTC o DSO; $p < .001$).

Tabla 17

Características de la muestra y comparación por eventos de abuso emocional en la infancia

	Totales (n = 137)	EAI de Abuso Emocional (≥ 2.55)		p
		Severo (n = 57)	Normal (n = 80)	
Edad (años)	48.9 ± 11.2	48.2 ± 10.0	49.4 ± 12.0	.553
Sexo				.894
Mujer	122 (89)	51 (42)	71 (58)	
Hombre	15 (11)	6 (40)	9 (60)	
Estado Civil				.264
Vive en pareja	62 (45)	29 (47)	33 (53)	
Vive independiente	75 (55)	28 (37)	47 (63)	
Estado de residencia				.530
Hidalgo	93 (68)	37 (40)	56 (60)	
Otros estados	44 (32)	20 (45)	24 (55)	
Máximo grado de estudios				.319
Básica y media superior	86 (63)	33 (38)	53 (62)	
Superior	51 (37)	24 (47)	27 (53)	
Situación económica				.272
Sin ingresos propios	58 (42)	21 (36)	37 (64)	
Con ingresos propios	79 (58)	36 (46)	43 (54)	

	Totales (n = 137)	EAI de Abuso Emocional (≥ 2.55)		p
		Severo (n = 57)	Normal (n = 80)	
Estuvo al cuidado del padre, madre y/o hermanos/as				< .001*
Si	77 (62)	42 (55)	35 (45)	
No	47 (38)	9 (19)	38 (81)	
Cuidador/a principal				.857
Madre biológica	107 (81)	47 (42)	65 (58)	
Diferente a la madre	25 (19)	10 (40)	15 (60)	
Hogar monoparental				.389
Si	34 (25)	12 (35)	22 (65)	
No	103 (75)	45 (44)	58 (56)	
Tuvo varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años				.610
Si	50 (37)	22 (44)	28 (56)	
No	86 (63)	34 (40)	52 (60)	
Trabajó antes de los 18 años				.186
Sí	75 (61)	34 (45)	41 (55)	
No	48 (39)	16 (33)	32 (67)	
Dolor crónico primario				.797
RESUMEN				
Dos o más DCP	44 (32)	19 (43)	25 (57)	
Un solo DCP	93 (68)	38 (41)	55 (59)	.113
Fibromialgia	50 (54)	24 (48)	26 (52)	
Otro tipo de DCP	43 (46)	14 (33)	29 (67)	
Experiencia estresante previo al DCP				.340
Si	80 (58)	36 (45)	44 (55)	
No	57 (42)	21 (37)	36 (63)	
Primer dx de DCP				.606
De meses hasta 5 años	67 (54)	28 (42)	39 (58)	
Más de 5 años	56 (46)	26 (46)	30 (54)	
En tx por DC				.759
En un solo tipo de tx	65 (57)	26 (40)	39 (60)	
En más de un tratamiento	49 (43)	21 (43)	28 (57)	.842
Sin tratamiento	23 (17)	10 (43)	13 (57)	
En algún tipo de tx	114 (83)	47 (41)	67 (59)	
Enfermedad diferente a DCP				.457
Con comorbilidad física y/o mental	103 (75)	41 (40)	62 (60)	
Sin comorbilidad	34 (25)	16 (47)	18 (53)	

	Totales (n = 137)	EAI de Abuso Emocional (≥ 2.55)		p
		Severo (n = 57)	Normal (n = 80)	
Red de apoyo				.462
Familiar, amigo/a u otro	96 (70)	49 (51)	21 (51)	
Sin red de apoyo	41 (30)	20 (49)	52 (50)	
En tratamiento psicoterapéutico				.483
Psicológico, psiquiátrico o ambos	33 (24)	12 (36)	21 (64)	
Sin tx actualmente	104 (76)	45 (43)	59 (57)	
Edad de inicio del dolor (años)	37 (7 - 64)	35 (24 - 43)	38 (28 - 45)	.249
Variables clínicas cualitativas				
EAI Generales				.012*
Severo	62 (45)	33 (53)	29 (47)	
Normal	75 (55)	24 (32)	51 (68)	
EAI de Abuso Físico				< .001*
Severo	60 (44)	45 (75)	15 (25)	
Normal	77 (56)	12 (16)	65 (84)	
EAI de Abuso Sexual				< .001*
Severo	66 (48)	39 (59)	27 (41)	
Normal	71 (52)	18 (25)	53 (75)	
TEPT por PCL-5				0.025*
Severo	71 (52)	36 (51)	35 (49)	
Normal	66 (48)	21 (32)	45 (68)	
TEPT por ITQ				0.329
Si	15 (11)	8 (53)	7 (47)	
No	122 (89)	49 (40)	73 (60)	
TEPTC por ITQ				0.011*
Si	19 (14)	13 (68)	6 (32)	
No	118 (86)	44 (37)	74 (63)	
DSO por ITQ				0.019*
Si	16 (12)	11 (69)	5 (31)	
No	121 (88)	46 (38)	75 (62)	
Con algún dx ITQ				< .001*
Con algún dx ITQ	50 (36)	32 (64)	18 (36)	
Normal	87 (64)	25 (29)	62 (71)	
Variables clínicas cuantitativas				
EAI Generales	5.14 (2.42 - 8.33)	7.42 (3.65 - 9.28)	3.92 (1.91 - 6.04)	< .001*
EAI de Abuso Físico	1.45 (0.62 - 2.41)	2.41 (1.74 - 2.85)	0.62 (0.34 - 1.27)	< .001*
EAI de Abuso Sexual	1.36 (0 - 2.78)	2.04 (1.01 - 3.37)	0.65 (0 - 1.67)	< .001*
TEPT por PCL-5	30 (17.5 - 44)	35 (24 - 46)	23 (14 - 38)	0.005*

Nota. Significado de las abreviaturas, DCP: dolor crónico primario; DSO: síntomas de la

desorganización del yo; DX: diagnóstico; EAI: experiencias adversas de la infancia; ITQ:

Cuestionario Internacional de Trauma; PCL-5: Lista Checable de Trastorno por Estrés

Postrauumático para DSM-5, TEPT: trastorno por estrés postraumático, TEPTC: trastorno por estrés postraumático complejo, TX: tratamiento. Los síntomas de TEPT se evaluaron con dos instrumentos (ITQ y PCL-5).

* Significancia estadística, valor $p \leq .05$. Los valores representan frecuencias, porcentajes, medias o medianas dependiendo del tipo de variable. Las comparaciones se efectuaron mediante Chi-Cuadrado, U de Mann Whitney o t de Student dependiendo del tipo de dato.

En la comparación de eventos de abuso sexual en la infancia (EAI de abuso sexual, Tabla 18) con las variables sociodemográficas y clínicas se encontró que las siguientes variables explican la presencia de abuso sexual en la infancia severo: haber cuidado del padre, madre y/o hermanos/as siendo menor de edad ($p = .023$), haber vivido en un hogar monoparental ($p = .033$), EAI generales ($p = .002$), EAI de abuso físico ($p < .001$) y EAI de abuso emocional ($p < .001$). En las siguientes variables existe una tendencia significativa: vivir en el estado de Hidalgo ($p = .079$), tener síntomas de TEPTC por ITQ ($p = .057$) y tener algún diagnóstico en el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; diagnóstico de síntomas de TEPT, TEPTC o DSO; $p = .081$).

Tener puntuaciones altas en las siguientes variables predicen los EAI de abuso sexual severo: EAI generales, EAI de abuso físico, EAI de abuso emocional ($p < .001$) y diagnóstico de síntomas de TEPT evaluado con el PCL-5 ($p = .046$).

Tabla 18

Características de la muestra y comparación por eventos de abuso sexual en la infancia

	Totales (n = 137)	EAI de Abuso Sexual (≥ 1.36)		p
		Severo (n = 66)	Normal (n = 71)	
Edad (años)	48.9 ± 11.2	48.2 ± 9.6	49.5 ± 12.5	.500
Sexo				.672
Mujer	122 (89)	58 (48)	64 (52)	
Hombre	15 (11)	8 (53)	7 (47)	

	Totales (n = 137)	EAI de Abuso Sexual (≥ 1.36)		p
		Severo (n = 66)	Normal (n = 71)	
Estado Civil				.282
Vive en pareja	62 (45)	33 (53)	29 (47)	
Vive independiente	75 (55)	33 (44)	42 (56)	
Estado de residencia				.079
Hidalgo	93 (68)	40 (43)	53 (57)	
Otros estados	44 (32)	26 (59)	18 (41)	
Máximo grado de estudios				.225
Básica y media superior	86 (63)	38 (44)	48 (56)	
Superior	51 (37)	28 (55)	23 (45)	
Situación económica				.745
Sin ingresos propios	58 (42)	27 (47)	31 (53)	
Con ingresos propios	79 (58)	39 (49)	40 (51)	
Estuvo al cuidado del padre, madre y/o hermanos/as				.023*
Si	77 (62)	44 (57)	33 (43)	
No	47 (38)	17 (36)	30 (64)	
Cuidador/a principal				.366
Madre biológica	107 (81)	56 (50)	56 (50)	
Diferente a la madre	25 (19)	10 (40)	15 (60)	
Hogar monoparental				.033*
Si	34 (25)	11 (32)	23 (68)	
No	103 (75)	55 (53)	48 (47)	
Tuvo varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años				.794
Si	50 (37)	25 (50)	25 (50)	
No	86 (63)	41 (48)	45 (52)	
Trabajó antes de los 18 años				.417
Sí	75 (61)	40 (53)	35 (47)	
No	48 (39)	22 (46)	26 (54)	
Dolor crónico primario				.164
RESUMEN				
Dos o más DCP	44 (32)	25 (57)	19 (43)	
Un solo DCP	93 (68)	41 (44)	52 (56)	
Fibromialgia	50 (54)	24 (48)	26 (52)	.481
Otro tipo de DCP	43 (46)	17 (40)	26 (60)	
Experiencia estresante previo al DCP				.122
Si	80 (58)	43 (53)	37 (46)	
No	57 (42)	23 (40)	34 (60)	

	Totales (n = 137)	EAI de Abuso Sexual (≥ 1.36)		p
		Severo (n = 66)	Normal (n = 71)	
Primer dx de DCP				.934
De meses hasta 5 años	67 (54)	33 (49)	34 (51)	
Más de 5 años	56 (46)	28 (50)	28 (50)	
En tx por DC				.137
En un solo tipo de tx	65 (57)	28 (43)	37 (57)	
En más de un tratamiento	49 (43)	28 (57)	21 (43)	
Sin tratamiento	23 (17)	10 (43)	13 (57)	.621
En algún tipo de tx	114 (83)	56 (49)	58 (51)	
Enfermedad diferente a DCP				.806
Con comorbilidad física y/o mental	103 (75)	49 (48)	54 (52)	
Sin comorbilidad	34 (25)	17 (50)	17 (50)	
Red de apoyo				.513
Familiar, amigo/a u otro	96 (70)	48 (50)	48 (50)	
Sin red de apoyo	41 (30)	18 (44)	23 (56)	
En tratamiento psicoterapéutico				.659
Psicológico, psiquiátrico o ambos	33 (24)	17 (52)	23 (56)	
Sin tx actualmente	104 (76)	49 (47)	16 (48)	
Edad de inicio del dolor (años)	37 (7 - 64)	38 (24 - 44)	36 (26 - 45)	.757
Variables clínicas cualitativas				
EAI Generales				.002*
Severo	62 (45)	39 (63)	23 (37)	
Normal	75 (55)	27 (36)	48 (64)	
EAI de Abuso Físico				< .001*
Severo	60 (44)	41 (68)	19 (32)	
Normal	77 (56)	25 (32)	52 (68)	
EAI de Abuso Emocional				< .001*
Severo	57 (42)	39 (68)	18 (32)	
Normal	80 (58)	27 (34)	53 (66)	
TEPT por PCL-5				.194
Severo	71 (52)	38 (54)	33 (46)	
Normal	66 (48)	28 (42)	38 (58)	
TEPT por ITQ				.672
Si	15 (11)	8 (53)	7 (47)	
No	122 (89)	58 (48)	64 (52)	
TEPTC por ITQ				.057
Si	19 (14)	13 (68)	6 (32)	
No	118 (86)	53 (45)	65 (55)	

	Totales (n = 137)	EAI de Abuso Sexual (≥ 1.36)		p
		Severo (n = 66)	Normal (n = 71)	
DSO por ITQ				.876
Si	16 (12)	8 (50)	8 (50)	
No	121 (88)	58 (48)	63 (52)	
Con algún dx ITQ				.081
Con algún dx ITQ	50 (36)	29 (58)	21 (42)	
Normal	87 (64)	37 (43)	50 (57)	
Variables clínicas cuantitativas				
EAI Generales	5.14 (2.42 - 8.33)	7.52 (3.65 - 10)	3.97 (1.93 - 6.08)	< .001*
EAI de Abuso Físico	1.45 (0.62 - 2.41)	1.97 (1.22 - 2.81)	0.82 (0.34 - 1.78)	< .001*
EAI de Abuso Emocional	2.55 (1.27 - 3.90)	3.29 (2.15 - 4.52)	1.47 (0.58 - 2.61)	< .001*
TEPT por PCL-5	30 (17.5 - 44)	35 (18 - 47)	26 (14 - 40)	.046*

Nota. Significado de abreviaturas, DCP: dolor crónico primario; DSO: síntomas de la

desorganización del yo; DX: diagnóstico; EAI: experiencias adversas de la infancia; ITQ:

Cuestionario Internacional de Trauma; PCL-5: Lista Checable de Trastorno por Estrés

Postrumático para DSM-5; TEPT: trastorno por estrés postraumático; TEPTC: trastorno por estrés postraumático complejo; TX: tratamiento. Los síntomas de TEPT se evaluaron con dos instrumentos (ITQ y PCL-5).

* Significancia estadística, valor $p \leq .05$. Los valores representan frecuencias, porcentajes, medias o medianas dependiendo del tipo de variable. Las comparaciones se efectuaron mediante Chi-Cuadrado, U de Mann Whitney o t de Student dependiendo del tipo de dato.

En la comparación de síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT evaluado con el PCL-5, Tabla 19) con las variables sociodemográficas y clínicas se descubrió que las siguientes variables predicen la presencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT evaluado con el PCL-5): haber cuidado del padre, madre y/o hermanos/as siendo menor de edad ($p = .005$), EAI de abuso emocional severo ($p = .025$), síntomas del TEPTC (evaluado con el ITQ; $p < .001$) y algún diagnóstico en el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ;

diagnóstico de síntomas de TEPT, TEPTC o DSO; $p < .001$). En las siguientes variables existe una tendencia significativa: vivir en el estado de Hidalgo ($p = .057$), EAI de abuso físico ($p = .091$) y síntomas de TEPT por ITQ ($p = .066$).

Tener puntuaciones altas en las siguientes variables predicen la presencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT evaluado con el PCL-5): EAI generales ($p = .021$) y EAI de abuso emocional ($p = .006$).

Tabla 19

Características de la muestra utilizada y comparación por trastorno por estrés postraumático obtenido con la Lista Checable para Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5)

	Totales (n = 137)	TEPT evaluado con el PCL-5 (≥ 30)		p
		Severo (n = 71)	Normal (n = 66)	
Edad (años)	48.9 ± 11.2	48.4 ± 9.9	49.3 ± 12.5	.641
Sexo				.672
Mujer	122 (89)	64 (52)	58 (48)	
Hombre	15 (11)	7 (47)	8 (53)	
Estado Civil				.156
Vive en pareja	62 (45)	28 (45)	34 (55)	
Vive independiente	75 (55)	43 (57)	32 (43)	
Estado de residencia				.057
Hidalgo	93 (68)	43 (46)	50 (54)	
Otros estados	44 (32)	28 (64)	16 (36)	
Máximo grado de estudios				.579
Básica y media superior	86 (63)	43 (50)	43 (50)	
Superior	51 (37)	28 (55)	23 (45)	
Situación económica				.502
Sin ingresos propios	58 (42)	32 (55)	26 (45)	
Con ingresos propios	79 (58)	39 (49)	40 (51)	
Estuvo al cuidado del padre, madre y/o hermanos/as				.005*
Si	77 (62)	48 (62)	29 (38)	
No	47 (38)	17 (36)	30 (64)	
Cuidador/a principal				.644
Madre biológica	107 (81)	57 (51)	55 (49)	
Diferente a la madre	25 (19)	14 (56)	11 (44)	

	Totales (n = 137)	TEPT evaluado con el PCL-5 (≥ 30)		p
		Severo (n = 71)	Normal (n = 66)	
Hogar monoparental				.521
Si	34 (25)	16 (47)	18 (53)	
No	103 (75)	55 (53)	48 (47)	
Tuvo varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años				.245
Si	50 (37)	29 (58)	21 (42)	
No	86 (63)	41 (48)	45 (52)	
Trabajó antes de los 18 años				.558
Sí	75 (61)	40 (53)	35 (47)	
No	48 (39)	23 (48)	25 (52)	
Dolor crónico primario				.421
RESUMEN				
Dos o más DCP	44 (32)	25 (57)	19 (43)	
Un solo DCP	93 (68)	46 (49)	47 (51)	
Fibromialgia	50 (54)	23 (46)	27 (54)	.481
Otro tipo de DCP	43 (46)	23 (53)	20 (47)	
Experiencia estresante previo al DCP				.115
Si	80 (58)	46 (58)	34 (43)	
No	57 (42)	25 (44)	32 (56)	
Primer dx de DCP				.268
De meses hasta 5 años	67 (54)	39 (58)	28 (42)	
Más de 5 años	56 (46)	27 (48)	29 (52)	
En tx por DC				.936
En un solo tipo de tx	65 (57)	34 (52)	31 (48)	
En más de un tratamiento	49 (43)	26 (53)	23 (47)	
Sin tratamiento	23 (17)	11 (48)	12 (52)	.674
En algún tipo de tx	114 (83)	60 (53)	54 (47)	
Enfermedad diferente a DCP				.300
Con comorbilidad física y/o mental	103 (75)	56 (54)	47 (46)	
Sin comorbilidad	34 (25)	15 (44)	19 (56)	
Red de apoyo				.926
Familiar, amigo/a u otro	96 (70)	50 (52)	46 (48)	
Sin red de apoyo	41 (30)	21 (51)	20 (49)	
En tratamiento psicoterapéutico				.448
Psicológico, psiquiátrico o ambos	33 (24)	19 (58)	14 (42)	
Sin tx actualmente	104 (76)	52 (50)	52 (50)	
Edad de inicio del dolor (años)	37 (7 - 64)	37 (24 - 44)	37 (25 - 47)	.638

	Totales (n = 137)	TEPT evaluado con el PCL-5 (≥ 30)		p
		Severo (n = 71)	Normal (n = 66)	
Variables clínicas cualitativas				
EAI Generales				.184
Severo	62 (45)	36 (58)	26 (42)	
Normal	75 (55)	35 (47)	40 (53)	
EAI de Abuso Físico				.091
Severo	60 (44)	36 (60)	24 (40)	
Normal	77 (56)	35 (45)	42 (55)	
EAI de Abuso Emocional				.025*
Severo	57 (42)	36 (63)	21 (37)	
Normal	80 (58)	35 (44)	45 (56)	
EAI de Abuso Sexual				.194
Severo	66 (48)	38 (58)	28 (42)	
Normal	71 (52)	33 (46)	38 (54)	
TEPT por ITQ				.066
Si	15 (11)	11 (73)	4 (27)	
No	122 (89)	60 (49)	62 (51)	
TEPTC por ITQ				< .001*
Si	19 (14)	19 (100)	0 (0)	
No	118 (86)	52 (44)	66 (56)	
DSO por ITQ				.149
Si	16 (12)	11 (69)	5 (31)	
No	121 (88)	60 (49)	61 (51)	
Con algún dx ITQ				< .001*
Con algún dx ITQ	50 (36)	41 (82)	9 (18)	
Normal	87 (64)	30 (34)	57 (66)	
Variables clínicas cuantitativas				
EAI Generales	5.14 (2.42 - 8.33)	5.72 (2.98 - 10)	4.67 (2.20 - 7.42)	.024*
EAI de Abuso Físico	1.45 (0.62 - 2.41)	1.78 (0.63 - 2.45)	1.22 (0.48 - 2.16)	.104
EAI de Abuso Emocional	2.55 (1.27 - 3.90)	3.05 (1.39 - 4.52)	2.10 (0.71 - 3.28)	.006*
EAI de Abuso Sexual	1.36 (0 - 2.78)	1.45 (0.65 - 2.99)	1.21 (0 - 2.29)	.106

Nota. Significado de abreviaturas, DCP: dolor crónico primario; DSO: síntomas de la

desorganización del yo; DX: diagnóstico; EAI: experiencias adversas de la infancia; ITQ:

Cuestionario Internacional de Trauma; PCL-5: Lista Checable de Trastorno por Estrés

Postrumático para DSM-5; TEPT: trastorno por estrés postraumático; TEPTC: trastorno por

estrés postraumático complejo; TX: tratamiento. Los síntomas de TEPT se evaluaron con dos

instrumentos (ITQ y PCL-5).

