



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Doctorado en Ciencias de la Salud

**Factores de riesgo del Trastorno de
Síntomas Somáticos**

TESIS

Para Obtener el Grado de:

Doctor(a) en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtro. Germán Benito Bernáldez Jaimes

Comité Tutorial:

Dr. Johannes Oudhof Van Barneveld

Tutor Académico

Dra. Erika Robles Estrada

Tutor Interno

Dra. Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa

Tutor Externo



Toluca, Estado de México, junio de 2019

ÍNDICE

Introducción	5
1 Antecedentes	7
2 Planteamiento del problema	24
3 Justificación	27
4 Hipótesis	30
5 Objetivos	31
6 Diseño metodológico.....	34
6.1 Diseño de estudio	34
6.2 Muestra.....	35
6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	37
6.4 Variables	39
6.5 Instrumentación	42
6.6 Recolección de datos	46
6.7 Análisis de datos.....	47
6.8 Aspectos éticos.....	48
7 Resultados	50
7.1 Capítulo de libro aceptado y publicado	50
7.1.1 Variables psicológicas en hombres y mujeres con y sin Trastorno de Síntomas Somáticos	50
7.1.2 Página frontal	50
7.1.3 Carta de aceptación.....	51
7.1.4 Resumen	52
7.1.5 Capítulo del libro.....	53
7.2. Artículo enviado	72
7.2.1 Narrativas del dolor: factores individuales y contextuales del Trastorno de Síntomas Somáticos	72
7.2.2 Carta de envío-recepción del artículo	72
7.2.3 Resumen	73
7.2.4 Apartados del artículo.....	75
7.3 Artículo enviado	97
7.3.1 Variables relacionadas con el trastorno de síntomas somáticos: un modelo de regresión logística	97
7.3.2 Carta de envío-recepción del artículo	97

7.3.3 Resumen	97
7.3.4 Apartados del artículo.....	100
8 Resultados Adicionales	117
8.1 Adaptación de dos instrumentos para evaluar la presencia del Trastorno de Síntomas Somáticos	119
8.2 Modelo explicativo del Trastorno de Síntomas Somáticos	130
8.3 Sucesos Vitales Estresantes y el Trastorno de Síntomas Somáticos	133
8.4 Percepción de crianza y el Trastorno de Síntomas Somáticos	135
8.5 Perfiles de personalidad de pacientes con TSS y participantes sin TSS.....	136
8.6 Diferencias entre hombres y mujeres con TSS	139
9 Discusión general	142
10 Conclusiones	149
11 Bibliohemerografía utilizada	151
12 Anexos	161
ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CRIANZA	161
CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS	164
CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS (ATQ)	165
CUESTIONARIO DE SUCESOS VITALES	166
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	169
CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS	170
ESCALA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS – 8 (SSS-8).....	171

Introducción

Las enfermedades físicas han sido a lo largo del tiempo uno de los problemas centrales en la vida del ser humano, la tendencia a alcanzar el ideal de inmortalidad ha llevado a la generación, de búsqueda de nuevas modalidades de interacción cuyo objetivo es el desarrollo y mantenimiento del bienestar. Es entonces que la salud es considerada como un ideal que trasciende la esfera de lo biológico y que incluye en tal sentido la interacción social y psicológica; siendo esta última aquella que precisa la manifestación subjetiva de la calidad de vida.

La relación entre las alteraciones psicológicas y el cuerpo físico ha sido estudiada desde diversas perspectivas, estableciendo una relación entre los elementos subjetivos y la presencia de patologías orgánicas ligadas a la forma en que una persona responde al medio, siendo la enfermedad psicosomática aquella a la que se le atañe el establecimiento de la relación existente entre los factores sociales, los efectos psicológicos y el desencadenamiento de afecciones a nivel corporal, que promueven la búsqueda de la atención clínica para sanar problemáticas. Es así como la somatización implica un proceso de conversión que promueve el acercamiento a los servicios de salud, a su vez que implica el desarrollo de la confusión diagnóstica y evoca el conflicto mente-cuerpo.

Los síntomas psicosomáticos están presentes en una amplia gama de trastornos tanto biológicos como psíquicos, implicando la acentuación de las patologías y su desarrollo crónico-degenerativo. Asimismo, de acuerdo con la literatura la epidemiología respecto a los síntomas somáticos presenta una gran diversidad de factores, sin embargo, no existen estudios con respecto al trastorno en sí, sus diversas manifestaciones y la afección sobre la cual recae.

De tal manera que la presente investigación establece un modelo explicativo de la sintomatología psicosomática a partir de los factores psicosociales, donde se aborda la influencia de la crianza y el entorno social sobre el desarrollo del trastorno de síntomas somáticos, a la par de identificar la influencia de factores externos e internos, a fin de aportar

conocimientos teóricos que permitan el desarrollo de procesos de intervención desde los niveles de atención primaria para el diagnóstico oportuno y con ello la reducción de costos.

El desarrollo de un modelo explicativo permite interpretar la presencia de la sintomatología a partir de los datos hallados en la historia clínica, lo cual ayudará a establecer una serie de acciones preventivas de carácter multidisciplinario haciendo énfasis en la intervención psicológica para el tratamiento del Trastorno de Síntomas Somáticos.

1. Antecedentes

La salud mental de acuerdo con Sandoval (2005) es un fenómeno complejo determinada por múltiples factores entre los que se incluyen sociales, ambientales, biológicos y psicológicos; siendo así que su alteración y el desarrollo de trastornos implica la afección de tres esferas: cognitivas, afectivas y comportamentales, que en coincidencia impactan en los procesos biopsicosociales.

Medina-Mora et al. (2003) señalan que la salud mental en la población mexicana se presenta solo en un 28.6% de la población derivado a que los habitantes llegan a presentar al menos una vez en su vida alguno de los 23 trastornos mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades, de los cuales reportan que el 13.9% indicó la presencia de alguna afección dentro de los 12 últimos meses siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, de uso de sustancias y afectivos. A la par Kohn y Rodríguez (2009) refieren que entre 2005 y 2025 existirá un aumento 23% (688 millones de personas) de la población total de América Latina y el Caribe, y los individuos entre 15 y 49 años serán aquellos que corren un mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales con una probabilidad de aumento de 19%.

El pronóstico sobre la salud mental es variable, sin embargo, los cambios constantes tanto sociales, familiares y personales repercuten en el nivel de adaptación y afrontamiento de los individuos; en concordancia González y Mitjans (1999) refieren la existencia de las unidades psicológicas primarias, en las cuales plantean lo cognitivo y lo afectivo, que tienen una incidencia en el comportamiento de manera inmediata. Siendo así que la integración de las unidades psicológicas primarias permite observar la construcción de la afección entre mente-cuerpo; Sandoval (2005) describe la relación entre la enfermedad física y psíquica, la cual se explica a partir de los trastornos médicos (endocrinológicos, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas) como predominantes que tienen como resultado trastornos mentales (denominados secundarios) en individuos susceptibles.

La relación entre las enfermedades médicas y la psicopatología ha encontrado un proceso de conjunción en las llamadas enfermedades psicosomáticas, las cuales de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) son definidas como aquella presentación

frecuente de síntomas somáticos los cuales son acompañados de demandas reiteradas de exploraciones clínico-médicas, pese a los resultados negativos de que la sintomatología no tiene una justificación somática. Dichas enfermedades han estado ligadas al desarrollo o empeoramiento de patologías psíquicas y médicas; Baeza et al. (2011) plantean la relación entre los trastornos psicósomáticos, la alexitimia, la ansiedad, la depresión y la consulta psicológica-psiquiátrica; a la par Scott et al. (2008) afirman que tanto su prevención o tratamiento puede influir en el mantenimiento y desarrollo de la salud.

Baeza (2010) cita a la Asociación Europea de Psiquiatría de Enlace y Psicósomática, que señala que el término "síntomas inexplicables médicamente", genera un obstáculo para el desarrollo de una mejor atención, lo anterior debido a las preconcepciones de pacientes y médicos, que en ocasiones definen los síntomas por lo que no son y no por lo que son, teniendo como resultado la emisión de un diagnóstico inadecuado. Con relación a lo anterior Caballero y Caballero (2008) señalan que existe una insuficiencia por parte del sector médico con respecto a los fenómenos psicósomáticos, lo cual tiene como consecuencia una práctica inadecuada e ineficaz.

Los trastornos psicósomáticos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades se encuentran dentro del eje de las enfermedades neuróticas; según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] y la OMS (2011) las afecciones prevalentes de enfermedades psiquiátricas son trastornos afectivos (28%), seguidos de los neuróticos (25%) y otros (26%). Asimismo, Baeza (2010) indica que la dificultad de los pacientes para el reconocimiento de los síntomas psicósomáticos entorpece la probabilidad del clínico para el diagnóstico de estas psicopatologías.

El Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS) es una estructuración nosológica relativamente nueva, derivada por la necesidad de definir las diferentes relaciones existentes entre las afecciones de carácter biológico y los procesos psicológicos relativos a la enfermedad, y las afecciones que han sido señaladas a lo largo de la historia como síntomas inexplicables o psicósomáticos. Por lo que se realiza un recorrido sobre el proceso de conceptualización a lo

largo de la historia y las teorías explicativas que han dado cuenta para explicar su etiología, epidemiología y comorbilidad.

Evolución conceptual del trastorno de síntomas somáticos

El término psicósomática de acuerdo con Álvarez (2008) fue introducido por Heinroth para caracterizar una forma de insomnio, seguido de Steckel (como se citó en Santiago y Belloch, 2002) quien lo señala como un mecanismo que convierte la energía psíquica en síntomas psicógenos. Para 1964 la Organización Mundial de la Salud [OMS] indicaba que no existen enfermedades psicógenas o somatógenas *per se*, sino que el término psicósomático alude a los factores psicológicos y su importancia primordial en el desarrollo de otras patologías (hipertensión, úlcera, asma, estrés, tensión). Posteriormente, formalizaría una disciplina de carácter médico que explica cómo los factores psíquicos tienen un determinismo en las afecciones orgánicas; y por tanto hacen referencia a aquellos trastornos que influyen en el desencadenamiento de enfermedades médicas (Sconfianza, 2013), denominada medicina psicósomática.

Garfinkel, Carlson y Wellner (1990) explican que las enfermedades psicósomáticas se encuentran entre los padecimientos orgánicos y los ficticios, cuya diferencia esencial puede expresarse en dos vertientes: como tentativas explicativas de una enfermedad orgánica o bien aquellas que influyen en el curso y desarrollo de la patología biológica. No obstante, refieren que existen factores predominantemente intencionales que provocan la presencia de trastornos ficticios, haciendo complejo el proceso diagnóstico y la determinación de la presencia sintomática, ya sea verdaderamente a nivel biológico o psíquico; puesto que el hecho de no hallar ningún desorden orgánico no implica la ausencia de enfermedad.

En tanto a las diferentes nomenclaturas del trastorno, Kellner (1991) indica la diferencia entre psicósomatización y somatización, refiriendo que la primera es una enfermedad en la cual existe una relación entre mente-cuerpo y por tanto existe una enfermedad física y una vinculación con factores psicológicos, mientras que en la somatización no existen evidencias de un daño presente.

En el plano médico según la OMS (1994), se entiende una enfermedad psicosomática como una presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de estas últimas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática; así mismo menciona que aunque éstos estuvieran realmente presentes no pueden explicarse su naturaleza e intensidad; sin embargo, se establece una relación con acontecimientos biográficos desagradables, o dificultades o conflictos.

Chemama (1998) se refiere a lo psicosomático como una serie de fenómenos patológicos orgánicos o funcionales, los cuales acontecen cuando su desencadenamiento y evolución son comprendidos como una respuesta del cuerpo viviente ante una situación simbólica crítica la cual no ha sido tratada por el inconsciente del sujeto, las cuales a diferencia de los síntomas conversivos histéricos son parte de las formaciones del inconsciente. En concordancia con Baeza, Bulbena, Fenétrier y Gély (2011) conceptualizan las enfermedades psicosomáticas como aquellos procesos patológicos que se caracterizan por síntomas físicos generados por causas múltiples, pero cuya génesis y desarrollo es dependiente de variables de carácter psicológico.

Los padecimientos de carácter psicosomático implican una dificultad en el esclarecimiento diagnóstico, encontrando a lo largo del tiempo diferencias de nomenclatura desde somatización (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001, OMS, 1994), trastorno psicosomático (Alexander y Flagg, 1985), trastorno de síntomas somáticos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Tavel (2015) agrega los términos trastorno somatoformo, hipocondriasis, enfermedad no médica, etcétera, implicando una tendencia cognitiva de preocupación recurrente sintomática, a la par indica la comorbilidad e incluso confusión diagnóstica para los trastornos de fibromialgia, de fatiga crónica, los cuales presentan un solapamiento con la mayoría de los síndromes somáticas, que pueden ser agrupados bajo el término trastorno de síntomas somáticos o central de la sensibilización.

El diagnóstico del trastorno psicossomático de acuerdo con López y Belloch (2002), pese a su significado y delimitación diagnóstica, no está claramente establecido, confiriéndole que la utilización del término varíe. López y Belloch (op. Cit) definen los síndromes psicossomáticos como una serie de enfermedades de carácter físico en las cuales los procesos emocionales juegan un papel, derivando así la diferencia entre éstos y la somatización. De acuerdo con lo anterior los primeros implican la constatación de una dolencia física y una vinculación de factores psicológicos con su aparición, desarrollo, mantenimiento o agravamiento; y en los segundos no existe un diagnóstico médico para justificar los síntomas, siendo un trastorno de carácter descriptivo, crónico y fluctuante sin ninguna funcionalidad, con una ocurrencia prioritaria en el sexo femenino.

Caballero y Caballero (2008) indican que el trastorno somatomorfo se explica como la presencia de síntomas corporales, los cuales se asemejan a un trastorno físico sin que exista una causa orgánica demostrable, o bien como un mecanismo de carácter fisiológico en que una serie de síntomas se relacionan de manera directa con el nivel de estrés o factores psicológicos.

De acuerdo con lo anterior las enfermedades psicossomáticas han derivado una serie de trastornos que implican la presencia de patologías de carácter médico cuyo origen se gesta de un acontecimiento psíquico o bien de aquellas afecciones que presentan una sintomatología orgánica que no tienen una explicación y cuya génesis remonta directamente a la constitución biológica.

Clasificación diagnóstica

De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales número 5 [DSM 5] (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014), la psicossomática puede agruparse bajo el eje de los *trastornos de síntomas somáticos y relacionados* e incluye síntomas somáticos, de ansiedad por enfermedad, de conversión, factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas y el trastorno fáctico; en contraste de la Clasificación Internacional de las Enfermedades [CIE-10](OMS, 1994) los engloba en trastornos

somatomorfos que involucran la somatización, somatomorfo indiferenciado, hipocondríaco, disfunción vegetativa somatomorfa y dolor persistente somatomorfo.

De acuerdo con lo anterior es el aspecto clínico médico que establece una serie de criterios diagnósticos los cuales tanto para la OMS (1994) y la APA (2014), no son muy distantes coincidiendo en la ausencia de explicación para las quejas que presenta el paciente (ver Tabla 1).

Tabla 1

Criterios de diagnóstico del trastorno psicósomático

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (OMS, 1994)	MANUAL DE DIAGNÓSTICO ESTADÍSTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES (APA, 2014)
A. Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años.	A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
B. La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.	B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
C. Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas. 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas. 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud. <p>C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).</p>

Fuente: Adaptada de OMS (1994) y APA (2014)

Las revisiones sobre los criterios diagnósticos han evolucionado, presentando diversas modificaciones criteriosales, ante ello Hilderink, Collard, Rosmalen, y Oude Voshaar (2013) indicaron para los criterios diagnósticos del trastorno somatomorfo propuestos por el DSM-IV-TR la existencia de dificultades en la interpretación; mientras que van Dessel, van der Wouden, Dekker y van der Horst (2016) señalan que el trastorno de síntomas somáticos, en comparación al somatomorfo, permite una mejora en el diagnóstico debido a la restricción en sus criterios específicamente en cuanto el aspecto psicológico, encontrándose éstos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su versión 5. Con respecto a lo anterior Frosthalm, Ørnbøl y Per (2015) explican que la atribución del aspecto físico al trastorno somatoformo no es compatible, debiendo tomar en cuenta los pensamientos y comportamientos de los pacientes respecto a su sintomatología, pese a que sea similar a otros casos.

Angenendt y Harter (2015) definen al trastorno de síntomas somáticos o somatomorfos a un conjunto heterogéneo de problemas de salud mental caracterizados por constantes quejas corporales o síntomas que no se deben a una enfermedad o disfunción de carácter orgánico, mientras que Caballero y Caballero (2008) señalan que el trastorno de somatización es etiológicamente y epidemiológicamente diferente a un síndrome crónico y recurrente con síntomas somáticos múltiples que no pueden ser explicados por otra enfermedad (ver Tabla 2).

Tabla 2

Diferencias entre el Trastorno por somatización y los somatomorfos

	Trastorno por somatización	Hipocondría	Dolor somatomorfo
Sexo	Más en mujeres	Mujeres y varones	Mujeres y varones
Edad de inicio	Antes de los 30	Cualquiera	Cualquiera
Desencadenante	Múltiples	Enfermedades familiares	Lesiones agudas
Personalidad	Disemocional (Dificultades emocionales)	Obsesiva	Mixta
Curva vital	Caótica	Ordenada, egoísta	Ergópata (Hipocondríaco)

Tabla 2

Diferencias entre el Trastorno por somatización y los somatomorfos (continuación)

	Trastorno por somatización	Hipocondría	Dolor somatomorfo
Historia familiar	Disfunción seria por: Sociopatías Abuso de sustancias	Excesiva preocupación por la salud	Dolores “psicógenos”, Alexitimia (incapacidad para identificar y expresar emociones)

Fuente: Adaptada de Caballero y Caballero (2008).

Pese a las diferencias criteriosales y de nomenclatura, los investigadores y clínicos coinciden en que el trastorno de síntomas somáticos implica la ausencia de explicación médica para el trastorno y su influencia para incrementar el malestar sobre algunos padecimientos físicos, aunado a una perturbación del pensamiento en relación a la enfermedad y la negativa a las interpretaciones clínicas. El amplio espectro de definiciones del trastorno lleva a Murray, Toussaint, Althaus y Löwe (2016) a agregar la necesidad de establecer un diagnóstico paralelo basado en un modelo biopsicosocial.

Epidemiología y comorbilidad

Van Dessel et al. (2016) describen que los síntomas físicos medicamente inexplicables están presentes en un 25 a 50% en los pacientes en la práctica general y solo del 20 al 30% de éstos desarrolla un nivel de persistencia en la sintomatología, sin embargo, el diagnóstico depende de los diversos enfoques para entender el fenómeno psicósomático. López y Belloch (2002) declaran que el riesgo estimado a lo largo de la vida es de 0,2 a 2% y Hilderink et al. (2013) indican una mayor prevalencia antes de los 50 años.

Escobar, Rubio-Stipec y Canino (1989) proponen el trastorno de somatización o índice de síntomas somáticos, derivado de la complicación para determinar la presencia adecuada del padecimiento como medio para el diagnóstico clínico y la investigación, considerando la presencia de 4 síntomas somáticos para los hombres y 6 en el caso de las mujeres, mientras que Kroenke et al. (1997) denominan trastorno multisomatiforme como una alternativa para

evaluar el trastorno somatomorfo indiferenciado mediante la presencia de 3 o más síntomas somáticos de un listado de los 15 síntomas considerados los más frecuentes en las consultas médicas:

1. Dolor estomacal
2. Dolor de espalda
3. Cefalea
4. Dolor de pecho
5. Mareos
6. Desmayos
7. Palpitaciones
8. Falta de aliento
9. Quejas del intestino (estreñimiento o diarrea)
10. Quejas dispépticas (náuseas, gases, o indigestión)
11. Fatiga
12. Dificultad para dormir
13. Dolor en las articulaciones o extremidades,
14. Dolor o problemas menstruales
15. Dolor o problemas durante el acto sexual

De acuerdo con López y Belloch (2002) el rasgo más destacado es la existencia de síntomas múltiples, recurrentes y variables que han estado presentes a lo largo del tiempo, siendo necesario que el enfermo reconozca la presencia de situaciones existenciales que provocan respuestas emocionales, y que la inadecuada expresión de éstas promueve el desarrollo de las somatizaciones; por lo cual la comprensión debe estar dada por el análisis de la historia de vida-clínica del paciente para determinar los factores desencadenantes.

Entre los cuadros clínicos más comunes a los que se ha relacionado el trastorno psicósomático están aquellos que afectan a los sistemas digestivo, respiratorio, nervioso, endocrino y locomotor (Baeza et al., 2011) (ver Tabla 3).

Tabla 3

Afecciones relacionadas a los trastornos psicósomáticos

SISTEMA	ENFERMEDAD
Digestivo	Colon irritante Estreñimiento Diarrea Dolor abdominal
Respiratorio	Asma Alergias nasales Obstrucción nasal Rinorrea (nariz congestionada) Estornudos Disminución del olfato Sinusitis (inflamación de los senos paranasales) Faringitis (inflamación de la mucosa de la faringe) Infecciones nasales Inflamación de las anginas
Nervioso	Cefalea Dolor de cuello Migraña Fotofobia (intolerancia a la luz) Fonofobia (intolerancia al sonido) Fatiga crónica Hipersomnia
Endocrino	Hipotiroidismo
Aparato locomotor	Artralgias (dolor en las articulaciones) Lumbalgia (dolor localizado en la espalda baja)

Fuente: Adaptado de Baeza et al. (2011).

En cuanto a la relación de cuadros clínicos y trastornos somatomorfos, en particular el trastorno de somatización, Caballero y Caballero (2008) indican que los síntomas somáticos funcionales pueden coexistir en los pacientes con otros trastornos e incluso pueden cumplirse los criterios específicos para su diagnóstico asociado.

Factores de riesgo

Toda psicopatología es generada por una serie de circunstancias que predisponen su desarrollo. El Instituto Químico-Biológico (2010) denomina factor lo que define como cualquier sustancia o actividad necesaria para producir un resultado, o bien a una de dos o más variables que multiplicadas entre sí forman un producto y que por ende constituyen una identidad.

En esta relación se establece el concepto de un factor predisponente, el cual es un condicionante que influye en el tipo y cantidad de recursos a los que un individuo puede recurrir para enfrentarse al estrés y por tanto establecer un proceso de adaptación; éstos pueden ser tanto de naturaleza biológica, como psicológica o sociocultural, considerando que un precipitante es un elemento que causa o que contribuye a la producción de una enfermedad.

En concordancia Scholten (2009) define que un factor de riesgo es aquello que hace que una persona o grupo de personas sean especialmente vulnerables a un acontecimiento no deseado, desagradable o insalubre, es decir, aquello que incrementa la probabilidad de contraer una enfermedad o condición. Ezpeleta (2005) refiere la clasificación de los factores estableciendo dos grupos:

- A) Factores individuales: incluye neurobiológicos en la psicopatología del desarrollo, género y psicopatología, temperamento, variables cognitivas y salud física.
- B) Factores contextuales: escuela, pobreza y nivel socioeconómico, cultura, violencia, valores, relación parental y con pares.

En 1998 Rief y Hiller proponían un modelo de los trastornos somatomorfo e hipocondriaco, enlistando factores genéticos, género, alta reactividad fisiológica, factores neuropsicológicos y biopsicológicos, traumas, pensamientos negativos, ansiedad, depresión, alexitimia, afecto negativo, comportamiento enfermo, interacción médico-paciente, creencias irreales sobre la salud e interpretaciones catastróficas sobre reacciones del cuerpo (síntomas), los cuales

aunados a un proceso de selección y comportamientos de evasión o evitación desencadenaban síntomas somáticos (Angenendt y Harter, 2015).

Kapfhammer (2001) refiere que es necesario trabajar con un modelo multifactorial para la comprensión de la etiopatogenia de los trastornos que integran el grupo de la somatización, considerando la genética, neurología, neurofisiología, psicofisiología, endocrinología, personalidad, percepción, cognición, aprendizaje social, acontecimientos vitales, estrés, afrontamiento, sistemas de apoyo y refuerzo social, comorbilidad, trauma psicológico, psicodinámica, conocimiento y conceptualización de la enfermedad.

Ávila (2006) en concordancia refiere que existe un largo grupo de síntomas inexplicables medicamente; sin embargo, indica que el problema recae en la posibilidad de diferenciar lo que es realmente inexplicable de las enfermedades aún desconocidas, debiendo considerar los factores orgánicos y extraorgánicos e incluyendo los factores psicológicos ya sea de carácter consciente e inconsciente, la familia, geografía, historia, cultura, ecología y sociedad.

