

Narrativas del dolor: factores individuales y contextuales en el trastorno de síntomas somáticos

Narratives of pain: individual and contextual factors in somatic symptom disorder

Germán Benito Bernáldez Jaimes^{1*}, Johannes Oudhof van Barneveld², Erika Robles Estrada²,
Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa³

^{1*}Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Filiberto Gómez S/N, (Carretera Toluca – Naucalpan Km. 1.5), Col. Guadalupe, Toluca, Estado de México, C.P. 50010, Teléfono: (722) 272 00 76 y 272 15 18. Correo electrónico nozsbx@gmail.com

²Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.

³Departamento de Psicología, Universidad Iberoamericana.

*Autor de correspondencia

Resumen

El trastorno de síntomas somáticos (TSS) se define como la presencia de síntomas de carácter fisiológico sin explicación sobre su génesis, aunado a preocupaciones constantes relacionadas a la salud que afectan la vida de la persona. El objetivo del presente estudio cualitativo es identificar mediante un análisis narrativo los factores individuales y contextuales que aumentan la presencia de esta psicopatología en seis pacientes clínicos de la ciudad de Toluca México con TSS, quienes aceptaron mediante consentimiento informado participar en el estudio mediante entrevistas a profundidad basadas en la personalidad, pensamientos automáticos, afrontamiento del estrés, sucesos vitales y la percepción de crianza. Se concluye que el neuroticismo e introversión aunados a la percepción de falta de apoyo y orientación familiar, la presencia de ideas de culpa, la autocrítica, la restricción emocional y la revaloración positiva como factores comunes en los participantes con el trastorno acrecientan la percepción de la enfermedad y merman sus relaciones vitales.

Palabras clave: Síntomas somáticos; afrontamiento; personalidad; pensamientos automáticos.

Abstract

Somatic symptoms disorder (DSS) is defined as the presence of symptoms of a physiological nature without explanation and with constant concerns related to health that affect the person's life. The aim of the present qualitative study is to identify through a narrative analysis the individual from the city of Toluca Mexico and contextual factors that increase the presence of this psychopathology in six clinical patients with TSS, who accepted to participate in this study by an informed consent, through in-depth interviews based on personality, automatic thoughts, coping strategies, vital events, and the perception of parenting. The conclusion of the study is that neuroticism and introversion, along with the perception of lack of support and family orientation, the presence of ideas of guilt, self-criticism, tendency to emotional restraint and positive reassessment as common factors in the participants with SSD tend to increase the perception of the discomfort and conflicts with their vital relationships.

Keywords: Somatic symptoms; coping; personality; automatic thoughts.

Recibido: 15 de agosto de 2018

Aceptado: 15 de agosto de 2019

Publicado: 23 de octubre de 2019

Como citar: Bernáldez-Jaimes, G. B., Oudhof van-Barneveld, J., Robles-Estrada, E., & Domínguez-Espinosa, A. C. (2019). Narrativas del dolor: factores individuales y contextuales en el trastorno de síntomas somáticos. *Acta Universitaria* 29, e2356. doi: <http://doi.org/10.15174/au.2019.2356>

Introducción

La salud es un constructo social descrito como un estado de completo bienestar físico, mental y social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Nieto, Abad, Esteban & Tijerina (2015) señalan que cualquier factor que altere el bienestar se encuentra en estrecha dependencia con los sistemas biopsicosociales, culturales y ambientales, generando un mecanismo de policausalidad, por lo que el desarrollo de una enfermedad establece un proceso de relación entre las situaciones de vida y la forma en que son percibidas, aumentando la probabilidad de riesgo de presentar síntomas somáticos.

El trastorno de síntomas somáticos (TSS) se define como la presencia de malestares físicos que causan problemas significativos en la vida diaria, que conllevan pensamientos y comportamientos relacionados a la salud (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). De acuerdo con Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo & Behar (2016), la multicausalidad del trastorno ha generado la existencia de diversos enfoques explicativos que retoman la formación sintomatológica a partir de distintos aspectos: la relación de la diada madre-hijo, el desarrollo de la autonomía, las situaciones traumáticas, la capacidad de afrontamiento y las alteraciones a nivel biológico. A la par señalan como factores de riesgo la somatización parental, enfermedad orgánica y/o mental de un otro significativo, ambiente familiar disfuncional, experiencias traumáticas infantiles y apego inseguro, pobres relaciones interpersonales y problemas comunicacionales intrafamiliares.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) señala una prevalencia del 5% al 7% en la población general, con consecuencias de deterioro en la salud que alcanzan, al menos, el doble que las que presentan aquellos que no lo padecen. Perales, Duschek & Reyes (2016) indican que los síntomas somáticos (SS) predicen de forma negativa el componente físico y global de calidad de vida, que en conjunto con el estado de ánimo denotan mayor afección en la percepción del individuo. Al respecto, Mejía, Rodríguez & Restrepo (2017) mencionan que los pacientes con SS presentan mayor deterioro en el funcionamiento físico y mental y una percepción negativa de su salud; estos resultados son concordantes con los de Kounou *et al.* (2017), que sugieren que estos median la relación con síntomas ocurridos ante situaciones estresantes. Fernández & Fernández (1998) indican que la ansiedad, aunada a una percepción negativa, incrementa la probabilidad de mayor cantidad de quejas físicas y emocionales.