* Significancia estadística, valor $p \leq .05$. Los valores representan frecuencias, porcentajes, medias o medianas dependiendo del tipo de variable. Las comparaciones se efectuaron mediante Chi-Cuadrado, U de Mann Whitney o t de Student dependiendo del tipo de dato.

Al realizar la comparación de los síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno por estrés postraumático complejo (TEPTC) y de la desorganización del yo (DSO, Tabla 20) con las variables sociodemográficas y clínicas se observa que las siguientes variables predicen o explican los síntomas de TEPT por ITQ: haber cuidado del padre, madre y/o hermanos/as siendo menor de edad ($p = .026$) y haber tenido varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años ($p = .002$). En las siguientes variables existe una tendencia significativa: tener dos o más tipos de dolor crónico primario ($p = .099$), no estar en ningún tipo de tratamiento actualmente ($p = .065$), EAI generales ($p = .077$) y tener síntomas de TEPT por el PCL-5 ($p = .066$).

En el caso de los síntomas de TEPTC las variables que explican su presencia son: vivir en pareja ($p = .029$), haber vivido en un hogar monoparental ($p = .033$), abuso emocional en la infancia ($p = .011$) y el TEPT evaluado con el PCL-5 ($p < .001$). Se encontró una tendencia significativa en las siguientes variables: haber vivido algún tipo de experiencia estresante antes del inicio del dolor crónico primario ($p = .050$), los eventos generales de trauma en la infancia ($p = .091$) y el abuso sexual en la infancia ($p = .057$).

Con respecto a los síntomas de DSO las variables que los explican son: la edad ($p = .036$), haber vivido en un hogar monoparental ($p = .013$), el tener dos o más tipos de dolor crónico primario ($p = .018$), haber vivido algún tipo de experiencia estresante previo al inicio del dolor crónico primario ($p = .019$) y el abuso emocional en la infancia ($p = .019$). Se observó una tendencia significativa en tener de meses hasta 5 años con el diagnóstico de dolor crónico primario ($p = .054$).

Tabla 20

Características de la muestra y comparación por síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno por estrés postraumático complejo (TEPTC) y síntomas en la autoorganización del yo (DSO) obtenido por el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)

	Totales (n = 137)	TEPT - ITQ		p	TEPTC-ITQ		p	DSO-ITQ		p
		Sí (n = 15)	No (n = 112)		Sí (n = 19)	No (n = 118)		Sí (n = 16)	No (n = 121)	
Edad (años)	48.9 ± 11.2	50.9 ± 13.3	48.6 ± 10.9	.451	51.6 ± 8.9	48.4 ± 11.5	.248	43.4 ± 13.4	49.6 ± 10.7	.036*
Sexo				.574			.467			.833
Mujer	122 (89)	14 (11)	108 (89)		16 (13)	106 (87)		14 (11)	108 (89)	
Hombre	15 (11)	1 (7)	14 (9)		3 (20)	12 (80)		2 (13)	13 (87)	
Estado Civil				.907			.029*			.898
Vive en pareja	62 (45)	7 (11)	55 (89)		13 (21)	49 (79)		7 (11)	55 (89)	
Vive independiente	75 (55)	8 (11)	67 (89)		6 (8)	69 (92)		9 (12)	66 (88)	
Estado de residencia				.201			.957			.223
Hidalgo	93 (68)	8 (9)	85 (91)		13 (14)	80 (86)		13 (14)	80 (86)	
Otros estados	44 (32)	7 (16)	37 (84)		6 (14)	38 (86)		3 (7)	41 (93)	
Máximo grado de estudios				.814			.970			.981
Básica y media superior	86 (63)	9 (10)	77 (90)		12 (14)	74 (86)		10 (12)	76 (88)	
Superior	51 (37)	6 (12)	45 (88)		7 (14)	44 (86)		6 (12)	45 (88)	
Situación económica				.846			.983			.231
Sin ingresos propios	58 (42)	6 (10)	52 (90)		8 (14)	50 (86)		9 (16)	49 (84)	
Con ingresos propios	79 (58)	9 (11)	70 (89)		11 (14)	68 (86)		7 (9)	72 (91)	
Estuvo al cuidado del padre, madre y/o hermanos/as				.026*			.258			.858
Sí	77 (62)	11 (14)	66 (86)		14 (18)	63 (82)		9 (12)	68 (88)	
No	47 (38)	1 (2)	46 (98)		5 (11)	42 (89)		5 (11)	42 (89)	

	Totales (n = 137)	TEPT – ITQ		P	TEPTC-ITQ		p	DSO-ITQ		p
		Sí (n = 15)	No (n = 112)		Sí (n = 19)	No (n = 118)		Sí (n = 16)	No (n = 121)	
Cuidador/a principal				.109			.733			.186
Madre biológica	107 (81)	10 (9)	102 (91)		15 (14)	92 (86)		15 (13)	97 (87)	
Diferente a la madre	25 (19)	5 (20)	20 (80)		4 (16)	21 (84)		1 (4)	24 (96)	
Hogar monoparental				.418			.033*			.013*
Sí	34 (25)	5 (15)	29 (85)		1 (3)	33 (97)		8 (24)	26 (76)	
No	103 (75)	10 (10)	93 (90)		18 (17)	85 (83)		8 (8)	95 (92)	
Tuvo varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años				.002*			.126			.783
Sí	50 (37)	11 (22)	39 (78)		4 (8)	46 (92)		6 (12)	44 (88)	
No	86 (63)	4 (5)	82 (95)		15 (17)	71 (83)		9 (10)	77 (90)	
Trabajó antes de los 18 años				.671			.217			.519
Sí	75 (61)	8 (11)	67 (89)		14 (19)	61 (81)		9 (12)	66 (88)	
No	48 (39)	4 (8)	44 (92)		5 (10)	43 (90)		4 (8)	44 (92)	
Dolor crónico primario				.099			.315			.018*
RESUMEN										
Dos o más DCP	44 (32)	2 (5)	42 (95)		8 (18)	36 (82)		1 (2)	43 (98)	
Un solo DCP	93 (68)	13 (14)	80 (86)		11 (12)	82 (88)		15 (16)	78 (84)	
Fibromialgia	50 (54)	9 (18)	41 (82)	.609	7 (14)	43 (86)	.796	9 (18)	41 (82)	.867
Otro tipo de DCP	43 (46)	4 (9)	39 (91)		4 (9)	39 (91)		6 (14)	37 (86)	
Experiencia estresante previo al DCP				.214			.050			.019*
Sí	80 (58)	11 (14)	69 (86)		15 (19)	65 (81)		5 (6)	75 (94)	
No	57 (42)	4 (7)	53 (93)		4 (7)	53 (93)		11 (19)	46 (81)	
Primer dx de DCP				.176			.680			.054
De meses hasta 5 años	67 (54)	10 (15)	57 (85)		9 (13)	58 (87)		11 (16)	56 (84)	
Más de 5 años	56 (46)	4 (7)	52 (93)		9 (16)	47 (84)		3 (5)	53 (95)	

	Totales (n = 137)	TEPT - ITQ		p	TEPTC-ITQ		p	DSO-ITQ		p
		Sí (n = 15)	No (n = 112)		Sí (n = 19)	No (n = 118)		Sí (n = 16)	No (n = 121)	
En tx por DC				.385			.571			.268
En un solo tipo de tx	65 (57)	7 (11)	58 (89)		7(11)	58 (89)		8 (12)	57 (88)	
En más de un tratamiento	49 (43)	8 (16)	41 (84)		7 (14)	42 (86)		3 (6)	46 (94)	
				.065			.231			.100
Sin tratamiento	23 (17)	0 (0)	23 (100)		5 (22)	18 (78)		5 (22)	18 (78)	
En algún tipo de tx	114 (83)	15 (13)	99 (87)		14 (12)	100 (88)		11 (10)	103 (90)	
Enfermedad diferente a DCP				.861			.326			.211
Con comorbilidad física y/o mental	103 (75)	11 (11)	92 (89)		16 (16)	87 (84)		10 (10)	93 (90)	
Sin comorbilidad	34 (25)	4 (12)	30 (82)		3 (9)	31 (91)		6 (18)	28 (92)	
Red de apoyo				.374			.865			.482
Familiar, amigo/a u otro	96 (70)	12 (13)	84 (88)		13 (14)	83 (86)		10 (10)	86 (90)	
Sin red de apoyo	41 (30)	3 (7)	38 (93)		6 (15)	35 (85)		6 (15)	35 (85)	
En tratamiento psicoterapéutico				.302			.807			.928
Psicológico, psiquiátrico o ambos	33 (24)	2 (6)	31 (94)		5 (15)	28 (85)		4 (12)	29 (88)	
Sin tx actualmente	104 (76)	13 (13)	91 (88)		14 (13)	90 (87)		12 (12)	92 (88)	
Edad de inicio del dolor (años)	37 (7 - 64)	36 (20 - 41)	37 (25 - 45)	.811	41 (30 - 50)	36 (25 - 44)	.187	36 (22 - 44)	37 (25 - 45)	.580
Variables clínicas										
EAI Generales				.077			.091			.685
Severo	62 (45)	10 (16)	52 (84)		12 (19)	50 (81)		8 (13)	54 (87)	
Normal	75 (55)	5 (7)	70 (93)		7 (9)	68 (91)		8 (11)	67 (89)	

	Totales (n = 137)	TEPT – ITQ		p	TEPTC-ITQ		p	DSO-ITQ		p
		Sí (n = 15)	No (n = 112)		Sí (n = 19)	No (n = 118)		Sí (n = 16)	No (n = 121)	
EAI de Abuso Físico				.812			.403			.109
Severo	60 (44)	7 (12)	53 (88)		10 (17)	50 (83)		10 (17)	50 (83)	
Normal	77 (56)	8 (10)	69 (90)		9 (12)	68 (88)		6 (8)	71 (92)	
EAI de Abuso Emocional				.329			.011*			.019*
Severo	57 (42)	8 (14)	49 (86)		13 (23)	44 (77)		11 (19)	46 (81)	
Normal	80 (58)	7 (9)	73 (91)		6 (7)	74 (93)		5 (6)	75 (95)	
EAI de Abuso Sexual				.672			.057			.876
Severo	66 (48)	8 (12)	58 (88)		13 (20)	53 (80)		8 (12)	58 (88)	
Normal	71 (52)	7 (10)	64 (90)		6 (8)	65 (92)		8 (11)	63 (89)	
TEPT por PCL-5				.066			< .001*			.149
Severo	71 (52)	11 (15)	60 (85)		19 (27)	52 (73)		11 (15)	60 (85)	
Normal	66 (48)	4 (6)	62 (94)		0 (0)	66 (100)		5 (8)	61 (82)	

Nota. Significado de abreviaturas, DCP: dolor crónico primario; DSO: síntomas de la desorganización del yo; DX: diagnóstico; EAI: experiencias adversas de la infancia; ITQ: Cuestionario Internacional de Trauma; PCL-5: Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5; TEPT: trastorno por estrés postraumático; TEPTC: trastorno por estrés postraumático complejo; TX: tratamiento. Los síntomas de TEPT se evaluaron con dos instrumentos (ITQ y PCL-5).

* Significancia estadística, valor $p \leq .05$. Los valores representan frecuencias, porcentajes, medias o medianas dependiendo del tipo de variable.

Las comparaciones se efectuaron mediante Chi-Cuadrado, U de Mann Whitney o t de Student dependiendo del tipo de dato.

Al realizar la comparación de los síntomas de alguno de los diagnósticos de síntomas de TEPT, TEPTC o DSO del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) con las variables sociodemográficas y clínicas (Tabla 21) se observa que las variables que predicen dichos síntomas son: haber estado al cuidado del padre, madre y/o hermanos/as ($p = .020$), los eventos generales de trauma en la infancia ($p = .009$), el abuso emocional en la infancia ($p < .001$) y el TEPT evaluado con el PCL-5 ($p < .001$). En las siguientes variables se observó una tendencia significativa: tener dos o más tipos de dolor crónico primario ($p = .055$), el tener de meses hasta 5 años con el diagnóstico de dolor crónico primario ($p = .064$), el abuso físico en la infancia ($p = .068$) y el abuso sexual en la infancia ($p = .081$).

Tabla 21

Características de la muestra y comparación por algún tipo de diagnóstico de síntomas de TEPT, TEPTC o DSO obtenido por el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)

	Totales (n = 137)	Normal vs algún dx de ITQ		p
		Con algún dx ITQ (n = 50)	Normal (n = 87)	
Edad (años)	48.9 ± 11.2	48.8 ± 12.2	48.9 ± 10.7	.944
Sexo				.765
Mujer	122 (89)	44 (36)	78 (64)	
Hombre	15 (11)	6 (40)	9 (60)	
Estado Civil				.119
Vive en pareja	62 (45)	27 (44)	35 (56)	
Vive independiente	75 (55)	23 (31)	52 (69)	
Estado de residencia				.982
Hidalgo	93 (68)	34 (37)	59 (63)	
Otros estados	44 (32)	16 (36)	28 (64)	
Máximo grado de estudios				.887
Básica y media superior	86 (63)	31 (36)	55 (64)	
Superior	51 (37)	19 (37)	32 (63)	
Situación económica				.511
Sin ingresos propios	58 (42)	23 (40)	35 (60)	
Con ingresos propios	79 (58)	27 (34)	52 (66)	

	Normal vs algún dx de ITQ			p
	Totales (n = 137)	Con algún dx ITQ (n = 50)	Normal (n = 87)	
Estuvo al cuidado del padre, madre y/o hermanos/as				.020*
Sí	77 (62)	34 (44)	43 (56)	
No	47 (38)	11 (23)	36 (77)	
Cuidador/a principal				.687
Madre biológica	107 (81)	40 (36)	72 (64)	
Diferente a la madre	25 (19)	10 (40)	15 (60)	
Hogar monoparental				.513
Sí	34 (25)	14 (41)	20 (59)	
No	103 (75)	36 (35)	67 (65)	
Tuvo varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años				.269
Sí	50 (37)	21 (42)	29 (58)	
No	86 (63)	28 (33)	58 (67)	
Trabajó antes de los 18 años				.108
Sí	75 (61)	31 (41)	44 (59)	
No	48 (39)	13 (27)	35 (73)	
Dolor crónico primario				.055
RESUMEN				
Dos o más DCP	44 (32)	11 (25)	33 (75)	
Un solo DCP	93 (68)	39 (42)	54 (58)	
Análisis secundario (n = 50)				.052
Dos o más DCP	31 (31)	11 (25)	20 (65)	
Un solo DCP	69 (69)	39 (42)	30 (43)	
Fibromialgia	50 (54)	25 (50)	25 (50)	.797
Otro tipo de DCP	43 (46)	14 (33)	29 (67)	
Experiencia estresante previo al DCP				.516
Sí	80 (58)	31 (39)	49 (61)	
No	57 (42)	19 (33)	38 (67)	
Primer dx de DCP				.064
De meses hasta 5 años	67 (54)	30 (45)	37 (55)	
Más de 5 años	56 (46)	16 (29)	40 (71)	
En tx por DC				.749
En un solo tipo de tx	65 (57)	22 (34)	43 (66)	
En más de un tratamiento	49 (43)	18 (37)	31 (63)	
Sin tratamiento	23 (17)	10 (43)	13 (57)	.446
En algún tipo de tx	114 (83)	40 (35)	74 (65)	
Enfermedad diferente a DCP				.808
Con comorbilidad física y/o mental	103 (75)	37 (36)	66 (64)	
Sin comorbilidad	34 (25)	13 (38)	21 (62)	

	Normal vs algún dx de ITQ			P
	Totales (n = 137)	Con algún dx ITQ (n = 50)	Normal (n = 87)	
Red de apoyo				.989
Familiar, amigo/a u otro	96 (70)	35 (36)	61 (64)	
Sin red de apoyo	41 (30)	15 (37)	26 (63)	
En tratamiento psicoterapéutico				.665
Psicológico, psiquiátrico o ambos	33 (24)	11 (33)	22 (67)	
Sin tx actualmente	104 (76)	39 (38)	65 (63)	
Edad de inicio del dolor crónico (años)	37 (7 - 64)	38 (24 - 44)	36 (25 - 45)	.687
Variables clínicas				
EAI Generales				.009*
Severo	62 (45)	30 (48)	32 (52)	
Normal	75 (55)	20 (27)	55 (73)	
EAI de Abuso Físico				.068
Severo	60 (44)	27 (45)	33 (55)	
Normal	77 (56)	23 (30)	54 (70)	
EAI de Abuso Emocional				< .001*
Severo	57 (42)	32 (56)	25 (44)	
Normal	80 (58)	18 (26)	62 (74)	
EAI de Abuso Sexual				.081
Severo	66 (48)	29 (44)	37 (56)	
Normal	71 (52)	21 (30)	50 (70)	
TEPT por PCL-5				< .001*
Severo	71 (52)	41 (58)	30 (42)	
Normal	66 (48)	9 (14)	57 (86)	

Nota. Significado de abreviaturas, DCP: dolor crónico primario, DSO: síntomas de la desorganización del yo, DX: diagnóstico, EAI: experiencias adversas de la infancia, ITQ: Cuestionario Internacional de Trauma, PCL-5: Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5, TEPT: trastorno por estrés postraumático, TEPTC: trastorno por estrés postraumático complejo, TX: tratamiento. Los síntomas de TEPT se evaluaron con dos instrumentos (ITQ y PCL-5).