Los estudios sobre los trastornos psicosomáticos involucran el análisis de los factores individuales, por ejemplo, la alexitimia la cual, de acuerdo con Almeida y Machado (2004) establece una relación con la presencia de síntomas somáticos, aunque ésta es dependiente de factores como la ansiedad y la depresión. De igual manera en el aspecto psicológico Florenzano, Fullerton, Acuña, y Escalona (2002) indican que los somatizadores denotan una dificultad en cuanto a la organización intencional sobre sus deseos, denotando que los síntomas somáticos serían una expresión de un conflicto psicosocial.

González y Landero (2008) establecen un modelo explicativo indicando que una baja autoestima, autoeficacia y apoyo social, son desencadenadores de situaciones estresantes, provocando cansancio emocional y generando la presencia de síntomas psicosomáticos en jóvenes universitarios, aunado a ello González, Landero y García-Campayo (2009) explican la existencia de una relación directa entre intensidad sintomática y la presencia de ansiedad y depresión, sugiriendo esta relación primordialmente en mujeres. En concordancia Korostiy

(2013) refiere una asociación de la alexitimia, la baja productividad de defensa psicológica, baja capacidad predictiva, los altos niveles de agresión y hostilidad en jóvenes diagnosticados con trastornos emocionales y trastornos psicósomáticos.

En cuanto al pensamiento, Freixas, Cipriano y Varlotta (2007) mencionan que las puntuaciones en somatización son más elevadas en aquellas personas que presentan dilemas implicativos, los cuales se traducen en la distancia entre el yo actual y el yo ideal, estableciendo un conflicto cognitivo. En concordancia Woud, Zhang, Becker, Zlomuzica y Margraf (2016) encontraron que las interpretaciones catastróficas son predictores de nuevos inicios de trastornos somatomorfos y/o síntomas somáticos, incluso luego de que los pensamientos considerados como amenazantes son controlados. A la par Lacey et al. (2014) refieren la existencia de una relación entre el neuroticismo y el síndrome del corazón roto, el cual es considerada como una enfermedad psicósomática.

Con respecto a la ansiedad, Baeza et al. (2011) describen una ausencia de ésta a nivel rasgo en los sujetos somáticos e indican que los pacientes denotan una mayor elevación en relación al nivel de depresión que aquellos que no presentan síntomas psicósomáticos; a la par retoman a Muñoz y Barba quienes encontraron que los desórdenes afectivos son tres veces mayor en personas que padecen jaqueca, y Brown, Bonello y Pollard (2005) que relacionan los problemas tiroideos con los trastornos depresivos y el estrés, en concordancia a los factores situacionales. Florenzano et al. (2002) refieren una correlación estadísticamente significativa entre la frecuencia de exposición al trauma y los síntomas somáticos, así como una relación con el trastorno de somatización y trastorno límite de personalidad.

Ragozinskaya (2013) detectó peculiaridades neurofisiológicas en los pacientes psicósomáticos, denotando un alto nivel de agresividad provocado por una activación del sistema nervioso vegetativo, suponiendo la existencia de una reacción exagerada ante estímulos inesperados. Kallivayalil y Punnoose (2010) refieren que el diagnóstico de los trastornos somatomorfos puede ser difícil de comprender debido a las diferentes características que presenta, pudiendo ser entendidos como resultado de un procesamiento anormal y la percepción de las señales en el sistema nervioso.

En cuanto al procesamiento, Caballero y Caballero (2008) coinciden en que los pacientes con trastorno de somatización presentan una serie de anomalías en el hemisferio dominante, lo que sería responsable de un deterioro en la comunicación verbal, una respuesta afectiva y sensorimotora anómala; mientras que un daño en el hemisferio no dominante sería responsable del dolor psicógeno, los síntomas conversivos y la depresión.

En relación con los factores contextuales Lamelo y Figueiredo (2013) revelan la existencia de un efecto directo entre la victimización física en la infancia y el maltrato infantil, siendo más significativa cuando se asume la presencia de síntomas psicósomáticos en los padres, por lo que se señala como un factor de riesgo para el aumento de la agresividad, junto con el estrés y el control emocional. Caballero y Caballero (2008) explican que en el caso de las mujeres el trastorno de somatización presenta como factores abandono parental, abuso y maltrato físico y sexual y una tendencia a establecer una relación con sociópatas.

Aunado a este tipo de factores Elgar et al. (2013) encontraron que las diferencias en los bienes materiales de la familia pueden ser indicativos de una variación significativa en los síntomas psicósomáticos en adolescentes. En el ámbito educativo Vieno, Lenzi, Santinello y Scacchi (2013) refieren en una muestra de adolescentes que los síntomas somáticos varían con respecto al clima escolar y la calidad del contexto, mientras que en el área laboral Uribe, Patlán y García (2015) explican cómo el liderazgo y el apoyo organizacional, en específico el buen clima y el compromiso afectivo, permiten la disminución de las manifestaciones de carácter somático como el sueño, gastrointestinales y el dolor.

Modelo teórico del trastorno de síntomas somáticos

El trastorno de síntomas somáticos se caracteriza por ser multifactorial, el cual se constituye por factores individuales y sociales. Para la presente investigación y con base en el aspecto teórico se tomaron como referencia diversos estudios delimitando que en la actualidad existen una variedad modelos de la sintomatología somatomorfa pero no en relación al trastorno en sí.

López y Belloch (2002), Florenzano et al. (2002), McCall-Hosenfeld, Winter, Heeren, y Liebschutz (2014) y Zhang, Zhang, Zhu, Du y Zhang (2015) sustentan que una situación social de carácter traumática puede desencadenar la presencia de síntomas psicósomáticos derivados de la incapacidad de la persona para manejar y expresar las emociones a consecuencia de dicho acontecimiento, lo cual se asocia con la capacidad para sobrellevarlas y la presencia de factores como ansiedad, estrés y depresión.

Con relación a lo anterior Zhang et al. (2015) dicen que los síntomas de estrés postraumático son comunes luego de experimentar un evento catastrófico, sin embargo, McCall-Hosenfeld et al. (2014) expresan que el estrés postraumático no es un mediador de los síntomas somáticos, proponiendo a la depresión y el abuso como conductas emocionales que establecen la relación.

De tal manera que es la respuesta generalmente negativa la que se relaciona con la presencia de síntomas somáticos, aunado a las características propias del trauma como intensidad, fuerza y contenido. Vijay, Avasthi y Grover (2014) indican que los pacientes con síntomas somáticos muestran un alto grado de preocupaciones y síntomas de ansiedad mientras que van Geelen, Rydelius y Hagquist (2015) refieren la necesidad de analizar el contenido de las preocupaciones psicológicas ligadas a los síntomas somáticos. En esta línea Woud et al. (2016) mencionan las interpretaciones catastróficas como predictores de inicios de trastornos somatomorfos y/o síntomas somáticos.

En concordancia Angenendt y Harter (2015) establecen una relación entre situaciones traumáticas, la presencia de pensamientos negativos o creencias irracionales y comportamientos de evasión como desencadenadores de síntomas somáticos; debiendo considerar que la formación de la personalidad y mecanismos de afrontamiento están ligados a los procesos de crianza, en tal sentido Caballero y Caballero (2008) indican el abandono parental y el maltrato físico y sexual como factores predisponentes y Lamelo y Figueiredo (2013) señalan al abandono parental y el maltrato (físico y sexual).

Florenzano et al. (2002) refieren una asociación entre el trastorno de límite de la personalidad y la presencia de síntomas somáticas, de manera semejante Freixias, Cipriano y Varlotta et al. (2007) indican una disonancia entre el yo actual y el yo ideal de la persona que se encuentra en conflicto afectando su capacidad para procesar los estímulos y situaciones propias del entorno, de manera que Hyphantis et al. (2013) indican que el afecto y temperamento predominantes y los mecanismos de defensa tienen un rol único en la formación de múltiples síntomas somáticos; de igual modo Novick et al. (2013) señalan una relación a nivel emocional particularmente con la presencia de síntomas depresivos y Korostiy (2013) indica la presencia de agresividad y hostilidad.

De acuerdo con lo antes mencionado se tomaron como variables latentes los sucesos vitales estresantes, los cuales establecen una dependencia con la personalidad, el afrontamiento al estrés, los pensamientos automáticos negativos y la percepción de crianza, dado el hecho de que la conformación de éstos depende de las experiencias de vida y las pautas de crianza e identidad que la persona desarrolla para sobreponerse, sin embargo, manifiesta una relación directa con el TSS debido a que supone una serie de hechos que se vinculan con el desarrollo del sujeto.

En el caso de la personalidad se halla íntimamente ligada a la percepción de crianza debido a los procesos de desarrollo y conformación de la identidad que son ligados al papel de los padres durante los primeros años de vida y el periodo de adolescencia del hijo, siendo la personalidad determinante de las formas en que un sujeto desarrolló pensamientos en relación con diversas situaciones y sus estrategias de afrontamiento.

La personalidad, percepción de crianza, pensamientos automáticos y estrategias de afrontamiento al estrés son factores que previamente se han intentado asociar, por lo que se pretende determinar el impacto que tienen de manera directa o dependiente sobre el TSS.

De acuerdo con la literatura revisada se construyó un modelo teórico hipotético para evaluar la incidencia de los rasgos de personalidad, sucesos vitales, pensamientos, afrontamiento y

crianza sobre el TSS, señalando las posibles asociaciones que deberán ser comprobadas estadísticamente (ver Figura 1), para la constitución de un modelo explicativo de los TSS.

Figura 1.

Modelo teórico de factores asociados al trastorno de síntomas somáticos (TSS)



2. Planteamiento del problema

El Trastorno de Síntomas Somáticos agrupa a diversas psicopatologías como la somatización, trastorno del dolor, facticio, conversivo, somático funcional entre otras acepciones, lo que de acuerdo con Baeza et al. (2011) provoca un índice de prevalencia oscilante derivado a los criterios y enfoques que se utilizan para su diagnóstico. Con relación al sexo existe un riesgo estimado de padecer el trastorno de somatización diez veces mayor en mujeres que en hombres (López y Belloch, 2002). En cuanto a la edad Hilderink et al. (2013) identificaron una mayor prevalencia del trastorno antes de los 65 años, donde existe un efecto descendente, siendo en menores de 50 años entre 10.7-21.8, y para los 50 y 65 de 9-9 a 20 y de más de 65 de 1.5 a 13, cuyas variaciones dependen de los criterios diagnósticos.

A la par Ávila (2006) señala la importancia de brindar consulta dentro de la atención primaria, derivado del alto costo que genera al sistema de salud aunado al alto nivel de comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y médicos ha desarrollado un amplio espectro siendo cada una de las afecciones un factor generador o incidente dentro de los trastornos, dificultando así el diagnóstico.

Las variaciones en cuanto inicio, desarrollo y mantenimiento se encuentran influidas por la presencia de diversos factores, en especial de riesgo los cuales la OMS (2004) define como aquellos que se asocian a la existencia de una mayor probabilidad de aparición de una enfermedad, mayor gravedad y mayor duración, a la par explica la existencia de factores protectores que son aquellas condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los trastornos, y conllevan las características de salud mental positiva, entre los cuales se encuentran el pensamiento positivo y las habilidades para el manejo del estrés. Mientras que entre los factores de riesgo se mencionan exposición a un trauma, conflicto o desorganización familiar, y eventos de mucha tensión.

Bornhauser, Niklas y Csef (2005) explican que, desde un punto de vista psicosomático, la principal problemática de estas enfermedades es el peligro de cronificación y el riesgo de que en medida de que no exista un modelo explicativo probado ni un enfoque terapéutico validado por parte de las ciencias de la salud, aquellas personas que padezcan trastornos

psíquicos de carácter severo corren un mayor riesgo de sufrir problemas difíciles de revertir. Pedreira y Menéndez (1981) agregan que el análisis de todo síntoma psicossomático debe abordarse previo estudio semiológico detallado, tomando en cuenta factores como la edad, medio sociofamiliar, características e historia familiar y la etapa del desarrollo libidinal.

De acuerdo con lo anterior el problema del trastorno psicossomático recae no sólo en su diagnóstico sino también en su amplia variedad sintomática, la cual precisa ser determinada como un factor para el desarrollo de otros trastornos o bien como parte resultante de una serie de situaciones psicossociales y biológicas que permiten explicar la conformación, desarrollo y agravamiento de patologías. Es por ende que para esta investigación se abordaron los siguientes factores, a partir de técnicas cuantitativas y cualitativas:

1. Factores individuales:

- Personalidad: debido a que la personalidad hace referencia a un constructo psicológico, el cual define las características de una persona que le hace diferente en relación a los demás, manteniéndose congruentes a lo largo del tiempo, y determinar su forma de pensar, actuar, relacionarse y organizarse respecto a otros, puede dar cabida a un conjunto de rasgos característicos presentes en la población que padece este tipo de trastornos.
- Pensamientos automáticos: se tomaron en cuenta para analizar la estructuración cognitiva de los pacientes y determinar la serie de creencias irracionales presentes de acuerdo a los síntomas somáticos.
- Afrontamiento del estrés: se determinaron las reacciones de los participantes ante aquellas situaciones que generan malestar y su relación con el trastorno de síntomas somáticos.

2. Factores contextuales:

- Percepción de crianza: se identificó el papel de los padres dentro de la vida del niño y su desarrollo saludable, siendo la crianza el sustento para el desarrollo de un vínculo afectivo, normativo y social con el niño que le provea de las habilidades necesarias para afrontar la realidad futura, a la par la existencia de anomalías o divergencias en cuanto al ideal, sustenta la

necesidad de la comprensión de los lazos familiares y su probable inferencia sobre tales complejidades.

- Sucesos vitales estresantes: se determinaron a partir de una serie de hechos la presencia de situaciones que pudiesen considerarse estresantes en la historia de vida de la persona para analizar su relación con los síntomas somáticos.

La incidencia de estos factores implica el analizar su efecto en relación a la presencia del TSS, así como también la determinación de las diferencias existentes de acuerdo al sexo, si bien Caballero y Caballero (2008) sustentan la existencia de similitudes entre los trastornos somatomorfos, subrayan diferencias en cuanto al trastorno de somatización primordialmente en mujeres en comparación a la hipocondría y de dolor, donde indican una equivalencia en la prevalencia. A la par la distinción entre los factores y los estilos de vida personales y familiares indicados por los autores subyacen no solo al sexo, sino la aglutinación de los trastornos antes mencionados en el TSS a partir del desarrollo de los criterios diagnósticos establecidos por el DSM 5. Siguiendo la misma línea Escobar, Rubio-Stipec y Canino (1989) ya señalaban la variabilidad de la sintomatología somática con relación a los hombres y las mujeres.

Asimismo, la divergencia entre las características y mecanismos de afrontamiento y vivencias personales y estructuración de la personalidad depende de una gama de factores latentes que solo son comprensibles a partir del alcance subjetivo en la interpretación del discurso y la comparación con un grupo de personas no clínicos que permita la determinación de las diferencias de los elementos que inciden en el TSS.

Es por ello por lo que surgieron las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué incidencia ejercen los sucesos vitales estresantes, los rasgos de personalidad, la percepción de la crianza, los pensamientos automáticos negativos y afrontamiento del estrés en la presencia del trastorno de síntomas somáticos en pacientes clínicos?
- ¿Cuál sería la estructura un modelo de los factores que inciden en la presencia del trastorno de síntomas somáticos?

- ¿Cuáles son las diferencias existentes en cuanto a las situaciones vitales estresantes, rasgos de personalidad, percepción de crianza, pensamientos automáticos y afrontamiento del estrés en un grupo clínico diagnosticado con trastorno de síntomas somáticos y un grupo no clínico?
- ¿Qué diferencias existen en las situaciones vitales estresantes, rasgos de personalidad, percepción de crianza, pensamientos automáticos negativos, afrontamiento del estrés en una muestra hombres y mujeres con trastorno de síntomas somáticos?

3. Justificación

La salud es un estado de bienestar que implica la adecuación de los estratos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano, siendo así que una alteración de este estado produce un quiebre en la vida y el desarrollo de toda persona; Trombini y Baldoni (como se citó en Baeza, 2010) refieren que cada enfermedad debe ser considerada como un trastorno complejo e invalidante que afecta tanto el plano físico como el psicológico, por lo cual es indispensable el desarrollo de una evaluación diagnóstica y tratamiento que contemple ambos aspectos.

Dentro de ámbito de la salud-enfermedad Di Silvestre (1998) cita a Bass quien menciona que la somatización es uno de los más frecuentes y problemáticos fenómenos ante los que se enfrentan los médicos de atención primaria, que incluye una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica aún en ausencia de evidencia clínica donde los síntomas se atribuyen erróneamente a una enfermedad orgánica.

De acuerdo con Ávila (como se citó en Baeza, 2010), los síntomas médicamente inexplicables son altamente prevalentes. Representan alrededor del 50% de todas las consultas médicas en atención primaria. En concordancia Feixas et al. (2007) y Florenzano et al. (2002b) mencionan que los problemas de somatización generan un excesivo consumo de recursos de salud a la par que los tratamientos resultan ineficaces o contraproducentes, a su vez Caballero y Caballero (2008) indican que un paciente típico con trastorno de somatización pasa alrededor de una semana hospitalizado, lo que genera un gasto de recursos

sanitarios equivalentes a lo necesario para atender nueve pacientes, siendo en la mayoría de los casos el tratamiento infructuoso.

Dicho lo anterior se deriva un problema para el diagnóstico concreto debido a la tendencia de los trastornos psicopatológicos y médicos, la comorbilidad y la capacidad tanto del especialista como del paciente para reconocer la presencia de los padecimientos psicosomáticos; en concordancia Kirmayer et al. (1993) refieren que el hecho de que un paciente reconozca la influencia de los factores psicológicos en la generación de sus padecimientos establece un reconocimiento mayor de sus trastornos psiquiátricos.

Di Silvestri (1998) menciona la existencia de una serie de confusiones en lo que se refiere a la somatización y denuncia que este trastorno es un desorden psiquiátrico disfrazado en el cual los individuos buscan ayuda médica repetidamente para más tarde ser diagnosticados con un desorden psiquiátrico, siendo así que retoma a Kirmayer para explicar que los síntomas somáticos son una parte prominente de un desorden afectivo donde el síntoma podría ser generalizado o localizado.

Estudios como los de Ried y Hiller (como se citó en Angenendt y Harter, 2015), Lamelo y Figueiredo (2013), González y Landero (2008) sugieren la incidencia de factores biopsicológicos, estresantes, traumáticos, familiares y cognitivos, mientras que Kapfhammer (2001) refiere una tendencia multifactorial.

La presente investigación tuvo como objetivo contribuir al estudio de los factores de riesgo del trastorno de síntomas somáticos a partir de tomar en cuenta diversos elementos como el estrés, afrontamiento, la influencia de factores sociales como los sucesos vitales estresantes, la percepción cognitiva y la personalidad, así como la percepción de crianza y las diferencias entre sexos, para ampliar y corroborar las hipótesis propuestas por diversos autores en un conjunto multifactorial que lleve a la comprensión del fenómeno de estudio.

Por lo cual se realizaron dos etapas de investigación, una de carácter cuantitativo en la cual se determinó la incidencia de los factores de riesgo del TSS, así como la creación de un

modelo de ecuaciones estructurales que permita explicar la relación de los factores de riesgo para corroborar el modelo hipotético, a la par se validaron dos instrumentos para el aporte metodológico de la correspondencia de los criterios actuales para el diagnóstico del trastorno y no solo de los síntomas somáticos, con el fin de priorizar la detección en la atención primaria del padecimiento, evitando la cronificación y consumo de recursos materiales y humanos.

Asimismo, en relación con la etapa cualitativa del estudio se buscó la comprensión mediante la exploración de las experiencias de vida de los participantes, Tavel (2015) indica que deben tomarse en cuenta los factores ambientales y los aspectos psicodinámicos, siendo éstos últimos trascendentales para la comprensión psicológica de la formación sintomática. Röhrlich y Elanjithara (2014) señalaron que los pacientes con síntomas somáticos presentan un deterioro en el funcionamiento primordialmente emocional, derivando la necesidad de valorar la subjetividad presente ante la sintomatología, lo cual solo puede generarse del proceso comprensivo que radica en la escucha de las experiencias y percepciones de los enfermos.

La comprensión multifactorial propone ahondar sobre las diferentes perspectivas explicativas para ofrecer una comprensión más clara del fenómeno que lleve al desarrollo de tratamientos multidisciplinarios a partir de la cooperación y la transdisciplinariedad, ya que al ser un padecimiento psicógeno requiere de un nivel de atención especializada en conjunción con los factores psicosociales, afectivos y cognitivos.

4. Hipótesis

De acuerdo con las expectativas de los posibles resultados de investigación basados en los supuestos teóricos (Florenzano et al. 2002, Freixias et al., 2007, Hyphantis et al, 2013, Novick et al, 2013 y Korostiy, 2013) se propusieron las siguientes hipótesis:

Hi₁. Existe una mayor incidencia de agresividad e introversión y disminución de emociones positivas en la presencia del trastorno de síntomas somáticos en una muestra de adultos del Estado de México.

Hi₂: Los sucesos vitales estresantes considerados como negativos e inesperados inciden en la presencia del trastorno de síntomas somáticos en una muestra de adultos del Estado de México.

Hi₃. Las estrategias de afrontamiento de evitación y auto focalización negativa inciden en la presencia del trastorno de síntomas somáticos en una muestra de adultos del Estado de México.

Hi₄. La sensación de ineficacia, el disgusto consigo mismo y sus circunstancias, y la sensación de culpa y juicio negativo inciden en la presencia del trastorno de síntomas somáticos en una muestra de adultos del Estado de México.

Hi₅. El interés, la orientación y el apoyo de los padres hacia los hijos disminuyen la incidencia de la presencia del trastorno de síntomas somáticos en una muestra de adultos del Estado de México.

Hi₆. La muestra hombres adultos con TSS del Estado de México tienen a presentar un nivel más elevado de agresividad y disminución emocional denotando una tendencia a reaccionar

ante situaciones negativas e inesperadas mediante una auto-focalización negativa, denotando un mayor disgusto con las circunstancias que hacía sí mismos aunado a una percepción de crianza baja en comparación a las mujeres quienes tienen una tendencia a la introversión y disminución emocional actuando de manera evitativa, exhibiendo conductas de ineficacia y culpa, aunado a una percepción de crianza moderada.

Hi₇. La muestra de pacientes con TSS del Estado de México presenta agresividad, introversión y disminución emocional, así como conductas de evitación y auto focalización negativa ante situaciones que consideran como traumáticas e inesperadas, denotando sensaciones de ineficacia, culpa, disgusto consigo mismo y sus circunstancias, aunado a una percepción de crianza baja en comparación con los participantes no clínicos .

5. Objetivos

Objetivo General:

El objetivo de la presente investigación fue predecir la presencia del TSS mediante el análisis de la incidencia que ejercen los rasgos de personalidad, sucesos vitales estresantes, percepción de crianza, los pensamientos automáticos negativos y el afrontamiento del estrés en la presencia del trastorno de síntomas somáticos en adultos del Estado de México, así como la correlación existente entre éstos para la estructuración de un modelo explicativo e identificar aquellas variables psicosociales que discriminan entre pacientes con TSS de aquellos que no cuentan con el diagnóstico.

Objetivos Específicos:

Fase cuantitativa:

- Determinar el nivel de evidencia de confiabilidad y validez del Cuestionario de Experiencias de Síntomas Somáticos de Herzog et al. (2015) y la Escala de Síntomas Somáticos-8 de Gierk et al. (2014) en una muestra mexicana.

- Comparar la presencia de síntomas somáticos en una muestra de participantes no clínicos.
- Comparar el perfil de personalidad en una muestra de pacientes clínicos diagnosticados con TSS y un grupo no clínico.
- Comparar los sucesos vitales estresantes en una muestra de pacientes clínicos diagnosticados con TSS y un grupo no clínico.
- Comparar la percepción de crianza en una muestra de pacientes clínicos diagnosticados con TSS y un grupo no clínico.
- Comparar la presencia de pensamientos automáticos negativos en una muestra de pacientes clínicos diagnosticados con TSS y un grupo no clínico.
- Comparar el afrontamiento del estrés en una muestra de pacientes clínicos diagnosticados con TSS y un grupo no clínico.
- Identificar el grado de asociación entre los rasgos de personalidad, los sucesos vitales estresantes, percepción de la crianza, pensamientos automáticos negativos, afrontamiento del estrés y la presencia del TSS.
- Comparar los sucesos vitales estresantes, rasgos de personalidad, percepción de la crianza, pensamientos automáticos negativos y afrontamiento del estrés en una muestra de pacientes clínicos diagnosticados con TSS de acuerdo con el sexo.
- Proponer un modelo de los factores de riesgo que inciden en el desarrollo del TSS.