González & Landero (2006) y Mejía *et al.* (2017) refieren que los pacientes con SS tienen significativamente más eventos estresantes vitales (abuso psicológico, físico o sexual) y, por ello, presentan mayores síntomas de ansiedad y depresión, mientras que Orejudo & Froján (2005) señalan que la reacción de la personalidad ante el estrés, el afrontamiento, los acontecimientos vitales, el estilo de vida y el apoyo social se relaciona con síntomas somáticos.

En el aspecto familiar, Rivero-Lazcano, Martínez-Pampliega & Iraurgi (2011) sostienen que la presencia de síntomas físicos ocurre en personas que no tienen límites y roles definidos, por lo que se razona que las causas de la enfermedad somática se centran en conflictos psíquicos inconscientes frente a situaciones vulnerables como pérdidas, conflictos interpersonales, relaciones familiares, cambios en el desarrollo y aspectos sociales (Velasco, Ruíz & Álvarez-Dardet, 2006).

Dichas experiencias consideradas traumáticas definen la forma en que el sujeto interpreta y enfrenta las situaciones; en correspondencia, Martínez-Correa, Reyes, García-León & González-Jareño (2006) explican que las personas pesimistas experimentan mayor cantidad de síntomas físicos que los optimistas, coincidiendo con el estudio de Woud, Zhang, Becker, Zlomuzica & Margraf (2016), quienes señalan que las interpretaciones catastróficas son predictores en el desarrollo de trastornos somatomorfos. Nieto *et al.* (2015) consideran que la sociedad y los grupos de pertenencia determinan las creencias y

concepciones que se traducen en conductas favorables/desfavorables respecto a la salud, de forma que el análisis de este tipo de pensamientos respecto a la capacidad de afrontar acontecimientos estresantes representa un mecanismo de entendimiento sobre su entorno, por lo que la familia ejerce un papel relevante en la interpretación de los síntomas. Los estudios de Ulloa, Cova & Bustos (2017) señalan que el nivel socioeconómico aunado al nivel de estrés parental aumenta la presencia de conductas desadaptativas internalizadas (depresión, síntomas somáticos y aislamiento), mientras que Franco, Pérez & De Dios (2014) indican que el rol parental tiene efecto sobre el nivel de somatización percibida.

El análisis de las experiencias de vida de pacientes con TSS supone una posibilidad de la explicación de su percepción respecto a su sintomatología. Esta investigación cualitativa tiene como objetivo identificar los factores que aumentan la presencia de síntomas somáticos en pacientes diagnosticados con TSS de la ciudad de Toluca en el Estado México, particularmente la percepción de la crianza, los sucesos vitales (estresantes), personalidad, formas de pensamiento y afrontamiento, que han sido asociados con una tendencia de incrementar la sintomatología somática.

Materiales y Métodos

En el presente estudio cualitativo se usó el método narrativo, que está orientado al entendimiento y al hacer sentido de la experiencia humana (Blanco, 2011), ya que las personas dan forma a su vida e interpretan su pasado. En concordancia, Domínguez & Herrera (2013) señalan que los métodos cualitativos centran su atención en la comprensión profunda de experiencias y significados, con la cualidad de ser personales y sociales, por lo que sirven para configurar la presencia del mundo.

Participantes

La muestra fue extraída de una población de 101 pacientes mexiquenses diagnosticados por psiquiatras y psicólogos con TSS, con una edad promedio de 24 ± 7 años (en un rango de 18 a 55 años), seleccionando seis casos (3 hombres y 3 mujeres) de forma intencional basados en la presencia de la sintomatología somática, la reiterada búsqueda de atención y la aceptación de participación previo consentimiento informado.

El periodo de la investigación comprende de agosto de 2017 a febrero de 2018; se llevó a cabo en la ciudad de Toluca, Estado de México, México. Los participantes del estudio no se encontraban bajo tratamiento psicoterapéutico al inicio de la investigación, por lo que fueron evaluados mediante el cuestionario de experiencias de síntomas somáticos y la escala de síntomas somáticos 8, anteriormente validadas para la corroboración diagnóstica y, posteriormente, fueron remitidos al servicio de atención de procedencia para iniciar su tratamiento. Dentro de la exploración se determinaron aquellos pacientes que presentaban un mayor nivel en la sintomatología y cuyo curso con el trastorno era mayor a dos años; a la par, se consideraron a aquellos pacientes cuya sintomatología era representativa de acuerdo con las dolencias primordiales señaladas por Kroenke *et al.* (1997) y tomando en cuenta a aquellos que se consideraron como voluntarios (Martín-Crespo & Salamanca, 2007).