* Significancia estadística, valor $p \leq .05$. Los valores representan frecuencias, porcentajes, medias o medianas dependiendo del tipo de variable. Las comparaciones se efectuaron mediante Chi-Cuadrado, U de Mann Whitney o t de Student dependiendo del tipo de dato.

Análisis inferencial o de riesgo

Se realizó un análisis inferencial de la estimación del tamaño del riesgo para diversos desenlaces (Tabla 22), a través de una regresión logística binaria con las variables en las que se encontró previamente una asociación significativa, cuyos hallazgos son los siguientes: existe un riesgo mayor para la presencia de EAI generales severos por haber tenido una experiencia estresante o traumática previo al inicio del DCP (OR 2.99, CI 1.01 – 8.83) y por haber tenido varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años (OR 2.86, CI 1.10 – 7.40). Asimismo, tener actualmente algún diagnóstico de síntomas de TEPT, DSO o TEPTC según el ITQ aumenta el riesgo para la presencia de abuso físico severo en la infancia (OR 5.50, CI 1.13- 26.76) y para la presencia de síntomas de TEPT evaluado con el PCL-5 (OR 4.19, CI 1.23 – 14.34). El haber tenido varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años aumenta el riesgo de tener actualmente síntomas de TEPT evaluado con el PCL-5 (OR 4.62, CI 1.29 – 17.39). El estado civil en pareja incrementa el riesgo de tener síntomas de TEPTC por ITQ (OR 4.18, CI 1.22 – 14.26). La presencia de abuso emocional severo en la infancia aumenta el riesgo de tener síntomas de DSO por ITQ (OR 7.27, CI 1.64 – 32.16). Las siguientes variables predicen la ausencia de síntomas de TEPT, DSO o TEPTC por ITQ: la presencia de eventos generales normales de trauma en la infancia (OR 4.16, CI 1.43 – 12.10), la presencia de abuso emocional normal en la infancia (OR 5.64, CI 1.73 – 18.38), ausencia de síntomas de TEPT evaluado con el PCL-5 (OR 10.23, CI 3.47 – 30.17) y tener dos o más DCP (OR 4.65, CI 1.44 – 15.03).

En cuanto a las variables cuantitativas por cada punto en la escala de abuso físico en la infancia incrementa el riesgo 18 veces (OR 19.31, CI 4.29 – 86.66) para la presencia de abuso emocional severo en la infancia. A mayor edad menor riesgo para presentar síntomas de DSO en un 7% (OR 0.93, CI 0.88 – 0.99) (Tabla 20).

Tabla 22

Análisis de regresión logística bivariada de la severidad de EAI generales, abuso físico, emocional, sexual, síntomas de TEPT, TEPTC o DSO en población con dolor crónico primario (n = 137)

VARIABLES CUALITATIVAS	EAI Generales	EAI de Abuso Físico	EAI de Abuso Emocional	EAI de Abuso Sexual	TEPT por PCL-5	TEPT - ITQ	TEPTC-ITQ	DSO-ITQ	Con síntomas de TEPT, TEPTC o DSO
Estado civil (vivir en pareja)							4.18 (1.22 - 14.26)*		
Estuvo al cuidado del padre, madre y/o hermanos/as	2.00 (0.75 - 5.33)	1.65 (0.52 - 5.31)	1.49 (0.43 - 5.25)	1.12 (0.47 - 2.67)	1.34 (0.56 - 3.20)	7.54 (0.90 - 63.09)			1.70 (0.59 - 4.92)
Sí vivió en un hogar monoparental				0.41 (0.16 - 1.07)			3.46 (0.37 - 32.38)	0.28 (0.07 - 1.19)	
Tuvo varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años	2.86 (1.10 - 7.40)*					4.62 (1.29 - 17.39)*			
Trabajó antes de los 18 años	2.14 (0.84 - 5.48)	1.14 (0.37 - 3.49)							
Tener 2 o más DCP								0.18 (0.02 - 1.66)	4.65 (1.44 - 15.03)*
Sí vivió alguna experiencia estresante o traumática previo al inicio del DCP	2.99 (1.01 - 8.83)*	1.97 (0.63 - 6.18)						0.36 (0.09 - 1.41)	
EAI Generales Severos		1.73 (0.28 - 10.72)	0.49 (0.08 - 2.94)	0.46 (0.11 - 2.03)					4.16 (1.43 - 12.10)*
EAI de Abuso Físico Severo	1.27 (0.21 - 7.87)		0.48 (0.08 - 3.03)	0.96 (0.21 - 4.33)					
EAI de Abuso Emocional Severo	2.50 (0.39 - 16.22)	6.35 (0.85 - 47.42)		1.04 (0.22 - 4.86)	0.53 (0.11 - 2.55)		1.98 (0.55 - 7.19)	7.27 (1.64 - 32.16)*	5.64 (1.73 - 18.38)*
EAI de Abuso Sexual Severo	0.66 (0.14 - 3.01)	1.20 (0.21 - 6.81)	3.32 (0.53 - 20.69)						
Tener diagnóstico actualmente de síntomas de TEPT por PCL-5			1.04 (0.13 - 8.09)						10.23 (3.47 - 30.17)*
Tener actualmente síntomas de TEPTC según ITQ			1.91 (0.21 - 17.19)						

Variables cualitativas	EAI Generales	EAI de Abuso Físico	EAI de Abuso Emocional	EAI de Abuso Sexual	TEPT por PCL-5	TEPT - ITQ	TEPTC-ITQ	DSO-ITQ	Con síntomas de TEPT, TEPTC o DSO
Tener actualmente síntomas de DSO según ITQ			2.30 (0.21 - 25.56)						
Tener actualmente algún diagnóstico de síntomas de TEPT, DSO o TEPTC según ITQ	2.31 (0.67 - 7.99)	5.50 (1.13 - 26.76)*	3.69 (0.62 - 21.95)	1.15 (0.38 - 3.49)	4.19 (1.23 - 14.34)*				
Variables cuantitativas (puntuación)									
Edad (\leq 43 años)				0.99 (0.95 - 1.02)	0.98 (0.95 - 1.02)			0.93 (0.88 - 0.99)*	
Edad de inicio del dolor crónico (años completos)	0.99 (0.95 - 1.02)	0.98 (0.95 - 1.02)							
EAI Generales Severos		1.12 (0.87 - 1.43)	0.99 (0.78 - 1.26)	1.28 (1.03 - 1.59)	1.11 (0.98 - 1.25)				
EAI de Abuso Físico Severo en la Infancia	1.64 (0.58 - 4.60)		19.31 (4.29 - 86.86)*	1.66 (0.67 - 4.09)					
EAI de Abuso Emocional Severo en la Infancia	0.52 (0.27 - 1.02)	1.73 (0.80 - 3.76)		1.21 (0.69 - 2.11)	1.18 (0.71 - 1.98)				
EAI de Abuso Sexual Severo en la Infancia	1.60 (0.97 - 2.66)	1.24 (0.71 - 2.16)	0.78 (0.41 - 1.25)						
Con puntuación para diagnóstico de síntomas de TEPT por PCL-5		0.99 (0.93 - 1.06)	1.00 (.930 - 1.07)	1.00 (0.97 - 1.03)					

Nota. Significado de abreviaturas, DCP: dolor crónico primario; DSO: síntomas de la desorganización del yo; EAI: experiencias adversas de la infancia; ITQ:

Cuestionario Internacional de Trauma; PCL-5: Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5; TEPT: trastorno por estrés postraumático; TEPTC: trastorno por estrés postraumático complejo. Los síntomas de TEPT se evaluaron con dos instrumentos (ITQ y PCL-5).

* Significancia estadística, valor $p \leq .05$. Las cifras representan magnitud del riesgo (OR, intervalos de confianza al 95%).

Discusión

El objetivo principal de este estudio consistió en analizar y describir la asociación entre la sintomatología de trastorno por estrés postraumático (“simple y complejo”) con las experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario, para lo cual fue necesario adaptar el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) para población mexicana.

En concordancia con otros estudios de validación del ITQ que fueron realizados en otros países (Karatzias *et al.*, 2017; Matrángolo *et al.*, 2022; Redican *et al.*, 2021; Rocha *et al.*, 2019; Shevlin *et al.*, 2018; Somma *et al.*, 2019; Vang *et al.*, 2019), los resultados de la validación para población mexicana demostraron que el instrumento es confiable y válido, discriminando entre los síntomas de TEPT y TEPTC. Estos resultados ayudarán a futuras investigaciones interesadas en estos constructos en México, así como a psicoterapeutas que trabajan con poblaciones adultas que han vivido experiencias traumáticas a lo largo de la vida para diferenciar este tipo de sintomatología elaborando un plan de tratamiento más preciso.

Por otro lado, Borini *et al.* (2021) en su estudio con adultos con dolor crónico mencionan que dentro de las experiencias adversas en la infancia más presentes, y que coinciden con lo encontrado en este, fueron: experiencias laborales desde la infancia (preguntado en el cuestionario sociodemográfico), la pérdida del padre o de la madre, ya sea por muerte o divorcio (contenidas en el CTQ en la subescala de trauma general en la infancia), la vivencia de agresiones físicas y psicológicas (evaluadas con el CTQ, en las subescalas de abuso físico y psicológico).

En cuanto a los resultados obtenidos para calcular la frecuencia de la sintomatología de TEPT y TEPC en este estudio, a través del Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ), se observa que la prevalencia de síntomas de TEPTC (13.9%) es mayor a la de TEPT (10.9%), fenómeno observado también por otros autores (Karatzias *et al.*, 2018). También, Andersen *et al.*

(2014) reportaron en personas con dolor crónico una prevalencia alta de TEPT (26.3%) y descubrieron que aquellos que tenían la comorbilidad presentaban más problemas de salud física, peor salud mental y peor funcionalidad física. Estos resultados coinciden con los encontrados en este estudio en cuanto a la presencia alta de TEPT (que, en conjunto TEPT y TEPTC es 25.6%).

Como se mencionó anteriormente, en la literatura se ha encontrado que la exposición al trauma está presente en personas que padecen dolor crónico primario (Chandan *et al.*, 2019; Conversano & Di Giuseppe, 2021; Coppens *et al.*, 2017; Fernández-Esmerats *et al.*, 2021; Gasperi *et al.*, 2021; Hellou *et al.*, 2017; Kind & Otis, 2019a; Serrano-Ibáñez *et al.*, 2019; Sprang *et al.*, 2020). Sin embargo, no todas las personas expuestas a trauma psicológico desarrollan estos tipos de dolor, por lo cual McKernan *et al.* (2019) sugieren una tercera variable que explica el posible vínculo y proponen a los síntomas de TEPT como dicha variable. Estas autoras y autores mencionan que posiblemente la exposición al trauma y los síntomas de TEPT podrían ser una explicación al dolor crónico primario, en su estudio con esta población (n = 202) descubrieron que 28.2% cumplía con el diagnóstico provisional de TEPT, encontrando los mayores porcentajes en la población con fibromialgia (44.6%). En este estudio se encontró un porcentaje muy similar (25.6% en conjunto TEPT y TEPTC en la muestra total y 46% en quienes tienen diagnóstico de fibromialgia). Dentro de las conclusiones estas autoras y autores, afirman que el tratamiento de los síntomas de TEPT podría impactar de manera positiva en la severidad del dolor, la calidad de vida y la funcionalidad diaria.

Al igual que los hallazgos relatados previamente y el presente estudio, Conversano *et al.* (2019) encontraron casi el mismo porcentaje de TEPT (45.5%) en personas con fibromialgia (n = 61). Uno de los hallazgos que sobresalen de este estudio fue encontrar que la mitad de las personas que cumplieron con los criterios diagnósticos de sintomatología de TEPT (58.1%, evaluado con el PCL-5) no están recibiendo actualmente tratamiento psicológico ni psiquiátrico.

En contraste con los resultados encontrados por Kleykamp *et al.* (2021), quienes realizaron una revisión sistemática en personas con fibromialgia para evaluar la prevalencia de comorbilidades con trastornos psiquiátricos, la presencia de TEPT presentó porcentajes más bajos que los encontrados en este estudio en la misma población (39.1% vs 46% respectivamente). Sin embargo, otros estudios han encontrado diferencias muy contrastadas, como el metaanálisis realizado por Siqveland *et al.* (2017) en donde 6 de los estudios que analizaron población con dolor crónico generalizado (n = 2,189) los porcentajes variaron desde 4.8 hasta 57% de prevalencia de TEPT, siendo en promedio de los 21 estudios analizados (n = 6,778) el 9.7%. Otra revisión sistemática publicada el mismo año (Fishbain *et al.*, 2017) encontró un porcentaje similar, 9.8% de TEPT, analizando 40 estudios, solo que en sus criterios de inclusión analizaron todo tipo de dolor crónico (tanto primario como secundario).

Es bien conocido en la literatura que el dolor crónico suele estar presente mayormente en las mujeres (Andrews *et al.*, 2017; Athnaiel *et al.*, 2023; CENIDSP, 2020; Mansfield *et al.*, 2016; Marino *et al.*, 2021; Martínez-Lavín, 2021; McKernan, Johnson, Crofford, *et al.*, 2019; Siracusa *et al.*, 2021), lo cual es consistente con este estudio en donde hubo mayor prevalencia de mujeres (80%). Esto coincide con una revisión sistemática (Andrews *et al.*, 2017) en donde analizaron 30 estudios con una muestra total de 632,937 participantes, las mujeres presentaban mayores porcentajes de dolor crónico generalizado (11.2% vs 7.2%). Similarmente, otro metaanálisis realizado un año antes (Mansfield *et al.*, 2016) menciona que la prevalencia de dolor crónico por sexo en los 14 estudios que analizaron también es mayor en las mujeres. Otros autores y autoras, para el caso específico de la fibromialgia, mencionan que esta es una condición específica de género con una proporción de incidencia de 9:1 entre mujeres y hombres, probablemente debido a la interacción entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Siracusa *et al.*, 2021).

Una teoría explicativa de este fenómeno dentro del factor biológico podrían ser las hormonas relacionadas al sexo (Athnaniel *et al.*, 2023).

Con respecto a la comorbilidad, un estudio con 546 mujeres diagnosticadas con fibromialgia reveló que el 94.7% de las pacientes padecía de al menos otra enfermedad diagnosticada (Lizama-Lefno & Rojas Contreras, 2019). En contraste, lo que se observó en este estudio en cuanto a la presencia de comorbilidades, fue menor, 77.4% en la muestra total y 63.2% en el caso solo de fibromialgia, con lo cual se observa una diferencia considerable entre las dos investigaciones, quizá relacionada a la diferencia en el número de participantes.

No se encontraron estudios que analizaran predicciones de los eventos de trauma en la infancia general, físico, emocional y/o sexual, TEPT y/o TEPTC en personas con DCP con variables como el haber estado al cuidado de los cuidadores primarios y los y/o las hermanas, haber tenido varios cuidadores desde el nacimiento y hasta antes de los 18 años, haber comenzado la vida laboral en el mismo periodo de vida recién mencionado o haber vivido una experiencia traumática previo al desarrollo del DCP como se realizó en este estudio, por lo cual no se pudieron contrastar los resultados obtenidos.

En relación con el análisis de los riesgos, Ho *et al.* (2021) en sus conclusiones mencionan que tanto el abuso físico, sexual y emocional en la infancia están asociados significativamente con los síntomas de TEPT y DSO. Coincidentemente, aunque solo en el rubro del abuso emocional en la infancia, en este estudio se encontró que la presencia de este tipo de abuso aumenta el riesgo de tener síntomas de DSO; no se encontraron similitudes en el caso de los síntomas de TEPT. Esta disparidad en los resultados pudo deberse a la diferencia en el uso de los instrumentos para evaluar EAI en la infancia, quizá también debido al número reducido en esta muestra (137 en comparación a 2071 del estudio de Ho *et al.*), o bien a diferencias en el aspecto sociocultural y en el contexto médico (Del Monaco, 2013; Gallach Solano *et al.*, 2020; Gil *et al.*,

2005).

Meints y Edwards (2018) evaluaron estudios que analizaron las contribuciones de los factores psicosociales en la experiencia del dolor y mencionan que estudios prospectivos sugieren que la disfunción psicológica representa un riesgo para desarrollar trastornos funcionales de dolor. Asimismo, el estrés emocional y psicológico incrementan la probabilidad de transitar del dolor musculoesquelético agudo al crónico. Por todo ello, este estudio, al analizar los eventos de estrés emocional y psicológico que podrían estar jugando un papel importante en la cronicidad del dolor, así como en la disfunción asociada al dolor, podría ser de utilidad para la formulación de intervenciones focalizadas en estas variables de estrés ya que se cree que como resultado podría haber una mejora en la funcionalidad diaria.

La Asociación Americana de Psicología recomienda las siguientes terapias para el tratamiento del TEPT en adultos: terapia cognitivo conductual (TCC), terapia de procesamiento cognitivo (TPC), terapia cognitiva (TC), terapia de exposición prolongada (TEP), terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), entre otras (APA, 2017). Una revisión sistemática encontró que la TCC y EMDR son eficaces para reducir los síntomas de TEPT que fueron causados por eventos médicos en población adulta (Haerizadeh *et al.*, 2020). Para TEPTC otra revisión sistemática encontró que EMDR es eficaz para su tratamiento (Chen *et al.*, 2018). Coincidentemente un metaanálisis confirma estos hallazgos (Karatzias *et al.*, 2019). Un ensayo clínico aleatorizado encontró que el tratamiento con terapia EMDR en combinación con TCC reduce los síntomas postraumáticos en adultos sobrevivientes de abuso sexual (Covers *et al.*, 2021).

En diferentes estudios ha quedado comprobada la asociación entre las experiencias de trauma en la infancia y el posterior desarrollo de dolor crónico (Afari *et al.*, 2014; Borini *et al.*, 2021; Castillo-Martínez *et al.*, 2017; Chandan *et al.*, 2020, 2021; Prangnell *et al.*, 2020; Sachs-

Ericsson *et al.*, 2017; Tesarz *et al.*, 2018), por ello, se requieren investigaciones longitudinales para comprobar esa asociación en población mexicana.