Fase cualitativa

- Explorar las experiencias de vida de los pacientes con Trastorno de Síntomas Somáticos para la descripción de la percepción de crianza, los sucesos vitales considerados como estresantes, personalidad, formas de pensamiento y afrontamiento.
- Interpretar la incidencia de los sucesos vitales, la crianza, el afrontamiento, los pensamientos y la personalidad en la constitución de los síntomas somáticos por parte de los pacientes.

- Sintetizar mediante la construcción de categorías y el análisis narrativo las expresiones y diálogos de los participantes, así como la influencia de éstos en la presencia del Trastorno de Síntomas Somáticos.
- Contrastar hipotéticamente los resultados cuantitativos con las construcciones provenientes de las narrativas de los participantes para el análisis de las relaciones de los diferentes factores y su incidencia con el Trastorno de Síntomas Somáticos.

6. Diseño metodológico

6.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio de carácter mixto, el cual Hernández, Fernández y Baptista (2010) describen que versa en el recolectar, analizar y vincular datos cuantitativos y cualitativos para responder a un planteamiento del problema; lo cual de acuerdo con Cazau (2006) permite el establecer objetivos múltiples de acuerdo a los diferentes procesos, buscando mediante la triangulación una representación más concreta de la realidad.

Hernández et al. (2010) refieren la existencia de diferentes modalidades de diseño mixtos, entre los cuales la presente investigación siguió uno por etapas el cual conlleva la aplicación dentro de la investigación de un primer enfoque y luego el otro de forma independiente o no, siguiendo en cada etapa las técnicas correspondientes a cada uno de ellos; con la idea de contrastar los resultados cuantitativos y cualitativos, buscando la convergencia e interrelación de los resultados.

Para la etapa cuantitativa se utilizó un diseño no experimental, transversal, de casos y controles, de tipo explicativo el cual de acuerdo con Hernández et al. (2010) mencionan que está dirigido a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales, es decir intenta explicar el por qué ocurre un fenómeno y las condiciones en las que se manifiesta y se relacionan dos o más variables; a la par es no experimental debido a que no existirá manipulación alguna sobre las variables y siguiendo a Eyssautier (2006), se considera un estudio seccional o transversal debido a que solo se obtendrá la información en un determinado periodo.

En el caso de la etapa cualitativa se siguió un estudio de carácter narrativo descrito por Hernández et al. (2006) como un método de recolección de datos sobre las historias de vida, pasajes, acontecimientos, el ambiente, los hechos, experiencias, interacciones y secuencia de eventos y resultados de ciertas personas para describirlas y analizarlas.

Para finalizar se efectuó un proceso de triangulación el cual consiste en la contrastación de los resultados obtenidos para cada etapa, de acuerdo con Jick (como se citó en Hernández et al., 2010) la idea es que una hipótesis o resultado sobreviva al proceso de confrontación de distintos métodos para asegurar un mayor grado de validez.

6.2 Muestra

Muestra: Método de muestreo

Se utilizó una muestra de carácter no probabilística intencional, debido a que la elección de los elementos que conforman parte del estudio no depende de la probabilidad, sino se determinan a partir del criterio del investigador o del proceso (Bijarro, 2007).

De acuerdo con Cazau (2006), los muestreos no probabilísticos son válidos de acuerdo a los requerimientos del diseño de investigación, tomando en cuenta que los resultados serán generalizables a la muestra en sí o similares, pero no a una población; a la par se considera intencional debido a que el investigador selecciona los elementos que a su juicio sean representativos, siendo necesario un conocimiento previo de las características de la muestra o población a investigar, para la determinación de las características y categorías pertinentes en los participantes a estudiar.

Tamaño de muestra

La muestra estuvo compuesta por 201 participantes integrados en dos grupos; 111 (43 hombres y 68 mujeres) pacientes diagnosticados en instituciones públicas y privadas del Estado de México con trastorno de síntomas somáticos tomando como base los criterios diagnósticos del DSM-5 y 90 (38 hombres y 52 mujeres) participantes sin diagnóstico clínico del trastorno. El rango de edad de la muestra fue comprendido entre los 18 a 55 años con una media de 24 ± 7 , de los cuales 81 son hombres y 120 mujeres.

Para la fase cualitativa se eligieron 6 (3 hombres y 3 mujeres) participantes con diagnóstico de TSS con una edad que comprende de los 43 años a los 54; a los que se les aplicó una entrevista a profundidad, la muestra fue elegida de manera voluntaria, previo consentimiento informado, siguiendo un muestreo teórico que de acuerdo con Galeano (2004) se define como la selección argumentada de los participantes, escenarios y tiempos que harán parte de la muestra a partir de criterios de representatividad cualitativa en relación a los propósitos de la investigación. En concordancia Barbour (2007) sostiene que éste determina la definición de las dimensiones pertinentes para dar lugar a experiencias y percepciones diferentes que permitan la selección de los participantes y que implica según Ruíz (2012) el desarrollo de conceptos y categorías que no acaba hasta llegar a la saturación, que depende de la cantidad de personas y sesiones necesarias para alcanzar la saturación.

a) Selección de la muestra

I. Pacientes Clínicos

1. Se realizó la selección de la muestra a través de entrevistas a los pacientes que acudieron al servicio de psicología o los referidos por medicina, psiquiatría o psicología, u otras especialidades de la misma o diferente clínica a través de interconsulta en instituciones públicas o privadas.
2. Se revisó el expediente clínico para verificar la presencia de enfermedades y sintomatología o, en su caso, se realizó la historia clínica en virtud de identificar los antecedentes patológicos y psiquiátricos.
3. Se realizó una valoración previa a través de la entrevista y se revisó el diagnóstico por el cual fue enviado el paciente.
4. Se explicó al paciente el estudio y se explicó la normatividad ética, así como los alcances y los objetivos, para su participación previo consentimiento.
5. Se aplicaron las pruebas de manera individual pidiéndole al participante que conteste cada una de acuerdo con las instrucciones dadas.

II. Participantes No Clínicos

1. Se acudió a instituciones educativas y laborales para solicitar el permiso a la autoridad competente a cargo para la realización de una serie de entrevistas y la aplicación de los cuestionarios.
2. Una vez obtenido el permiso se seleccionaron los grupos a evaluar.
3. Se explicó el objetivo del estudio y la normatividad ética, así como los alcances y los objetivos, para su participación previo consentimiento.
4. Se aplicaron los instrumentos para concluir la valoración.
5. Se aplicaron las pruebas de manera individual o grupal pidiéndole al participante que contestara cada una de acuerdo a las instrucciones dadas.

6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Para lograr los objetivos del presente estudio se establecieron los siguientes criterios de pertenencia:

a) Pacientes clínicos:

- Pacientes que soliciten tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico en una institución de salud pública o privada del Estado de México.

Criterios de inclusión:

- 1) Pacientes provenientes de la consulta pública o privada médica, psiquiátrica o psicológica.
- 2) Con presencia de síntomas psicósomáticos.
- 3) Aceptación en el estudio con previa carta de consentimiento.
- 4) Escolaridad mínima secundaria (que sepan leer y escribir)

Criterios de exclusión

- 1) Diagnosticado con enfermedades médicas y ausencia de síntomas somáticos.

Criterios de eliminación

- 1) Paciente que no participe en la totalidad del estudio.

b) Participantes no clínicos

Criterios de inclusión:

- 1) Participantes voluntarios que no se encuentren en tratamiento psiquiátrico o psicológico.
- 2) Con ausencia del trastorno de síntomas somáticos.
- 3) Aceptación en el estudio con previa carta de consentimiento.
- 4) Escolaridad mínima secundaria (que sepan leer y escribir)

Criterios de exclusión

- 1) Participantes diagnosticados con trastorno de síntomas somáticos.

Criterios de eliminación

- 1) Paciente que no participe en la totalidad del estudio.

6.4 Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICO
PRESENCIA O AUSENCIA DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS	<p>A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.</p> <p>B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas. 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas. 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud. <p>C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses). (APA, 2014)</p>	<p>Herzog et al. (2015) Cuestionario de Experiencias Somáticas</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Preocupación por la salud b) Experiencias de la enfermedad c) Problemas en la interacción con médicos d) Consecuencias de la enfermedad <p>Gierk et al. (2014) Escala de síntomas somáticos-8</p> <p>Aspectos sintomáticos seguidos de la propuesta del DSM 5 contiene 8 reactivos</p>	Cualitativo Dicotómica	Nominal	Frecuencias y Porcentajes
PERCEPCIÓN DE LA CRIANZA	Percepción de los hijos respecto a la responsabilidad asumida por los padres en su crecimiento físico, desarrollo emocional y social (Arranz, 2004).	<p>Rodríguez, Oudhof, González Arratia y Unikel, (2011). Escala de Percepción de la Crianza.</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Interés en las actividades de los hijos. b) Apoyo a los hijos. c) Orientación al hijo. 	Cuantitativa	Intervalar	Frecuencias y Porcentajes T de Student

PERSONALIDAD	Es la organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente (Allport como se citó en Cloninger, 2006).	<p>Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota -2 Forma Reestructurada (MMPI-2 RF) Ben-Porath y Tellegen (como se citó en Gómez-Maqueo, 2015)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escalas de validez 2. Escalas de orden superior 3. Escalas clínicas reestructuradas 4. Escalas de problemas específicos <ol style="list-style-type: none"> a) Escalas de problemas somáticos/cognitivos b) Escalas de problemas internalizados c) Escalas de problemas externalizados d) Escalas de problemas interpersonales e) Escalas de intereses específicos f) Cinco escalas de psicopatología de la personalidad 	Cuantitativa	Intervalar	Frecuencias y Porcentajes T de Student ANOVA
PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS	Distorsiones o preconcepciones del pensamiento que afectan el desarrollo socioemocional de un individuo (Mera et al. 2012).	<p>Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-30). Mera, Hernández, Gómez, Ramírez, y Mata (2012).</p> <p>Contiene tres factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disgusto consigo mismo y con su circunstancia (15 reactivos) 2. Culpa y sentirse juzgado negativamente por otros (7 reactivos) 3. Sensación de ineficacia (8 reactivos) 	Cuantitativa	Intervalar	Frecuencias y Porcentajes T de Student
SUCESOS VITALES ESTRESANTES	Acontecimientos vitales que son fenómenos que inducen reacciones fisiológicas y/o psicológicas (Sandín y Chorot, como se citó en Oblitas, 2000).	<p>Sucesos vitales estresantes (SV). Sandín y Chorot (Veytia, González-Arratia, Andrade y Oudhof, 2012).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escolares, 2. Pareja, 3. Familia, 4. Social, 5. Salud, 6. Recursos económicos. 	Cuantitativa	Intervalar	Frecuencias y Porcentajes T de Student

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS	Esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza el individuo para hacer frente al estrés (Sandín como se citó en González y Landero, 2007)	Cuestionario de afrontamiento del estrés. Sandín y Chorot y validado por González y Landero (2007). 1. Afrontamiento racional 2. Afrontamiento emocional	Cuantitativa	Intervalar	Frecuencias y Porcentajes T de Student
SEXO	Conjunto de características biológicas manifiestas en varones y mujeres, vinculadas a los roles reproductores, perdurables en el tiempo y físicamente diferencian a hombres y mujeres. (Díaz, s/a).	Hombres Mujeres	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Frecuencias y Porcentajes T de Student

6.5 Instrumentación

a) Fase cuantitativa

Cuestionario de Experiencias de Síntomas Somáticos: Creado por Herzog et al. (2015) en Alemania cuyo objetivo se centra en evaluar una amplia gama de factores psicológicos y características interactivas pertinentes a los pacientes con un trastorno somatomorfo o trastorno de síntomas somáticos siguiendo el desarrollo del DSM 5, consta de 15 reactivos, divididos en cuatro factores: preocupación por la salud, experiencias de la enfermedad, problemas en la interacción con médicos y consecuencias de la enfermedad con una escala de respuesta tipo Likert con 6 opciones que va desde nunca, muy raramente, raramente, a menudo, muy a menudo, hasta siempre y dos reactivos (11 y 15) que recopilan información de apoyo; con un alfa reportada de .74 - .86, de la que se realizaron estudios para aportar evidencias hacia su validez (ver Anexo 6).

Escala de Síntomas Somáticos -8: Creada por Gierk et al. (2014) en Alemania es una escala breve retomada del *Patient Health Questionary*; fue desarrollada para evaluar los criterios sintomáticos con la propuesta del DSM 5. Contiene 8 reactivos en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (para nada, un poco, algo, bastante y mucho) y un alfa reportada de 0.81, de la cual se aporta evidencias de su validez (ver Anexo 7) dentro de la investigación.

Escala de Percepción de la Crianza: elaborada en México por Rodríguez, Oudhof, González Arratia, y Unikel (2011) y consta de 32 reactivos con respuestas tipo Likert con cinco opciones de respuesta que va desde nunca a siempre, basado en el Cuestionario de Tareas de Crianza para padres de Rink y Knot-Dickscheit. Se encuentra estructurado en tres factores: a) Factor de interés en las actividades del hijo consta de 16 reactivos con un Alfa de Cronbach 0.93, b) Factor apoyo hacia el hijo con 6 aseveraciones y un Alfa de Cronbach 0.85, y el c) Factor orientación hacia los hijos constituido por 10 ítems y un Alfa de Cronbach 0.75, explicando una varianza del 41% con un Alfa de Cronbach total de 0.914.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 Forma Reestructurada (MMPI-2 RF): es una prueba psicométrica creada por Ben-Porath y Tellegen, versión adaptada a México por Gómez-Maqueo (2015), la cual consta de 338 reactivos que estructuran 51 escalas, estructuradas en cuatro perfiles, con un tipo de respuesta dicotómica (verdadero y falso) (ver Tabla 4).

En cuanto a la confiabilidad y validez, se realizó un estudio en donde se compararon y correlacionaron las puntuaciones de las escalas obtenidas del MMPI-2 y el MMPI-2 RF, definiendo que éstas son intercambiables y complementarias, así mismo, se obtuvieron coeficientes de confiabilidad y errores estándar y se procedió a hacer un estimado de confiabilidad test-retest cuyos puntajes oscilan de 0.40 a 0.90, y un alfa interna de 0.20-0.89 para la muestra normativa (Arenas y Martínez, 2015).

Tabla 4.

Escalas MMPI-2 RF

<p>1. ESCALAS DE VALIDEZ: evalúa la inconsistencia de respuestas ya sea variables o de forma fija que utiliza el sujeto para contestar, así como aquellas respuestas infrecuentes en la población en general, psiquiátrica; la inconsistencia de síntomas, el sobrerreporte, la pretensión y la validez de adaptación-declaración asociada al subreporte.</p>
<p>2. ESCALAS DE ORDEN SUPERIOR: evalúa el nivel de alteración emocional, del pensamiento y la conducta asociados a problemas del estado de ánimo, los trastornos del pensamiento y el bajo control de impulsos.</p>
<p>3. ESCALAS CLÍNICAS REESTRUCTURADAS: contempla la presencia de escalas que valoran el nivel de desmoralización de la personal, así como las quejas somáticas y la presencia de emociones positivas y negativas, conductas antisociales, cinismo, creencias y experiencias aberrantes y la sobreactivación.</p>
<p>4. ESCALAS DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</p> <p>Escalas de problemas somáticos/cognitivos: se concentra en identificar la percepción de malestar o salud del sujeto, asociado a las quejas gastrointestinales, de dolor de cabeza, neurológicas y cognitivas presentes.</p> <p>Escalas de problemas internalizados: evalúa la presencia de la ideación suicida, sensaciones de desesperanza, desconfianza de sí mismo, percepción de ineficacia y síntomas ansiosos que pueden limitar la conducta o desarrollar sensaciones de frustración e impulsividad.</p> <p>Escalas de problemas externalizados: se centra en identificar antecedentes de problemas conductuales infanto-juveniles, abuso de sustancias, violencia y periodos de euforia.</p>

Tabla 4.

Escalas MMPI-2 RF (continuación)

Escalas de problemas interpersonales: evalúa los conflictos familiares, la falta de asertividad y evasión social, así como el desapego y la inhibición social.

Escalas de intereses específicos: identifica si la persona presenta intereses estéticos-literarios o físico-mecánicos.

Cinco escalas de psicopatología de la personalidad: identifica cinco rasgos de personalidad preponderantes que son agresividad, psicoticismo, impulsividad, neuroticismo (emocionalidad negativa) e introversión (disminución de emociones positivas).

Sucesos Vitales Estresantes (SV): es un cuestionario elaborado por Sandín y Chorot en España en 1999 que tiene como objetivo evaluar los sucesos estresantes según la percepción que la persona tiene en relación a cada evento particular, así como el grado de estrés que le genera. Incluye 60 reactivos divididos en seis dimensiones: escolar, pareja, familia, social, salud y recursos económicos en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta de acuerdo al nivel de preocupación que va desde nada a muchísimo, y dos cuestionamientos dicotómicos en relación a la evaluación del suceso (positivo, negativo) y la aparición del suceso (esperado, inesperado) con un alfa de 0.84 y una varianza explicada de 55% para México (Veytia, González-Arratia, Andrade y Oudhof, 2012).

Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-30): De acuerdo con Mera, Hernández, Gómez, Ramírez y Mata (2012), es un instrumento creado por Hollond y Kendall en 1980 en Estados Unidos el cual consta de 30 reactivos con cinco opciones de respuesta que van desde “para nada” hasta “todo el tiempo”, estructurados en tres factores: 1) disgusto consigo mismo y con su circunstancia (15 reactivos), 2) sensación de culpa y juicio negativo de otros hacia su persona (7 ítems) y 3) sensación de ineficacia (8 aseveraciones), con una alfa reportada de 0.95 y una varianza explicada de 52.45% para población mexicana.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés: Propuesto por Sandín y Chorot en España en el 2003, constando de siete dimensiones que componen dos factores (afrentamiento racional y emocional), con una escala de respuesta de tipo Likert de cinco opciones que va de nunca a siempre, validado en una muestra mexicana por González y Landero (2007), los cuales

proponen una versión reducida de 21 reactivos de acuerdo a los ítems que conservaron el mayor peso factorial con un alfa de 0,78 para el primer factor afrontamiento y 0,71 para el segundo, mientras que para las subescalas varía de 0,64 a 0,87, incluyendo cuatro para el tipo racional: búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva, focalización en la solución del problema y religión con una varianza explicada para el primer factor de 40% y para el segundo de 60% con tres subescalas: expresión emocional abierta, autofocalización negativa y evitación (González y Landero, 2007).

b) Fase cualitativa

Entrevista a Profundidad: Descrita por Vargas (2007) como una entrevista con una duración superior a una hora, la cual se centra en identificar contenidos de fondo y complejos; de acuerdo con Álvarez-Gayou (2009) busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, desmesurando el significado de sus experiencias.

Para el presente estudio se estructuró una guía de preguntas estímulo basadas en las categorías previamente definidas para la fase cuantitativa (personalidad, crianza, afrontamiento, pensamientos automáticos, sucesos vitales y síntomas somáticos), considerando para el análisis y revisión los datos obtenidos en la primera etapa de la investigación.

Las categorías de análisis se seleccionaron de acuerdo con los factores incidentes identificados por los análisis estadísticos basados en los criterios teóricos que se desprenden del modelo hipotético y el de ecuaciones estructurales, así como de las comparaciones entre los pacientes clínicos y no clínicos.

Una vez realizados los cuestionamientos pasaron a revisión de jueces para la validación de la guía, por lo cual se procedió a enviar el documento a tres expertos del tema para la obtención de información relativa a su consistencia, 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 y del fenómeno a estudiar; garantizando la relación de las preguntas de acuerdo a los resultados de la primera etapa y de pertinencia con el tema de investigación.

6.6 Recolección de datos

La recolección de datos se realizó a partir de los instrumentos señalados en el apartado de instrumentación durante el periodo 2016 a 2018, mediante la identificación de los casos clínicos a través de la valoración médica, psiquiátrica y psicológica de los pacientes con TSS en instituciones clínicas públicas y privadas. Los participantes fueron seleccionados a partir de instituciones públicas previa valoración de la ausencia de la sintomatología psicopatológica.

a) Aplicación

I. Aplicación de Instrumentos Psicométricos

1. Se aplicaron los instrumentos en el caso de los pacientes clínicos de manera individual en un promedio de dos sesiones, mientras que para los participantes no clínicos se realizó de manera grupal.
2. Se aplicó la Escala de Síntomas Somáticos-8 (SSS-8) o Cuestionario de Experiencias de Síntomas Somáticos con el fin de identificar la presencia del trastorno psicósomático en el paciente, y el grado en que se presenta, para lo cual se descartaron los pacientes que obtuvieron un puntaje sub-clínico.
3. Los pacientes de manera posterior contestaron la Escala de Percepción de Crianza para ambos padres, se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada en su Revisión Mexicana; el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, Sucesos Vitales Estresantes, Pensamientos Automáticos Negativos. Dicha aplicación duró entre tres y cuatro sesiones de acorde con la velocidad de respuesta, disposición y tiempo del participante.

II. Entrevista a Profundidad

1. Una vez realizados los estudios anteriores y ubicada la muestra de pacientes, se realizaron entrevistas a profundidad a seis integrantes de la muestra de los pacientes clínicos con TSS, enfocados en la percepción de los síntomas psicossomáticos a lo largo de su vida, sus sucesos precipitantes, la afección, sus sentimientos, emociones, pensamiento, su crianza y formas de afrontamiento, a la par de las implicaciones para su vida. Se realizó la grabación de las dos sesiones con previa autorización de los participantes, las cuales tuvieron una duración aproximada de 50 minutos.

6.7 Análisis de datos

Fase cuantitativa:

Para los datos cuantitativos se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows versión 24.0, en primer término, se realizó un análisis descriptivo de los datos para identificar las características de la muestra y de los instrumentos para obtener frecuencias, medias, desviaciones estándar y porcentajes, así mismo se determinaron la distribución de grupos, características generales y de los grupos en relación a sexo, edad y nivel académico.

De manera posterior se ejecutó un análisis de comparación de medias para las muestras con la prueba t de Student para observar si existen diferencias entre los grupos en caso de realizar comparaciones por condición clínica, de acuerdo a la cantidad de los participantes; se analizaron los indicadores de los perfiles del MMPI-2 RF, ATQ, CAE, Percepción de Crianza entre los grupos, asimismo se realizó una comparación por sexo. A la par una vez determinadas las diferencias se realizó análisis de regresión logística mediante el método hacia atrás de Wald con el objetivo de determinar la relación entre las variables e identificar cuáles son las predictoras.

Por último, se construyó un Modelo de Ecuaciones Estructurales (Structural Equation Modeling, SEM), mediante al Programa AMOS del SPSS (Analysis of Moment Structures) creado por Arbuckle (como se citó en Ruíz, Pardo y San Martín, 2010), el cual permite examinar de manera simultánea las relaciones de dependencia existentes entre las variables, incluyendo las latentes.

Fase cualitativa:

Tomando en cuenta los resultados de la fase cuantitativa se estructuraron categorías de análisis derivadas del marco teórico y se examinaron los resultados determinando la relación de las variables y los datos más significativos para elaborar preguntas estímulos para la realización de las entrevistas a profundidad.

Una vez realizadas las entrevistas a profundidad se realizó la transcripción de la información obtenida, así como al registro de los titubeos, silencios, cambios de grupo y datos no verbales en el programa Microsoft Word 2016, para proceder al análisis del material verbal y expresivo desde el punto de vista psicológico y psicosocial mediante un método narrativo.

Concluido lo anterior se identificaron similitudes y diferencias, para de manera posterior clasificar los datos y valorar la pertinencia realizando esquemas interpretativos y proceder a la realización de conclusiones basadas en los indicadores y de manera general. Finalmente se realizó una triangulación de los datos cualitativos y cuantitativos para explicar la relación de las variables tomando como eje el modelo de ecuaciones estructurales.

6.8 Aspectos éticos

La colaboración de los participantes dentro del estudio se realizó previa autorización firmada por escrito por parte del paciente sin coacción ni limitación de los servicios de salud que la institución le ofrece. Así mismo se vigilaron el anonimato y resguardo de los datos según las consideraciones éticas y la normatividad institucional.

De acuerdo a las características de la presente investigación y siguiendo los indicativos para la participación de seres humanos, los lineamientos del estudio se apegaron a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2001) y la Ley General de Salud (2014) mexicana en su artículo 100 y su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, las cuales indican que los individuos que formen parte de un proyecto de investigación deberán ser participantes voluntarios previamente informados de la metodología y los objetivos del estudio, así como gozan de la plena libertad para decidir retirarse en cualquier momento de la investigación sin represalia alguna.