De forma intencional, se buscó mantener una equivalencia por sexo, temporalidad y sintomatología de los casos para identificar la constancia de los síntomas e identificar las posibles diferencias; por otra parte, la edad no se tomó en cuenta como criterio de selección. Los participantes se encontraban bajo tratamiento médico refiriendo diversos intentos por encontrar una explicación a su sintomatología, señalando previamente otro tipo de malestares primordialmente referidos a problemas gástricos, cefaleas, mareos y dolores musculares, aunado a la visita reiterada a diversos especialistas a fin de aliviar las

molestias que les aquejan, con un promedio de búsqueda de atención de cuatro especialistas en los últimos ocho meses (tabla 1).

Tabla 1. Características de los participantes.

Participante	Sexo	Edad	Tipo de síntomas	Latencia de la sintomatología
1	F	49	Cefaleas, síntomas gastrointestinales	2 años 6 meses
2	F	45	Síntomas genitourinarios	2 años
3	F	54	Síntomas musculoesqueléticos, cefaleas, gastrointestinales y genitourinarios	2 años 3 meses
4	M	53	Síntomas musculoesqueléticos, cefaleas y gastrointestinales	2 años 4 meses
5	M	52	Síntomas genitourinarios	2 años 2 meses
6	M	43	Cefaleas, síntomas gastrointestinales	2 años 4 meses

Fuente: Elaboración propia.

Instrumentos

Para la presente investigación se realizaron entrevistas a profundidad con el fin de identificar contenidos de fondo y complejos (Vargas, 2007); las cuales de acuerdo con Álvarez-Gayou (2009) buscan entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, desmesurando el significado de sus experiencias. Para ello se desarrolló una guía de entrevista basada en tópicos, cuyo propósito para Kvale (2008) es obtener descripciones de la vida del entrevistado respecto a la interpretación del significado de fenómenos descritos. Se realizó un formato de entrevista mediante la estructuración de una guía de preguntas estímulo, basadas en los factores de riesgo propuestos por Ezpeleta (2005), que son:

- A) Factores contextuales: son aquellos que ejercen un efecto en los componentes del funcionamiento y la capacidad; están organizados desde el entorno más inmediato de la persona hasta el global (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005); es decir, abarcan las relaciones entre la persona y su ambiente (Ministerio de Salud, 2005), incluyendo escuela, nivel socioeconómico, cultura, violencia, valores, relación parental y con pares (Ezpeleta, 2005). En esta investigación se consideraron la percepción de crianza y la exposición a sucesos vitales estresantes.
- B) Factores individuales: Estos implican aspectos psicológicos y biológicos (Ministerio de Salud, 2005) e integran un conjunto de estrategias que el individuo utiliza según su personalidad, conciencia y emoción para procesar situaciones y experiencias vitales (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005). Dentro de la presente investigación estos se orientaron al análisis de personalidad, pensamientos automáticos y estrategias de afrontamiento.

La construcción de narrativas como proceso de investigación implica el encuentro de diferentes subjetividades, por lo que las preguntas que el entrevistador realiza contribuyen a conformar las historias (Biglia & Bonet-Martí, 2009). La guía de entrevista se realizó considerando los factores individuales y contextuales de acuerdo con el marco teórico que sustenta que la influencia de los sucesos estresantes y la percepción de estos, se relacionan con los SS.

Para la elaboración de la guía se realizaron preguntas para cada factor, a partir de los señalamientos teóricos y científicos para la selección de indicadores basados en personalidad, la introversión y neuroticismo: pensamientos automáticos, tipos de afrontamiento, sucesos familiares, sociales, de pareja y salud, y percepción de crianza, obteniendo 42 preguntas en su primera versión.

La guía fue evaluada por tres expertos en la temática mediante un proceso de jueceo, el cual fue consistente en el análisis sobre el contenido de la pregunta y su relación con la dimensión, la redacción y la pertinencia a partir de las características de los participantes. A partir de las aportaciones se realizaron cambios de redacción y se eliminaron algunos cuestionamientos relativos a hechos particulares de vida, quedando 30 preguntas.