Existe evidencia de que los factores tanto psicológicos como emocionales desempeñan un rol clave en los síntomas o en el trastorno por estrés postraumático, y podrían ser fundamentales en la clarificación de la relación entre el maltrato y el dolor (Andersen *et al.*, 2014; Coppens *et al.*, 2017; Marin *et al.*, 2021; Serrano-Ibáñez *et al.*, 2019). Este estudio demostró la necesidad de proponer intervenciones focalizadas en los síntomas de TEPT y TEPTC con la intención de aminorar los factores emocionales y psicológicos, y así averiguar si hay diferencias en cuanto a percepción del dolor y cambios en las limitaciones en la vida diaria.

Häuser *et al.* (2011) realizaron un metaanálisis para conocer el riesgo de desarrollar dolor crónico primario en sobrevivientes de abuso físico y sexual y encontraron que el riesgo aumenta (OR: 1.94 – 3.07). Debido al diseño de este estudio no nos fue posible realizar un análisis semejante al de estos autores y autoras.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones de este estudio encontramos que no se contó con un grupo control sin dolor crónico para realizar comparaciones y medir el riesgo de desarrollar dolor crónico primario en función de las experiencias de trauma vividas a lo largo de la vida, ya que de haberlo hecho se hubiera podido encontrar el efecto que puede tener las experiencias de trauma en las personas que desarrollan dolor crónico primario, ya que en la literatura se menciona este fenómeno, como por ejemplo, en el estudio realizado por Karatzias *et al.* (2017) compararon dos grupos, uno con diagnósticos de síntomas médicamente inexplicables, como la fibromialgia, y otro con enfermedades neurológicas orgánicas, utilizando los mismos instrumentos que en este estudio para evaluar las EAI (CTQ solo que en su versión corta) y el PCL-5 para TEPT, y descubrieron que las personas con enfermedades funcionales suelen reportar mayores tasas de

eventos de trauma tanto en la infancia como en la adultez, y que los primeros incrementan el riesgo de desarrollar síntomas médicamente inexplicables.

Otras de las limitaciones serían el tamaño de la muestra debido a que la población estudiada es muy específica, por lo cual se tuvieron complicaciones para obtener un número mayor de participantes; el tipo de diseño limita la generalización de los datos e impide evaluar lo que ocurriría con las variables en el tiempo, lo que un diseño longitudinal sí permitirá conocer.

Fortalezas del estudio

Como fortalezas destacadas de este estudio, cabe resaltar que se contó con la aprobación de tres comités de ética, uno de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y dos de hospitales públicos en Pachuca, además de la participación de dos organizaciones civiles, lo que permitió contar con una muestra variada y multicéntrica. Este es el primer estudio que analiza el trauma en la infancia y los posibles síntomas de TEPT y DSO en personas con diagnóstico de dolor crónico primario en México. Esto abre posibles líneas de investigación y futuras propuestas de tratamiento que podrían ayudar a aminorar la carga emocional que conlleva esta enfermedad al tratar las secuelas del trauma.

Conclusiones

Una de las aportaciones realizadas con este trabajo fue realizar la adaptación del instrumento que mide TEPT y TEPTC en su versión en español, lo cual permitirá realizar evaluaciones confiables y validas tanto en la clínica como en la investigación relacionadas a estos fenómenos en población mexicana.

En cuanto a la asociación entre las experiencias de trauma en la infancia y el posterior desarrollo de dolor crónico, se requieren investigaciones longitudinales con la finalidad de comprobar dicha asociación en población mexicana.

El conocimiento de la asociación del trauma en la infancia, así como los síntomas de TEPT y TEPTC como posibles detonadores del dolor crónico son una aportación importante en beneficio de la prevención y tratamiento de los síntomas psicológicos y emocionales que podrían estar agravando la condición de dolor.

Con todo lo revisado hasta ahora se considera que sería importante implementar investigaciones que sumen la evaluación de la funcionalidad física, social y personal para realizar propuestas de intervención, así como evaluar con grupos de comparación en población sin dolor crónico primario. Además, sería necesario llevar a cabo más investigaciones que busquen el riesgo de desarrollar dolor crónico primario en personas sobrevivientes de abuso físico y sexual.

Este estudio es un primer acercamiento en población mexicana para la evaluación del trauma a lo largo de la vida en personas con dolor crónico primario, posibilitando el desarrollo de futuras líneas de investigación.

Referencias

- Aarons, D. E. (2017). Exploring the risk/benefit balance in biomedical research: some considerations. *Revista Bioética*, 25(2), 320–327. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252192>
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2–11. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000010>
- Alameda, L., Rodriguez, V., Carr, E., Aas, M., Trotta, G., Marino, P., Vorontsova, N., Herane-Vives, A., Gadelrab, R., Spinazzola, E., Di Forti, M., Morgan, C., & Murray, R. M. (2020). A systematic review on mediators between adversity and psychosis: potential targets for treatment. *Psychological medicine*, 50(12), 1966–1976. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002421>
- Alhowaymel, F. M., Kalmakis, K. A., Chiodo, L. M., Kent, N. M., & Almuneef, M. (2023). Adverse Childhood Experiences and Chronic Diseases: Identifying a Cut-Point for ACE Scores. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1651. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021651>
- Allen, J. G., Coyne, L., & Huntoon, J. (1998). Trauma pervasively elevates brief symptom inventory profiles in inpatient women. *Psychological Reports*, 83(2), 499–513. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.2.499>
- Aluja, A., & Blanch, A. (2011). Neuropsychological Behavioral Inhibition System (BIS) and Behavioral Approach System (BAS) Assessment: A Shortened Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire Version (SPSRQ–20). *Journal of Personality Assessment*, 93(6), 628–636. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.608760>
- American Psychological Association. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- Andersen, T. E., Andersen, L. A. C., & Andersen, P. G. (2014). Chronic pain patients with possible co-morbid posttraumatic stress disorder admitted to multidisciplinary pain rehabilitation—A 1-year cohort study. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23235>
- Andrews, P., Steultjens, M., & Riskowski, J. (2017). *Chronic widespread pain prevalence in the general population: A systematic review*. <https://doi.org/10.1002/ejp.1090>
- Argimon-Pallás, J. M., & Jiménez-Villa, J. (2019). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (5ta ed.). Editorial Elsevier.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Asociación Americana de Psiquiatría publica el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición, revisión del texto (DSM-5-TR)*. <https://psychiatry.org/news-room/news-releases/asociacion-americana-de-psiquiatria-publica-el-man>
- Athnaiel, O., Cantillo, S., Paredes, S., & Knezevic, N. N. (2023). *The Role of Sex Hormones in Pain-Related Conditions*. <https://doi.org/10.3390/ijms24031866>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). The Guilford Press.

- Barrera, M.-I., Cortés-Sotres, J.-F., Mendieta, D., & Guerrero, D. (2015). Disminución del influjo parasimpático en fibromialgia: Su relación con la Psiquiatría en un centro especializado de referencia nacional. *Salud mental*, *38*(2), 123–128. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.017>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, *46*(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Benjet, C., Casanova, L., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2013). Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud Pública de México*, *55*(3), 248. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7207>
- Berger, A. M., Knutson, J. F., Mehm, J. G., & Perkins, K. A. (1988). The self-report of punitive childhood experiences of young adults and adolescents. *Child abuse & neglect*, *12*(2), 251–262. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(88\)90033-6](https://doi.org/10.1016/0145-2134(88)90033-6)
- Bernstein, D., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: a retrospective self-report questionnaire and manual*. Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, *151*(8), 1132–1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, *27*(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Henning, M., Werner, A. M., Burghardt, J., Tibubos, A. N., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2020). Somatic Symptoms in the German General Population from 1975 to 2013. *Scientific reports*, *10*(1). <https://doi.org/10.1038/S41598-020-58602-6>
- Bierer, L. M., Bader, H. N., Daskalakis, N. P., Lehrner, A., Provençal, N., Wiechmann, T., Klengel, T., Makotkine, I., Binder, E. B., & Yehuda, R. (2020). Intergenerational effects of maternal holocaust exposure on FKBP5 methylation. *American Journal of Psychiatry*, *177*(8), 744–753. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19060618>
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1994). Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): A Retrospective Interview Measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*(8), 1419–1435. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01284.x>
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *International Society for Traumatic Stress Studies*.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress*, *28*(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., Bascarán, M. T., Bousoño, M., & Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. (2000). Evaluation of the psychometric properties of the

- Spanish version of 5 questionnaires for the evaluation of post-traumatic stress syndrome. *Actas españolas de psiquiatría*, 28(4), 207–218. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11116791>
- Borini, C. H., Carlos, D. M., Ávila, L. A., Saltareli, S., & Hortense, P. (2021). Suffered life, hard life: adverse experiences in childhood of people with chronic musculoskeletal pain. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200385>
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory–Self Report. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 211. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000243824.84651.6C>
- Bremner, J. D., Vermetten, E., & Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depression and anxiety*, 12(1), 1–12. [https://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)
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670–686. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>
- Briere, J. (1992). Child abuse trauma: Child maltreatment interview schedule. In J. R. Conte (Series Ed), *Theory and treatment of the lasting effects: Interpersonal violence: The practice series* (pp. 165–177). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory-2 (TSI-2)*. Odesa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Elliott, D. M., Harris, K., & Cotman, A. (1995). Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and association with childhood and adult victimization in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(4), 387–401. <https://doi.org/10.1177/088626095010004001>
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child abuse & neglect*, 14(3), 357–364. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90007-G](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90007-G)
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Guthrie, R. M. (2000). Acute stress disorder scale: A self-report measure of acute stress disorder. *Psychological Assessment*, 12(1), 61–68. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.1.61>
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *The American journal of psychiatry*, 144(11), 1426–1430. <https://doi.org/10.1176/AJP.144.11.1426>
- Byrne, C. P., Velamoor, V. R., Cernovsky, Z. Z., Cortese, L., & Loszтын, S. (1990). A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 35(7), 590–595. <https://doi.org/10.1177/070674379003500705>
- Calam, R. M., & Slade, P. D. (1989). Sexual experience and eating problems in female undergraduates. *International Journal of Eating Disorders*, 8(4), 391–397. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198907\)8:4<391::AID-EAT2260080402>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198907)8:4<391::AID-EAT2260080402>3.0.CO;2-P)
- Carbajal-Valenzuela, C. C. (2021). Efectos Neurobiológicos del Maltrato Infantil y otras Experiencias Adversas de la Infancia: una Revisión Bibliográfica. *Salud y Administración*, 8(23), 15–28.
- Carrillo-Torres, O., Ramirez-Torres, M. A., & Mendiola-Roa, M. A. (2016). Update on the assessment and treatment of pain in critically ill patients. *Revista Médica del Hospital General de México*, 79(3), 165–173. <https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2016.05.012>

- Castillo-Martínez, A., Cleves-Luna, D., García-Cifuentes, Á. M., Laverde-Martínez, L., Medina-Medina, V., Cortés Ruiz, H., Ramírez-Martínez, D., & Dávalos-Pérez, D. M. (2017). Experiencias adversas de la infancia en una muestra de pacientes con enfermedad crónica en Cali, Colombia. *Medicina UPB*, 36(1), 9–15. <https://doi.org/10.18566/medupb.v36n1.a02>
- Cervera-Pérez, I. M., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro-Sáez, M., Fernández-Fernández, V., & Martínez-Pérez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 41(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Chandan, J. S., Keerthy, D., Gokhale, K. M., Bradbury-Jones, C., Raza, K., Bandyopadhyay, S., Taylor, J., & Nirantharakumar, K. (2021). The association between exposure to domestic abuse in women and the development of syndromes indicating central nervous system sensitization: A retrospective cohort study using UK primary care records. *European journal of pain (London, England)*, 25(6), 1283–1291. <https://doi.org/10.1002/EJP.1750>
- Chandan, J. S., Keerthy, D., Zemedikun, D. T., Okoth, K., Gokhale, K. M., Raza, K., Bandyopadhyay, S., Taylor, J., & Nirantharakumar, K. (2020). The association between exposure to childhood maltreatment and the subsequent development of functional somatic and visceral pain syndromes. *EClinicalMedicine*, 23. <https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2020.100392>
- Chandan, J. S., Thomas, T., Raza, K., Bandyopadhyay, S., Nirantharakumar, K., & Taylor, J. (2019). Association between child maltreatment and central sensitivity syndromes: a systematic review protocol. *BMJ open*, 9(2). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-025436>
- Chen, A., Jacobsen, K. H., Deshmukh, A. A., & Cantor, S. B. (2015). The evolution of the disability-adjusted life year (DALY). *Socio-Economic Planning Sciences*, 49, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2014.12.002>
- Chen, R., Gillespie, A., Zhao, Y., Xi, Y., Ren, Y., & McLean, L. (2018). The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adults Who Have Experienced Complex Childhood Trauma: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in psychology*, 9(APR). <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2018.00534>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Conversano, C., Carmassi, C., Bertelloni, C. A., Marchi, L., Micheloni, T., Carbone, M. G., Pagni, G., Tagliarini, C., Massimetti, G., Bazzichi, L. M., & Dell’Osso, L. (2019). Potentially traumatic events, post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress spectrum in patients with fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*, 37 Suppl 1(1), 39–43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29745889>
- Conversano, C., & Di Giuseppe, M. (2021). Psychological Factors as Determinants of Chronic Conditions: Clinical and Psychodynamic Advances. *Frontiers in psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.635708>
- Coppens, E., Van Wambeke, P., Morlion, B., Weltens, N., Giao Ly, H., Tack, J., Luyten, P., & Van Oudenhove, L. (2017). Prevalence and impact of childhood adversities and post-traumatic stress disorder in women with fibromyalgia and chronic widespread pain.

- European journal of pain (London, England)*, 21(9), 1582–1590.
<https://doi.org/10.1002/ejp.1059>
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval, J. A., & Córdova-Domínguez, J. A. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4), 207–213.
- Covers, M. L. V., de Jongh, A., Huntjens, R. J. C., de Roos, C., van den Hout, M., & Bicanic, I. A. E. (2021). Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in recent rape victims: a randomized controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, 12(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943188>
- Crespo-Generelo, T., Camarillo-Gutiérrez, L., & de Diego-Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4918–4928. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
- Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 27(1), 153–160. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004229>
- Del Monaco, R. (2013). Dolor crónico y narrativa: experiencias cotidianas y trayectorias de atención en el padecimiento de la migraña. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(2), 489–510.
- Dell’Osso, L., Carmassi, C., Rucci, P., Conversano, C., Shear, M. K., Calugi, S., Maser, J. D., Endicott, J., Fagiolini, A., & Cassano, G. B. (2009). A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR). *Comprehensive Psychiatry*, 50(5), 485–490.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.006>
- Dell’Osso, L., Shear, M. K., Carmassi, C., Rucci, P., Maser, J. D., Frank, E., Endicott, J., Loretto, L., Altamura, C. A., Carpiniello, B., Perris, F., Conversano, C., Ciapparelli, A., Carlini, M., Sarno, N., & Cassano, G. B. (2008). Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-4-2>
- Denk, F., McMahon, S. B., & Tracey, I. (2014). Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nature Neuroscience*, 17(2), 192–200. <https://doi.org/10.1038/nn.3628>
- Dhabhar, F. S., Meaney, M. J., Sapolsky, R. M., & Spencer, R. L. (2020). Reflections on Bruce S. McEwen’s contributions to stress neurobiology and so much more. *Stress*, 23(5), 499–508. <https://doi.org/10.1080/10253890.2020.1806228>
- Diario Oficial de la Federación. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*.
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación ION PARA LA SALUD*.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- DiLillo, D., Hayes-Skelton, S. A., Fortier, M. A., Perry, A. R., Evans, S. E., Messman Moore, T. L., Walsh, K., Nash, C., & Fauchier, A. (2010). Development and initial psychometric

- properties of the Computer Assisted Maltreatment Inventory (CAMI): A comprehensive self-report measure of child maltreatment history. *Child Abuse & Neglect*, 34(5), 305–317. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.015>
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *The American journal of psychiatry*, 156(3), 379–385. <https://doi.org/10.1176/AJP.156.3.379>
- Driscoll, M. A., Higgins, D. M., Seng, E. K., Buta, E., Goulet, J. L., Heapy, A. A., Kerns, R. D., Brandt, C. A., & Haskell, S. G. (2015). Trauma, Social Support, Family Conflict, and Chronic Pain in Recent Service Veterans Does Gender Matter. *Pain Medicine*.
- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729–737. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.009>
- Durón-Figueroa, R., Cárdenas-López, G., Castro-Calvo, J., & de la Rosa-Gómez, A. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta de Investigación Psicológica*, 9(1), 26–36. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.03>
- Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307–318. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>
- Echemendía-Tocabens, B. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 470–481. <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehrenthal, J., Dinger, U., Lamla, A., Funken, B., & Schauenburg, H. (2009). Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens „Experiences in Close Relationships – Revised” (ECR-RD). *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 59(06), 215–223. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067425>
- Engels, M. L., & Moisan, D. (1994). The Psychological Maltreatment Inventory: development of a measure of psychological maltreatment in childhood for use in adult clinical settings. *Psychological reports*, 74(2), 595–604. <https://doi.org/10.2466/PR0.1994.74.2.595>
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36. https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion#fullTextFileContent
- Esparza-Del Villar, O. A., Montañez-Alvarado, P., Gutiérrez-Vega, M., Quiñones-Rodríguez, S., & Gutiérrez-Rosado, T. (2022). Past Child Abuse and Neglect in Adults From Northern Mexico: Development of a Scale and Prevalence. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), 2851–2876. <https://doi.org/10.1177/0886260520943729>
- Fassel, M., Grieve, B., Hosseini, S., Oral, R., Galet, C., Ryan, C., Kazis, L., Pengsheng, N., & Wibbenmeyer, L. A. (2019). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Burn Outcomes in Adult Burn Patients. *Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association*, 40(3), 294–301. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irz014>
- Felitti, V. J. (2019). Origins of the ACE Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 787–789. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.011>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction

- to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258.
[https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). REPRINT OF: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 56(6), 774–786. <https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2019.04.001>
- Ferguson, K. S., & Dacey, C. M. (1997). Anxiety, depression, and dissociation in women health care providers reporting a history of childhood psychological abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21(10), 941–952. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00055-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00055-0)
- Fernández-Esmerats, A., Ojeda Niño, A., Comino Trinidad, O., Ramis Bou, B., & Dürsteler Tatxé, C. (2021). Trastorno de estrés postraumático el gran olvidado de nuestras unidades del dolor. *Dolor. Investigación, clínica & terapéutica*, 36(2), 94–99.
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., & Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *The American journal of psychiatry*, 152(9), 1329–1335.
<https://doi.org/10.1176/AJP.152.9.1329>
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually Victimized Children*. New York, NY: Free Press.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13–21.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD): With the structured clinical interview for DSM-5® Screening Personality Questionnaire (SCID-5-SPQ)*. American Psychiatric Association.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version*. American Psychiatric Association.
- Fishbain, D. A., Pulikal, A., Lewis, J. E., & Gao, J. (2017). Chronic Pain Types Differ in Their Reported Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and There Is Consistent Evidence That Chronic Pain Is Associated with PTSD: An Evidence-Based Structured Systematic Review. *Pain Medicine*, pnw065. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw065>
- Flores-Franco, M. (2016). *Validez y confiabilidad del Inventario de Trauma Temprano en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”*. (Trabajo de grado de especialización) [Universidad Autónoma de México].
<https://repositorio.unam.mx/contenidos/302265>
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445–451. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303–314. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. (2006). Emotional Processing Theory. *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology*.
<https://doi.org/10.4135/9781483365817.n531>
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A Preliminary Examination of its Psychometric Properties. *Journal of*

- Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(3), 376–384.
https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Frazzetto, G. (2014). *Cómo sentimos. Sobre lo que la neurociencia puede y no puede decirnos acerca de nuestras emociones*. Anagrama.
- Frost, R., Murphy, J., Hyland, P., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., Hansen, M., Armour, C., McCarthy, A., Cunningham, T., & McDonagh, T. (2020). Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and Borderline Personality Disorder symptoms using bifactor modelling. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1836864>
- Galicia Alarcón, L. A., Balderrama Trápaga, J. A., & Edel Navarro, R. (2017). Content validity by experts' judgment: Proposal for a virtual tool. *Apertura*, 9(2), 42–53. <https://doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. Siglo XXI Editores, S.A. de C.V.
- Gallach Solano, E., Bermejo Gómez, M. A., Robledo Algarra, R., Izquierdo Aguirre, R. M., Canos Verdecho, M. A., Gallach Solano, E., Bermejo Gómez, M. A., Robledo Algarra, R., Izquierdo Aguirre, R. M., & Canos Verdecho, M. A. (2020). Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 252–256. <https://doi.org/10.20986/RESED.2020.3802/2020>
- Gallagher, R. E., Flye, B. L., Hurt, S. W., Stone, M. H., & Hull, J. W. (1992). Retrospective Assessment of Traumatic Experiences (RATE). *Journal of Personality Disorders*, 6(2), 99–108. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.2.99>
- García-Andreu, J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*, 29(1), 77–85.
- Gasperi, M., Afari, N., Goldberg, J., Suri, P., & Panizzon, M. S. (2021). Pain and Trauma: The Role of Criterion A Trauma and Stressful Life Events in the Pain and PTSD Relationship. *The Journal of Pain*, 22(11), 1506–1517. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.04.015>
- Gelezelyte, O., Roberts, N. P., Kvedaraitė, M., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Cloitre, M., Kairyte, A., Karatzias, T., Shevlin, M., & Kazlauskas, E. (2022). Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2037905>
- Geoffrion, S., Goncalves, J., Robichaud, I., Sader, J., Giguère, C. É., Fortin, M., Lamothe, J., Bernard, P., & Guay, S. (2022). Systematic Review and Meta-Analysis on Acute Stress Disorder: Rates Following Different Types of Traumatic Events. *Trauma, Violence, and Abuse*, 23(1), 213–223. <https://doi.org/10.1177/1524838020933844>
- Gil, A., Layunta, B., & Iñiguez, L. (2005). Dolor crónico y construccionismo. *Boletín de psicología*, 84, 23–40.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1708991&info=resumen&idioma=ENG>
- Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: general issues and preliminary findings for the Stressful Life Events

- Screening Questionnaire. *Journal of traumatic stress*, 11(3), 521–542.
<https://doi.org/10.1023/A:1024456713321>
- Gradus, J. L., Antonsen, S., Svensson, E., Lash, T. L., Resick, P. A., & Hansen, J. G. (2015). Trauma, Comorbidity, and Mortality Following Diagnoses of Severe Stress and Adjustment Disorders: A Nationwide Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 182(5), 451–458. <https://doi.org/10.1093/aje/kwv066>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(4), 315–315. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. London: Cambridge University Press.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric Properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11(4), 330–341.
<https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Guerrero, R., & Barroso, O. (2019). *El desarrollo emocional de tu hijo*. Editorial Océano de México, S.A. de C.V.
- Guo, T., Huang, L., Hall, D. L., Jiao, C., Chen, S.-T., Yu, Q., Yeung, A., Chi, X., & Zou, L. (2021). The relationship between childhood adversities and complex posttraumatic stress symptoms: a multiple mediation model. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1936921>
- Guzmán-Sescosse, M., Padrós-Blázquez, F., García-Campos, T., & Laca-Arocena, F. (2014). Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático Cognitive-behavioral models of posttraumatic stress disorder. *Uaricha, Revista De Psicología*, 11(25), 35–54.
- Haerizadeh, M., Sumner, J. A., Birk, J. L., Gonzalez, C., Heyman-Kantor, R., Falzon, L., Gershengoren, L., Shapiro, P., & Kronish, I. M. (2020). Interventions for posttraumatic stress disorder symptoms induced by medical events: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 129. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2019.109908>
- Harnett, N. G., Goodman, A. M., & Knight, D. C. (2020). PTSD-related neuroimaging abnormalities in brain function, structure, and biochemistry. *Experimental Neurology*, 330, 113331. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2020.113331>
- Harrington, D., Zuravin, S., DePanfilis, D., Ting, L., & Dubowitz, H. (2002). The Neglect Scale: Confirmatory Factor Analyses in a Low-Income Sample. *Child Maltreatment*, 7(4), 359–368. <https://doi.org/10.1177/107755902237266>
- Harvey, A. R. (2023). Injury, illness, and emotion: A review of the motivational continuum from trauma through recovery from an ecological perspective. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 27, 100586. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2022.100586>
- Häuser, W., Kosseva, M., Üceyler, N., Klose, P., & Sommer, C. (2011). Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care & Research*, 63(6), 808–820. <https://doi.org/10.1002/acr.20328>
- Hellou, R., Häuser, W., Brenner, I., Buskila, D., Jacob, G., Elkayam, O., Aloush, V., & Ablin, J. N. (2017). Self-Reported Childhood Maltreatment and Traumatic Events among Israeli

- Patients Suffering from Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis. *Pain research & management*, 2017, 3865249. <https://doi.org/10.1155/2017/3865249>
- Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H., & Creed, F. (2018). Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(1), 12–31. <https://doi.org/10.1159/000484413>
- Herman, J. L., Perry, J. C., & Van Der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 146(4), 490–495. <https://doi.org/10.1176/AJP.146.4.490>
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). The development of the Comprehensive Child Maltreatment Scale. *Journal of Family Studies*, 7(1), 7–28. <https://doi.org/10.5172/jfs.7.1.7>
- Ho, G. W. K., Karatzias, T., Vallières, F., Bondjers, K., Shevlin, M., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Astill Wright, L., & Hyland, P. (2021). Complex PTSD symptoms mediate the association between childhood trauma and physical health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 142, 110358. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110358>
- Hooper, L. M., Stockton, P., Krupnick, J. L., & Green, B. L. (2011). Development, Use, and Psychometric Properties of the Trauma History Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma*, 16(3), 258–283. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572035>
- Horowitz, L. (1998). *The relationship of child sexual abuse to revictimization: Mediating variables and developmental processes*. Unpublished manuscript. Catholic University of America.
- Horvath, S., & Raj, K. (2018). DNA methylation-based biomarkers and the epigenetic clock theory of ageing. *Nature reviews. Genetics*, 19(6), 371–384. <https://doi.org/10.1038/s41576-018-0004-3>
- Hossack, M. R., Reid, M. W., Aden, J. K., Gibbons, T., Noe, J. C., & Willis, A. M. (2020). Adverse Childhood Experience, Genes, and PTSD Risk in Soldiers: A Methylation Study. *Military Medicine*, 185(3–4), 377–384. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz292>
- Hovens, J., Bramsen, I., & van der Poley, H. (2000). *Manual for the Self-Rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder (SRIP)*. Swets Test Publishers.
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M., & Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 727–736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25*. Armonk, NY: IBM Corp.
- INEGI. (2018a). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
- INEGI. (2018b). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/>
- INEGI. (2019). *Encuesta Nacional de Trabajo Infantil (ENTI)*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enti/2019/>
- INEGI. (2021a). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y Problemas Relacionados con la Salud Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/scian/cie.pdf>
- INEGI. (2021b). Violencia contra las mujeres en México. En *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH*. <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>

- INEGI. (2022). *Comunicado de Prensa Núm. 586/22 10 de octubre de 2022 Página 1/11 Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Niña*. 1–11. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_DiaNina22.pdf
- Instituto Nacional de Geriátrica. (2022). *Glosario. Sistema de Información Estratégica en Salud, Dependencia Funcional y Envejecimiento*. http://saludyenvejecimiento.inger.gob.mx/Documentos_Conoce+/Glosario_SIESDE/Glosario.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2016). Desigualdad en cifras. *Boletín*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN3_2016.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>
- Instituto Nacional de Salud Pública. Centro de Información para Decisiones en Salud Pública [CENIDSP]. (2020). *Día Mundial contra el Dolor: el alivio es un derecho universal*. <https://www.insp.mx/avisos/5097-dia-mundial-dolor-cronico.html>
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2020). *Revised Definition of Pain Translations*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2023). *Terminology | International Association for the Study of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?navItemNumber=576#Centralsensitization>
- Janke, S., & Glöckner-Rist, A. (2012). Deutsche Version der Satisfaction with Life Scale (SWLS) [German version of the Satisfaction of Life Scale]. *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. <https://search.gesis.org/publication/gris-publication-cc21r5htgm00>
- Jarero, I. (2016). Explorando la naturaleza de las memorias traumáticas y la terapia EMDR. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 2(2). https://www.revibapst.com/files/ugd/c70085_e4420919eba7447694262528b40af3cd.pdf
- Jarero, I., & Artigas, Lucina. (2018). Conceptualización Teórica sobre el Trauma Agudo y el Estrés Traumático Continuado Basada en el Modelo del SPIA. *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 10(April), 2007–8544.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Fisher, L. D. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*, 83(2), 157–162. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00101-3](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00101-3)
- Ji, R.-R., Nackley, A., Huh, Y., Terrando, N., & Maixner, W. (2018). Neuroinflammation and Central Sensitization in Chronic and Widespread Pain. *Anesthesiology*, 129(2), 343–366. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002130>
- Kairyte, A., Kvedaraite, M., Kazlauskas, E., & Gelezelyte, O. (2022). Exploring the links between various traumatic experiences and ICD-11 PTSD and Complex PTSD: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896981>
- Kandel, E. R. (2019). *La nueva biología de la mente. Qué nos dicen los trastornos cerebrales sobre nosotros mismos*. Paidós.
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Brewin, C. R. (2017). PTSD and complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(7). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>

- Karatzias, T., Howard, R., Power, K., Socherel, F., Heath, C., & Livingstone, A. (2017). Organic vs. functional neurological disorders: The role of childhood psychological trauma. *Child Abuse & Neglect*, *63*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.011>
- Karatzias, T., Hyland, P., Ben-Ezra, M., & Shevlin, M. (2018). Hyperactivation and hypoactivation affective dysregulation symptoms are integral in complex posttraumatic stress disorder: Results from a nonclinical Israeli sample. *International journal of methods in psychiatric research*, *27*(4). <https://doi.org/10.1002/MPR.1745>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *49*(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bradley, A., Kitchiner, N. J., Jumbe, S., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2018). The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, *57*(2), 177–185. <https://doi.org/10.1111/bjc.12172>
- Kato, K., Sullivan, P. F., & Pedersen, N. L. (2010). Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*(5), 447–453. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.010>
- Kendall, M. G. (1938). A new measure of rank correlation. *Biometrika*, *30*(1–2), 81–93. <https://doi.org/10.1093/biomet/30.1-2.81>
- Kind, S., & Otis, J. D. (2019). The Interaction Between Chronic Pain and PTSD. *Current pain and headache reports*, *23*(12). <https://doi.org/10.1007/S11916-019-0828-3>
- Kirmayer, L. J., & Gómez-Carrillo, A. (2019). Agency, embodiment and enactment in psychosomatic theory and practice. *Med Humanit*, *45*, 169–182. <https://doi.org/10.1136/medhum-2018-011618>
- Kleykamp, B. A., Ferguson, M. C., McNicol, E., Bixho, I., Arnold, L. M., Edwards, R. R., Fillingim, R., Grol-Prokopczyk, H., Turk, D. C., & Dworkin, R. H. (2021). The Prevalence of Psychiatric and Chronic Pain Comorbidities in Fibromyalgia: an ACTION systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, *51*(1), 166–174. <https://doi.org/10.1016/J.SEMARTHRT.2020.10.006>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *47*(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Lange, A., Kooiman, K., Huberts, L., & van Oostendorp, E. (1995). Childhood unwanted sexual events and degree of psychopathology of psychiatric patients: research with a new anamnestic questionnaire (the CHUSE). *Acta psychiatrica Scandinavica*, *92*(6), 441–446. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.1995.TB09610.X>
- Laporte, L., & Guttman, H. (2001). Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *The Journal of nervous and mental disease*, *189*(8), 522–531. <https://doi.org/10.1097/00005053-200108000-00005>

- Lazarus, R. S. (1974). Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 321–333. <https://doi.org/10.2190/T43T-84P3-QDUR-7RTP>
- Lechner-Meichsner, F., & Steil, R. (2021). A clinician rating to diagnose CPTSD according to ICD-11 and to evaluate CPTSD symptom severity: Complex PTSD Item Set additional to the CAPS (COPISAC). *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1891726>
- Leserman, J., Li, Z., Drossman, D. A., Toomey, T. C., Nachman, G., & Glogau, L. (1997). Impact of Sexual and Physical Abuse Dimensions on Health Status. *Psychosomatic Medicine*, 59(2), 152–160. <https://doi.org/10.1097/00006842-199703000-00007>
- Levine, P. A., & Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños*. Editorial Eleftheria.
- Lieberman, A. F., & van Horn, P. (2019). Don't Hit My Mommy! A Manual for Child–Parent Psychotherapy with Young Witnesses of Family Violence. *Attachment*, 13(1), 127–129.
- Litvin, J. M., Kaminski, P. L., & Riggs, S. A. (2017). The Complex Trauma Inventory: A Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of traumatic stress*, 30(6), 602–613. <https://doi.org/10.1002/jts.22231>
- Lizama Lefno, A., & Rojas Contreras, G. (2019). Multimorbilidad crónica en mujeres con diagnóstico de fibromialgia en Chile. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2). <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3384.2019>
- Lizardi, H., Klein, D. N., Ouimette, P. C., Riso, L. P., Anderson, R. L., & Donaldson, S. K. (1995). Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of abnormal psychology*, 104(1), 132–139. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.104.1.132>
- Lobbestael, J., Arntz, A., Harkema-Schouten, P., & Bernstein, D. (2009). Development and psychometric evaluation of a new assessment method for childhood maltreatment experiences: The interview for traumatic events in childhood (ITEC). *Child Abuse & Neglect*, 33(8), 505–517. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.03.002>
- MacLean, P. D. (1970). The Triune Brain: Emotion and the Scientific bias. En F. O. Schmitt (Ed.), *The neuroscience: Third Study Program* (pp. 336–348). New York: Rockefeller University Press.
- MacMillan, H. L., Tanaka, M., Duku, E., Vaillancourt, T., & Boyle, M. H. (2013). Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: Results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse and Neglect*, 37(1), 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.06.005>
- Maercker, A., Bernays, F., Rohner, S. L., & Thoma, M. V. (2022). A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 446–460. <https://doi.org/10.1002/jts.22756>
- Mansfield, K. E., Sim, J., Jordan, J. L., & Jordan, K. P. (2016). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain*, 157(1), 55. <https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000000314>
- Margarit, C. (2019). La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(4), 209–210. <https://doi.org/10.20986/resed.2019.3752/2019>
- Marin, M.-F., Geoffrion, S., Juster, R.-P., Giguère, C.-E., Marchand, A., Lupien, S. J., & Guay, S. (2019). High cortisol awakening response in the aftermath of workplace violence exposure moderates the association between acute stress disorder symptoms and PTSD

- symptoms. *Psychoneuroendocrinology*, *104*, 238–242.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.03.006>
- Marin, T. J., Lewinson, R. E., Hayden, J. A., Mahood, Q., Rossi, M. A., Rosenbloom, B., & Katz, J. (2021). A Systematic Review of the Prospective Relationship between Child Maltreatment and Chronic Pain. *Children (Basel, Switzerland)*, *8*(9).
<https://doi.org/10.3390/CHILDREN8090806>
- Marino, C., Grimaldi, M., Sabatini, P., Amato, P., Pallavicino, A., Ricciardelli, C., & D'Ursi, A. M. (2021). Fibromyalgia and Depression in Women: An 1H-NMR Metabolomic Study. *Metabolites*, *11*(7). <https://doi.org/10.3390/METABO11070429>
- Marshall, R. D., Schneier, F. R., Fallon, B. A., Knight, C. B. G., Abbate, L. A., Goetz, D., Campeas, R., & Liebowitz, M. R. (1998). An open trial of paroxetine in patients with noncombat-related, chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, *18*(1), 10–18. <https://doi.org/10.1097/00004714-199802000-00003>
- Martínez-Lavín, M. (2021). Fibromyalgia in women: somatisation or stress-evoked, sex-dimorphic neuropathic pain? *Clinical and experimental rheumatology*, *39*(2), 422–425.
<https://doi.org/10.55563/CLINEXPRHEUMATOL/0C7D6V>
- Martinez-Lavin, M., & Holman, A. J. (2021). Heart rate variability analysis in rheumatology: past, present... and future? *Clinical and Experimental Rheumatology*, *39*(5), 927–930.
<https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/nmvth1>
- Martins, J., Czamara, D., Sauer, S., Rex-Haffner, M., Dittrich, K., Dörr, P., de Punder, K., Overfeld, J., Knop, A., Dammering, F., Entringer, S., Winter, S. M., Buss, C., Heim, C., & Binder, E. B. (2021). Childhood adversity correlates with stable changes in DNA methylation trajectories in children and converges with epigenetic signatures of prenatal stress. *Neurobiology of Stress*, *15*. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2021.100336>
- Martucci, K. T. (2020). Prevención del dolor: Introducción. *International Association for the Study of Pain*. <http://fedelat.com/wp-content/uploads/2020/07/1.-Prevencion-dolor-IASP-min.pdf>
- Martucci, K. T., & MacKey, S. C. (2018). Neuroimaging of Pain: Human Evidence and Clinical Relevance of Central Nervous System Processes and Modulation. *Anesthesiology*, *128*(6), 1241–1254. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002137>
- Maté, G. (2012). *When the body says no. The cost of hidden stress*. Vintage Canada.
- Matrángolo, G., Yaccarini, C., Simkin, H., & Azzollini, S. (2022). Validación Argentina del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, *64*(3), 33–40.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP64.3.03>
- McCall-Hosenfeld, J. S., Winter, M., Heeren, T., & Liebschutz, J. M. (2014). The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of psychosomatic research*, *77*(3), 196–204.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.011>
- McEwen, B. S. (2017a). Epigenetic Interactions and the Brain-Body Communication. *Psychotherapy and psychosomatics*, *86*(1), 1–4. <https://doi.org/10.1159/000449150>
- McEwen, B. S. (2017b). Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. *Chronic stress (Thousand Oaks, Calif.)*, *1*. <https://doi.org/10.1177/2470547017692328>
- McEwen, B. S., & Akil, H. (2020). Revisiting the Stress Concept: Implications for Affective Disorders. *Journal of Neuroscience*, *40*(1), 12–21.
<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>