La participación de dentro del estudio se realizó previa autorización firmada por escrito por parte del paciente/participante y en caso de ser requerida de la institución o autoridad pertinente (en caso de pacientes clínicos de la institución de salud o del profesional responsable), asegurando que no existió ninguna coacción ni limitación de los servicios de salud por la negativa de participación en el estudio, asimismo, se mantuvo el anonimato resguardando los datos siguiendo los lineamientos bioéticos, las normas profesionales, institucionales y el respeto a la integridad de la persona.

En caso del proceso de intervención al ser un estudio de corte no experimental no existen técnicas, ni métodos que se consideren invasivos o que puedan impactar de manera negativa para la integridad del participante y por tanto no implican la necesidad de alguna intervención terapéutica, por lo que no se expone a la persona a riesgo alguna, sin embargo, en caso de existir o detectar la existencia de una anomalía o dificultad se notificará al especialista o autoridad bajo el cual se encuentre a cargo a fin de que sea resuelta previa autorización.

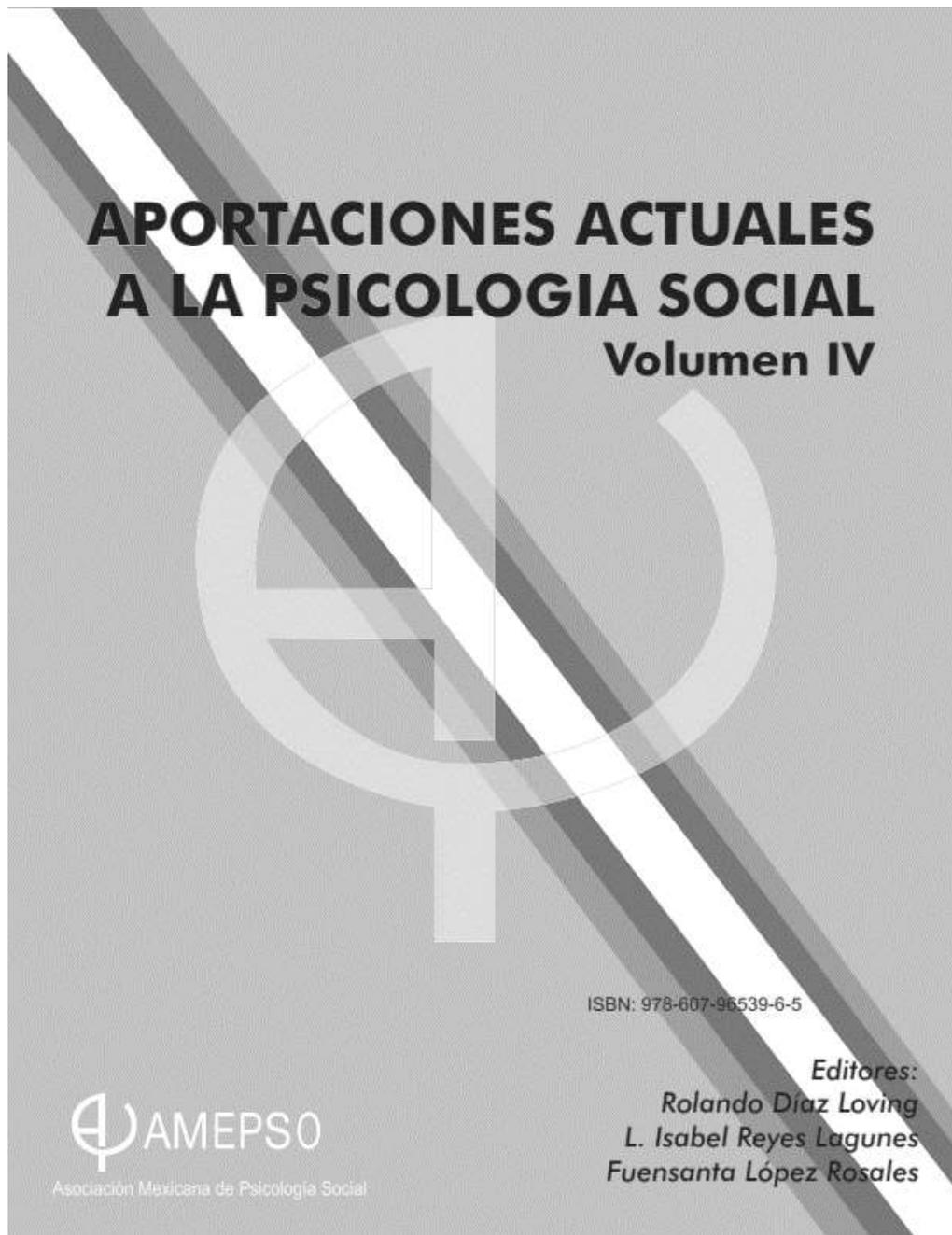
Para la parte cualitativa (entrevista a profundidad) se informó a los candidatos de manera previa sobre las condiciones en las que se realizó, incluyendo los aparatos a utilizar (grabaciones, cintas, videograbadoras) con el objetivo de que autorizará su participación indicando que su utilización sería para la sistematización de datos y el resguardo para los fines de investigación.

7. Resultados

7.1 Capítulo de libro aceptado y publicado

7.1.1 Variables psicológicas en hombres y mujeres con y sin Trastorno de Síntomas Somáticos

7.1.2 Página frontal



7.1.3 Carta de aceptación



XVII Congreso Mexicano de Psicología Social
IX Congreso Internacional de Relaciones Personales
VI Congreso Latinoamericano de Psicología Transcultural

México, Cd. Mex., marzo de 2018

Germán Benito Bernáldez Jaimes, Johannes Oudhof van Barneveld, Erika Robles Estrada y Alejandra del Carmen Dóminguez Espinosa

PRESENTE (S)

Estimado(s) colega(s):

Después de haber revisado su aportación intitulada:

Variabes psicológicas en hombres y mujeres con y sin trastorno de síntomas somáticos

el Comité Científico ha aprobado su propuesta como

Parte de un Simposio

Así mismo, le informamos que el comité le anexa recomendaciones para ser incluidas en la versión final de su trabajo, el cual deberá enviar al correo (sofiar1@me.com) con fecha límite de 13 de abril de 2018.

Como es práctica común en los Congresos Internacionales, es requisito indispensable que, para su inclusión final en el programa y en el libro:

Aportaciones Actuales de la Psicología Social, Volumen IV

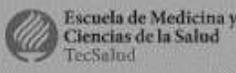
que será publicado, envíe copia del recibo de inscripción del primer autor al correo electrónico: sofiar1@me.com.

Sin más por el momento, aprovechamos la oportunidad para saludarlo y desearle un fructífero congreso.

ATENTAMENTE
COMITÉ CIENTÍFICO


Dr. Rolando Díaz Loving
PRESIDENTE DEL
COMITÉ CIENTÍFICO


Isabel Reyes Lagunes
SECRETARIA GENERAL DEL
COMITÉ CIENTÍFICO


Escuela de Medicina y
Ciencias de la Salud
TecSalud


Ψ


FaPsi
FACULTAD DE PSICOLOGÍA


UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN


Facultad
de Psicología

www.ameps.org
22, 23 y 24 de Agosto de 2018 Monterrey, Nuevo León, México

7.1.4 Resumen

El trastorno de síntomas somáticas (TSS) se refiere a una psicopatología de carácter psicológico psiquiátrico que consiste en la presencia de múltiples malestares de carácter fisiológico acompañados de preocupaciones reiteradas por la salud, las cuales implican un malestar a nivel psicosocial. Los estudios sobre el trastorno sugieren una etiología poco clara derivada de las diferentes afecciones y formas sintomáticas en las que se presenta. La presente investigación tiene como objetivo el comparar el perfil de personalidad, pensamientos automáticos negativos y las formas de afrontamiento de pacientes con TSS y sin trastorno, así como las diferencias por sexo, mediante el desarrollo de un estudio de carácter cuantitativo. Los resultados indican la existencia de diferencias significativas en relación a la asunción de pensamientos relacionados a la culpa, la ineficacia y el disgusto consigo mismo, a la par de denotar un afrontamiento emocional acompañado de emociones negativas en pacientes con TSS. A la par se sugiere el desarrollo de estrategias de reevaluación positiva como mecanismos de afrontamiento ante las circunstancias consideradas como traumáticas.

VARIABLES PSICOLÓGICAS EN HOMBRES Y MUJERES CON Y SIN TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Germán Benito Bernáldez Jaimes*,
Johannes Oudhof van Barneveld*, Erika Robles Estrada*
y Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa**

**Universidad Autónoma del Estado de México;*

***Universidad Iberoamericana*

El proceso salud-enfermedad implica el análisis del entorno biopsicosocial del individuo, puesto que las psicopatologías se gestan a partir de la ruptura del equilibrio en una o varias de las esferas de desarrollo, creando un malestar significativo en la vida y cuyas consecuencias generan un daño en la capacidad de adaptación. En particular el trastorno de síntomas somáticos se caracteriza por la presencia de uno o más de ellos que causan problemas significativos en la vida diaria de la persona que lo padece, además de estar relacionados con una serie de pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos asociados a éstos o a preocupaciones relativas a la salud (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014)

La sintomatología somática ha sido objeto de diversas tentativas explicativas en cuanto a su etiología, destacando la existencia de un fenómeno de carácter psíquico-emocional que es representado en el cuerpo del sujeto en forma de

síntoma (Pedreira & Menéndez, 1981); a la par se han asociado factores como la violencia (Lamela & Figueiredo, 2013), el nivel socioeconómico (Elgar et al., 2013), el clima social (Uribe, Patlán & García, 2015), las situaciones traumáticas (Rodríguez, Fernández & Bayón, 2005) y el neuroticismo (APA, 2014), lo cual le da al trastorno un carácter multicausal.

Las estimaciones en cuanto a la prevalencia del trastorno psicossomático varían de acuerdo a las pautas diagnósticas; al respecto Baeza et al. (2011) indican que varía del 2% a más del 50%, según el tipo de criterios y enfoques utilizados para el diagnóstico, mientras que la APA (2014) estima presencia de un 5% a 7% en la población adulta. Aunado a ello Veloz y Lorenzo (2016) señalan que los estudios relativos al Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS) son escasos, sin embargo, refieren un acuerdo relativo a la presencia de variables relativas a los procesos psíquicos y las configuraciones de la personalidad como elementos explicativos. Asimismo, señalan que las emociones negativas ligadas a creencias irracionales producen síntomas y enfermedades, denotando que el síntoma somático debe rastrearse en los elementos que caracterizan de manera afectiva y cognitiva a los pacientes.

En relación a lo anterior, a nivel cognitivo Freixias, Cipriano y Varlotta (2007) indican que los puntajes de síntomas somáticos tienden a elevarse en las personas que presentan dilemas implicativos provocando un conflicto mental, de tal forma que el análisis de la estructuración y tipos de creencias ha sido ligado al TSS. La presencia de distorsiones o preconcepciones cognitivas que afectan el desarrollo socioemocional de un individuo es denominada como pensamientos automáticos (Mera, Hernández, Gómez, Ramírez & Mata, 2012). En concordancia Woud, Zhang, Becker, Zlomuzica y Margraf (2016) refieren las interpretaciones catastróficas como predictores de nuevos inicios de trastornos somatomorfos y/o síntomas somáticos, mientras que Veloz y Lorenzo (2016) indican que los pacientes somáticos amplifican sus síntomas, lo cual puede ser ligado a características neurofisiológicas, estrategias cognitivas, factores socioculturales, patologías e incluso atributos de la personalidad.

La relación entre lo psicosomático y la personalidad implica el análisis de los comportamientos y formas de actuar cotidianas de los individuos; de acuerdo a Berrocal, Fava y Sonino (2016) ésta ha sido considerada como un factor de vulnerabilidad en distintos tipos de enfermedades psicosomáticas. Al ser definida como la organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente (Allport como se citó en Cloninger, 2006), se establece una tendencia continua que presenta una respuesta común ante las reacciones del mundo exterior, de forma que la conducta anormal de enfermedad se ha definido como una expresión de factores predisponentes de personalidad (Berrocal, Fava & Sonino, 2016). De acuerdo a Gimenez, González, Vidal y Daniel (2010) una personalidad somatizante es aquella caracterizada por largos antecedentes de muchos síntomas físicos sin anormalidades serias, acompañadas por un miedo persistente a la enfermedad y una convicción sobre su presencia.

Dado que la personalidad implica una serie de factores intrínsecos, Urquijo, Andrés, del Valle y Rodríguez-Carbajal (2015) señalan que ésta varía en función del sexo de los individuos; a saber, Kroenke y Spitzer (1998) señalan que el éste es el factor demográfico más importante en la presencia de síntomas somáticos, siendo mayor en mujeres estadounidenses. Asimismo, Lacey et al. (2014) añaden al estudio de la personalidad la relación entre el neuroticismo y la enfermedad psicosomática, mientras que Kealy, Tsai y Ogradniczuk (2016) indican una relación positiva entre la presencia de los síntomas somáticos y el narcisismo disfuncional; para las mujeres se señala una relación de vulnerabilidad, pero no de grandiosidad y para el caso de los hombres de manera contraria.

En este sentido Saiz, Rodríguez, García, Prieto y Saiz-Ruiz (2009) aportan la presencia de diferencias significativas en la presencia de síntomas somáticos entre varones y mujeres, comorbidas a la depresión, siendo más frecuentes en ellas. Asimismo, Jeon et al. (2016) reportan diferencias por sexo en la presencia de síntomas somáticos asociados al intento suicida primordialmente en mujeres coreanas, de los cuales el dolor de pecho fue el síntoma más significativo como predictor en hombres y el dolor severo del cuello en hombres y mujeres. Sin

embargo, Kose, Subasi, Benk, Akin, y Sayar (2017) no refieren diferencias significativas en la presencia de síntomas somáticos por sexo en una investigación realizada en Turquía.

Gili et al. (2015) realizaron un estudio en España donde señalan que la composición por sexos entre los dos grupos (con trastorno de somatización *vs* sin somatización) difiere de forma significativa, denotando la elevación de síntomas para los pacientes con diagnóstico y una mayor proporción en mujeres, en especial las del grupo de somatización. En concordancia Herzog et al. (2015) indican que los pacientes con trastorno somatomorfo tienen altas puntuaciones en comparación con pacientes con otros trastornos (depresión y ansiedad) de manera significativa en una muestra alemana.

La forma de interpretar el entorno implica una serie de referencias que involucran factores como la autopercepción, el apoyo social, estrés, el cansancio emocional y la presencia de síntomas ansioso-depresivos que explican la intensidad y la presencia de los síntomas somáticos primordialmente en mujeres mexicanas (González & Landero, 2004, 2008; González, Landero & García-Campayo, 2009). En concordancia Jeon et al. (2016) indica que las mujeres con trastorno depresivo mayor suelen presentar una mayor cantidad de síntomas somáticos, a la par Malfiet et al. (2015) indican que el apoyo emocional en situaciones de problemas es una diferencia entre la presencia de síntomas de dolor entre hombres y mujeres. En conclusión, los estudios mencionados expresan la existencia de diferencias entre hombres y mujeres con síntomas somáticos.

De acuerdo a lo anterior existen diversos estudios como los señalados que indican la relación entre factores como personalidad, emociones, pensamientos y el sexo con la presencia de síntomas somáticos, sin embargo, existen pocos estudios sobre el TSS y son aún más escasos los realizados en México. Es por eso que esta investigación tuvo como objetivo comparar el perfil de personalidad, la presencia de pensamientos automáticos y las formas de afrontamiento de los pacientes diagnosticados con TSS y participantes sin el trastorno, así como las diferencias existentes por sexo.

La presente investigación pretende analizar la preponderancia del sexo como factor diferencial de la presencia de los síntomas somáticos como lo señalan Kroenke et al. (1998), así como también la existencia de diferencias entre las características de personalidad, pensamientos automáticos y afrontamiento del estrés con una preponderancia de síntomas depresivos y catastróficos en mujeres (Gili et al., 2015; Jeon et al., 2016). A la par se esperará encontrar entre pacientes con y sin TSS diferencias entre las características de personalidad en particular el neuroticismo y narcisismo en la somatización, la presencia de estrés y la incapacidad para modularlo, así como el actuar implosivo y emocional derivado de la presencia de alteraciones cognitivas tal como lo señalan Freixias et al. (2007) y Woud et al. (2016) en la tendencia a valorar el futuro como catastrófico y la incapacidad para la toma de decisiones en los pacientes clínicos.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 201 participantes con una edad promedio de 24 ± 7 años en un rango de 18 a 55 años, de los cuales 81 hombres y 120 mujeres, éstos fueron seleccionados mediante un muestro no probabilístico por conveniencia. Los participantes estuvieron divididos en dos grupos, los primeros diagnosticados por las áreas de psiquiatría, psicología y medicina con Trastorno de Síntomas Somáticos provenientes de instituciones públicas/privadas y consultorios de salud mental en el Estado de México ($n=111$, 43 hombres y 68 mujeres). El segundo grupo fueron participantes de instituciones de educación públicas y privadas ($n=90$, 38 hombres y 52 mujeres) sin diagnóstico de TSS. Para ambos casos se aplicaron dos instrumentos para valorar la presencia de los síntomas somáticos (Cuestionario de Experiencias de Síntomas Somáticos y Escala de Síntomas Somáticos 8). La muestra total está compuesta por 82% solteros y 18% casados; el nivel académico de la muestra está conformada por de 30% de básica y media superior, 60% superior y 10% posgrado.

Instrumentos

El Cuestionario de Experiencias de Síntomas Somáticos, creado por Herzog et al. (2015) y tiene como objetivo evaluar una amplia gama de factores psicológicos y características interactivas pertinentes a los pacientes con un trastorno somatomorfo o trastorno de síntomas somáticos; consta de 15 reactivos (13 cerrados y dos que recopilan información de apoyo), estructurados en cuatro factores: preocupación por la salud, experiencias de la enfermedad, problemas en la interacción con médicos y consecuencias de la enfermedad. Diseñado en una escala tipo Likert de 6 opciones de respuesta que son desde nunca, muy rara vez, pocas veces, a menudo, frecuentemente y siempre; con un Alfa de Cronbach reportada de .90.

La Escala de Síntomas Somáticos 8 fue creada por Gierk et al. (2014) es una escala breve retomada del Patient Health Questionari. Es un instrumento unidimensional que consta de 8 reactivos en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (para nada, un poco, algo, bastante y mucho) y un Alfa de Cronbach reportada de 0.81.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada (MMPI2 RF) desarrollado por Ben-Porath y Tellegen (2011), validado y traducido en México por Gómez-Maqueo (2015), consta de 338 reactivos con un tipo de respuesta dicotómica (verdadero y falso) estructurados en 51 escalas que conforman cuatro perfiles. En cuanto a la confiabilidad y validez, se realizó un estudio en donde se compararon y correlacionaron las puntuaciones de las escalas obtenidas del MMPI-2 y el MMPI-2 RF, definiendo que éstas son intercambiables y complementarias; así mismo, se obtuvieron coeficientes de confiabilidad y errores estándar y se procedió a hacer un estimado de confiabilidad test-retest cuyos puntajes oscilan de 0.40 a 0.9, y un alfa interna de 0.34-0.83 para la muestra normativa (Arenas & Martínez, 2015).

El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés validado por González y Landero (2007) se basa en la propuesta por Sandín y Chorot: consta de 7 subescalas que componen dos factores (afrentamiento racional y emocional) constituido por 21

reactivos, con una escala de respuesta de tipo Likert de cinco opciones que va de nunca a siempre, con un alfa de Cronbach de 0,78 para el primer factor afrontamiento y 0,71 para el segundo y una varianza explicada para el primer factor de 40% y para el segundo de 60%.

El Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos es un instrumento creado por Hollond y Kendall y consta de 30 reactivos con cinco opciones de respuesta que van desde “para nada” hasta “todo el tiempo”, estructurados en tres factores: 1) disgusto consigo mismo y con su circunstancia (15 ítems), 2) sensación de culpa y juicio negativo de otros hacia su persona (7 ítems) y 3) sensación de ineficacia (8 ítems), con una alfa reportada de 0.95 y una varianza explicada de 52.45% para población mexicana (Mera et al., 2012).

Procedimiento

La aplicación para los pacientes clínicos se llevó a cabo de forma individual posterior al diagnóstico y previa firma del consentimiento informado, mientras que para los participantes sin el trastorno se realizó de manera grupal bajo la firma del consentimiento, garantizando la colaboración voluntaria y el uso confidencial de la información proporcionada. La valoración tuvo una duración de dos sesiones de 50 minutos aproximadamente.

De manera posterior se realizó la codificación de los datos obtenidos y se procedió al análisis mediante el paquete estadístico SPSS (*Statistics Program for Social Science*) versión 19. Se realizó un análisis de comparación de medias mediante la prueba t de Student para muestras independientes con el objetivo de contrastar las variables de personalidad, pensamientos automáticos y estrategias de afrontamiento al estrés de los grupos con y sin TSS, a la par se utilizó la d de Cohen para determinar el tamaño del efecto de las diferencias encontradas.

RESULTADOS

En la variable pensamientos automáticos negativos se encontraron diferencias significativas en sus tres factores, denotando puntuaciones más altas para los pacientes con TSS. Mientras que en el caso del afrontamiento del estrés la reevaluación positiva y la auto focalización-negativa muestran una significancia menor a 0.05, aunado a ello el tipo de afrontamiento emocional también resultó significativo para los pacientes.

En cuanto al tamaño del efecto se observa que la culpa y la sensación de ineficacia explican un no solapamiento de la muestra al menos en un 33%, mientras que disgusto, reevaluación positiva y el afrontamiento emocional refieren un efecto pequeño según los criterios de Cohen (1988) (ver Tabla 1).

Tabla 1
Comparación de medias de pensamientos automáticos negativos y afrontamiento del estrés en participantes con y sin TSS.

		Participantes sin TSS		Participantes con TSS		<i>p</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
		M	DE	M	DE			
Escala de Pensamientos Automáticos Negativos	Disgusto consigo mismo y las circunstancias	7.20	11.35	12.57	11.09	.001	3.38	0.47
	Culpa y sentirse juzgado negativamente por los otros	6.21	4.15	9.90	5.34	.001	5.38	0.77
	Sensación de ineficacia	6.76	6.48	10.72	7.25	.001	4.04	0.57
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés: Racional	Búsqueda de apoyo social	5.04	2.66	5.24	2.96	.622	.49	0.07
	Reevaluación positiva	6.16	1.76	6.85	2.26	.019	2.36	0.34
	Focalización en la solución del problema	7.83	2.83	7.84	2.77	.973	.03	0.00
	Religión	1.78	1.85	1.83	2.06	.861	.17	0.02

	Afrontamiento racional	20.83	5.81	21.78	6.34	.275	1.09	0.15
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés: Emocional	Expresión emocional abierta	4.08	2.55	4.73	2.74	.087	1.72	0.24
	Autofocalización negativa	3.07	2.32	4.03	2.47	.006	2.80	0.40
	Evitación	6.26	2.60	6.26	2.68	.989	.01	0
	Afrontamiento emocional	13.43	4.79	15.03	5.20	.026	2.25	0.32

Para el caso de la personalidad se analizaron todos los factores que integran la prueba encontrando diferencias significativas en cuanto al perfil de alteraciones somáticas. Mientras que para el de problemas específicos de internalización se encontraron significativas las escalas de indefensión, preocupación y estrés, ansiedad y tendencia al enojo. En tanto a las escalas clínicas reestructuradas puntuaron alteraciones, escasez de respuestas emocionales, emociones negativas y quejas somáticas; mientras que para los perfiles de personalidad revisados fueron negativismo e introversión, denotando puntuaciones más altas en los participantes con TSS para todas las escalas excepto indefensión. En cuanto al tamaño del efecto las variables quejas gastrointestinales y somáticas señalan un efecto grande (no solapamiento de las muestras en al menos un 47.7%), las demás variables detonan un efecto pequeño (ver Tabla 2).

Tabla 2
Comparación de medias de personalidad en participantes con y sin TSS.