Procedimiento

El diseño de la investigación se centró en el interés en un grupo específico de casos (Martínez-Salgado, 2012). A los participantes voluntarios con TSS se les explicó el objetivo, procedimiento, riesgos y beneficios, resaltando que la colaboración era voluntaria y que no existían peligros; después, se solicitó la firma de un consentimiento informado donde se señaló el mantenimiento de la privacidad de los datos y el anonimato, por lo cual se presentan claves de acuerdo al sexo y número de participantes en los resultados; a la par, se aclaró la necesidad de grabación y la ausencia de consecuencias dañinas a su integridad. Se llevaron a cabo dos sesiones de entrevista (de una hora cada una) con cada participante, la cual fue realizada por el personal de salud mental-investigación con el objetivo de llegar a la saturación de la información. Estas entrevistas se realizaron tomando en cuenta las preguntas de cada factor, permitiendo el desarrollo de otros cuestionamientos a medida que surgían en el diálogo. Una vez concluidas las entrevistas, y habiendo llegado a la saturación teórica, se transcribió la información para su posterior clasificación.

Análisis de la información

Se realizó un análisis narrativo, definido como el estudio sistemático del significado y la experiencia personal, para explorar cualidades del pensamiento y el poder para redefinir la identidad (Moreno & Pulido, 2007). El procedimiento de revisión de datos se llevó a cabo siguiendo la propuesta de Duero & Limón (2007) a través de transcripciones, tomando en cuenta verbalizaciones, significados y experiencias con el objetivo de mantener el criterio de credibilidad.

De forma posterior, se prosiguió con una lectura del material y un acercamiento exploratorio del contenido de forma no-estructurada. A partir de ello, se establecieron factores utilizando los indicadores para segmentar el texto en unidades temático-narrativas, con el fin de registrar y clasificar las lexías en función de los factores de riesgo. Las lexías se refieren a unidades de significado, de lectura o de un significante textual de la cual se pretende obtener el sentido o connotación que se intenta dar (Barthes, 1997).

Se realizaron abstracciones del contenido con el objetivo de darles sentido a las narrativas e identificar las principales dimensiones y categorías, y así formular las conclusiones. Para esto, se llevó a cabo una triangulación múltiple, que Navarro, Pasadas & Ruíz (2004) definen como la combinación de dos o más estrategias de recolección de información y contrastación basadas en el análisis de los datos y la comparación según participantes y de carácter teórico, a fin de obtener resultados válidos.

Resultados

Factores individuales

De acuerdo a los resultados, se observa, en relación a los factores individuales, una constante de respuesta en cuanto a comportamientos introvertidos como forma de restricción del contacto con los otros, tendiendo a apartarse al asumir las responsabilidades que han asumido, lo cual es representativo en cada uno de los seis participantes, denotando a la par pensamientos negativos y un estado de ánimo fluctuante que les hace percibirse en algunas situaciones como capaces y en otras impotentes, rasgo característico de personas con neuroticismo.

Personalidad

Se detectó una tendencia en todos los participantes al aislamiento derivado de experiencias consideradas traumáticas, entre las cuales se enlistan maltrato intrafamiliar, abandono y descuido, que generan la presencia de sentimientos de minusvalía, lo cual puede ser observado en las siguientes lexías:

M6: yo prefiero no contarles a los demás lo que me pasa, nada de mis problemas o de mi salud, creo que son cosas que nadie tiene que saber...

M4: y ahí estaba yo solo, era como el patito feo...

M5: pues siempre que me enfermaba era tomarme algo y ya, mis padres solo estilaban eso...

Aunado a lo anterior, y derivado de la tendencia a la restricción emocional, los seis participantes experimentan síntomas de desesperación, angustia y sentimientos de inadecuación que describen como malestares emocionales, señalados en los siguientes diálogos:

F1: me costaba trabajo expresarme o, más bien, sí sabía qué debía decir, pero siempre estuve preocupada de que estuviera mal...

F3: me siento abrumada, enferma, hay tanto que hacer que a veces no puedo, me digo para qué te esfuerzas tanto, realmente vale la pena...

M4: pues siempre tenía que tener el control, no podía permitir que algo le faltará a mí familia, eso fue así desde chiquillo...

M5: siempre estaba pensando qué iba a pasar, aun ahora, trata de prevenir que algo malo pueda suceder...

Asimismo, se observan preocupaciones constantes de falta de autocontrol, así como conductas hostiles en la interacción y sentimientos de inadecuación.

F2: Pues desde siempre he considerado que soy así, algo rencorosa, prefiero estar yo sola con mis cosas que esperar que me traicionan...

F3: Me duele la cabeza, me siento mal, me mareo, es mucho estrés para mí, ya no sé cómo reaccionar con ellos, dicen que mi carácter es insoportable...

M6: Pues llegaba un momento en que te valía todo y decía pues ya, no es mi problema, sentía ganas de que algo me arrollará...

Pensamientos automáticos

De acuerdo con el discurso, pueden distinguirse pensamientos negativos de culpabilidad respecto a su sintomatología, donde todos los participantes expresan impotencia, minusvalía y reproche, asociados a la desesperanza e incapacidad de percibir una mejor calidad de vida, lo cual es ilustrado en los siguientes fragmentos:

F3: a veces creo que es mi culpa, me preocupo demasiado por todo y no quisiera, pero me siento mal...