- McKernan, L. C., Johnson, B. N., Crofford, L. J., Lumley, M. A., Bruehl, S., & Cheavens, J. S. (2019). Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Effects of Trauma Exposure on Clinical Indicators of Central Sensitization in Patients With Chronic Pain. *The Clinical journal of pain*, 35(5), 385–393. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000689>
- McKernan, L. C., Johnson, B. N., Reynolds, W. S., Williams, D. A., Cheavens, J. S., Dmochowski, R. R., & Crofford, L. J. (2019). Posttraumatic stress disorder in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Relationship to patient phenotype and clinical practice implications. *Neurourology and urodynamics*, 38(1), 353–362. <https://doi.org/10.1002/nau.23861>
- McLaughlin, K. A., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1(1), 277–312. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-084950>
- Medina-Mora, M. E., Genis-Mendoza, A. D., Villatoro Velázquez, J. A., Bustos-Gamiño, M., Bautista, C. F., Camarena, B., Martínez-Magaña, J. J., & Nicolini, H. (2023). The Prevalence of Symptomatology and Risk Factors in Mental Health in Mexico: The 2016–17 ENCODAT Cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3109. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043109>
- Medina-Mora, Ma. E., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), 8–21. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342005000100004>
- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 168–182. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–299. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)
- Meyer, I. H., Muenzenmaier, K., Cancienne, J., & Struening, E. (1996). Reliability and validity of a measure of sexual and physical abuse histories among women with serious mental illness. *Child abuse & neglect*, 20(3), 213–219. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(95\)00137-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(95)00137-9)
- Mills, S. E. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British journal of anaesthesia*, 123(2), e273–e283. <https://doi.org/10.1016/J.BJA.2019.03.023>
- Miranda, P. (2017, junio 8). *En México, 27% de la población padece dolor crónico*. <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/06/8/en-mexico-27-de-la-poblacion-padece-o-padecera-dolor-cronico>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264–269, W64. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 180(2), 111–116. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1737972>

- Morgart, K., Harrison, J. N., Hoon, A. H., & Wilms Floet, A. M. (2021). Adverse childhood experiences and developmental disabilities: risks, resiliency, and policy. *Developmental medicine and child neurology*, 63(10), 1149–1154. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14911>
- Musazzi, L., Tornese, P., Sala, N., & Popoli, M. (2018). What Acute Stress Protocols Can Tell Us About PTSD and Stress-Related Neuropsychiatric Disorders. *Frontiers in Pharmacology*, 9, 758. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00758>
- Nagata, T., Kiriike, N., Iketani, T., Kawarada, Y., & Tanaka, H. (1999). History of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: relationship with dissociation and impulsive behaviours. *Psychological medicine*, 29(4), 935–942. <https://doi.org/10.1017/S0033291799008557>
- Nicholas, M., Vlaeyen, J. W. S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S.-J., & Treede, R.-D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*, 160(1), 28–37. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(3), 200–210. <https://doi.org/10.1002/cpp.332>
- Nijs, J., Lahousse, A., Kapreli, E., Bilika, P., Saraçoğlu, İ., Malfliet, A., Coppieters, I., de Baets, L., Leysen, L., Roose, E., Clark, J., Voogt, L., & Huysmans, E. (2021). Nociceptive Pain Criteria or Recognition of Central Sensitization? Pain Phenotyping in the Past, Present and Future. *Journal of clinical medicine*, 10(15). <https://doi.org/10.3390/JCM10153203>
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. de J. G. (2003). Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646–656. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.4.646>
- Noushad, S., Ahmed, S., Ansari, B., Mustafa, U.-H., Saleem, Y., & Hazrat, H. (2021). Physiological biomarkers of chronic stress: A systematic review. *International journal of health sciences*, 15(5), 46–59. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34548863/>
- Núñez Morales, N., Sancho, M., Granados Martínez, B., & Gibert Rahola, J. (2019). Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatría Biológica*, 26(3), 85–98. <https://doi.org/10.1016/J.PSIQ.2019.10.001>
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 147(8), 1008–1013. <https://doi.org/10.1176/AJP.147.8.1008>
- ONU Mujeres. (2022). *El Progreso en el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Panorama de Género*. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-12/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2023-es.pdf>
- Ordóñez-Cambor, N., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., García-Álvarez, L., Pizarro-Ruiz, J. P., & Lemos-Giráldez, S. (2016). Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 36–44.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019a). *CIE-11 Guía para la aplicación y la transición*. https://icd.who.int/es/docs/192190_ICD-11_Implementation_or_Transition_Guide_edited_ES.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019b). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))
- Orlando, M., & Marshall, G. N. (2002). Differential item functioning in a Spanish translation of the PTSD Checklist: Detection and evaluation of impact. *Psychological Assessment, 14*(1), 50–59. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.1.50>
- Ortiz, L., & Velasco, M. (2017). Dolor Crónico y Psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes, 28*(6), 866–873. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.008>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, n71*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Palmer, R. L., Chaloner, D. A., & Oppenheimer, R. (1992). Childhood sexual experiences with adults reported by female psychiatric patients. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 160*(FEB.), 261–265. <https://doi.org/10.1192/BJP.160.2.261>
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Risk factors for borderline personality in male outpatients. *The Journal of nervous and mental disease, 182*(7), 375–380. <https://doi.org/10.1097/00005053-199407000-00002>
- Pennebaker, J. W., & Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social science & medicine (1982), 26*(3), 327–332. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90397-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90397-8)
- Pervanidou, P., Agorastos, A., Kolaitis, G., & Chrousos, G. P. (2017). Neuroendocrine responses to early life stress and trauma and susceptibility to disease. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup4), 1351218. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351218>
- Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect, 97*, 104127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>
- Pitron, V., Ranque, B., Vulser, H., Rotgé, J. Y., Limosin, F., & Lemogne, C. (2019). Troubles somatiques fonctionnels: un modèle cognitif pour mieux les comprendre. *La Revue de Médecine Interne, 40*(7), 466–473. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2019.04.005>
- Popkirov, S., Enax-Krumova, E. K., Mainka, T., Hoheisel, M., & Hausteiner-Wiehle, C. (2020). Functional pain disorders - more than nociplastic pain. *NeuroRehabilitation, 47*(3), 343–353. <https://doi.org/10.3233/NRE-208007>
- Prangnell, A., Shoveller, J., Voon, P., Shulha, H., Grant, C., Milloy, M.-J., Kerr, T., & Hayashi, K. (2020). The Impact of Childhood Emotional Abuse on Pain Interference Among People with Chronic Pain who Inject Drugs in Vancouver, Canada. *Pain Medicine, 21*(4), 704–713. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz233>
- Rabhi, M., Ennibi, K., Chaari, J., & Toloune, F. (2010). Les syndromes somatiques fonctionnels. *Revue de Médecine Interne, 31*(1), 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2009.03.011>
- Radici, G., Preti, M., Vieira-Baptista, P., Stockdale, C. K., & Bornstein, J. (2020). The International Classification of Diseases, 11th Revision: A Step-Back for Women With Vulvodynia? *Journal of lower genital tract disease, 24*(3), 332–333. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000513>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The Revised IASP definition of pain: concepts,

- challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976.
<https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000001939>
- Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2015). A New Version of the Impairment and Functioning Inventory for Patients With Chronic Pain (IFI-R). *PM&R*, 7(5), 455–465.
<https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.11.013>
- Rangel-Granados, E. S. (2017). Los marcadores psicofisiológicos. Dando certeza al fenómeno psicológico. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 4(8).
<https://doi.org/10.29057/esat.v4i8.2405>
- Real Academia Española. (2022). *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es/>
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102381. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2021.102381>
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Rizvi, S. L. (2008). Clinical Handbook of Psychological Disorders. Chapter 2 Posttraumatic Stress Disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Annual Review of Clinical Psychology* (Fourth Ed., Vol. 3). The Guilford Press.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- Restrepo, M., & Restrepo, D. (2019). Del trastorno conversivo a los trastornos neurológicos funcionales. ¿Superando el diagnóstico por descarte? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.10.005>
- Riggs, D. S., O’Leary, K. D., & Breslin, F. C. (1990). Multiple correlates of physical aggression in dating couples. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(1), 61–73.
<https://doi.org/10.1177/088626090005001005>
- Roberts, N. P., Cloitre, M., Bisson, J., & Brewin, C. R. (2019). *International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and complex PTSD (Test Version 3.1)*.
- Roberts, N. P., Cloitre, M., Bisson, J., & Brewin, C. R. (2022). *International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and complex PTSD. Release version 1.0*.
- Rocha, J., Rodrigues, V., Santos, E., Azevedo, I., Machado, S., Almeida, V., Silva, C., Almeida, J., & Cloitre, M. (2019). The first instrument for complex PTSD assessment: psychometric properties of the ICD-11 Trauma Questionnaire. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(2), 185–189. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0272>
- Rojas, T. (2020). Rasgos de personalidad y trastorno de estrés post traumático en víctimas reincidentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(3), 1150.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol23num3/Vol23No3Art16.pdf>
- Rom, O., & Reznick, A. Z. (2015). *The Stress Reaction: A Historical Perspective* (pp. 1–4).
https://doi.org/10.1007/5584_2015_195
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. *Princeton, NJ: Princeton University Press*.
- Rubinow, D. R., & Schmidt, P. J. (2019). Sex differences and the neurobiology of affective disorders. *Neuropsychopharmacology*, 44(1), 111–128. <https://doi.org/10.1038/S41386-018-0148-Z>
- Ruiz, F. J., Langer-Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Midiendo la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: Versión española del cuestionario de aceptación y acción II. *Psicothema*, 25(1), 123–129.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>

- Russ, M. J., Shearin, E. N., Clarkin, J. F., Harrison, K., & Hull, J. W. (1993). Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *150*(12), 1869–1871. <https://doi.org/10.1176/AJP.150.12.1869>
- Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Ryan, S. W., Rodríguez, N., Rowan, A. y Foy, D. W. (1992). Psychometric analysis of the Sexual Abuse Exposure Questionnaire (SA-EQ). En Proceedings of the 100th Annual Convention of the American Psychological Association. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sachs-Ericsson, N. J., Sheffler, J. L., Stanley, I. H., Piazza, J. R., & Preacher, K. J. (2017). When Emotional Pain Becomes Physical: Adverse Childhood Experiences, Pain, and the Role of Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(10), 1403–1428. <https://doi.org/10.1002/jclp.22444>
- Salazar-Mendoza, M. (2016). *Asociación de trauma temprano con estilos de apego en pacientes de sexo femenino de la clínica de trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría*. [Universidad Autónoma de México]. <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000747518>
- Salter, M., & Hall, H. (2022). Reducing Shame, Promoting Dignity: A Model for the Primary Prevention of Complex Post-Traumatic Stress Disorder. *Trauma, Violence, & Abuse*, *23*(3), 906–919. <https://doi.org/10.1177/1524838020979667>
- Sanabria-Mazo, J. P., & Gers-Estrada, M. (2018). Implicaciones Del Dolor Crónico En La Calidad De Vida De Mujeres Con Fibromialgia. *Psicología em Estudo*, *23*, 81–91. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23i0.38447>
- Sanders, B., & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: early data on the Child Abuse and Trauma Scale. *Child abuse & neglect*, *19*(3), 315–323. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(94\)00131-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(94)00131-6)
- Schattner, E., Shahar, G., & Abu-Shakra, M. (2008). “I used to dream of lupus as some sort of creature”: Chronic illness as an internal object. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*(4), 466–472. <https://doi.org/10.1037/a0014392>
- Schumacher, S., Martin-Soelch, C., Rufer, M., Pazhenkottil, A. P., Wirtz, G., Fuhrhans, C., Hindermann, E., & Mueller-Pfeiffer, C. (2012). Psychometric characteristics of the German adaptation of the Traumatic Experiences Checklist (TEC). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(3), 338–346. <https://doi.org/10.1037/a0024044>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2010). The general self-efficacy scale (GSE). *Anxiety, Stress, and Coping*, *12*, 329–345. https://www.researchgate.net/publication/311570532_The_general_self-efficacy_scale_GSE
- Seiler, N., Davoodi, K., Keem, M., & Das, S. (2023). Assessment tools for complex post traumatic stress disorder: a systematic review. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *27*(3), 292–300. <https://doi.org/10.1080/13651501.2023.2197965>
- Serrano-Ibáñez, E. R., Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López-Martínez, A. E. (2019). The behavioural inhibition system, behavioural activation system and experiential avoidance as explanatory variables of comorbid chronic pain and posttraumatic stress symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1581013>

- Shahbazi, Z., & Byun, Y.-C. (2023). Early Life Stress Detection Using Physiological Signals and Machine Learning Pipelines. *Biology*, *12*(1), 91. <https://doi.org/10.3390/biology12010091>
- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, *21*(6), 857–877. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00071-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00071-4)
- Shenk, C. E., O'Donnell, K. J., Pokhvisneva, I., Kobor, M. S., Meaney, M. J., Bensman, H. E., Allen, E. K., & Olson, A. E. (2021). Epigenetic Age Acceleration and Risk for Posttraumatic Stress Disorder following Exposure to Substantiated Child Maltreatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *51*(5), 651–661. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1864738>
- Shevlin, M., Hyland, P., Karatzias, T., Fyvie, C., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017). Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *135*(5), 419–428. <https://doi.org/10.1111/acps.12695>
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1419749>
- Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M., & Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *The American journal of psychiatry*, *152*(7), 1059–1064. <https://doi.org/10.1176/AJP.152.7.1059>
- Siqueland, J., Ruud, T., & Hauff, E. (2017). Post-traumatic stress disorder moderates the relationship between trauma exposure and chronic pain. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375337>
- Siracusa, R., Di Paola, R., Cuzzocrea, S., & Impellizzeri, D. (2021). Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. *International journal of molecular sciences*, *22*(8). <https://doi.org/10.3390/IJMS22083891>
- Smith, R., Persich, M., Lane, R. D., & Killgore, W. D. S. (2022). Higher emotional awareness is associated with greater domain-general reflective tendencies. *Scientific Reports*, *12*(1), 3123. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07141-3>
- Soldz, S., Budman, S., Demby, A., & Merry, J. (1995). A Short Form of the Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales. *Assessment*, *2*(1), 53–63. <https://doi.org/10.1177/1073191195002001006>
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, *16*(3), 201–214. <https://doi.org/10.1521/PEDI.16.3.201.22542>
- Somma, A., Maffei, C., Borroni, S., Gialdi, G., & Fossati, A. (2019). Post Traumatic Reactions as Individual Differences: Latent Structure Analysis of the International Trauma Questionnaire in Italian Trauma-Exposed and Non-Trauma Exposed Adults. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, *7*(1). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2019.7.2058>
- Sprang, G., Bush, H. M., Coker, A. L., & Brancato, C. J. (2020). Types of Trauma and Self-Reported Pain That Limits Functioning in Different-Aged Cohorts. *Journal of Interpersonal Violence*, *35*(23–24), 5953–5975. <https://doi.org/10.1177/0886260517723144>
- Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I.,

- Abdulkader, R. S., Abebe, M., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1923–1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
- Swaab, D. F., & Bao, A. M. (2020). Sex differences in stress-related disorders: Major depressive disorder, bipolar disorder, and posttraumatic stress disorder. *Handbook of Clinical Neurology*, 175, 335–358. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00023-0>
- Tait, R., Chibnall, J., & Krause, S. (1990). The pain disability index: psychometric properties. *Pain*, vol. 40, núm.2, pp.171–182.
- Tesarz, J., Gerhardt, A., & Eich, W. (2018). Influence of early childhood stress exposure and traumatic life events on pain perception. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 32(4), 243–249. <https://doi.org/10.1007/s00482-018-0301-y>
- The World Health Organization. (1990). *World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/>
- The World Medical Association. (2008). *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>
- Toro-Trallero, J. (2021). *Estrés, maltrato y psicopatología*. Editorial Pirámide.
- Tsur, N. (2022). Chronic Pain Personification Following Child Abuse: The Imprinted Experience of Child Abuse in Later Chronic Pain. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), NP2516–NP2537. <https://doi.org/10.1177/0886260520944529>
- UNICEF. (2019). *Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe*. 1–24. [https://www.unicef.org/lac/media/9381/file/PDF Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en ALC.pdf](https://www.unicef.org/lac/media/9381/file/PDF%20Perfil%20del%20matrimonio%20infantil%20y%20las%20uniones%20tempranas%20en%20ALC.pdf)
- Valdez-Santiago, R., Villalobos, A., Arenas-Monreal, L., Flores-Celis, K., & Ramos-Lira, L. (2020). Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. *Salud Publica de Mexico*, 62(6), 661–671. <https://doi.org/10.21149/11924>
- van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Editorial Eleftheria.
- van Wilgen, C. P., & Keizer, D. (2012). The Sensitization Model to Explain How Chronic Pain Exists Without Tissue Damage. *Pain Management Nursing*, 13(1), 60–65. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.03.001>
- Vang, M. L., Nielsen, S. B., Auning-Hansen, M., & Elklit, A. (2019). Testing the validity of ICD-11 PTSD and CPTSD among refugees in treatment using latent class analysis. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*, 29(3), 27–45. <https://doi.org/10.7146/TORTURE.V29I3.115367>
- Van-Griensven, H., Schmid, A., Trendafilova, T., & Low, M. (2020). Central sensitization in musculoskeletal pain: Lost in translation? *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 50(11), 592–596. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.0610>
- Vázquez-Salas, R. A., Villalobos, A., Pérez-Reyes, M. del R., Barrientos-Gutiérrez, T., & Hubert, C. (2023). Desarrollo infantil temprano, sus determinantes y disciplina en la niñez mexicana: Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s45–s54. <https://doi.org/10.21149/14824>

- Wagner, A. W. y Linehan, M. M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 8, 1-9.
- Wang, V. C., & Mullally, W. J. (2020). Pain Neurology. *The American journal of medicine*, 133(3), 273–280. <https://doi.org/10.1016/J.AMJMED.2019.07.029>
- Ware, J. E., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A., Prieto, L., & Sullivan, M. (1998). The Factor Structure of the SF-36 Health Survey in 10 Countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1159–1165. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00107-3](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00107-3)
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. A., & Keane, T. (1994). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. *Paper Presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies*.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)-Standard. [Measurement instrument]. En *National Center for PTSD*. https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/LEC5_Standard_Self-report.PDF
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T., & Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60(11), 442–450. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1247564>
- Woo, E., Sansing, L. H., Arnsten, A. F. T., & Datta, D. (2021). Chronic Stress Weakens Connectivity in the Prefrontal Cortex: Architectural and Molecular Changes. *Chronic Stress*, 5, 247054702110292. <https://doi.org/10.1177/24705470211029254>
- World Health Organization. (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project. En *Report on a WHO Meeting* (p. 45).
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive psychiatry*, 30(1), 18–25. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90114-4](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90114-4)
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Bradford Reich, R., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 154(8), 1101–1106. <https://doi.org/10.1176/AJP.15>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD



“Síntomatología de trastorno por estrés postraumático y su asociación con experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario”.