		Participantes sin TSS		Participantes con TSS		p	t	d
		M	DE	M	DE			
Perfil de alteraciones somáticas	Malestar	2.82	1.76	3.37	1.79	.029	2.20	0.30
	Quejas gastrointestinales	.68	.91	1.94	1.24	.001	7.95	1.15
	Quejas de dolor de cabeza	1.92	1.71	2.65	1.52	.001	3.23	0.45
	Quejas neurológicas	2.03	1.91	2.85	1.99	.003	2.97	0.42
Perfil de problemas específicos Internalización	Indefensión/Desesperanza	1.28	.93	1.02	.89	.045	2.01	0.28
	Preocupación/Estrés	2.51	1.81	3.41	1.72	.001	3.61	0.50
	Ansiedad	.80	1.01	1.14	1.13	.026	2.24	0.31
	Tendencia al enojo	3.08	1.91	3.79	1.98	.012	2.54	0.36

VOLUMEN IV

Perfil clínico escalas revisadas	Alteraciones emocionales	11.89	6.83	14.29	6.71	.014	2.48	0.35
	Quejas somáticas	7.05	4.48	10.58	4.06	.001	5.84	0.82
	Escasez de respuestas emocionales	4.84	3.27	5.81	3.26	.036	2.11	0.29
	Emociones negativas	7.67	4.59	9.14	5.10	.036	2.12	0.30
Perfil de 5 escalas de personalidad psicopatológica	Neuroticismo revisado	7.73	3.74	9.36	3.71	.002	3.08	0.43
	Introversión revisada	7.54	3.31	8.72	3.84	.022	2.31	0.32

De acuerdo a los resultados, las alteraciones emocionales, las quejas somáticas, escasez de respuestas emocionales, neuroticismo e introversión de los pacientes comparados con el grupo sin TSS se denotan superiores.

Se realizó un análisis de comparación de medias por sexo con la prueba t de Student de la muestra total observando diferencias significativas solo para tres escalas obteniendo medias más altas para los hombres en relación a las mujeres en las variables relacionadas con la culpa, indefensión e intereses físico-mecánicos (ver Tabla 3).

Tabla 3
Comparación de medias por sexo de pensamientos automáticos negativos y afrontamiento del estrés y personalidad en Participantes con y sin TSS.

		Mujeres		Hombres		p	t	D
		M	DE	M	DE			
Escala de Pensamientos Automáticos Negativos	Culpa y sentirse juzgado negativamente por los otros	7.35	5.28	8.85	5.02	0.044	2.03	0.29
Perfil de problemas específicos Internalización	Indefensión/Desesperanza	1.03	.95	1.38	.86	0.038	2.08	0.38
Perfil intereses	Intereses físico-mecánicos	1.75	1.78	2.43	2.20	0.015	2.45	0.34

DISCUSIÓN

El procesamiento cognitivo implica el desarrollo de una serie de estrategias que determinan las diferentes perspectivas que permiten interpretar las experiencias.

Entre las disposiciones perceptivas se encuentran la autofocalización negativa que involucra la presencia de culpa, resignación y aislamiento como mecanismo para enfrentar una problemática; los pacientes con síntomas somáticos en este estudio denotan más experiencias negativas y emocionales que las personas sin TSS. De acuerdo a Espinosa, Contreras y Esguerra (2009) esta estrategia se caracteriza por la tendencia a catastrofizar que afectan la percepción de la calidad de vida; no obstante, los resultados señalan la presencia de estrategias de reevaluación positiva en estos pacientes, lo cual está ligada con la autotrascendencia, en particular el auto-olvido, aspecto que denota una mayor importancia sobre el medio y los otros (Espinosa et al., 2009).

En relación a lo anterior puede interpretarse que las personas con TSS tienen a reaccionar ante las situaciones de estrés de forma emocional y denota incapacidad para reaccionar, lo cual les lleva a resignarse ante el acontecimiento generando una proposición cognitiva de olvido que les permite afrontar el hecho. En concordancia Kaffenberger, Brühl, Baumgartner, Jäncke y Herwig (2010) señalan la presencia de un sesgo pesimista el cual se define como un mecanismo de activación cerebral ante estímulos ambiguos de valencia positiva, lo cual implica una incapacidad para regular la presencia de eventos emocionales, generando así una tendencia a desarrollar mecanismos adaptativos temporales.

La reevaluación positiva implica un manejo perceptual de las condiciones sociales y la tendencia a desplazar el afecto de las situaciones estresantes a conductas proactivas, siendo así que la estabilidad emocional y la dominancia de acuerdo a Wongpakaran, T. y Wongpakaran, N. (2014) tienen un efecto directo sobre la somatización. En esta relación los resultados indican que los pacientes con TSS presentan preocupación estrés y ansiedad sin embargo muestran una escasez de respuestas emocionales cuando perciben que dicha situación les desborda generando la presencia de malestares psicógenos. Asimismo, Schmidt (2006) señala que la gratitud es un factor que predice en forma significativa a la descarga emocional y somatización como estilos de afrontamiento, describiendo que las personas agradecidas ante una situación adversa pueden reducir la tensión, pero tenderán a somatizar sus preocupaciones a partir de dolores de cabeza o estómago.

Rieffe et al. (2008) señalan que los estados de ánimo negativo surgen a consecuencia de no afrontar las emociones negativas adecuadamente lo que tiene efectos en el funcionamiento biológico. De acuerdo con los resultados los pacientes con TSS presentan sensación de ineficacia, culpa y disgusto consigo mismo de forma que genera una percepción inadecuada de las propias capacidades ante las situaciones externas, así como la inhabilidad para desarrollar mecanismos de control adaptativos desencadenando así síntomas somáticos. Al respecto Serra, Claustre y Bonillo (2013) indican asociaciones significativas con ansiedad de separación y fobia social en pacientes con trastornos de somatización. En concordancia Rieffe, Villanueva, Adrián y Górriz (2009) señalan que una incapacidad percibida para identificar las emociones propias impide a la persona afrontar de forma adaptativa una determina situación emocional originando quejas somáticas.

Fumero y Navarrete (2014) indican que el neuroticismo, hipervaloración propia, sexo y espíritu luchador son variables que permiten detectar a los individuos que presentan quejas de salud incluyendo la somatización; esto concuerda con el perfil de personalidad hallado en el estudio donde se identificaron factores como el neuroticismo que implica la presencia de emociones negativas entre las cuales están ansiedad, inseguridad y preocupación, aunado a pensamientos fatalistas, autocrítica y la tendencia a culparse, mientras que la introversión supone la pérdida de experiencias emocionales positivas, anhedonia, intereses restringidos y el desarrollo de una perspectiva pesimista (Ben-Porath & Tellegen, 2011). En concordancia Sánchez, Martínez y Van der Hofstddt (2011) indican que el factor determinante de la identificación o detección de las emociones en pacientes somáticos es la afectividad negativa, mientras que la alexitimia solo funge un papel modulador o de interferencia. Sin embargo, la experiencia de síntomas de desesperanza e incapacidad para controlar el estrés parece ser un factor diferencial entre los pacientes con y sin TSS, donde aunado a la restricción emocional e incapacidad expresiva detonan la sintomatología; esta relación (somatización, depresión y ansiedad) ha sido señala por Burri, Hilpert, McNair y Williams (2017).

Los hallazgos encontrados en el estudio son coincidentes con los encontrados en investigaciones anteriores (Adrián & Górriz, 2009; Fumero & Navarrete, 2014; Rieffe et al., 2008) que sustentan la presencia del neuroticismo y la presencia de emociones negativas, así como la incapacidad para modularlas de forma asertiva en los pacientes con TSS, de forma que la presencia de un estímulo estresante genera una serie de reacciones y preocupaciones recurrentes que al no ser externalizadas son vehiculizadas hacia el propio cuerpo en forma de malestares corporales y físicos, lo cual permite corroborar la hipótesis del estudio.

En cuanto a la comparación por sexo en la muestra total se observan diferencias significativas en la culpa y disgusto consigo mismo, indefensión e intereses mecánicos, en esta relación González y Landero (2004) y Herzog et al. (2015) señalan la presencia de síntomas depresivos en los pacientes con somatización, sin embargo, los hallazgos revelan una preponderancia de los síntomas de desesperanza, desamparo e ineficacia en hombres. Por otra parte, Orejudo y Froján (2005) señalan que el sexo es una variable sociodemográfica relevante asociada a síntomas gastrointestinales, neurosensoriales y músculo-esqueléticos, en oposición Subasi, Benk, Akin y Sayar (2017) señalan que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la presencia de síntomas somáticos. De acuerdo a lo anterior los factores propios de la presencia de síntomas somáticos deberán buscarse en las características relativas a la capacidad de la expresión emocional relacionada a cada sexo y los mecanismos particulares de comunicación.

De acuerdo a lo anterior los resultados del estudio señalan una aceptación parcial de la hipótesis, señalando la existencia de diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo, éstas se orientan a denotar síntomas de insatisfacción marcados en los primeros, contradiciendo los hallazgos teóricos que denotan la primacía de síntomas depresivos en las féminas.

La presente investigación se centró en identificar las diferencias entre los pensamientos automáticos negativos, personalidad y estrategias de afrontamiento en participantes con y sin TSS, hombres y mujeres, por lo cual las limitaciones de estudio recaen en la necesidad de profundizar sobre los hallazgos y realizar

comparaciones específicas sexo en pacientes diagnosticados, a la par de acuerdo a los resultados se sugiera analizar la exposición a situaciones estresantes para identificar la relación de las experiencias traumáticas, la percepción emocional y las formas de enfrentamiento en los síntomas somáticos. Asimismo, los resultados de la presente investigación son representativos de la muestra y no pueden ser generalizados.

Finalmente, los resultados permiten establecer que las diferencias entre las características de los pacientes con y sin TSS se centran en la autopercepción y la tendencia a la minusvalía aunada a la capacidad emocional que permite la modulación emocional derivada del ejercicio cognitivo para generar un proceso de afrontamiento. Los resultados hallados en la investigación sugieren que los pacientes con síntomas somáticos presentan una tendencia a introyectar los efectos de las situaciones externas como negativas, generando así un proceso de decepción de sí mismos generando dos tendencias de afrontamiento la primera que involucra la asimilación del conflicto de forma internalizada que le permite al sujeto sobrellevar la situación y la segunda de carácter emocional que se traduce en la represión de su expresión y por tanto la formación del síntoma somático.

A la par las características de personalidad refieren que los pacientes con TSS presentan una tendencia a inhibir la expresión emocional derivado de la catastrofización de sus pensamientos, la tendencia a la preocupación, la autocrítica, culpa y la incapacidad para disfrutar (Gómez-Maqueo, 2015), dichas características parecen estar relacionadas con la tendencia al estrés generadas por las situaciones externas, la presencia de síntomas ansioso-depresivos y el enojo.

Los resultados obtenidos en esta investigación suponen un análisis sobre los factores presentes en los pacientes con TSS, generando así la posibilidad de estudiar el trastorno en su conjunto no meramente la presencia sintomática, siguiendo la tendencia de los estudios internacionales por valorar la nosología somática como una entidad con características propias. Los estudios actuales señalan la tendencia a comprender el TSS no solo como la expresión de síntomas corpóreos o físicos, sino buscan ahondar en la preocupación recurrente del sujeto por su salud aunado a las conductas o actos relativos a la búsqueda de mejora.

En este sentido, el estudio de los factores asociados a los mecanismos de afrontamiento y procesamiento cognitivo podrían facilitar la comprensión de la formación del síntoma somático. Se sugiere establecer análisis de relaciones para identificar la forma en que los diferentes factores pueden asociarse, así como realizar comparaciones específicas por sexo entre pacientes con síntomas somáticos.

AGRADECIMIENTO

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

REFERENCIAS

- Arenas, P. y Martínez, L. (2015). *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 Forma Reestructurada: Manual técnico*. México: Manual Moderno.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washinton-London: American Psychiatric Publishing.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénétrier, C. y Gély, M. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21(2), 227-237.
- Ben-Porath, Y. y Tellegen, A. (2011). Manual de aplicación, calificación e interpretación. *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 forma reestructurada*. Distrito Federal: Manual moderno.
- Berrocal, C., Fava, G. y Sonino, N. (2016). Contribuciones de la medicina psicósomática a la medicina clínica y preventiva. *Anales de psicología*, 32(2), 828-836.

VOLUMEN IV

- Burri, A., Hilpert, P., McNair, P., & Williams, F. (2017). Exploring symptoms of somatization in chronic widespread pain: latent class analysis and the role of personality. *Journal of Pain Research*, 10, 1733-1740.
- Cloninger, S. (2006). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson & Prentice Hall.
- Elgar, F., De Clercq, B., Schnohr, C., Bird, P., Torsheim, T., Hofmann, F., Currie, C. & Pickett, K. (2013). Absolute and relative family affluence and psychosomatic symptoms in adolescents. *Social Science & Medicine*, 91, 25-31.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Estados Unidos de América: LEA.
- Espinosa, J., Contreras, F. y Esguerra, G. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas*, 5(1), 87-95.
- Freixas, G., Cipriano, D. y Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 97-203.
- Fumero, A. y Navarrete, G. (2014). Personalidad y malestar psicológico: aplicación de un modelo de redes neuronales. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 41(1), 28-38.
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E. & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399-407.
- Gili, M., Bauzá, N., Vivesa, M., Moreno, S., Magallón, R. y Roca, M. (2015). Validación de la versión española de la escala Screening for Somatoform Symptoms-2 para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(5), 73-278.
- Gimenez, J., González, M., Vidal, J. y Daniel, F. (2010). Manejo del paciente que somatiza. *Revista de Posgrado de la V Ia Cátedra de Medicina*, 200, 27-30.
- Gómez-Maqueo, E. (2015). *MMPI 2 RF Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 Forma Reestructurada: Manual de aplicación, calificación e interpretación*. México: Manual moderno.

- González, M. y Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos auto-informados y estrés en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología Social*, 21, 141-152.
- González, M. y Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- González, M. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(1), 7-18.
- González, M., Landero, R. y García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), 141-5.
- Herzog, A., Voigt, K., Meyer, B., Wollburg, E., Weinmann, N., Langa, G., & Löwe, B. (2015). Psychological and interactional characteristics of patients with somatoform disorders: Validation of the Somatic Symptoms Experiences Questionnaire (SSEQ) in a clinical psychosomatic population. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 553-562.
- Jeon, H. J., Woo, J.-M., Kim, H.-J., Fava, M., Mischoulon, D., Cho, S. J., & Hong, J. P. (2016). Gender differences in somatic symptoms and current suicidal risk in outpatients with major depressive disorder. *Psychiatry Investigation*, 13(6), 609-615.
- Kaffenberger, T., Brühl, A. B., Baumgartner, T., Jäncke, L., & Herwig, U. (2010). Negative bias of processing ambiguously cued emotional stimuli. *Neuroreport*, 21, 601-605.
- Kealy, D., Tsai, M., & Ogrodniczuk, J. (2016). Pathological narcissism and somatic symptoms among men and women attending an outpatient mental health clinic. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 20(3), 175-178.
- Kose, S., Subasi, N., Benk, K., Akin, E., & Sayar, K. (2017). Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Bradford Somatic Inventory (Turkish BSI-44) in a university student sample. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(1), 62-69.

VOLUMEN IV

- Kroenke, K., & Spitzer, R. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 50-155.
- Lacey, C., Mulder, R., Bridgman, P., Kimber, B., Zarifeh, J., Kennedy, M., & Cameron, V. (2014). Broken heart síndrome is it a psychosomatic disorder? *Journal of Psychosomatic Research*, 77(2), 158-160.
- Lamela, D., & Figueiredo, B. (2013). Parents' physical victimization in childhood and current risk of child maltreatment: The mediator role of psychosomatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(2013), 178-183.
- Malfliet, A., De Kooning, M., Inghelbrecht, E., Hachimi-Idrissi, S., Willems, B., Bernheim, J., & Nijs, J. (2015). Sex differences in patients with chronic pain following whiplash injury: the role of depression, fear, somatization, social support, and personality traits. *Pain Practice*, 15(8), 757-764.
- Mera, A., Hernández, M., Gómez, J., Ramírez, N. y Mata, M. (2012). Características psicométricas del cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30) en población mexicana. *Journal of Behaviour, Health y Social Issues*, 3(2), 61-75.
- Orejudo, S. y Froján, M. (2005). Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de psicología*, 21(2), 276-285.
- Pedreira, J. L. y Menendez, F. (1981) El síntoma psicossomático en la infancia: Valoración psicodinámica. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1, 81-93.
- Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J. y Górriz, A. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, 21(3), 459-464.
- Rodríguez, B., Fernández, A., y Bayón, C. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 27-38.
- Sánchez, M., Martínez, F. y Van der Hofstddt, C. (2011). Alexitimia y reconocimiento de emociones inducidas experimentalmente en personas con somatizaciones. *Psicothema*, 23, 707-712

- Saiz, D., Rodríguez, M., García, C., Prieto, R. y Saiz-Ruiz, J. (2009). Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(3), 119-127.
- Serra, R., Claustre, M. y Bonillo, A. (2013). Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: psicopatología y estilos educativos. *Anales de Pediatría*, 79(2), 101-107.
- Subasi, Benk, Akin & Sayar (2017). Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Bradford Somatic Inventory (Turkish BSI-44) in a university student sample. *Journal Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(1), 62-69.
- Uribe, J., Patlán, J. y García, A. (2015). Manifestaciones psicosomáticas, compromiso y burnout como consecuentes del clima y la cultura organizacional: un análisis de ruta (path analysis). *Contaduría y Administración*, 60, 447-467.
- Urquijo, S., Andrés, M., del Valle, M. y Rodríguez-Carbajal, R. (2015). Efecto moderador del sexo en la relación a la personalidad y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 21(2), 329-340.
- Veloz, J. y Lorenzo, A. (2016). La somatización: desde una mirada psicosocial a los estudios de la personalidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(4), 1443-1465.
- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2014). Personality traits influencing somatization symptoms and social inhibition in the elderly. *Clinical Intervention in Aging*, 9, 157-164.
- Woud, M., Zhang, C., Becker, 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.

Contacto: Germán Benito Bernaldez Jaimes, mcs.gbernaldez@gmail.com

7.2. Artículo enviado

7.2.1 Narrativas del dolor: factores individuales y contextuales del Trastorno de Síntomas Somáticos

7.2.2 Carta de envío-recepción del artículo

[AU] Envío recibido

1 mensaje

Sonia Karina Aguirre Flores <actauniversitaria@gmail.com>
Para: MCS Germán Benito Bernáldez Jaimes <gb_bx@hotmail.com>

13 de agosto de 2018, 21:59

MCS Germán Benito Bernáldez Jaimes:

Gracias por enviarnos su manuscrito "Narrativas del dolor: factores individuales y contextuales en el trastorno de síntomas somáticos" a Acta Universitaria. Gracias al sistema de gestión de revistas online que usamos podrá seguir su progreso a través del proceso editorial identificándose en el sitio web de la revista:

URL del manuscrito:

<http://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/author/submission/2356>

Nombre de usuario/o: nozsbx01

Si tiene cualquier pregunta no dude en contactar con nosotros/as. Gracias por tener en cuenta esta revista para difundir su trabajo.

Sonia Karina Aguirre Flores
Acta Universitaria
Acta Universitaria

Calzada de Guadalupe s/n, Guanajuato, Gto. México
Tel. 01 (473) 73 2 00 06 Exts. 5087 y 5009

www.actauniversitaria.ugto.mx

7.2.3 Resumen

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

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

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 con TSS a través de entrevistas a profundidad basadas en la personalidad, pensamientos automáticos, afrontamiento del estrés, sucesos vitales y la percepción de crianza, quienes aceptaron mediante consentimiento informado participar en el estudio. Los resultados señalan el neuroticismo, la percepción de falta de apoyo y orientación familiar, la presencia de ideas de culpa, autocrítica, tendencia a la restricción emocional y revaloración positiva como factores comunes en los participantes con el trastorno, que 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 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 and contextual factors that increase the presence of this psychopathology in 6 clinical patients with TSS through in-depth interviews based on personality, automatic thoughts, coping strategies, vital events and the perception of parenting, who accepted by informed consent to participate in the study. The results indicate neuroticism, 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, which tend to increase the perception of the discomfort and conflicts with their vital relationships.

Keyword: somatic symptoms, coping, personality, automatic thoughts.

7.2.4 Apartados del artículo

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 y 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 [APA], 2014). De acuerdo con Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo y 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 díada 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 APA (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 y Reyes del Paseo (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 y Restrepo (2017) mencionan que los pacientes con SS presentan mayor deterioro en el funcionamiento físico y mental y una percepción negativa de su salud; resultados concordantes con los de Kounou et al. (2017), que sugieren que éstos median la relación con síntomas ocurridos ante situaciones estresantes. Fernández, R. y Fernández, C. (1998) indican que la ansiedad, aunada a una percepción negativa, incrementa la probabilidad de mayor cantidad de quejas físicas y emocionales.

González y Landero (2006) y Mejía et al. (2017) refieren que los pacientes con SS tienen significativamente más eventos estresantes vitales (abuso psicológico, físico y/o sexual) y por ello presentan mayores síntomas de ansiedad y depresión. Mientras que Orejudo y 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 e 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 y Álvarez, 2006).

Dichas experiencias consideradas traumáticas definen la forma en que el sujeto interpreta y enfrenta las situaciones, en correspondencia Martínez-Correa, Reyes, García-León y 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 y 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 y 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 y 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, 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 y 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 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.

[Insertar Tabla 1]

Instrumentos

Para la presente investigación se realizaron entrevistas a profundidad con el fin de identificar contenidos de fondo y complejos (Vargas, 2007); Álvarez-Gayou (2009) refiere que 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, 2009). En esta investigación se consideraron la percepción de crianza y la exposición a sucesos vitales estresantes.

B) Factores individuales: 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 éstos

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 y Bonet-Marti, 2009). La guía de entrevista se realizó considerando los factores individuales y contextuales de acuerdo al 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 y de los cambios sugeridos resultaron 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; de forma posterior 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 una hora cada una) con cada participante, con el objetivo de llegar a la saturación de la información; éstas se realizaron tomando en cuenta las preguntas de cada factor, permitiendo el desarrollo de otros cuestionamientos a medida que surgía 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 y Pulido, 2007). El procedimiento de revisión de datos se llevó a cabo siguiendo la propuesta de Duero y 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. 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 lo cual se llevó a cabo una triangulación múltiple, que Navarro, Pasadas y 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

Personalidad

Se detectó una tendencia 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 lecturas:

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 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...

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...

Pensamientos automáticos

De acuerdo con el discurso pueden distinguirse pensamientos negativos de culpabilidad respecto a su sintomatología, donde 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...

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...

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 en 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 los participantes, señaladas en las siguientes lexías:

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 y/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

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...

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

Los 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, los 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 y 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 y 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 a Santed, Sandín, Chorot y 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 concordancia Orejudo y 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 a 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 y 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 a 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 ésta 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 y 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 (Franco 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 y 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 modo 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, Guerrero y Sánchez (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 y 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, Rodríguez y Restrepo, 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. En relación a lo anterior se observa que los patrones adoptados en la infancia aunados a los sentimientos

de minusvalía, culpa, 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, 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. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. México: Paídos.

Arancibia, M., Sepúlveda, E., Martínez-Aguayo, J. y Behar, R. (2016). Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 54(2), 151-161.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición DSM-5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Biglia, B. y 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, E. y Herrera, J. (2013). La investigación narrativa en psicología: Definición y funciones. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 620-641.
- Duero, D. y Limón, G. (2007). Relato autobiográfico e identidad personal: un modelo de análisis narrativo. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(2), 232-275.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.
- Fernández, R. y Fernández, C. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10(2), 259-270.
- Franco, N., Pérez, M. y De Dios, M. (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, M. y Landero, R. (2006). Síntomas somáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61.
- Kounou, K., Brodard, F., Gnassingbe, A., Dogbe, A., Sager, J., Schmitt, L., & Bui, E. (2017). Posttraumatic stress, somatization, and quality of life among Ivorian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 30(6), 682-689.
- Kvale, S. (2008). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- Martínez-Correa, A., Reyes, G., García-León, A. y González-Jareño, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-73.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y Salud Colectiva*, 17(3), 613-619.
- Mejía, D., Rodríguez, R. y 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*, 10.1016/j.rcp.2017.08.005.
- Ministerio de Salud (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental 2*. Lima: Universidad Nacional Cayetano Heredia.
- 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: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Moreno, W. y Pulido, S. (2007). *Educación, cuerpo y ciudad: El cuerpo en las interacciones e instituciones sociales*. Medellín: Funámbulos Editores.
- Navarro, L., Pasadas, S. y Ruíz, J. (2004). Estrategia multimétodo o triangulación metodológica: La triangulación metodológica en el ámbito de la investigación social: dos ejemplos de uso. *IESA Comunicaciones Congresos*. Córdoba: Instituto de Estudios Sociales de Andalucía.
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M. y Tijerina, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGrawHill.