M4: pues yo hacía lo que podía, pero pues era muy pequeño, no podría haber hecho más, aunque me esforzaba, eso me hacía sentir derrotado...

M6: pues ahora me siento mal, no puedo ayudarla, y pues siento que tampoco le sirvo de mucho ya...

A la par se observa una alteración de la percepción a nivel corporal de sí mismo que afecta la capacidad de afrontar problemas, denotando sentimientos de impotencia, soledad y abandono por parte de los demás, lo cual puede ser leído en las siguientes oraciones:

F2: me veo distante, no sé si él lo note, pero desde que comencé a enfermar y los doctores me dijeron que era estrés, era obvio que era su culpa...

M4: a veces no puedo decir quién soy y no sé, me siento solo, pero así es esta vida, es lo que me tocó...

M6: fue el terror más grande que sentí, yo me lo provoqué, me entró algo...

Afrontamiento del estrés

Se observa una incapacidad para percibir el apoyo del entorno y la sensación de sufrir agresiones físico-emocionales por parte de la familia con relación a su padecimiento y a conflictos cotidianos, por lo cual se denota la tendencia a mantenerse aislados. Dominan conductas hostiles de reproche por la falta del aprecio y ayuda que perciben cinco de seis de los participantes, señaladas en las siguientes lexias:

F2: pues desde que me diagnosticaron le dije, tú y yo nada, y así continué, sin rencores, eso me hace daño a mí, pero es como si no estuviera...

M5: desde entonces ya no fui el mismo, es más, ahora duermo con la luz prendida, me da miedo y siempre dejo la luz, aunque sea del pasillo...

Por otra parte, existe la tendencia a demostrar una capacidad para afrontar los problemas pese a la ausencia de recursos (físicos, cognitivos o económicos), derivado de la necesidad de ser visualizados por los demás como capaces y autónomos, siendo así que tienden a reprimir sus sentimientos la mayor parte del tiempo con el objetivo de hacer frente a las situaciones buscando generar un aprendizaje de la experiencia.

M4: me quedé con una serie de fijaciones mentales, pero con el paso del tiempo las he ido superando, he aprendido de ellas.

M5: cómo no iba a llorar cuando murió mi papá, pero mejor agarré y me fui al baño como si nada pasará...

Factores contextuales

Con relación a los resultados obtenidos, se expresa una sensación de abandono parental por parte de los participantes, los cuales señalan ausencia de la figura paterna para todos los casos y de la materna en tres casos. A la par, los seis pacientes expresan la asunción de responsabilidades paternas y la toma de decisiones en la vida actual siendo el rol activo dentro de la familia. Para el caso de los sucesos vitales se observa un discontinuo en relación con las situaciones traumáticas vividas, donde se enuncian dos casos de duelo, accidentes, y en todos los casos la percepción de maltrato intrafamiliar.

Sucesos vitales

Se observa una asunción de roles parentales que involucran el cuidado de los hermanos e incluso de los padres. Se visualiza la toma de decisiones a corta edad, situación que continúa en la actualidad. A su vez, expresa una tendencia a reprimirse afectivamente, por la falta de apoyo, comunicación e interés que percibieron en la infancia; esto es señalado con los siguientes diálogos:

F3: pues no era como que tan malo, era lo que debía hacer yo, cuidarlos a todos...

M4: esa vez sí vi a mi mamá muy enojada, tenía mucho miedo, el patio era muy oscuro, sí creí que me iban a dejar ahí...

F1: responsabilizarme de todo fue duro, pero nadie más lo iba a hacer...

Los seis participantes relatan en el ámbito social situaciones de angustia al tener que enfrentar el entorno a corta edad, ejemplo de ello es que la mayoría expresa haber experimentado problemas económicos, situación que en muchos casos los llevó a hacerse cargo de sus familias y aislarse, al asumir el papel de trabajadores; aunado a situaciones de carácter conflictivo, les hace percibir una relación entre sus problemas y su salud. Lo anterior es expresado en las siguientes líneas:

F3: pues en el trabajo era un estrés terrible, siempre poniendo trabas, yo hacía mi trabajo y pues si me dieron el cargo a mí y no a ellas, no fue que lo pidiera, pero la gente es muy egoísta...

M5: pues sí extrañas a la familia, te digo a veces hasta 4 meses sin verlos, es una soledad extraña...

Respecto a su enfermedad relatan una percepción negativa, señalando que vislumbran el envejecimiento a raíz de preocupaciones que deben enfrentar, algunas de ellas provocadas por la interacción de pareja, por lo que experimentan una ausencia de afecto e incluso la interpretación de conductas agresivas y hostiles por parte de sus cónyuges, aunque con intentos por mantener la relación en un estado de equilibrio, llegando incluso a evitar nuevos conflictos inhibiendo sus afectos y pensamientos.