Carta de consentimiento informado para la aplicación de instrumentos de evaluación psicoemocional.

Parte 1: información.

El objetivo de este estudio es investigar el posible impacto que pudiera tener el vivir experiencias adversas o de estrés continuo en la infancia con el posterior desarrollo de sintomatología de trastorno por estrés postraumático en adultos con dolor crónico primario. Se solicita su participación, la cual consistiría en el llenado de tres cuestionarios y un formato de información general que le llevarán una hora y media aproximadamente. Al término de ello se le enseñarán estrategias de regulación emocional.

La decisión de tomar parte en este estudio es libre y voluntaria, usted puede abandonarlo en cualquier momento sin ninguna consecuencia negativa. En caso de tener alguna duda en relación con los objetivos y/o el manejo de la información recabada podrá comunicarse con la investigadora principal para aclaraciones.

La finalidad de este estudio es de investigación y brindará conocimiento valioso para la propuesta en el diseño de intervenciones psicológicas que puedan ser integradas al tratamiento médico tomando en cuenta los factores psicoemocionales en población adulta con dolor crónico primario en un futuro; a corto plazo usted no obtendrá un beneficio directo de este estudio, sin embargo, su valiosa aportación ayudará a incrementar el entendimiento de estas dolencias así como a las propuestas de intervenciones para el tratamiento de las personas con estos padecimientos; además, las estrategias de regulación emocional que se le enseñarán podrán ser de ayuda para usted.

Toda la información recabada será manejada con principios éticos en materia de investigación para la salud dispuestos en el reglamento de la Ley General de Salud respetando su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Su privacidad será respetada cuidando de los datos sensibles que lo vinculen, como su nombre, ya que no serán publicados en los reportes de resultados o en artículos; la información obtenida solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

Durante la aplicación de los cuestionarios es posible que se presenten algún tipo de malestar emocional y/o psicológico ya que se tratarán temas sensibles que por lo regular se evita pensar, es por lo que se brindarán las estrategias de regulación emocional. También se le entregará un

tríptico psicoeducativo con información para el manejo de síntomas emocionales y en caso de que lo solicite se le brindará una hoja informativa de instituciones donde puede recibir atención psicológica gratuita.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde. Si desea hacer preguntas después de la toma de información puede contactar a la licenciada Denisse Talamás Salazar al correo denisse@tlallipsicotrauma.com.

Parte 2: Formulario de consentimiento.

He sido invitado o invitada a participar en el proyecto **“sintomatología de trastorno por estrés postraumático y su asociación con experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario”**. He sido informado o informada de los posibles riesgos. Sé que puede que no haya beneficios directos para mi persona a corto plazo y que no habrá compensación económica por mi participación. Sé que mi aportación será de ayuda para el incremento en el conocimiento del impacto de las experiencias adversas en la infancia en personas con dolor crónico primario. Se me ha brindado el nombre de una investigadora que puede ser contactada en caso de dudas.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar y se me ha contestado satisfactoriamente a las preguntas que he realizado.

Considero voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que puedo retirarme de ella en cualquier momento sin que haya consecuencias.

Nombre del o la participante: _____

Firma de la participante: _____

Fecha: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para él o la potencial participante y la persona he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente. Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado.

Nombre del o la investigadora: _____

Firma del o la investigadora: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Autorización del Comité de Ética e Investigación UAEH-ICSa



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Coordinación de Investigación
Area of Research

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 10 de marzo de 2023
Oficio Comiteei.icsa ICSa129 /2023
Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

DENISSE TALAMÁS SALAZAR
Investigador Principal
Correo ta472501@uaeh.edu.mx

PRESENTE

Título del Proyecto: Sintomatología de trastorno por estrés postraumático y su asociación con las experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario.

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Decisión
Aprobado

Este protocolo tiene vigencia del 10 de marzo del 2023 al 10 de marzo del 2024.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso de avance de su proyecto al menos 60 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Le rogamos atender las indicaciones realizadas por el revisor, y enviar nuevamente una versión corregida de su protocolo para una nueva evaluación.

Atentamente

Dra. Itzia María Cazares Palacios
Presidenta del Comité



Para la validación de este documento, informe el siguiente código en la sección Validador de documentos del sitio web del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud: K94wJ:@A{

<https://sites.google.com/view/comiteei-icsa/validador-de-documentos>



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4306
investigacion_icsa@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Anexo 3. Permisos Institucionales



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



Ricardo
2022 Flores
Año de Magón
ENCUENTRO DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA

DICTAMEN DE APROBADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. REPRESENTACION ESTATAL HIDALGO COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACION

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN No CEEI-044-22

FECHA: 14.DICIEMBRE.2022

LIC. DENISSE TALAMÁS SALAZAR

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"Sintomatología de trastorno por estrés postraumático y su asociación con experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario"

que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes, y de los revisores, cumple con la metodología científica y con los requerimientos de ética y de investigación, por lo que se establece el dictamen de **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional: **CEEI-044-22**

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar un informe de avance y seguimiento acerca del desarrollo del protocolo a su cargo en junio de cada año

Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

ATENTAMENTE

DRA ANGELINA FRANCO SUAREZ
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL "DRA COLUMBA RIVERA OSORIO"

Carretera México-Pachuca Km. 86.5 Col. ISSSTE, Pachuca Hidalgo, C.P. 42063
Tel. (01 771) 71 1 31 33 www.issste.gob.mx





HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

Que una cinta no te mida , ganale al sobrepeso y a la obesidad

Q	Secretaria de Salud
U. Administrativa:	Hospital General Pachuca
Área generadora:	Departamento de Investigación
No. de Oficio:	045/2023

Asunto: Autorización de ejecución de investigación.

Pachuca, Hgo., a 15 de marzo del 2023.

Lic. en Pisc. Denisse Talamas Salazar
Investigador Principal

Después de que el Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Pachuca evaluarán las enmiendas del Protocolo de Investigación titulado:

Sintomatología de trastorno por estrés postraumático y su asociación con experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario

Me permito comunicarle que cumple con los cambios solicitados por lo que **se autoriza su ejecución** y queda registrado con el **No. 2023/159** del libro correspondiente.

Al finalizar el levantamiento de la información que su investigación, deberá pasar al Departamento de Investigación para que se le otorgue el archivo electrónico correspondiente al Informe Técnico Final, el cual deberá de entregar a este Departamento para darle continuidad a sus trámites.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Dr. Sergio López de Nava y Villasana
Subdirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación

Revisó:	M. en C. María Alma Olvera Villa - Presidente del Comité de Investigación D. en C. Sergio Muñoz Juárez - Presidente del Comité de Ética en Investigación
Autorizó:	Dra. Maricela Soto Rios - Coordinadora de Investigación
Realizó:	Aux. Admvo. Elyda Alejandra Resende Islas



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Ciudad de México a 05 de diciembre de 2022.

M.C. Esp Adrián Moya Escalera,
Director del Instituto de Ciencias de la Salud,
Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña,
Jefe del Área Académica de Psicología,
Dra. Lydia López Portillo,
Coordinadora de Posgrado del ICSa,
Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada,
Coordinadora del Programa Educativo de la
Maestría en Psicología de la Salud,
Dr. Abel Lerma Talamantes,
Director de Tesis,
Instituto de Ciencias de la Salud,
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo,
Circuito Ex Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín,
Tlaxiaca, Hidalgo, México, C.P. 42160
Presentes.

Ana María Rosales Robles, como Directora de Edad & Vida con Fibromialgia, me permito comunicarles que se acepta el protocolo de investigación de la alumna Denisse Talamás Salazar con el tema "Sintomatología del estrés postraumático y su asociación con experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario", motivo por el cual se apoyara a Denisse Talamás Salazar, con el llenado de instrumentos de evaluación así como el formato de información sociodemográfica.

Quedo pendiente a las acciones a realizar para la implementación de la investigación.

Atentamente



Ana María Rosales Robles



Mujeres mexicanas unidas
por la fibromialgia A.C.

Desde el 12 de mayo de 1992
La ONU celebra el Día Internacional de la Fibromialgia

Ciudad de México a 26 de julio de 2023
Documento, MMUF/0107-2023

Denisse Talamás Salazar
Responsable del Estudio
Universidad Autónoma de Hidalgo

Por medio del presente y en atención a su amable petición apoyarles en la promoción, difusión y conformación de pacientes para participar en el proyecto de investigación, como parte del programa de la Maestría en Psicología de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, titulado: "Sintomatología de trastorno por estrés postraumático y su asociación con experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario", el cual tiene como objetivo analizar la asociación entre sintomatología de trastorno por estrés postraumático y las experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario (fibromialgia, dolor crónico generalizado, vulvodinia, dolor pélvico, migraña, cefalea tensional, lumbago no específico y/o síndrome de colon irritable),

Sirva la presente como respuesta afirmativa a su petición de apoyo y agradecer su deferencia hacia Mujeres Mexicanas Unidas por la Fibromialgia, Asociación Civil, además de informar a usted que el pasado 14 de julio de 2024, como una de las acciones para cumplir con ustedes el compromiso, se realizó reunión informativa preparatoria para los posibles participantes, modalidad zoom, convocada por Mujeres Mexicanas Unidas por la Fibromialgia, AC (Ver Figura No. 1)

Figura No. 1 Evidencia de la Primer Reunión Explicativa



Posteriormente a esta acción, estuvimos promoviendo en las diversas redes sociales y grupos de pacientes con los que se tiene presencia y, nos complace el presentar a ustedes un padrón de 33 personas que están interesadas en participar en el protocolo, mismas que

Domicilio: Insurgentes sur 7074, San Andrés Totoltepec, Km. 24.5 Carretera Federal México-Cuernavaca, Tlalpan,
CP14490, Ciudad de México, México.

Teléfono: 01(55) 13-25-71-77 Celular: 5530-25-10-11

Correo electrónico: presidenciaimmuf@gmail.com

Página FB: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100064805343792>



Mujeres mexicanas unidas
por la fibromialgia A.C.

Desde el 12 de mayo de 1992

La ONU celebra el Día Internacional de la Fibromialgia

viven en Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Hidalgo, Guerrero, México, Querétaro y Tamaulipas.

Le solicitamos de la manera más atenta, nos brinde los resultados del estudio y nos considere dentro de los agradecimientos, para poder estar presentes en la ceremonia de fin del protocolo y en la medida de sus posibilidades, contemple el logo de nuestra organización como aliada estratégica.

Además, nuestro compromiso es brindarle un espacio en el evento de entrega de resultados en acompañamiento con el Comité de Paz y Prevención de Conflictos D4170 (y en caso de que lo permita la agenda de trabajo del Gobernador del Distrito), de Rotary International.

Sin más por el momento, le agradecemos el favor de su atención y solo para cerrar este proceso, una carta de agradecimiento y señalando el resultado de nuestra colaboración (base de datos), misma que hago entrega en este documento y adjunto documento de Excel.

Atentamente,

José Luis Cruz Álvarez
Presidente

Mujeres Mexicanas Unidas por la Fibromialgia, AC

NOTA. Le encargo mucho, el tema de confidencialidad para respetar la Ley de Transparencia y Uso de Datos.

c.c.p. Dra. María Isabel Barrera Villalpando. Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Para su altísimo conocimiento.
Lic. Martín Ortiz Granillo. Gobernador del Distrito 4170. Rotary International, para su altísimo conocimiento.
Doctorante María Guadalupe de Jesús Rivero Rodríguez. Presidente del Comité de Paz y Prevención de Conflictos del D4170. Rotary International, para su conocimiento.

Domicilio: Insurgentes sur 7074, San Andrés Totoltepec, Km. 24.5 Carretera Federal México-Cuernavaca, Tlalpan,
CP14490, Ciudad de México, México.

Teléfono: 01(55) 13-25-71-77 Celular: 5530-25-10-11

Correo electrónico: presidenciaammul@gmail.com

Página FB: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100064805343792>

Anexo 4. Instrumentos de evaluación

Anexo 4.1 Instrumento de información sociodemográfica

Instrucciones: lea cuidadosamente la siguiente información y conteste con letra de molde. En los espacios que se le solicite marque con una X y elija una sola opción.

1. Nombre completo: _____
2. Teléfono: _____
3. Correo electrónico: _____
4. Edad: _____
5. Sexo: _____
6. Fecha de nacimiento: _____
7. País de origen: _____
8. Lugar de residencia: _____
9. Máximo grado de estudios: _____
 - 9.1. Ninguno (sin estudios)
 - 9.2. Primaria incompleta
 - 9.3. Primaria completa
 - 9.4. Secundaria incompleta
 - 9.5. Secundaria completa
 - 9.6. Media superior incompleta (preparatoria/bachillerato/carrera técnica)
 - 9.7. Media superior completa (preparatoria/bachillerato/carrera técnica)
 - 9.8. Licenciatura incompleta
 - 9.9. Licenciatura completa
 - 9.10. Posgrado incompleto
 - 9.11. Posgrado completo
10. Estado civil
 - 10.1. Soltero (a)
 - 10.2. Casado (a)
 - 10.3. Unión libre
 - 10.4. Separado(a) (sigue casado(a) pero no vive ya con su esposa(o))
 - 10.5. Viudo(a)
11. Ocupación actual.
 - 11.1 Desempleado(a)
 - 11.2 Hogar
 - 11.3 Estudiante
 - 11.4 Empleado(a)
 - 11.5 Trabajador independiente
 - 11.6 Profesionista
 - 11.7 Académico universitario
 - 11.8 Otro, especifique _____

12. Número de hijos y/o hijas que tiene:

12.1 Sin hijos(as)

12.2 Con hijos y/o hijas, especifique cantidad: _____

13. Indique el número de hermanos y de hermanas que tiene (si tiene medios hermanos o hermanas, inclúyalas) _____

14. Indique (con número) el lugar que usted ocupa entre sus hermanos y hermanas _____

15. Indique quién fue su cuidador o cuidadora principal encargada de su crianza a lo largo de su infancia y parte de su adolescencia, desde el nacimiento y hasta los 18 años.

15.1 Madre biológica

15.2 Padre biológico

15.3 Abuela materna

15.4 Abuelo materno

15.5 Abuela paterna

15.6 Abuelo paterno

15.7 Madrastra

15.8 Padrastro

15.9 Hermano(s)

15.10 Hermana(s)

15.1 Tío o tía materna

15.12 Tío o tía paterna

15.13 Otro, especifique quién: _____

16. ¿Creció en un hogar monoparental (con un solo cuidador/a)? Si _____ No _____ Si respondió que sí, especifique quién fue su cuidador/a _____

17. ¿Tuvo varios cuidadores desde el nacimiento y hasta los 18 años? Si _____ No _____ Si respondió que sí, especifique:

17.1 De los 0 a los 2 años _____

17.2 De los 3 a los 5 años _____

17.3 De los 6 a los 11 años _____

17.4 De los 12 a los 18 años _____

18. Durante su infancia y parte de su adolescencia (hasta los 18 años) usted cuidó de sus hermanos, hermanas o de papá y/o mamá? Sí _____ No _____

19. ¿Trabajó para ayudar a la economía familiar antes de los 18 años?
No _____ Sí, entre los 6 y los 11 años _____ Sí, entre los 12 y los 18 años _____

20. ¿Cuál es el diagnóstico que le dieron para el dolor que padece?

20.1 Fibromialgia

20.2 Vulvodinia

20.3 Dolor crónico generalizado

20.4 Síndrome de colon irritable

20.5 Lumbago no específico

20.6 Otro, especifique: _____

21. ¿Qué edad tenía usted cuando empezó el dolor crónico? _____

22. ¿Previo al inicio del dolor crónico vivió algún evento altamente estresante y/o traumático a nivel emocional o psicológico?

22.1 Sí

22.2 No

23. Si su respuesta fue sí en la pregunta anterior, especifique brevemente (intente hacerlo en 10 palabras) el evento estresante _____

24. ¿Cuándo recibió el PRIMER diagnóstico médico de dolor crónico?

- 24.1 No tengo un diagnóstico médico de dolor crónico
- 24.2 Hace menos de 6 meses
- 24.3 De 6 meses a 1 año atrás
- 24.4 De 1 a 5 años atrás
- 24.5 De 5 a 10 años atrás
- 24.6 De 10 a 20 años atrás
- 24.7 Más de 20 años

25. ¿Está actualmente en tratamiento por el dolor crónico que padece? Puede elegir varias opciones según aplique

- 25.1 Sin tratamiento
- 25.2 En tratamiento médico
- 25.3 En tratamiento psicológico
- 25.4 En tratamiento psiquiátrico
- 25.5 En tratamiento alternativo (con acupuntura u homeopático)
- 25.6 Esoterismo (como chamanismo, brujería, tratamiento con imanes o limpias)
- 25.7 Terapia física
- 25.8 Otro, especifique: _____

26. ¿Tiene alguna otra enfermedad diferente a dolor crónico? Si No

27. Si respondió que si a la pregunta anterior especifique que otra(s) enfermedad(es) tiene:

28. ¿Quién es su mayor fuente de apoyo cuando está en crisis EMOCIONAL DEBIDO AL DOLOR CRÓNICO?

- 28.1 Nadie
- 28.2 Amigo(a)
- 28.3 Familiar
- 28.4 Pareja
- 28.5 Otro, especifique: _____

29. ¿Ha estado o actualmente está en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por trastorno por estrés postraumático (TEPT)? Seleccione una opción.

- 29.1 Si, psicológico
- 29.2 Si, psiquiátrico
- 29.3 Si, psicológico y psiquiátrico
- 29.4 No estoy ni he estado en tratamiento por TEPT
- 29.5 Estuve en tratamiento por TEPT en el pasado pero no actualmente

Anexo 4.2 Inventario de Trauma Temprano (CTQ por sus siglas en inglés)

(Bremnser *et al.*, 2000)

Este cuestionario está diseñado para evaluar las experiencias de la niñez que han podido tener un impacto sobre usted en la actualidad. Empieza preguntándole hechos generales de su niñez para después continuar con hechos más detallados acerca de su infancia.