- Orejudo, S. y Froján, M. (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 (2014). *Documentos básicos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Perales, C., Duschek, S. y Reyes del Paseo, G. (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.
- Rivero-Lazcano, N., Martínez-Pampliega, A. y Iraurgi, I. (2011). El papel funcionamiento y la comunicación familiar en los síntomas somáticos. *Clínica y Salud*, 22(2), 175-186.
- 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.
- Sánchez, P. y Guerrero, F. (2017). Actualización del trastorno psicossomático en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 21(1), 32-38.
- Santed, M., Sandín, B., Chorot, P. y 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.
- Ulloa, N., Cova, F. y Bustos, C. (2017). Nivel socioeconómico y conductas externalizadas en prescolares: el rol del mediador parental. *Revista Chilena de Pediatría*, 3(88), 340-347.
- Vargas, 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*. Zapopan: ETXETA.

Velasco, S., Ruíz, M. y Álvarez, 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., Zhang, C., Becker, 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.

Tabla 1.
Características de los participantes.

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

7.3 Artículo enviado

7.3.1 Variables que inciden en el trastorno de síntomas somáticos: un modelo de regresión logística

7.3.2 Carta de envío-recepción del artículo

[NS] Variables relacionadas con el trastorno de síntomas somáticos: un modelo de regresión logística

Recibidos x

Revista Científica Electrónica <nova_scientia@delasalle.edu.mx>

para mí, Johannes, Erika, Alejandra

12:59 (hace 3 horas)

Estimados autores:

Este correo es sólo una rutina programada para informar que el artículo sometido con ID1809 está en proceso de evaluación.

Esperamos tener una respuesta de la revisión pronto.

Nova Scientia ISSN 2007 - 0705

Indizada en: CONACyT

<http://www.conacyt.mx/index.php/comunicacion/indice-de-revistas-mexicanas-de-investigacion/category/multidisciplinaria>

http://nova_scientia.delasalle.edu.mx/

Tel. 01 477 7 10 85 00 ext. 356

Nova Scientia ISSN 2007 - 0705

<http://novascientia.delasalle.edu.mx/>

7.3.3 Resumen

Resumen

Introducción: El Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS) se refiere a la presencia de una serie de malestares de carácter físico acompañados de preocupaciones y conductas excesivas relacionados a la salud, cuya etiología se presenta como multifactorial, sin embargo, los estudios denotan la presencia de diversos factores de riesgo entre los que se encuentran el

estrés, las características personales, la exposición a situaciones traumáticas, creencias irracionales.

Método: Se trabajó con una muestra de 201 participantes divididos en dos grupos 111 con diagnóstico de TSS y 90 no clínicos, los cuales fueron comparados y evaluados considerando como variables la personalidad, pensamientos automáticos, afrontamiento del estrés y sucesos vitales estresantes. Se realizó análisis de medias para identificar las diferencias entre los grupos, una correlación para identificar la relación con el TSS y una regresión logística binaria para conocer la relación entre la variable criterio cualitativa dicotómica (Dx) y las variables predictoras, para así obtener una estimación ajustada de la probabilidad de ocurrencia del TSS.

Resultados: Mediante el análisis de regresión logística binaria en la prueba de Omnibus se obtuvo una Chi-cuadrada de 84.982 ($p < .001$) lo que indica que las variables contribuyen a explicar el fenómeno, a la par el ajuste del modelo con la prueba Hosmer-Lemeshow muestra una chi cuadrada de 8.603 ($p = .377$) que indica un ajuste a la realidad, con cuatro variables de riesgo siendo las Quejas Gastrointestinales la de mayor proporción con un Coeficiente de Regresión de 1.053 seguida de la Preocupación y Estrés, Introversión y Pensamientos Automáticos Negativos; mientras que la Indefensión y Desesperanza disminuye la probabilidad del TSS.

Conclusión: Las quejas recurrentes de carácter gastrointestinal parecen ser los factores predictores más comunes del TSS. Los pacientes con TSS presentan una tendencia a la restricción de la expresión de las respuestas emocionales, lo cual provoca una pérdida en la capacidad para establecer relaciones sociales y el desarrollo de afectos positivos hacia los otros, denotando una pérdida de capacidad para eliminar la tensión experimentada ante los hechos estresantes convirtiéndola en SS, sin embargo, la percepción negativa de la vida y la ausencia de lazos sociales parece permitirles el desarrollo de mecanismos de afrontamiento orientados a la trascendencia (superación del problema) como medio de evasión de las experiencias negativas vividas.

Palabras clave: síntomas somáticos, afrontamiento, personalidad, pensamientos automáticos

Abstract

Introduction: Somatic Symptoms Disorder (SSD) refers to the presence of a series of discomforts of a physical nature accompanied by excessive concerns and behaviors related to health, whose etiology is presented as multifactorial, however, the studies denote the presence of diverse risk factors among which are stress, personal characteristics, exposure to traumatic situations and irrational beliefs.

Method: The sample were composed by 201 participants classified in two groups, one integrated by 111 patients with diagnosis of TSS and 90 non-clinical, which were evaluated considering personality variables, automatic thoughts, coping strategies y stressful life events as predictor variables. A means two groups analysis was performed to identify the differences between the groups, a correlation to identify the relationship with the TSS and a binary logistic regression to know the relationship between the dichotomous qualitative criterion variable (Dx) and the predictor variables, in order to obtain an estimate adjusted for the probability of occurrence of the TSS.

Results: A binary logistic regression analysis was carried out to obtain in the Omnibus test, a Chi-square of 84.982 ($p < .001$), which indicates that the variables contribute to explain the phenomenon and a model with a chi square of 8,603 according to the Hosmer-Lemeshow test and a significance of .377, which indicates an adjustment to reality, with four risk variables being the Gastrointestinal Complaints the highest proportion with a Regression coefficient of 1.053 followed by Concern and Stress, Introversión and Negative Automatic Thoughts; whereas the Helplessness and Despair diminishes the probability of the SSD.

Discussion or Conclusion: Recurrent complaints about the body in specific gastrointestinal character seem to be the most common predictors of SSD; the patients with SSD have a tendency to restrict the expression of emotional responses, which causes a loss in the ability to establish social relationships and the development of positive affects towards others, denoting a loss of ability to eliminate the tension experienced in the face of stressful events turning it into SS, however, the negative perception of life and the absence of social ties seems to allow them to develop coping mechanisms oriented to transcendence (overcoming the problem) as a means of evading negative experiences lived.

Keywords: somatic symptoms, coping, personality, automatic thoughts

7.3.4 Apartados del artículo

Introducción

El Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS) se define como la presencia de un conjunto de malestares físicos aunados a la preocupación por la salud, pensamientos desproporcionados y un nivel elevado de ansiedad (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2104), los cuales causan interferencia en el funcionamiento del individuo. Morton (2015) señala que

pacientes que buscan atención médica general en ausencia de enfermedades físicas tienden a describir síntomas recurrentes de fatiga y dolor, con ausencia de una confirmación objetiva definitiva; en muchos casos son diagnosticados bajo diversas etiquetas.

La identificación diagnóstica del TSS es relativamente nueva, van Eck van der Sluijs et al. (2016) indican que este tipo de pacientes son complejos en múltiples niveles, por lo que requieren un tratamiento individual y multidisciplinario, que en la mayoría de los casos supera los procedimientos médicos y psiquiátricos convencionales. De tal forma que el diagnóstico del trastorno denota una serie de complicaciones, tales como la falta de herramientas de evaluación y la especificidad de los factores epidemiológicos; así lo refieren Carson et al. (2015), quienes expresan que este tipo de análisis requiere a menudo de pruebas clínicas derivado de que existe una tendencia de los pacientes a reportar una mayor cantidad de síntomas. En concordancia, van Geelen, Rydelius y Hagquist (2015) señalan que los pacientes con TSS frecuentemente reportan tres o más síntomas, aunados a preocupaciones psicológicas graves, generando una disminución en cuanto a su funcionamiento. Limburga et al. (2017) señalan que se da la propensión a presentar comorbilidad con síntomas ansiosos y emocionales, combinados con malestares físicos como el mareo y vértigo, factores que pueden asociarse con la cronicidad de la psicopatología. Kurlansik y Maffei (2015) añaden que entre los factores etiológicos se pueden encontrar negligencia, abuso sexual, estilo de vida caótico, una historia de alcohol y abuso de sustancias, trastornos de la personalidad, estrés psicosocial y aspectos culturales.

Si bien los síntomas somáticos se han analizado bajo diversas perspectivas, se ha resaltado el papel de las creencias y alteraciones perceptivas relacionadas al dolor físico, en cuanto a su exageración o preocupación excesiva. Esto extiende la sintomatología y la relación entre el síntoma y el signo físico, desembocando en una psicopatología somática (Angenendt y Harter, 2015). En cuanto a la personalidad, Breslau, Davis y Andresky (1995) sugieren que existe una relación entre el neuroticismo y la extroversión en la aparición de síntomas somáticos, así como una asociación con el trastorno de estrés postraumático. Veloz y Lorenzo (2016) afirman que existen diversos modelos teóricos que analizan el proceso salud-

enfermedad, donde señalan la relación entre las emociones, el estrés y las características de la personalidad, para abordar lo somático.

Limburga et al. (2017) mencionan la necesidad de realizar estudios para determinar la presencia de factores predictores del TSS y la urgencia de referir a este tipo de pacientes a tratamientos psicoterapéuticos más adecuados. En tal sentido, Kapfhammer (2001) indica la pertinencia de contar con un modelo multifactorial que permitiera la comprensión de los trastornos somatomorfos, el cual debe involucrar factores como la personalidad, percepción, cognición, acontecimientos vitales, estrés, afrontamiento, sistemas de apoyo y refuerzo social, conocimiento y conceptualización de la enfermedad.

Por otra parte, existen diversos mecanismos para afrontar las situaciones contextuales, generalmente traumáticas o percibidas como negativas. Bruno, De Rosa, Stover y De La Iglesia (2012) señalan una tendencia a mostrar conductas de evitación, la resignación, desconexión mental y el distanciamiento con la presencia de sintomatología psicopatológica de carácter somático, así como la disminución de experimentar bienestar psicológico. Es así que la forma de percibir los estímulos parece relacionarse con la capacidad de establecer mecanismos para afrontar situaciones adversas; en concordancia, Dorantes (2015) menciona que las creencias limitantes generan experiencias de culpa, frustración, enojo y bloqueos, lo que puede desencadenar alteraciones en la salud física y emocional, paralizando la búsqueda de salidas y resentimiento, particularmente en mujeres. Al respecto, Pancho y Procel (2017) expresan que el afrontamiento influye en la aparición de los síntomas psicósomáticos, en especial las estrategias de la evitación, religión y autofocalización negativa, que inciden sobre todo en los síntomas de náuseas y/o problemas estomacales y desmayos.

De acuerdo con lo anterior, las creencias irracionales parecen jugar un papel preponderante en la forma en que se enfrentan las situaciones de vida; en muchos casos son factores definitorios o consecuentes de la personalidad que en el caso de las personas con síntomas somáticos parecen determinar la forma en que sobrellevan sus emociones. Es por ello por lo que la presente investigación tiene como objetivo desarrollar un modelo de regresión logística con el fin de analizar el efecto de la personalidad, sucesos vitales estresantes,

afrontamiento del estrés y pensamientos automáticos negativos en la presencia del TSS. Adicionalmente, se realizaron comparaciones entre participantes sin TSS y pacientes, y se estableció la relación entre las variables con el TSS para la construcción del modelo.

Método

La presente investigación corresponde a un estudio comparativo entre dos grupos de participantes con y sin diagnóstico de TSS con el fin de describir las diferencias entre las variables entre ellos. Asimismo, se realizó un estudio correlacional explicativo para determinar la relación entre los elementos de estudio e identificar el carácter predictivo de éstos.

Participantes

La muestra estuvo conformada por un total de 201 participantes clasificados en dos grupos: pacientes diagnosticados con TSS provenientes de instituciones públicas/privadas y consultorios de salud mental en el Estado de México con un total de 111, conformado por 43 varones y 68 féminas, donde 69 de los casos eran solteros, 37 en matrimonio, 2 en divorcio y 3 en viudez, con una escolaridad para 60 de ellos de licenciatura 33 carrera técnica, 11 posgrado y 7 con nivel básico.

El segundo grupo estuvo conformado por participantes de instituciones de educación públicas y privadas (n=90), con una edad promedio de 24 ± 7 años (18 a 55 años), de los 38 hombres y 52 mujeres, cuyo estado civil para 65 de los casos fue soltero, 20 casados, 4 divorciados y un viudo, con una escolaridad promedio para licenciatura (59 casos) seguida de carrera técnica (17), posgrado (10) y educación básica para el resto. La muestra se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, informando a los participantes sobre el objetivo del estudio y solicitando su consentimiento informado.

Instrumentos

Los participantes con TSS fueron elegidos mediante un diagnóstico médico-psicológico, y de manera posterior se aplicó el Cuestionario de Experiencias de Síntomas Somáticos, creado

por Herzog et al. (2015), cuyo objetivo es valorar los factores psicológicos y características interactivas pertinentes a los pacientes con TSS; consta de 15 reactivos y es una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta (nunca, muy rara vez, pocas veces, a menudo, frecuentemente y siempre). El instrumento fue validado para la presente investigación, cuenta con una varianza explicada de 56.32% y está estructurado en cuatro factores: preocupación por la salud, experiencias de la enfermedad, problemas en la interacción con médicos y consecuencias de la enfermedad, con un Alfa de Cronbach reportada de .83, .80, .79 y .80 respectivamente y una total de .90. También se aplicó la Escala de Síntomas Somáticos 8 creada por Gierk et al. (2014), que es un instrumento unidimensional validado para la investigación, que consta de 8 reactivos en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (para nada, un poco, algo, bastante y mucho) y un Alfa de Cronbach reportada de 0.81 y una varianza total explicada de 52.673%.

Para la evaluación de las variables de personalidad, pensamientos automáticos negativos, afrontamiento del estrés y sucesos vitales estresantes que se incluyeron en el modelo se utilizaron los siguientes instrumentos:

- a. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada (MMPI-2 RF): es un instrumento con respuesta dicotómica (verdadero y falso) desarrollado por Ben-Porath y Tellegen a partir del MMPI-2, el cual ha sido validado en México por Gómez-Maqueo (2105). Está compuesto por un total de 338 reactivos estructurados en 51 escalas que conforman cuatro perfiles: personalidad psicopatológica, intereses, problemas específicos y escalas clínicas. La confiabilidad y validez del inventario fueron establecidas mediante un estudio comparativo y de correlaciones de las puntuaciones de las escalas obtenidas del MMPI-2 y el MMPI-2 RF. Los coeficientes de fiabilidad se obtuvieron al hacer un estimado de confiabilidad test-retest, cuyos puntajes oscilan de 0.40 a 0.90, y un alfa interna de 0.34-0.83 para la muestra normativa y en relación a la validez se señala la creación de siete escalas con el objetivo de reducir las amenazas de inconsistencia sobre la prueba (Arenas y Martínez, 2015).

- b. Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ): validado en México por Mera et al. (2012), basado en el instrumento original de Hollond y Kendall publicado en 1980 por la Universidad de Minnesota en Estados Unidos de América, el cual consta de 30 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde “para nada” hasta “todo el tiempo”. El cuestionario se encuentra estructurado en tres factores: 1) disgusto consigo mismo y con sus circunstancias (15 ítems); 2) sensación de culpa y juicio negativo de otros hacia su persona (7 ítems); y 3) sensación de ineficacia (8 ítems). Cuenta con una alfa reportada de 0.95 y una varianza explicada de 52.45%.
- c. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): es un instrumento desarrollado por Sandín y Chorot durante 2003 Madrid, España con un alfa reportada promedio de 0.79 y una varianza de 49.3%, que consta de 7 dimensiones clasificadas en dos factores (afrontamiento racional y emocional), con una escala de respuesta de tipo Likert de cinco opciones que va desde nunca a siempre. Fue validado en México por González y Landero (2007), quienes desarrollaron una versión de 21 reactivos con un alfa de 0.78 y una varianza explicada de 40% para factor afrontamiento racional, con índices de 0.71 y 60% para el afrontamiento emocional.
- d. Escala de Sucesos Vitales Estresantes (SV): es un instrumento creado en España por Sandín y Chorot (2008) cuyo objetivo es el evaluar los sucesos estresantes en cuanto a su preocupación, percepción del evento y predicción del hecho, presenta coeficientes alfa, que oscilan entre 0.68-0.83 y una varianza de 40%. Consta de 60 reactivos divididos en seis dimensiones: escolar, pareja, familia, social, salud y recursos económicos. Es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta de acuerdo con el nivel de preocupación que va desde nada a muchísimo; a la par incluye dos cuestionamientos dicotómicos en relación a la evaluación del suceso (positivo, negativo) y la aparición del suceso (esperado, inesperado). El instrumento cuenta con un alfa de Cronbach de 0.84 y una varianza explicada de 55% para muestras mexicanas (Veytia, González-Arratia, Andrade y Oudhof, 2012).

Para la obtención de datos se realizó la aplicación de los instrumentos previa firma de consentimiento informado, siendo ésta en forma individual para pacientes con TSS y grupal para los otros participantes; lo anterior se realizó siguiendo los protocolos éticos de la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud en materia de investigación, garantizando así la colaboración voluntaria y confidencial. La presente investigación fue revisado y aprobado por el Sub Comité de Enseñanza, Investigación y Ética del Centro Médico Adolfo López Mateos con fecha del 15 de diciembre de 2017.

De forma posterior se realizó la codificación de los datos obtenidos y se procedió al análisis mediante el paquete estadístico SPSS (Statistics Program for Social Science) versión 25. Se llevaron a cabo análisis exploratorios para la comprobación de los supuestos de normalidad, homocedasticidad e independencia, a la par se obtuvieron los datos descriptivos, se prosiguió a realizar la comparación de medias mediante la *t* de Student, correlaciones a través del coeficiente de Pearson y finalmente el análisis de la regresión logística binaria para conocer la relación entre una variable criterio cualitativa dicotómica (Dx) y las variables predictoras, para así obtener una estimación ajustada de la probabilidad de ocurrencia del TSS.

Resultados

Se realizó la comprobación de los supuestos de normalidad, homocedasticidad e interdependencia, donde se hallaron varianzas iguales, la no interdependencia y de acuerdo con la robustez de la prueba aunque no se aplica la normalidad para todos los grupos se procede a la comparación de las medias entre los grupos de participantes con y sin TSS mediante la *t* de Student, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para todos los 20 factores de las variables de pensamientos automáticos, personalidad y afrontamiento del estrés; de los cuales 19 presentan medias mayores para los pacientes con TSS, y únicamente en el caso de Indefensión y Desesperanza (INDEF) las puntuaciones fueron más altas para el grupo de participantes sin trastorno. Con relación al tamaño del efecto (*d* de Cohen) se puede observar desviaciones grandes para las variables ($d < .80$) CR1 y QG, señalando ésta última una diferencia de más de 1 desviación estándar entre los grupos, mientras que para PAC, PAI y PE se observan puntajes medios ($d < .50$) y para el resto de las variables pequeños ($d < .20$) (Cohen, 1988) (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Comparación de medias entre pacientes con diagnóstico de TSS y participantes sin trastorno

		Sin TSS		Con TSS		T	p	d de Cohen
		Media	DE	Media	DE			
ATQ	PAD	7.20	11.35	12.58	11.09	-3.38	0.001	0.47
	PAC	6.21	4.16	9.91	5.34	-5.38	0.000	0.77
	PAI	6.77	6.48	10.73	7.26	-4.04	0.000	0.58
CAE	CAEAFN	3.08	2.33	4.04	2.47	-2.81	0.006	0.40
	CAEREP	6.17	1.76	6.86	2.26	-2.36	0.019	0.34
	AFRONEMOC	13.43	4.79	15.04	5.20	-2.25	0.026	0.32
MMPI-2 RF	AEPI	11.91	6.79	14.30	6.65	-2.50	0.013	0.36
	CR1	7.06	4.49	10.59	4.07	-5.84	0.000	0.82
	CR2	4.84	3.27	5.82	3.26	-2.11	0.036	0.30
	CR7	7.68	4.59	9.14	5.11	-2.11	0.036	0.30
	NEGE	7.73	3.75	9.36	3.71	-3.08	0.002	0.44
	INTR	7.54	3.32	8.73	3.84	-2.31	0.022	0.33
	MAL	2.82	1.77	3.38	1.79	-2.20	0.029	0.31
	QG	0.69	0.92	1.95	1.25	-7.96	0.000	1.15
	QDC	1.92	1.72	2.66	1.51	-3.23	0.001	0.46
	QN	2.03	1.91	2.86	1.99	-2.97	0.003	0.43
	INDEF	1.29	0.94	1.03	0.89	2.01	0.045	-0.28
	PE	2.51	1.81	3.41	1.72	-3.61	0.000	0.51
	ANS	0.80	1.02	1.14	1.14	-2.24	0.026	0.32
	TE	3.09	1.92	3.79	1.98	-2.54	0.012	0.36

PAD Disgusto, PAC Culpa, PAI Ineficacia, CAEAFN Focalización Negativa. CAEREP Reevaluación Positiva, AFRONEMOC Afrontamiento Emocional, AEPI Alteraciones Emocionales, CR1 Quejas Somáticas, CR2 Escasez de Emociones Positivas, CR7 Emociones Negativas Disfuncionales, NEGE Neuroticismo. INTR Introversión, MAL Malestar, QG Quejas Gastrointestinales, QDC Quejas de Dolor de Cabeza, QN Quejas Neurológicas, INDEF Indefensión y Desesperanza y PE Preocupación y Estrés, ANS Ansiedad y TE Tendencia al Enojo

De forma posterior se revisaron las diferencias encontradas y se eligieron las variables más representativas para el análisis de acuerdo con aquellas que resultaron ser significativas en la prueba t de Student ($p < 0.05$). Se determinaron las correlaciones de Pearson entre las variables que se identificaron con diferencias significativas y el diagnóstico de TSS, donde se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p < 0.01$) aunque de carácter bajo y moderado para 7 factores, mientras que para el resto de las variables fue menor a 0.05.

Asimismo, se observa que solo existe una correlación negativa, siendo esta para la variable indefensión y desesperanza (ver Tabla 2).

Tabla 2.
Correlaciones entre las variables con diferencias y el diagnostico de TSS

	Dx	ATQ	AE	AEPI	CR1	NEGE	INTR	MAL	QG	INDEF	PE	ANS	TE
Dx	1												
ATQ	.29**	1											
AE	.16*	.46**	1										
AEPI	.17*	.41**	.17*	1									
CR1	.38**	.15*	.08	.41**	1								
NEGE	.21**	.20**	.05	.66**	.32**	1							
INTR	.16*	.15*	.04	.39**	.19**	.07	1						
MAL	.15*	.27**	.07	.58**	.35**	.44**	.31**	1					
QG	.49**	.14*	.09	0.12	.58**	.23**	.01	.21**	1				
INDEF	-.14*	0.04	.05	.38**	.13	.22**	.15*	.30**	-.03	1			
PE	.25**	.19**	.08	.67**	.34**	.83**	.07	.41**	.26**	.23**	1		
ANS	.16*	.23**	-.01	.59**	.39**	.58**	.06	.37**	.27**	.28**	.53**	1	
TE	.18*	.16*	.17*	.34**	.18*	.60**	-.07	.20**	.25**	.05	.35**	.30**	1

ATQ Pensamientos Automáticos Negativos, AE Afrontamiento Emocional, AEPI Alteraciones Emocionales, CR1 Quejas Somáticas, NEGE Neuroticismo. INTR Introversión, MAL Malestar, QG Quejas Gastrointestinales, INDEF Indefensión y Desesperanza, PE Preocupación y Estrés, ANS Ansiedad y TE Tendencia al Enojo

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

De manera subsecuente, se realizó un análisis de regresión logística mediante el método hacia atrás de Wald, tomando en cuenta el grupo de pacientes diagnosticados con TSS y el de participantes sin trastorno. Se obtuvo un modelo de 8 pasos que involucra las variables antes señaladas, el cual de acuerdo con la prueba Omnibus presenta una Chi-cuadrada de 84.982 con 5 gl y una p de .001, lo cual indica que el modelo ayuda a predecir el evento; es decir que al agregar las variables independientes se modifica la presencia del TSS. A la par se obtuvo un porcentaje de clasificación correcta del 77.1% (ver Tabla 3) por lo que el modelo se considera aceptable.

Tabla 3.
Tabla de clasificación

			Diagnóstico Esperado		
			Sin Trastorno	Trastorno de Síntomas Somáticos	Porcentaje correcto
Paso 4	Diagnóstico	Sin Trastorno	69	21	76.7
		Trastorno de Síntomas Somáticos	25	86	77.5
<hr/>					
Porcentaje global					77.1

El valor de corte es .500

Respecto al resumen del modelo los coeficientes de determinación presentan una proporción de variabilidad explicada de 34.5% según la R^2 de Cox y Snell y de 46.1% de acuerdo con la R^2 de Nagelkerke (ver Tabla 4), lo que señala que en promedio la predicción de la variable dependiente en más de un 30% por las independientes.