F2: pues los escuchaba decir cosas, sí me sentía mal, pero no emocionalmente, me dolía la cabeza, espalda, todo el cuerpo... ya no quiero que esté conmigo, desde ese momento le he pedido que no esté a mi lado, dormimos en camas separadas y todo, aunque nos llevamos bien, pero ya no se mete conmigo...

M5: pues ella aprendió a hacer su vida, el estorbo soy yo al regresar, es complicado no sabemos cómo llevarnos...

Percepción de crianza

Respecto a la interacción con las familias de origen, se observa la tendencia a percibir abandono por parte de sus padres y la incapacidad de estos para brindarles apoyo y escucha; sin embargo, denotan que esto les orilló a desarrollar una habilidad temprana para la toma de decisiones. Además, expresan la tendencia paterna a exigir la adopción de patrones sociales *adecuados* de comportamientos, por lo que a nivel emocional describen insuficiencia de afecto y constricción emocional, derivada principalmente del papel de la figura paterna y el establecimiento de los límites.

F3: pues la verdad es que él fue muy seco conmigo, hasta de grande, pero todos decían que me prefería, sí y a veces lo pienso, pero porque yo era quien más llevaba la carga, por eso cuando decidí seguir estudiando no dijo nada, sabía que yo sabría cómo resolverlo, pero yo esperaba que algo me dijera...

M6: para mí fue un rechazo, fue así como vamos a tirarte a la basura, de verdad pensé que me iban a tirar al patio...

En cuanto a los procesos de orientación, cinco participantes refieren ausencia por parte de sus padres derivada de sus jornadas laborales y otras situaciones, generando que sus aprendizajes fueran determinados por la capacidad para experimentar e interactuar con su ambiente. Percibían estos aspectos como limitados por el miedo a transgredir las reglas dentro de la familia, experimentando constantemente angustia, miedo, nerviosismo.

F3: yo hacía las labores de la casa, mis papás se preocupaban, pero no había tiempo en realidad para divertirse, yo tenía como 13 años y ya debía hacerme cargo de todos.

M5: sí recuerdo una vez que dijo, para qué te enfermas no ves que no tengo tiempo, pero si me llevo...

Discusión

Los resultados obtenidos a partir del análisis de las narraciones de los participantes indican, en los factores personales, la tendencia a desarrollar pensamientos negativos con respecto a sí mismos, denotando reproche, culpa e impotencia. Al respecto, Martínez-Correa *et al.* (2006) afirman que la autocrítica es una característica de personas con síntomas físicos, mientras que Woud *et al.* (2016) agregan que este tipo de creencias catastróficas son predictoras del TSS. Asimismo, se observa una propensión a manifestar que las problemáticas de salud han sido generadas por conflictos relacionados con otros, especialmente la familia. En concordancia, Orejudo & Froján (2005) señalan que un factor predictor de SS es culpar a otros, que se traduce en la debilidad del sistema inmunológico.

En cuanto a la personalidad, se encontraron comportamientos de aislamiento y soledad, los cuales son generados por experiencias tempranas visualizadas como negativas. Asimismo, los participantes expresan una tendencia al fatalismo derivada de las interacciones afectivas, mostrando temor al rechazo, situación que parece desencadenar la constricción emocional como medio de evitar el contacto emocional. Lo anterior es explicado por Fernández & Fernández (1998) como derivado de la percepción negativa, lo que aumenta las quejas respecto a los síntomas físicos y genera preocupaciones y malestares emocionales. A la par, los rasgos descritos refieren una inclinación a la personalidad neurótica, que puede visualizarse en los pacientes en la predisposición al aislamiento (introversión) y la presencia de ideas

negativas con respecto al futuro, que de acuerdo con Santed, Sandín, Chorot & Olmedo (2000) permiten predecir la sintomatología somática.

En este sentido, Martínez-Correa *et al.* (2006) sustentan que el pesimismo está relacionado con la presencia de síntomas físicos. En correspondencia, Orejudo & Froján (2005) sostienen que la afectividad negativa, el neuroticismo y algunos rasgos de psicoticismo son factores de personalidad predictores de SS. Asimismo, los participantes señalan una sensación de derrota en relación con la capacidad para afrontar sus problemáticas y su futuro.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, hay una tendencia a regular los afectos a partir de procesos evitativos representados en la negación de las posibles consecuencias catastróficas anticipadas a la ocurrencia de eventos similares mediante la huida; sin embargo, los participantes expresan una tendencia a asumir la responsabilidad de las experiencias de su vida, buscando un aprendizaje. Lo anterior es coincidente con investigaciones que señalan la búsqueda de la resignificación de los eventos considerados como traumáticos como mecanismos de evitación, aunados a la represión y el escape (Sánchez & Guerrero, 2017). Debe precisarse que dichas conductas pueden ser promovidas por la propia sintomatología derivada de un proceso descrito por Sandín (2005) como evitación interoceptiva (EI) que se asocia a situaciones, sustancias o actividades que inducen de forma natural los SS y que determina la sensibilidad a la ansiedad.