Algunas personas pueden hablar de estos acontecimientos sin mucha dificultad, sin embargo, para otras puede ser difícil. Algunas pueden considerarlo tan duro que mantienen estos hechos que las hieren en secreto durante mucho tiempo. Hemos aprendido que estos acontecimientos pueden producir malestar en la vida adulta. Por este motivo, resulta realmente importante entender cómo transcurrió su infancia. No se trata de un examen, no hay respuestas equivocadas.

A veces las personas experimentan acontecimientos que pueden ser considerados estresantes. Antes de los 18 años ¿experimentó alguno de los siguientes acontecimientos? Para cada uno de ellos que usted vivió antes de los 18 años, marque SI y el número de veces que mejor corresponda con la frecuencia con que vivió ese acontecimiento. Si tiene alguna duda, pregunte sobre ella o anote una explicación al lado de la pregunta.

ANTES DE LOS 18 AÑOS. PARTE A. ACONTECIMIENTOS GENERALES

1. ¿Vivió algún desastre natural que le hizo temer por su vida?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
2. ¿Tuvo algún accidente grave?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
3. ¿Sufrió lesiones graves?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
4. ¿Tuvo enfermedades graves?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
5. ¿Vivió la muerte de un progenitor o de su cuidador(a) principal?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
6. ¿Vivió una enfermedad o lesión grave de un progenitor o de su cuidador(a) principal?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
7. ¿Sufrió la separación de su padre y/o de su madre?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
8. ¿Se crio en otro hogar distinto al de su padre y/o madre?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
9. ¿Vivió la muerte de un(a) hermano(a)?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
10. ¿Vivió una lesión o enfermedad grave de un(a) hermano(a)?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
11. ¿Vivió la muerte de un(a) amigo(a)?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
12. ¿Vivió la lesión grave de un(a) amigo(a)?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
13. ¿Vivió la muerte o enfermedad grave de otras personas?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
14. ¿Su padre y madre se divorciaron?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces

15. ¿Presenció actos violentos hacia otras personas, incluyendo miembros de la familia?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
16. ¿Alguien de su familia padeció de alguna enfermedad mental o sufrió alguna crisis nerviosa grave?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
17. ¿Su padre, madre o cuidador(a) tuvieron problemas con el alcohol?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
18. ¿Su padre, madre o cuidador(a) tuvieron problemas con drogas?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
19. ¿Fue víctima de un robo importante como, por ejemplo, que los ladrones entraran a su casa?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
20. ¿Fue víctima de robo a mano armada?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
21. ¿Fue víctima de un asalto?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
22. ¿Fue víctima de violación? ¿Cuántas veces?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
23. ¿Presenció alguna vez un asesinato?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
24. ¿Vivió el asesinato de alguien cercano(a)?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
25. ¿Alguien cercano(a) a usted fue víctima de violación?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
26. ¿Tuvo algún trabajo de riesgo?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
27. ¿Fue prisionero(a) de guerra o rehén?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
28. ¿Estuvo en combate?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
29. ¿Vivió la muerte de un(a) hijo(a)?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
30. ¿Tuvo algún aborto espontáneo?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
31. ¿Vivió la muerte de su pareja?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces

Si contestó "SI" a alguno de los acontecimientos estresantes ocurridos durante su infancia y/o adolescencia mencionados en el apartado anterior, considere qué efectos puede tener ACTUALMENTE en usted.

1. ¿Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales actualmente en usted? SI NO						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo
2. ¿Cree que estos acontecimientos afectan su rendimiento actual en el trabajo y/o la escuela? SI NO						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo
3. ¿Cree que estos acontecimientos afectan sus relaciones sociales o familiares actuales? SI NO						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

PARTE B. CASTIGO FÍSICO

A veces la gente es golpeada, castigada físicamente o sometida a una disciplina excesivamente rígida durante su infancia y/o adolescencia. Antes de los 18 ¿ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos? Para cada uno de los que vivió marque SI y la frecuencia con la que ocurrió.

1. ¿Recibió palizas o azotes con la mano?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido				
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?				
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo
				Moderadamente positivo
				Muy positivo

2. ¿Le dieron alguna bofetada?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido				
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?				
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo
				Moderadamente positivo
				Muy positivo

3. ¿Fue víctima de quemaduras con agua caliente, un cigarro o con algo parecido?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido				
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?				
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo
				Moderadamente positivo
				Muy positivo

4. ¿Recibió puñetazos o patadas?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido				
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?				
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo
				Moderadamente positivo
				Muy positivo

5. ¿Le golpearon o azotaron con algún objeto como un palo, una correa o una regla? SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

6. ¿Fue golpeado(a) por algún objeto que le hayan tirado? SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

7. ¿Intentaron asfixiarlo(a) alguna vez? SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

8. ¿Fue empujada o zarandeada? SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

9. ¿Fue atada o encerrada en algún lugar? SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año	De 1 a 10 veces al año	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana

1 vez al día		Más de 1 vez al día				
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

Si contestó "SI" a alguno de los acontecimientos estresantes ocurridos durante su infancia y/o adolescencia mencionados en el apartado anterior, considere que efectos puede tener ACTUALMENTE en usted.

1. ¿Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales actualmente en usted?						SI	NO
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	
2. ¿Cree que estos acontecimientos afectan su rendimiento actual en el trabajo y/o la escuela?						SI	NO
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	
3. ¿Cree que estos acontecimientos afectan sus relaciones sociales o familiares actuales?						SI	NO
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	

PARTE C. ABUSO EMOCIONAL

A veces al ir creciendo se tiene la impresión de que no hacemos nada correcto a los ojos de las madres y/o los padres. Ellos y ellas a menudo reprimen, gritan y afirman que sus hijos e hijas no son buenos o buenas. ¿Recuerda si algo parecido le paso antes de los 18 años? Antes de los 18 años ¿ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos? Para los que vivió marque SI y la frecuencia con la que ocurrió.

1. ¿Fue humillado(a) o ridiculizado(a) a menudo?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12- 18 años			
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana			
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

2. ¿Fue humillado(a) a menudo o le hacían sentir que no contaba para nada?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12- 18 años			
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana			
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

3. ¿Le decían a menudo que no era bueno(a)?**SI NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

4. ¿Le regañaban o reprendían a menudo?**SI NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

5. ¿Fue tratado(a) tan fríamente o estuvo tan desatendido(a) como para pensar que no le querían?**SI NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

6. ¿Su padre, madre o cuidador(es) controlaban habitualmente aspectos de su vida que los demás manejaban más libremente? Por ejemplo, vestir, actividades, etc.**SI NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

7. Su padre, madre o cuidador(es) ¿supieron comprenderla o entender sus necesidades?**SI NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

Si contestó "SI" a alguno de los acontecimientos estresantes ocurridos durante su infancia y/o adolescencia mencionados en el apartado anterior, considere que efectos puede tener ACTUALMENTE en usted.

1. ¿Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales actualmente en usted?						SI	NO
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	
2. ¿Cree que estos acontecimientos afectan su rendimiento actual en el trabajo y/o la escuela?						SI	NO
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	
3. ¿Cree que estos acontecimientos afectan sus relaciones sociales o familiares actuales?						SI	NO
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	

PARTE D. ACONTECIMIENTOS SEXUALES

Las personas cuando van creciendo pueden tener experiencias sexuales que no desean o que les incomodan. A veces estas experiencias se viven con personas conocidas y a veces con extraños. ¿Recuerda que le haya ocurrido algo parecido? Antes de los 18 años ¿ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos? Para cada uno de los que vivió marque SI y la frecuencia con la que ocurrió.

1. ¿Escuchó comentarios inapropiados acerca del sexo o las partes sexuales?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

2. ¿Alguien le enseñó o exhibió sus genitales?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido				
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?				

Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo
--------------	------------------------	----------------------	---------------	----------------------	------------------------	--------------

3. ¿Alguien le espío o le observó mientras se bañaba, vestía o usaba el baño?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

4. ¿Le forzaron u obligaron a presenciar actos sexuales, incluida la masturbación y/o sexo entre personas?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

5. ¿Le tocaron en alguna parte íntima (pechos, caderas, genitales) creándole desconcierto o malestar?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

6. ¿Alguien frotó sus genitales contra usted en contra de su voluntad?

SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

7. ¿Le obligaron a tocar a otra persona en alguna parte íntima del cuerpo?**SI NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

8. ¿Le obligaron a mantener relaciones genitales en contra de su voluntad?**SI NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

9. ¿Le obligaron a practicar sexo oral?**SI NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

10. ¿Alguien practicó sexo oral con usted en contra de su voluntad?**SI NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

11. ¿Alguien practicó sexo anal con usted en contra de su voluntad?**SI NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años
¿Ocurría a menudo?		1 vez al año	De 1 a 10 veces al año	De 1 a 3 veces al mes De 1 a 6 veces a la semana

1 vez al día		Más de 1 vez al día				
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

12. ¿Alguien intentó mantener algún tipo de relación sexual (oral, genital y/o anal) con usted en contra de su voluntad? SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

13. ¿Le obligaron a posar para fotografías provocativas o sexys? SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

14. ¿Le obligaron a mantener relaciones sexuales por dinero? SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años		
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana		
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido						
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

15. ¿Le obligaron a besar a alguien con alguna intención más sexual que afectiva? SI NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?		0-5 años	6-11 años	12- 18 años
¿Ocurría a menudo?	1 vez al año 1 vez al día	De 1 a 10 veces al año Más de 1 vez al día	De 1 a 3 veces al mes	De 1 a 6 veces a la semana
¿Quién fue la persona que generalmente más lo hacía? Padre/madre/cuidador(a) principal/madrastra/padrastro/adulto conocido/hermano(a)/adulto desconocido				

¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?						
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

Si contestó "SI" a alguno de los acontecimientos estresantes ocurridos durante su infancia y/o adolescencia mencionados en el apartado anterior, considere que efectos puede tener ACTUALMENTE en usted.

1. ¿Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales actualmente en usted?						SI	NO
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	
2. ¿Cree que estos acontecimientos afectan su rendimiento actual en el trabajo y/o la escuela?						SI	NO
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	
3. ¿Cree que estos acontecimientos afectan sus relaciones sociales o familiares actuales?						SI	NO
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	

Anexo 4.3 Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5)

(Blevins *et al.*, 2015)

Identificando la Peor Experiencia

Instrucciones: Este cuestionario pregunta sobre problemas que posiblemente usted haya tenido después de una experiencia muy estresante relacionada con *muerte o amenaza de muerte, heridas serias o violencia sexual*. Puede haber sido algo que le haya pasado a usted directamente, algo de lo que fue testigo/a, o algo que le haya pasado a un miembro de su familia cercana, o a un(a) amigo(a) cercano. Algunos ejemplos son: accidentes graves; incendio; desastres como un huracán, un tornado o un terremoto; abuso o ataque físico o sexual; guerra; homicidio; o suicidio.

Primero, por favor conteste algunas preguntas acerca de **su peor experiencia**, misma que, para fines de este cuestionario, es el **evento que más le perturba actualmente (la perturbación son emociones y sensaciones molestas o perturbadoras)**. Podría ser uno de los ejemplos arriba mencionado u otra experiencia muy estresante, como el momento específico del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad severa o prolongada de usted o de un familiar o amigo/a cercano. Podría ser también un evento único (por ejemplo, un accidente de auto), o múltiples eventos similares (por ejemplo, múltiples eventos estresantes en una zona de guerra. o abuso sexual repetido). Considere toda su experiencia de vida (desde el nacimiento hasta el día de hoy) y elija la peor.

Por favor, identifique en pocas palabras su **peor experiencia**

¿Hace cuánto tiempo ocurrió? _____ (haga una estimación si no está seguro/a).

¿El evento involucró muerte o amenaza de muerte, heridas serias o violencia sexual? ____ Si
____ No

¿Cómo lo vivió?

_____ Me sucedió a mí directamente.

_____ Fui testigo/a.

_____ Fue algo que le pasó a un familiar o amigo cercano.

_____ Fui expuesta/o repetitivamente a detalles acerca de experiencias estresantes como parte de mi trabajo (por ejemplo, paramédico, policía, bombero, militar u otro tipo de primeros respondientes).

_____ Otra forma, describirla _____

Si el evento resultó en la muerte de un familiar o un amigo/a cercano, ¿fue por algún accidente o violencia, o fue debido a causas naturales?

_____ Accidente o violencia.

_____ Causas naturales.

_____ No aplica (el evento no involucró la muerte de un familiar o amigo/a cercano).

Segundo, **teniendo en mente su peor experiencia**, por favor conteste el cuestionario adjunto

Instrucciones: abajo hay una lista de problemas que algunas veces tienen las personas en respuesta a experiencias muy estresantes. Manteniendo su Peor Experiencia en mente, por favor lea cuidadosamente cada problema y circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema EL MES PASADO.

Durante el mes pasado ¿Cuánta molestia ha sentido por?:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Recuerdos repetitivos, perturbadoras y no deseados de la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
2. Sueños repetitivos y perturbadores de la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
3. Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviéndola).	0	1	2	3	4
4. Sentirse muy molesto/a cuando algo le recordó la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
5. Tener reacciones físicas intensas cuando algo le recordó la experiencia estresante (Ej., corazón acelerado, problemas para respirar, sudoración).	0	1	2	3	4
6. Evitar recuerdos, pensamientos, o sentimientos relacionados con la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (Ej., personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, o situaciones).	0	1	2	3	4
8. Tener problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
9. Tener fuertes creencias negativas acerca de usted mismo/a, otras personas, o el mundo (Ej., soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es totalmente peligroso).	0	1	2	3	4
10. Culparse usted mismo/a o culpar a otras personas por la experiencia estresante o por lo que sucedió después de ésta.	0	1	2	3	4
11. Tener fuertes sentimientos negativos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza.	0	1	2	3	4
12. Perder interés en actividades que solía disfrutar.	0	1	2	3	4
13. Sentirse distante o separado de otras personas.	0	1	2	3	4
14. Tener dificultad para sentir emociones positivas (Ej., ser incapaz de sentir alegría, o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted).	0	1	2	3	4
15. Comportamiento irritable, explosiones de enojo, o actuar agresivamente.	0	1	2	3	4
16. Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño.	0	1	2	3	4
17. Estar "extremadamente alerta", o vigilante, o a la defensiva.	0	1	2	3	4
18. Sentirse muy nervioso/a o sobresaltarse fácilmente.	0	1	2	3	4
19. Tener dificultad para concentrarse.	0	1	2	3	4
20. Tener dificultad para dormirse o mantener el sueño.	0	1	2	3	4

Anexo 4.4 Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)

(Cloitre *et al.*, 2018)

Instrucciones: Por favor, tenga en mente **la experiencia traumática que más le perturba** y conteste a las siguientes preguntas relacionadas con dicha experiencia.

¿Cuándo ocurrió la experiencia? (marque una opción)

- a. Hace menos de 6 meses
- b. Entre 6 y 12 meses atrás
- c. Entre 1 y 5 años atrás
- d. Entre 5 y 10 años atrás
- e. Entre 10 y 20 años atrás
- f. Hace más de 20 años

A continuación, se presenta una serie de problemas que las personas a veces informan en respuesta a eventos traumáticos o estresantes de la vida. Por favor, lea atentamente cada pregunta, después marque con un círculo uno de los números de la derecha para indicar si le ha molestado ese problema y en qué medida, durante el mes pasado.

	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
P1. Tener sueños perturbadores que reproducen parte de la experiencia o están claramente relacionados con la experiencia	0	1	2	3	4
P2. Tener imágenes o recuerdos Intensos que a veces vienen a su mente, en los cuales siente que la experiencia está ocurriendo de nuevo aquí y ahora	0	1	2	3	4
P3. Evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas u otros estímulos internos que le recuerden la experiencia	0	1	2	3	4
P4. Evitar personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades, situaciones u otros estímulos externos que le recuerden la experiencia	0	1	2	3	4
P5. Estar "súper alerta," vigilante o en guardia	0	1	2	3	4
P6. Sentirse sobresaltado/a o asustarse fácilmente	0	1	2	3	4

En el último mes, si ha tenido alguno de los problemas anteriormente mencionados, indique como le han afectado:

	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
P7. ¿Han afectado sus relaciones interpersonales o a su vida social?	0	1	2	3	4
P8. ¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	0	1	2	3	4

P9. ¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

A continuación, se presentan problemas que a veces experimentan las personas que han sufrido eventos estresantes o traumáticos a lo largo de la vida. Las preguntas se refieren a la forma en que usted normalmente se siente, a la manera habitual en que piensa acerca de sí mismo y el modo en que normalmente se relaciona con los y las demás.

Conteste cada una de las siguientes preguntas pensando en cuán cierto es cada ítem para usted.

¿Cuán cierto es para usted?	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
Cuando estoy molesto/a, tardo bastante tiempo en calmarme.	0	1	2	3	4
C2. Me siento desconectado/a emocionalmente o emocionalmente apagado/a	0	1	2	3	4
C3. Me siento como un/a fracasado/a	0	1	2	3	4
C4. Siento que no valgo nada	0	1	2	3	4
C5. Me siento distante o alejado/a de las personas	0	1	2	3	4
C6. Me resulta difícil estar emocionalmente cercano/a a la gente.	0	1	2	3	4

Si ha tenido alguno de los problemas mencionados respecto a sus emociones, creencias sobre usted mismo o dificultad en sus relaciones, indique en qué medida le han afectado en el último mes:

	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
C7. ¿Han generado preocupación o malestar sobre sus relaciones o su vida social?	0	1	2	3	4
C8. ¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	0	1	2	3	4
C9. ¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

Anexo 5. Cronograma de Actividades

Sintomatología de trastorno por estrés postraumático y su asociación con experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario.

Alumna: Denisse Talamás Salazar.

Tutor: Abel Lerma Talamantes.

Año	2022												2023												2024
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Revisión sistemática y borrador de artículo																									
Búsqueda de instrumentos de evaluación de las variables																									
Tutorías																									
Cita con cotutora																									
Búsqueda de literatura y redacción de marco teórico																									
Perfeccionamiento del protocolo de investigación																									
Preparación de protocolo del comité de ética UAEH y envío																									
Contacto con instituciones y comités de ética																									
Seguimiento a investigación con tutor																									
Preparación del consentimiento informado																									
Etapa de campo: recolección de datos y aplicación de instrumentos																									
Análisis e interpretación de datos																									
Conclusión y discusiones																									
Verificación de referencias																									
Preparación de manuscrito y revisión por comité tutor																									
Publicación de artículo de divulgación																									
Examen de obtención de grado																									