En relación al ajuste del modelo, la prueba de Hosmer y Lemeshow presenta una chi cuadrada de 8.603 y una significancia de .377, lo cual indica que el modelo se ajusta a la realidad; de tal manera, la prueba permite afirmar la hipótesis nula que señala que el modelo propuesto se ajusta a lo observado.

De acuerdo a los datos obtenidos se observa que las variables que predicen el incremento del riesgo de la presencia del TSS, son en primera las Quejas Gastrointestinales (QG), seguidas de Preocupación y Estrés (PE), Introversión (INTR) y Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ), siendo la primera la de mayor proporción, mientras que Indefensión y Desesperanza (INDEF) resulta ser una variable que disminuye la probabilidad del TSS (ver Tabla 4).

Tabla 4.
Análisis de Regresión Logística Binaria

	B	E.T.	Wald	gl	p(0.05)	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
INTR	.122	.053	5.352	1	.021	1.130	1.019	1.254
INDEF	-.580	.204	8.072	1	.004	.560	.375	.835
PE	.230	.108	4.540	1	.033	1.259	1.019	1.555

ATQ	.024	.008	8.087	1	.004	1.024	1.007	1.041
QG	1.053	.188	31.235	1	.000	2.865	1.981	4.145
Constante	-2.720	.619	19.311	1	.000	.066		

INTR Introversión, INDEF Indefensión y Desesperanza, PE Preocupación y Estrés, ATQ Pensamientos Automáticos Negativos, QG Quejas Gastrointestinales.

Discusión y Conclusiones

La presencia de los síntomas somáticos ha sido vinculada a una serie de factores, entre los cuales se encuentran la personalidad, percepción, cognición, acontecimientos vitales, estrés, afrontamiento y la conceptualización de la enfermedad (Kapfhammer, 2001), por lo que la identificación de las diferencias entre una muestra clínica y personas sin trastorno permite el identificar aquellos factores primordiales para el análisis. De acuerdo a los resultados del presente estudio, las quejas gastrointestinales y los pensamientos automáticos negativos son los factores estadísticamente significativos con mayor presencia en los pacientes con TSS; lo cual es concordante con el estudio de Freixias, Cipriano y Varlotta (2007), quienes indican que los pacientes con somatización presentan mayores dilemas cognitivos.

El análisis correlacional revela una relación de baja a moderada entre las quejas somáticas, gastrointestinales y los pensamientos automáticos con la manifestación de SS, lo cual parece indicar que es el conjunto de preocupaciones relacionadas con la salud física lo que origina la tendencia desarrollar y aumentar el malestar percibido; al respecto, González, Landero, y García-Campayo (2009) explican la existencia de una relación directa entre intensidad sintomática y la presencia de ansiedad.

El Trastorno de Síntomas Somáticos involucra la presencia de una serie de malestares de carácter físico, los cuales denotan una serie de preocupaciones relacionadas a la salud, así como conductas destinadas a la comprobación del padecimiento con ausencia de una explicación médica. Entre los principales síntomas, de acuerdo a Chávez (2013), se observa una evolución cíclica con molestias reumáticas, crisis asmáticas, molestias gástricas y dermatosis, las cuales se relacionan con la presencia de trastornos de afectividad. En concordancia, los datos hallados en esta investigación señalan las quejas gastrointestinales

como principal factor predictor; al igual que lo referido por Bauzá, Roca y Gili (2012), quienes afirman que el dolor de estómago, dolor de espalda, frecuentes diarreas, fuertes palpitations y excesivo cansancio o leve capacidad para realizar actividades son los predictores para el diagnóstico de síntomas somáticos. López y Belloch (2002) indican que no es necesario que los síntomas estén presentes, sino que más bien basta que éste sea narrado por el individuo; sin embargo, señalan que los sistemas orgánicos más comunes son: pseudoneurológico, gastrointestinal, sistema reproductor femenino, psicosexual, dolor y cardiopulmonar. De acuerdo a lo anterior, los resultados del modelo de regresión concuerdan en cuanto a la predicción diagnóstica, denotando que son las quejas recurrentes a nivel gástrico los aspectos primordiales en el proceso de identificación del TSS.

La presencia de síntomas de preocupación y estrés como factores predictores representa la tendencia de los participantes a desarrollar situaciones que determinan su incapacidad directa para poner en marcha mecanismos para hacer frente a las problemáticas que experimentan. De tal forma que se desencadenan reacciones a nivel fisiológico, las cuáles pueden ser consideradas como estímulos tensionales que provocan reacciones somáticas (Caballero y Caballero, 2008). En concordancia, Vijay, Avasthi y Grover (2014) señalan un alto grado de preocupaciones en pacientes con SS, las cuales van acompañadas de la presencia de pensamientos catastróficos. A la par, van Geelen, Rydelius y Hagquist (2015) afirman que el contenido referente a las preocupaciones psicológicas asociado a los Trastornos Somatomorfos y SS se relaciona con la experimentación de situaciones traumáticas y las creencias irracionales.

En cuanto a la personalidad, la introversión parece ser uno de los factores predictivos asociados al TSS, lo que indica de acuerdo con la interpretación del MMPI-2 RF la pérdida de experiencias emocionales positivas y la evitación de situaciones e interacciones sociales (Gómez-Maqueo, 2015). Lo anterior implica que no sólo existe la tendencia al aislamiento social del individuo, sino también a nivel emocional, lo que se manifiesta en la incapacidad para analizar la existencia de alternativas ante las situaciones que se presentan. En este sentido, de acuerdo con Fernández y López (2017) hay una relación entre el neuroticismo e introversión y los trastornos del dolor, mayoritariamente en la fibromialgia.

En cuanto a los aspectos intrapersonales, los resultados del análisis contradicen los hallazgos señalados por Bruno et al. (2012) y de Pancho y Procel (2017) quienes sugieren la tendencia evasiva y negativa de los pacientes ante las situaciones catastróficas; mientras que en los resultados del presente estudio, se observa una menor percepción de indefensión y desesperanza como factor predictivo, lo cual permite inferir la propensión a desarrollar una constricción emocional como mecanismo de afrontamiento ante las situaciones descritas como traumáticas o desestabilizadoras, en lugar de tendencias evitativas. Esto ha sido señalado por Espinosa, Contreras y Esguerra (2009) como la presencia de una percepción con capacidad para superar las dificultades en busca del desarrollo de la autotrascendencia.

Pese a la presencia del manejo perceptual de las condiciones traumáticas mediante la tendencia a desplazar el afecto a aspectos positivos, la presencia de los pensamientos automáticos de culpa denota la incapacidad de los pacientes con TSS para modular los afectos. Asimismo, la inclinación al autorreproche y la percepción de sentirse juzgado por los otros pueden indicar la búsqueda de estrategias alternativas para someter la experimentación de las experiencias emocionales, de tal forma que se presenta el desarrollo de creencias de desamparo, desesperanza y depresivos (González y Landero, 2004; Herzog et al., 2015).

En tal sentido, la falta de establecimiento de lazos sociales y afectos con los otros, aunada al desinterés y la incapacidad para mantener decisiones, parece generar en los sujetos el desarrollo de preocupaciones. Es así como el aislamiento se estructura como un mecanismo de afrontamiento ante las problemáticas, aspecto que supone la incapacidad para experimentar frustración y angustia; síntomas característicos de la somatización (Espinosa et al., 2009).

En conclusión, las quejas gastrointestinales recurrentes resaltan las diferencias entre los grupos seguidas de las somáticas, la culpa, indefensión y la presencia de preocupación y estrés; a la par se observa que las relaciones positivas moderadas bajas entre los problemas

estomacales, las quejas y los pensamientos negativos y el TSS. Lo que señala una consistencia de los hallazgos obtenidos en relación con los SS.

Las quejas gastrointestinales parecen ser los factores predictores más comunes del TSS, por lo que constituyen uno de los mejores criterios para el diagnóstico, tomando la referencia de tres síntomas o más señalada por van Geelen et al. (2015). A la par se establece la tendencia a experimentar una restricción de las experiencias emocionales, lo cual implica una pérdida en la capacidad para desarrollar afectos positivos con los otros; de tal forma que el desapego y la pasividad parecen ser mecanismos para evitar la constricción de las reacciones afectivas. Es así que los sujetos con TSS ante las situaciones de carácter estresante suelen desarrollar una serie de mecanismos de afrontamiento orientados a la trascendencia (superación del problema) mediante el despliegue de estrategias que les permiten asumir los aspectos negativos vividos como experiencias de crecimiento tendiendo a restringir la presencia de emociones que consideran dañinas. Adicionalmente, suelen elaborar procesos cognitivos de razonamiento perjudiciales, en tanto que tienden a percibir críticas hacia su persona por parte de los otros, lo que proyecta deterioro en la autoconfianza y así lleva al desarrollo de los síntomas somáticos.

La presente investigación tiene como limitación que los resultados no son generalizables a la población en general, sin embargo, permite identificar factores para la predicción del TSS y vislumbrar la necesidad de establecer mecanismos adecuados de diagnóstico para afinar los análisis predictivos. La investigación sugiere que la represión emocional y la evasión de la situación traumática son aspectos primordiales en la sintomatología. Si bien la investigación apoya la presencia de factores de aislamiento y evitación afectiva, pesimismo, anhedonia, síntomas depresivos, así como la falta de interacción con otros, por otra parte, añade que la tendencia a la búsqueda de cambio pese a la percepción negativa disminuye la sintomatología. Por lo anterior es necesario hacer una revisión sobre los comportamientos sociales de los pacientes con TSS y los mecanismos de compromiso emocional.

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

- Angenendt, J. y Harter, M. (2015). *Somatoform Disorders*. Munich: Elsevier.
- Arenas, P. y Martínez, L. (2015). *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 Forma reestructurada: Manual técnico*. México: Manual moderno.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washinton-London: American Psychiatric Publishing.
- Bauzá, N., Roca, M. y Gili, M. (2012). *Validación de la versión española de la SOMS-2 (screening for somatoform symptoms-2) para la evaluación de síntomas somáticos en atención primaria* (Tesis Doctoral inédita). Universitat de les Illes Balears, Valldemossa.
- Breslau, N., Davis, G. y Andresky, P. (1995). Risk factors for Post-traumatic Stress Disorder related with traumatic events: a prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 529-35.
- Bruno, F., De Rosa, S., Stover, J. y De La Iglesia, G. (2012). Afrontamiento al estrés, apoyo social percibido y sintomatología psicopatológica: estudio preliminar en Buenos Aires. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Caballero, L. y Caballero F. (2008). Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Monografía: Salud mental en la atención primaria JANO extra*, 1714, 15-29.
- Carson, A., Stone J., Hansen, C., Duncan, R., Cavanagh, J., Matthews, K., Murray, G. y Sharpe, M. (2015). Somatic symptom count scores do not identify patients with symptoms unexplained by disease: a prospective cohort study of neurology outpatients. *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*, 86, 295-301.

- Chávez, K. (2013). Depresión enmascarada, ¿somatización o depresión? *Psicología, Psicoanálisis y Conexiones*, 5(8), 1-8.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: LEA.
- Dorantes, M. (2015). Desarrollo profesional versus atención de la familia: dilema al que se enfrentan las profesionistas. *Alternativas en Psicología. Revista Semestral: Tercera Época*, 18, 74-86.
- Espinosa, J., Contreras, F. y Esguerra, G. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas*, 5(1), 87-95.
- Fernández, A. y López, M. (2017). *Estudio de la asociación entre la fibromialgia y el tipo de personalidad* (Tesis Doctoral). Recuperada de Dialnet, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128874>.
- Freixas, G., Cipriano, D. y Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 97-203.
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E. y Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399-407.
- Gómez-Maqueo, E. (2015). *Manual de aplicación, calificación e interpretación: Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 forma reestructurada*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- González, M. y Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- González, M., Landero, R. y García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), 141–5.
- Herzog, A., Voigt, K., Meyer, B., Wollburg, E., Weinmann, N., Langs, G. y Löwe, B. (2015). Psychological and interactional characteristics of patients with somatoform disorders: Validation of the Somatic Symptoms Experiences Questionnaire (SSEQ) in a clinical psychosomatic population. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 553–562.

- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383-395.
- Hutchenson, G. y Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. London: Sage Publications.
- Kapfhammer, H. (2001). Somatization-somatoform disorders-etiopathological models. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 69(2), 58-77.
- Kurlansik, S. y Maffei, M. (2015). Somatic Symptom Disorder. *American Academy of Family Physicians*, 93(1):49-54.
- Limburga, K., Sattel, H., Dinkel, A., Radziej, K., Becker-Bense, S. y Lahmannb, C. (2017). Course and predictors of DSM-5 somatic symptom disorder in patients with vertigo and dizziness symptoms – A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 77, 1–11.
- López, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 73-93.
- Mera, A., Hernández, M., Gómez, J., Ramírez, N. y Mata, M. (2012). Características psicométricas del cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30) en población mexicana. *Journal of Behaviour, Health y Social Issues*, 3(2), 61-75.
- Morton, T. (2015). Somatic Symptom Disorders without known physical causes: One disease with many names? *The American Journal of Medicine*, 128(10), 1054-1058.
- Pancho, L. y Procel, C. (2017). *Afrontamiento del estrés y síntomas psicósomáticos en pacientes atendidos en hospital alternativo Andino de Riobamba, período agosto 2016 – enero 2017* (Tesis de Licenciatura). Recuperada de la Red de Repositorios de Acceso Abierto del Ecuador, http://rraae.edu.ec/Record/0024_8db21d61dd07131d9e1a7bc727bffe3e.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1). 39-54.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2008). Evaluación de los sucesos vitales. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (2ª edición, pp. 65-83). Madrid: Klinik.

- Van Eck van der Sluijs, J., Vroege, L., van Manen, A., van der Thiel, E., Timmermans, A., Pouwer, F. y van der Feltz-Cornelis, C. (2016). Case complexity in outpatients in a centre of excellence for somatic symptom disorder -a cross-sectional study-. *Journal of Psychosomatic Research*, 85, 85-85.
- Van Geelen, S., Rydelius, P. y Hagquist, C. (2015). Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(4), 251-258.
- Veytia, M., González-Arratia, N., Andrade, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Vijay, K. G., Avasthi, A., Grover, S. (2014). A study of worry and functional somatic symptoms in generalized anxiety disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 50 – 52.

8. Resultados Adicionales

8.1 Adaptación de dos instrumentos para evaluar la presencia del Trastorno de Síntomas Somáticos

Para la validación de los instrumentos se realizaron análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, así como se determinó el Alfa de Cronbach con el fin de corroborar la consistencia, confiabilidad y validez de estos. Para el Cuestionario de Experiencias Somáticas se realizó un primer análisis factorial considerando las cuatro dimensiones propuestas por los autores; de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin se obtiene un puntaje de .840 cercano a 1, lo cual indica una adecuación de los datos al modelo del análisis factorial, a la par se indica que el contraste de Bartlett es significativa la hipótesis nula de variables iniciales incorrelacionadas, por lo cual tiene sentido aplicar un análisis factorial. Se procedió a llevar a cabo un análisis mediante la rotación varimax con el método de extracción donde se obtuvieron 3 factores de los 4 propuestos en la versión original, con una varianza explicada de 63.299% del constructo representado y se obtuvo la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach para cada factor (ver Tabla 5).

Tabla 5.

Matriz de componentes rotados

Matriz de componentes rotados			
Ítem	Componente		
	1	2	3
1	.110	.557	.370
2	.677	.080	.045
3	.675	.317	.110
4	.535	.186	.420
5	.112	.892	.133
6	.434	.618	.240
7	.778	.025	.301
8	.541	.371	.179
9	.808	.059	.008
10	.744	.145	.272
11	.109	.886	.075
13	.352	.065	.745

Tabla 5.

Matriz de componentes rotados (continuación)

Matriz de componentes rotados			
Ítem	Componente		
	1	2	3
14	.170	.208	.791
15	.037	.228	.847
Alfa de Cronbach	.853	.815	.802

De manera posterior se eligió para correr el análisis el método de componentes principales, por lo cual las comunalidades se observan en 1, y puede observarse en el gráfico de sedimentación que sólo son mayores de 1 los autovalores de las tres primeras variables, lo que representará de forma coherente tres componentes principales que resumen el constructo en tres dimensiones. De la manera que la varianza total explicada para los primeros tres componentes es de 56.327% de la variabilidad total.

Sin embargo, considerando la propuesta de los autores se presenta la Matriz de componentes rotados, donde se observan que las cuatro dimensiones y su comparación con el instrumento original. Se realizó un análisis de fiabilidad donde se obtuvo un Alfa de Cronbach de .88 para los 14 ítems similar a la propuesta por los autores (0.90).

Tabla 6.

Matriz de componentes rotados con cuatro factores

1Factores						
No. Ítem	Preocupación por la salud (1)	Experiencia de la Enfermedad (2)	Problemas en la interacción con los médicos (3)	Consecuencias de la enfermedad (4)	Dimensión en el instrumento original	Carga factorial reportada
9	.790	.057	.222	-.015	1	.89
7	.766	.026	.211	.280	1	.78
2	.692	.106	.129	.021	1	.81
4	.680	.329	-.114	.381	1	.57
10	.657	.077	.382	.260	1	.68
15	.001	.192	.159	.849	4	.91
14	.143	.182	.164	.788	4	.82
13	.330	.047	.166	.739	4	.50
5	.093	.888	.214	.113	2	.74
11	.078	.871	.237	.056	2	
1	.175	.624	-.008	.347	2	.81
8	.246	.110	.812	.196	3	.61
6	.189	.406	.725	.247	3	.75
3	.506	.174	.563	.107	3	.74
Alpha de Cronbach	.829 (.86)	.805 (.75)	.798 (.74)	.802 (.78)		

Se prosiguió a realizar un análisis confirmatorio del instrumento utilizando el programa AMOS, para lo cual se diseñó el modelo propuesto por los autores, donde se encontró una chi cuadrada de 222.306 (con una $p < 0.01$ y 71 gl). A la par se obtuvieron los estadísticos de bondad de ajuste del modelo 1, los resultados sugieren la eliminación del ítem 13 para la mejora del ajuste, obteniendo una mejora en el índice CFI, con un valor 173.096 ($p < 0.01$) para chi cuadrada para el 2 (ver Tabla 7), siguiendo el proceso se realizaron análisis posteriores sin mejoras significativas al modelo.

Tabla 7.

Estadísticos de ajuste para del Análisis Factorial Confirmatorio con 4 factores

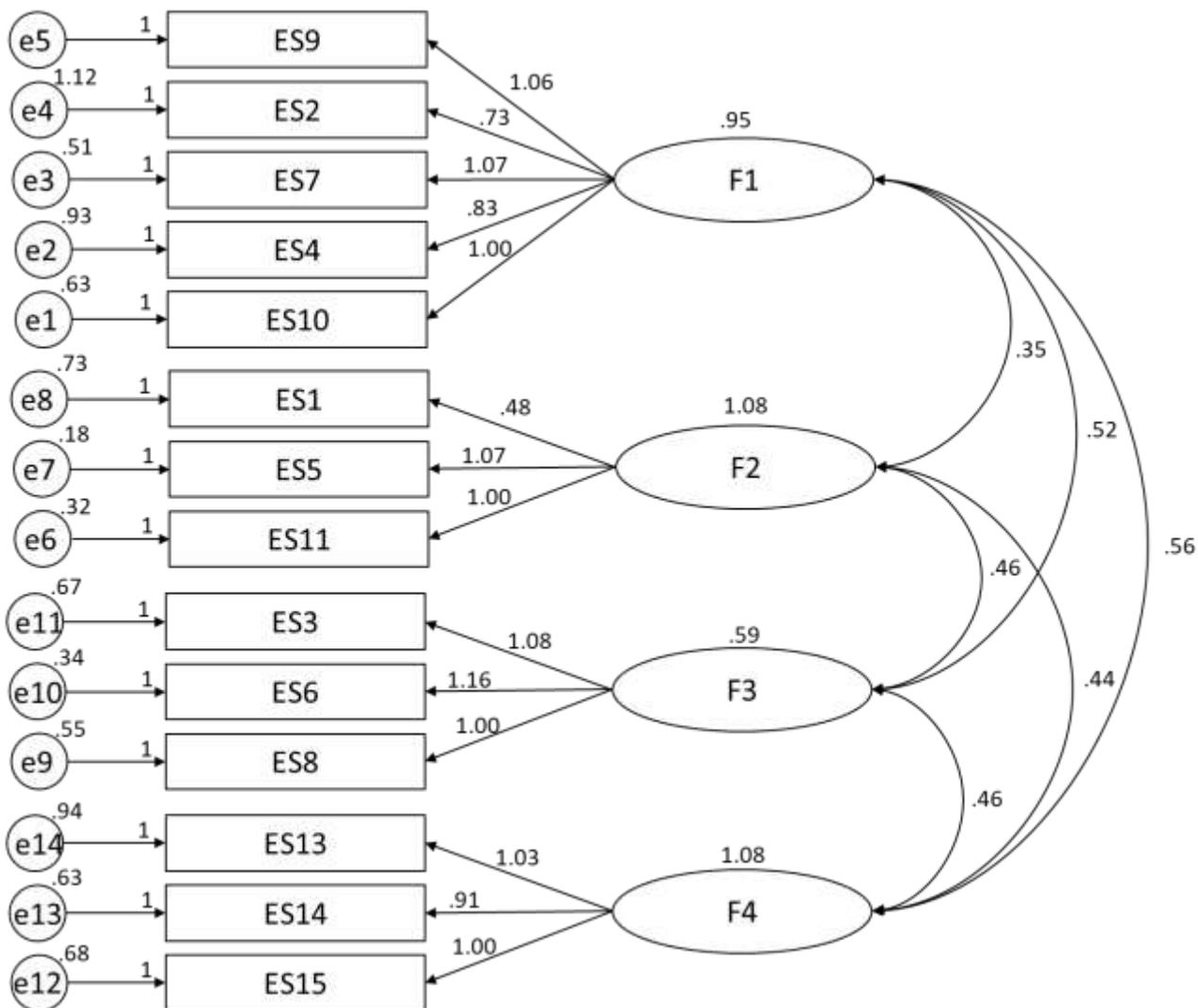
Modelo	Medida	Estimación	Límite	Interpretación
1	CMIN/DF	3.131	Entre 1 y 3	Excelente
	CFI	0.888	>0.95	Terrible
	SRMR	0.087	<0.08	Excelente
	RMSEA	0.103*	<0.06	Excelente
	GFI	.872	>0.90	Aceptable
	AGFI	.811	>0.90	Aceptable
	PClose	0.000	>0.05	Terrible
2	CMIN/DF	2.934	Entre 1 y 3	Excelente
	CFI	0.906	>0.95	Aceptable
	SRMR	0.083	<0.08	Excelente
	RMSEA	0.098*	<0.06	Excelente
	GFI	.889	>0.90	Aceptable
	AGFI	.829	>0.90	Aceptable
	PClose	0.000	>0.05	Terrible

CMIN/DF= Chi cuadrada normalizada, CFI= Índice de ajuste comparativo, SRMR= Residuo cuadrático medio, RMSEA= Error de aproximación cuadrático medio, GFI= Coeficiente de determinación del análisis de regresión, AGFI= Índice ajustado de bondad de ajuste, NFI= Índice de ajuste normalizado, PClose

* $p < 0.01$

Figura 2

Modelo 2 AFC con 4 factores



De igual forma se realizó el análisis con los tres factores (Modelo 3) donde se obtuvo una chi cuadrada con un valor de 311.905 ($p < 0.01$ y 74 gl), posteriormente se realizaron modificaciones obteniendo un cuarto, eliminando los reactivos 13, 5 y 6 para la mejora del modelo con una chi cuadrada de 111.242 ($p < 0.01$ y 41 gl).

Tabla 8.