En relación con los factores contextuales, las situaciones familiares denotan una mayor conflictividad en los participantes, principalmente, en cuanto la falta de apoyo tanto de la familia de origen en la infancia como de la familia que han conformado, señalando a esta como disparador de sus miedos, angustia y estrés. Adicionalmente, en la infancia se observa la presencia de restricción y establecimiento de normas precisas que les generaron una sobrecarga; por lo cual Orejudo & Froján (2005) señalan que el apoyo social puede ser un factor protector o de riesgo. En cuanto a la percepción del rol parental, se denota la presencia de alteraciones en las tareas, formas de crianza experimentadas y las creencias de los padres sobre el papel a desempeñar, las cuales se asocian con la autopercepción de síntomas somáticos (González *et al.*, 2014). La percepción de la crianza paterna se describe como ausente, desapegada, exigente y alejada de su conflictiva (Velasco *et al.*, 2006). En cuanto a la crianza materna, se encontró una tendencia a la idealización, pese a la sensación de aislamiento afectivo.

En consecuencia, los SS pueden manifestarse como intentos para obtener el respaldo y cobijo de los padres, situación que implica la posibilidad de una ganancia secundaria que, si es reforzada, continuará como mecanismo de interacción con las relaciones posteriores asumiendo un rol de víctima-enfermo. Esto es respaldado por Sánchez & Guerrero (2017), quienes indican que el aumento de la atención de los padres y la evitación de presiones de carácter no placentero refuerzan los SS.

De igual manera, se observó la tendencia a asumir roles parentales y mantenerse en intercambio entre dicho papel y el de hijos, lo cual genera una confusión respecto a sus funciones dentro del ambiente familiar. Lo anterior es consistente con lo señalado por Rivero-Lazcano *et al.* (2011), quienes agregan la ausencia de comunicación abierta y expresiva entre los integrantes de la familia. Asimismo, Sánchez & Guerrero (2017) mencionan que la presión, las exigencias elevadas y el maltrato infantil elevan la prevalencia de SS, aspectos observados en la percepción de los participantes quienes consideran haber sufrido agresiones emocionales en su crianza, sobre todo al no ser reconocidos por sus padres.

Lo anterior se observa en las narrativas como una propensión a experimentar las experiencias familiares, sociales y de salud, como negativas y predictoras de situaciones catastróficas, siendo así que la importancia atribuida a un evento y el impacto que este genera es uno de los factores presentes en las

personas con SS (Orejudo & Froján, 2005). De igual forma, se observa que, a partir de dichos antecedentes, los pacientes exhiben un menor grado de funcionalidad de cada una de las áreas de su vida (Mejía *et al.*, 2017).

Conclusiones

En conclusión, el TSS es percibido como un suceso desestabilizante donde los efectos corporales son descritos como derivados de situaciones externas consideradas estresantes, las cuales son mantenidas por creencias y pensamientos, aumentando así la percepción del dolor y sufrimiento del padecimiento. A la par, se observa que la relación parental, en especial con el padre, es percibida como restrictiva y autoritaria, denotando la incapacidad para expresar y verbalizar sus emociones. De tal forma, los participantes refieren una tendencia a asumir responsabilidades a corto plazo que no son coincidentes con su desarrollo etario. Con relación a lo anterior, se observa que los patrones adoptados en la infancia, aunados a los sentimientos de minusvalía, culpa o añoranza, tienden a repetirse a lo largo de su vida, expresando a nivel cognitivo una relación entre sus síntomas, su historia y el estrés de su vida.

Los resultados de un estudio cualitativo no son generalizables; sin embargo, permiten hallar una línea explicativa que muestra la necesidad de abordar el papel de los padres en el aprendizaje de respuestas ante eventos estresantes y, por tanto, en la generación de SS, por lo cual se sugiere ahondar sobre patrones de pensamiento y autopercepción en futuras investigaciones, a fin de determinar la conformación de los mecanismos de afrontamiento presentes en los pacientes con TSS y la relación con los esquemas de la estructura-funcionamiento familiar en la producción sintomática, así como realizar intervenciones para fomentar los patrones de cambio cognitivo y expresión afectiva.

Agradecimientos

Un agradecimiento especial al Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos de la Ciudad de Toluca del Estado de México, Hospital de Tercer Nivel de Alta Especialidad y a su Honorable Comité de Ética por su colaboración y apoyo.

Referencias

- Álvarez-Gayou, J. L. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.
- Arancibia, M. M., Sepúlveda, A. E., Martínez-Aguayo, J. C., & Behar, A. R. (2016). Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 54(2), 151-161. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000200009>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Barthes, R. (1997). *La aventura semiológica*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Biglia, B., & Bonet-Martí, J. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial. Prácticas de escritura compartida. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(1), 1-25.
- Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos*, 24(67), 135-156.
- Domínguez, de la O. E., & Herrera, G. J. D. (2013). La investigación narrativa en psicología: Definición y funciones. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 620-641.

- Duero, D. G., & Limón, A. G. (2007). Relato autobiográfico e identidad personal: un modelo de análisis narrativo. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(2), 232-275. doi: <http://dx.doi.org/10.11156/aibr.020205>
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.
- Fernández, M. R., & Fernández, R. C. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10(2), 259-270.
- Franco, N. N., Pérez, N. M. A., & De Dios, P. M. J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- González, R. M. T., & Landero, H. R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61.
- Kounou, K. B., Brodard, F., Gnassingbe, A., Dogbe Foli, A. A., Sager, J. C., Schmitt, L., & Bui, E. (2017). Posttraumatic stress, somatization, and quality of life among Ivorian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 30(6), 682-689. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.22244>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., de Gruy, F. V., Hahn, S. R., Linzer, M., Williams, J. B. W., Brody, D., & Davies, M. (1997). Multisomatoform disorder: An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 352-358. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160080011>
- Kvale, S. (2008). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G. A., García-León, A., & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martín-Crespo, B. M., & Salamanca, C. A. (2007). El muestreo en investigación cualitativa. *NURE Investigación*, 27(07), 1-4.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y Salud Colectiva*, 17(3), 613-619.
- Mejía, R. D., Rodríguez, R., & Restrepo, D. (2017). Caracterización sociodemográfica y clínica psiquiátrica de pacientes con síntomas médicamente inexplicables en una institución prestadora de salud de Medellín (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(2), 72-79. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.005>
- Ministerio de Salud. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental 2*. Lima, Perú: Universidad Nacional Cayetano Heredia-Dirección General de Promoción de la Salud-Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2005). *Primer Congreso La Salud Mental es Cosa de Todos: el reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales*. Colección de Documentos: serie encuentros, 23001. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).
- Moreno, G. W., & Pulido, Q. S. M. (2007). Educación, cuerpo y ciudad: *El cuerpo en las interacciones e instituciones sociales*. Medellín, Colombia: Funámbulos Editores.
- Navarro, A. L., Pasadas, del A. S., & Ruíz, R. J. (Septiembre, 2004). *Estrategia multimétodo o triangulación metodológica: La triangulación metodológica en el ámbito de la investigación social: dos ejemplos de uso*. Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA). Córdoba.
- Nieto, M. J., Abad, M. M. A., Esteban, A. M., & Tejerina, A. M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid, España: McGrawHill.
- Orejudo, H. S., & Froján, P. M. X. (2005). Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, 21(2), 276-285.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Documentos básicos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 15 de junio de 2018 de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

- Perales, M. C. M., Duschek, S., & Reyes, del P. G. A. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: Relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología*, 36(3), 275-282. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.12.002>
- Rivero-Lazcano, N., Martínez-Pampliega, A., & Iraurgi, I. (2011). El papel funcionamiento y la comunicación familiar en los síntomas psicósomáticos. *Clínica y Salud*, 22(2), 175-186. doi: <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a6>
- Sandín, B. (2005). Evitación interoceptiva: Nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 103-114. doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.2.2005.3993>
- Sánchez, M. P., & Guerrero, A. F. (2017). Actualización del trastorno psicósomático en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 21(1), 32-38.
- Santed, M., Sandín, B., Chorot, P., & Olmedo, M. (2000). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: Un estudio prospectivo controlando el efecto del neuroticismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(3), 165-178. doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.5.num.3.2000.3896>
- Ulloa, V. N., Cova, S. F., & Bustos, N. C. (2017). Nivel socioeconómico y conductas externalizadas en prescolares: el rol del mediador parental. *Revista Chilena de Pediatría*, 3(88), 340-347.
- Vargas, B. X. (2007). *Cómo hacer investigación cualitativa: una guía práctica para saber qué es la investigación en general y cómo hacerla, con énfasis en las etapas de investigación cualitativa*. Jalisco, México: ETXETA.
- Velasco, S., Ruíz, M. A., & Álvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de atención de los síntomas somáticas sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 317-333.
- Woud, M. L., Zhang, X. C., Becker, E. S., Zlomuzica, A., & Margraf J. (2016). Catastrophizing misinterpretations predict somatoform-related symptoms and new onsets of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 81, 31-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.005>