Estadísticos de ajuste para el Análisis Factorial Confirmatorio con 3 factores

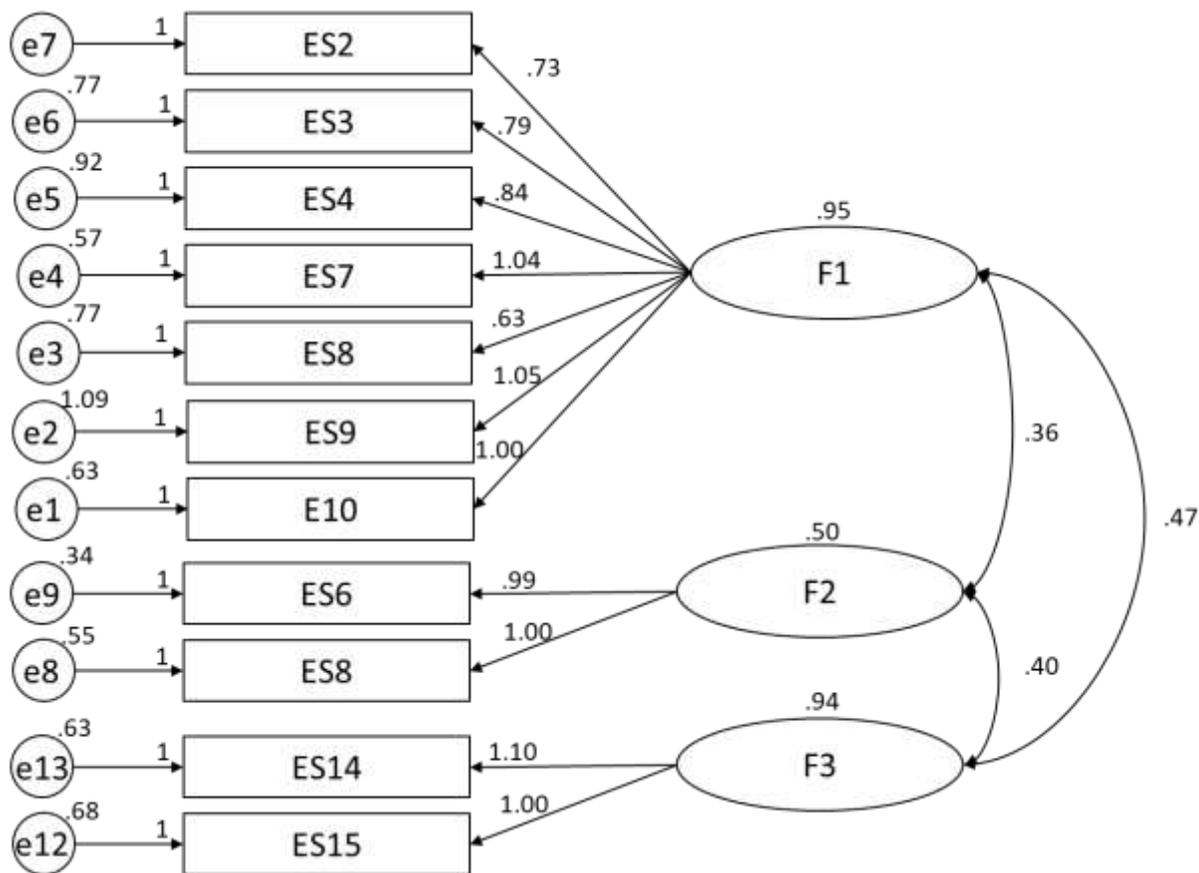
Modelo	Medida	Estimación	Límite	Interpretación
3	CMIN/DF	4.215	Entre 1 y 3	Excelente
	CFI	0.824	>0.95	Terrible
	SRMR	0.118	<0.08	Excelente
	RMSEA	0.127*	<0.06	Excelente
	GFI	.833	>0.90	Aceptable
	AGFI	.763	>0.90	Terrible
	PClose	0.000	>0.05	Terrible
4	CMIN/DF	2.713	Entre 1 y 3	Excelente
	CFI	0.910	>0.95	Aceptable
	SRMR	0.069	<0.08	Excelente
	RMSEA	0.093*	<0.06	Excelente
	GFI	.913	>0.90	Excelente
	AGFI	.861	>0.90	Aceptable
	PClose	0.001	>0.05	Terrible

CMIN/DF= Chi cuadrada normalizada, CFI= Índice de ajuste comparativo, SRMR= Residuo cuadrático medio, RMSEA= Error de aproximación cuadrático medio, GFI= Coeficiente de determinación del análisis de regresión, AGFI= Índice ajustado de bondad de ajuste, NFI= Índice de ajuste normalizado, PClose

* $p < 0.01$

Figura 3

Modelo 4 AFC con 3 factores



Para el cuestionario de Síntomas Somáticos 8 se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio de componentes principales, observando las comunalidades en 1, obteniendo un solo componente principal que resume el constructo, de manera que la varianza total explicada obtenida es de 52.67% de la variabilidad total, conservando así la estructura del instrumento original. Se realizó un análisis de fiabilidad donde se obtuvo un Alfa de Cronbach de .87 para los 8 ítems similar a la propuesta por los autores (0.81).

De forma posterior se realizaron correlaciones para los instrumentos y el diagnóstico; asimismo, se tomaron las variables del MMPI-2 RF relacionadas con los padecimientos somáticos. En un primer momento se calcularon correlaciones de Spearman para las variables y el diagnóstico encontrando una relación estadísticamente significativa con todas las

variables, específicamente con el SSEQ de carácter moderado y alta para el factor consecuencias de la enfermedad y alta para el SSS-8.

Se calcularon correlaciones de Pearson entre las demás variables, obteniendo una relación positiva moderada entre los instrumentos y la escala de quejas somáticas del MMPI-2 RF. A la par pueden observarse bajas entre SSS-8 y tres factores de SSQE y una moderada para las consecuencias de la enfermedad.

Tabla 9.

Correlaciones entre la presencia del TSS, SSS-8, SSEQ y la escala de quejas somáticas del MMPI-2 RF

	Dx	SSS-8	SSEQ	1	2	3	4	CR1	MAL	QG	QDC	QN	QG
Dx	1												
SST	.776**	1											
SS EQ	.653**	.507**	1										
1	.482**	.384**	.840**	1									
2	.382**	.203**	.657**	.349**	1								
3	.354**	.282**	.767**	.598**	.478**	1							
4	.701**	.532**	.767**	.462**	.392**	.454**	1						
CR1	.385**	.320**	.257**	.196**	.173*	.189**	.201**	1					
MAL	.150 ^s	.088	.079	.030	.166*	.077	.026	.345**	1				
QG	.515**	.433**	.372**	.320**	.279**	.206**	.267**	.576**	.207**	1			
QDC	.240**	.173*	.182**	.177*	0.119	.158*	0.093	.803**	.307**	.364**	1		
QN	.225**	.187**	.126	.062	.049	.123	.136	.703**	.228**	.174*	.421**	1	
QG	.141 ^s	.072	.078	.103	.059	.020	.019	.295**	.457**	.107	.228**	.363**	1
	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

Dx (Diagnóstico), SSS-8 (Escala de Síntomas Somáticos 8), SSEQ (Escala de Experiencias de Síntomas Somáticos), 1 (Preocupación por la salud), 2 (Experiencia de la enfermedad), 3 (Problemas en la interacción con médicos), 4 (Consecuencias de la enfermedad), CR1 (Quejas somáticas), Mal (Malestar), QG (Quejas Gastrointestinales), QDC (Quejas del Dolor de Cabeza), QN (Quejas neurológicas) y QC (Quejas Cognitivas).

^SCorrelación de Spearman

^PCorrelación de Pearson

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Para finalizar se obtuvieron los estadísticos descriptivos y cuartiles para cada uno de los instrumentos donde se observan medias más altas para el grupo con TSS en ambas escalas y en los factores del SSEQ.

Tabla 10.

Tabla de medias y percentiles para el SSS-8 y SSEQ

		Muestra total		TSS		Participantes sin TSS	
		SSS-8	SSEQ	SSS-8	SSEQ	SSS-8	SSEQ
Media		10.3	31.31	15.24	38.20	4.21	22.82
Mediana		9	31	16	37	4	22.50
D.E.		7.225	11.903	5.557	9.991	3.344	7.936
Percentiles	25	4	22	11	31	2	17.75
	50	9	31	16	37	4	22.50
	75	16	38	19	46	6	26

De acuerdo con los datos obtenidos, se puede considerar que los resultados del análisis factorial describen una estructura factorial de tres dimensiones que permiten explicar el 56.32% de la varianza superando apenas la media sugerida por Morales (2011) que permite describirla como aceptable. Sin embargo, se observa que si se toman tres factores aumenta a 63.29% manteniéndose en el rango como admisible. En caso de proceder al análisis de la escala en tres factores se eliminaría el factor problemas con la interacción con los médicos, que representa el puntaje más bajo para los índices de fiabilidad.

Para el alfa de Cronbach para el SSEQ se observan índices mayores a .80 considerando tres o cuatro factores, por lo que se obtienen así coeficientes buenos para todas las escalas a excepción del factor 3 (para cuatro factores) que se consideraría como aceptable. Por lo cual se señala la escala presenta un adecuado nivel de validez y confiabilidad.

El Análisis Factorial Confirmatorio tiene como objetivo la comprobación de la existencia de una teoría o hipótesis que ha sido establecida de forma *a priori*, es decir el objetivo primordial se centra en explicar la manera en que un conjunto de variables medidas empíricamente reflejan a otras variables latentes (Fernández, 2008). La aplicación en la investigación tenía como fin identificar la estructura de la escala propuesta por los autores, observando una chi cuadrada significativa; de acuerdo con Fernández (2008) si la muestra es mayor 200 se tiende a rechazar H_0 , mientras que si es menor a 100 se tiende a aceptar H_0 incluso sin ser significativa ninguna relación del modelo; sin embargo, se señala que este índice no garantiza el ajuste al modelo, ya que es un indicador relativo a la muestra donde se sugiera que la muestra debe encontrarse entre 100 y 200 sujetos; para la investigación se tomaron en cuenta 201 casos.

Por ello se requiere complementar con otros índices de ajuste, para lo cual se hicieron arreglos a los modelos propuestos por los autores, utilizando los resultados del análisis factorial exploratorio; obteniendo indicadores relativamente aceptables para los modelos 2 y 4, correspondientes a 4 y 3 factores.

Se tomaron como criterios los propuestos por Hu y Bentler (2009); en cuanto al ajuste de los modelos se observa una mejora para el modelo 4 donde se contemplaría un instrumento con tres factores con doce ítems, sin embargo, puede sugerirse el uso del modelo 2 al tener un ajuste adecuado y conservando la mayoría de los reactivos y estructura similar a la propuesta original.

La razón de chi-cuadrada sobre los grados de libertad (CMIN/DF) al encontrarse entre 1 y 3 permite señalar el ajuste adecuado al modelo, en concordancia, de acuerdo al RMSEA (error de aproximación) se refiere un ajuste del modelo a la realidad; el resultado se refiere a la cantidad de varianza no explicada por el modelo por grado de libertad (Herrero, 2010).

Mientras que GFI (Índice de Bondad de Ajuste) y AGFI (Índice ajustado de bondad de ajuste) al acercarse a 1 indican que no debe ser ajustado. A la par CFI (Índice de comparación del ajuste) se centra en comparar el χ^2 de dos modelos (uno independiente que refiere la no

existencia de relación entre las variables, y el propuesto por el investigador) por lo que de acuerdo con los resultados puede decirse que es aceptable el planteamiento de la relación entre las variables (Escobedo, Hernández, Estebané y Martínez, 2016).

En síntesis, puede señalarse que el análisis de las propiedades psicométricas del SSEQ bajo una estructura tetra o trifactorial es viable, luego del ajuste al modelo y atiende a los criterios estadísticos y sustantivos, derivado de los adecuados indicadores de ajuste, de fiabilidad y de validez.

Para el caso del SSS-8 se observa el mantenimiento de la estructura unifactorial, con una varianza explicada aceptable y un alfa de Cronbach superior a la reportada por los autores que puede considerarse como buena. A la par se desarrollaron correlaciones de Spearman de las escalas con el diagnóstico, obteniendo relaciones aceptables con las escalas lo cual permite señalar que ambas miden el mismo constructo, a la par se utilizaron las escalas del MMPI-2 RF relacionadas a la sintomatología somática donde se puede observar correlaciones entre las escalas salvo para QG, MAL y QN solo para SSEQ.

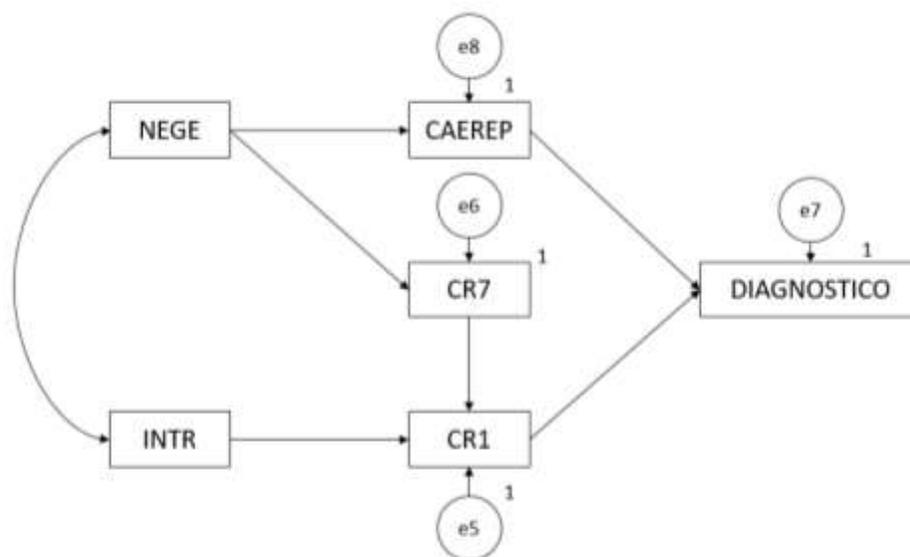
8.2 Modelo explicativo del Trastorno de Síntomas Somáticos

Resultados

Se realizó un modelo de trayectorias en el paquete AMOS® para determinar los efectos directos e indirectos que tienen el neuroticismo, la introversión, la reevaluación positiva, las quejas somáticas y las emociones negativas para predecir el diagnóstico afirmativo del Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS). El modelo teórico se planteó retomando los análisis previos y el establecimiento del modelo teórico de la literatura existente. Se consideró la Escala de Experiencias de Síntomas Somáticos por sus siglas en inglés SSEQ para analizar el ajuste al modelo considerando la presencia y ausencia del TSS. A continuación, se presenta esquemáticamente el modelo propuesto.

Figura 4.

Diagrama de senderos, modelo de ecuaciones estructurales.



Nota: NEGE (Neuroticismo-Emociones negativas), INTR (Introversión-Escasas emociones positivas), CAERP (Reevaluación Positivo), CR1 (Quejas Somáticas) y CR7 (Emociones Negativas). Las flechas de una dirección muestran los efectos directos, las flechas de doble cabeza son covarianzas.

De acuerdo con la composición del modelo se tomaron Neuroticismo e Introversión como variables exógenas donde se establece una correlación entre ellas; mientras que para Reevaluación Positiva y Emociones Negativas se estableció un efecto derivado de Neuroticismo y Quejas Somáticas un impacto por parte de Emociones Negativas e Introversión. Para finalizar se definió que la presencia de Síntomas Somáticos recibe el efecto directo de las Quejas Somáticas y Reevaluación Positiva (ver Figura 4).

De forma posterior se realizaron los análisis del ajuste del Modelo mediante el método de máxima verosimilitud, obteniendo puntajes de ajuste adecuados para la especificación evaluada. Se obtuvo una χ^2 con valor de 22.830 con 16 gl y una p de .118, lo cual indica que se acepta la H_0 , y que los datos obtenidos se ajustan al modelo propuesto.

En relación los indicadores de los residuos estandarizados (SRMR y RMSEA) y de ajuste obtenidos (ver Tabla 11) se describe una adecuación del modelo a la realidad de acuerdo a los criterios propuestos por Hu y Bentler (2009), por lo que puede considerarse que el SEM es adecuado y permite explicar mediante la representación de relaciones funcionales y estructurales entre variables el desarrollo del TSS, no sin antes señalar que el ajuste encontrado no impide la existencia de otros modelos alternativos que pudiesen denotar un mejor ajuste al obtenido.

Tabla 11.

Estadísticos de ajuste para el modelo

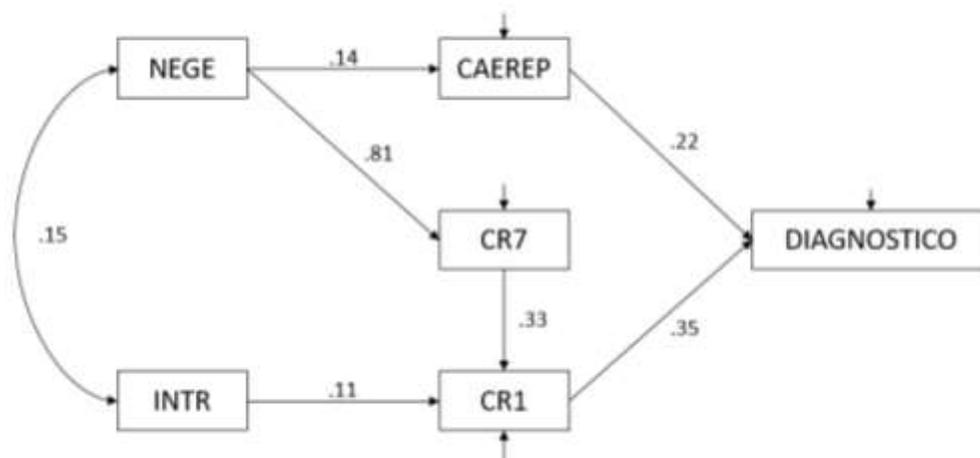
Medida	Estimado	Límites	Interpretación
CMIN/DF	1.427	Between 1 and 3	Excelente
CFI	0.974	>0.95	Excelente
SRMR	0.082	<0.08	Excelente
RMSEA	0.046	<0.06	Excelente
GFI	0.963	>0.90	Excelente
AGFI	0.903	>0.90	Excelente
NFI	0.923	>0.95	Aceptable
PClose	0.515	>0.05	Excelente

CMIN/DF= Chi cuadrada normalizada, CFI= Índice de ajuste comparativo, SRMR= Residuo cuadrático medio, RMSEA= Error de aproximación cuadrático medio, GFI= Coeficiente de determinación del análisis de regresión, AGFI= Índice ajustado de bondad de ajuste, NFI= Índice de ajuste normalizado, PClose

* $p < 0.01$

Figura 5.

Representación del SEM



Nota: Los errores se señalan con flechas, NEGE (Neuroticismo-Emociones negativas), INTR (Introversión-Escasas emociones positivas), CAEREP (Reevaluación Positiva), CR1 (Quejas Somáticas) y CR7 (Emociones Negativas). Las flechas de una dirección muestran los efectos directos, las flechas de doble cabeza son covarianzas.

8.3 Sucesos Vitales Estresantes y el Trastorno de Síntomas Somáticos

Resultados

Mediante la evaluación con el Cuestionario de Sucesos Vitales Estresantes cuestionario elaborado por Sandín y Chorot (Veytia, González-Arratia, Andrade y Oudhof, 2012) a los participantes y pacientes con TSS se realizaron análisis descriptivos para identificar el nivel de preocupación que exhibe la muestra con relación a las situaciones de vida experimentadas. Denotando una frecuencia similar en la experimentación de hechos por parte de ambos grupos. Por lo que se procedió a valorar el nivel de preocupación referido por los integrantes del estudio, encontrando una media superior en las personas sin TSS que con él (ver Tabla 1),

Se analizaron las dimensiones que componen el instrumento, encontrando medias superiores para el grupo con TSS en cuanto a la dimensión Relaciones de Pareja, Vivienda/Legal/Social y Salud Propia. A la par se analizó la percepción de la muestra con relación a los sucesos encontrando una tendencia de visualización negativa en los pacientes con TSS, mientras que en relación con la percepción de aparición del hecho (esperado/inesperado) para ambos casos los participantes sin diagnóstico denotan medidas relativamente más altas. Por lo anterior se realizaron análisis de comparación de medias con la prueba t de Student, no encontrando diferencias significativas salvo para la dimensión de miscelánea ($p=0.33$) (ver Tabla 12).

Tabla 12.

Medias del Cuestionario del Sucesos Vitales Estresantes entre pacientes con diagnóstico de TSS y personas sin trastorno

	Sin TSS		Con TSS	
	Media	DE	Media	DE
SVE Total	64.99	56.60	60.40	51.30
SVE Frecuencia	26.40	22.67	25.16	21.06
Trabajo	6.93	6.53	6.86	5.86
Relaciones de Pareja	5.98	6.66	7.21	6.43
Vivienda/Legal/Social	8.39	8.84	8.97	9.64
Pérdida Laboral/Ingresos	6.52	5.63	5.55	5.64
Salud Familiar	4.70	4.104	4.43	3.877
Salud Propia	4.63	5.364	5.05	5.284
Familia-Hijos	3.27	4.072	2.33	3.911
Miscelánea	16.23	13.622	12.38	11.815
Percepción Positiva	13.31	13.57	11.33	10.47
Percepción Negativa	10.47	14.29	11.64	13.46
Hecho esperado	11.28	9.30	10.84	12.29
Hecho inesperado	12.34	13.62	12.06	14.27

8.4 Percepción de crianza y el Trastorno de Síntomas Somáticos

Resultados

Para el caso de la variable Percepción de Crianza se utilizó la escala elaborada por Rodríguez, Oudhof, González-Arratia y Unikel (2011), para determinar las dimensiones de orientación, interés y apoyo efectuadas por sus padres (madre/padre) y percibidas por los participantes en el estudio: pacientes con TSS y participantes. Se realizó un análisis de las medias de la percepción de crianza donde se obtuvieron medias similares para ambos grupos. Si bien para el grupo con diagnóstico las medias son superiores al realizar un análisis de comparación de medias no se encontraron diferencias significativas; a la par se puede observar que las medias tienden a ser más elevadas para para la percepción positiva de la madre, en comparación con las del padre (ver Tabla 13).

Tabla 13.

Medias del Cuestionario del Sucesos Vitales Estresantes entre pacientes con diagnóstico de TSS y sujetos sin trastorno

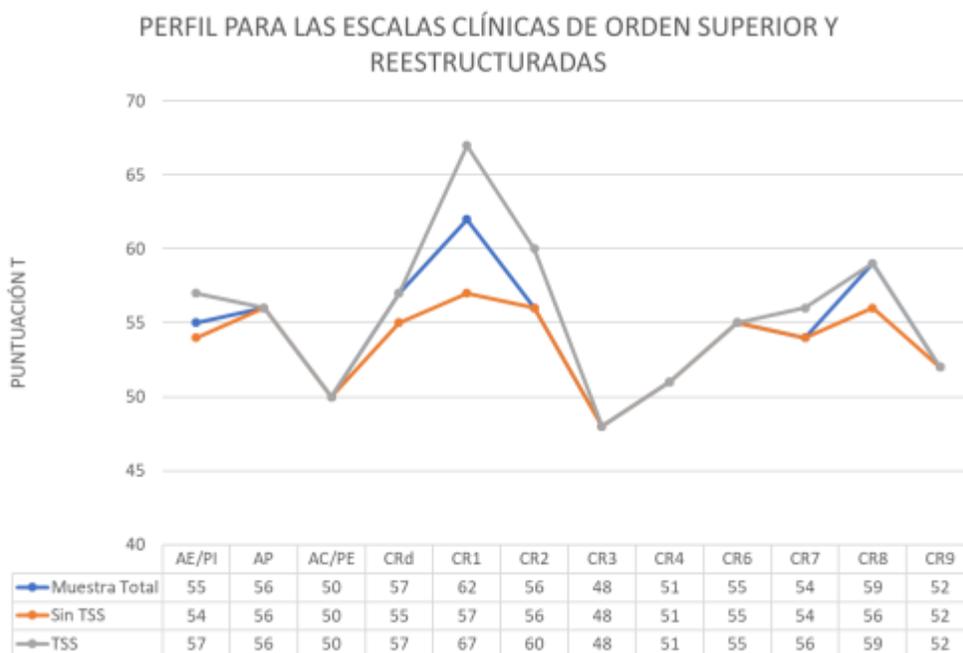
		Sin TSS		Con TSS	
		Media	DE	Media	DE
PADRE	Interés	3.06	1.49	3.21	1.34
	Apoyo	3.21	1.47	3.30	1.31
	Orientación	3.04	1.46	3.07	1.35
MADRE	Interés	4.01	1.24	4.10	.96
	Apoyo	3.94	1.20	4.07	.88
	Orientación	3.82	1.22	3.99	.98

8.5 Perfiles de personalidad de pacientes con TSS y participantes sin TSS

De acuerdo con los resultados, las alteraciones emocionales, las quejas somáticas, escasez de respuestas emocionales, psicoticismo e introversión de los pacientes comparados con el grupo sin TSS y la muestra total se denotan superiores (ver Figura 6 y 7).

Figura 6.

Gráfica del perfil para las escalas clínicas de la muestra total participantes sin TSS y pacientes con TSS.



Nota: **AE/PI** Alteraciones emocionales, **AP** Alteraciones del pensamiento, **AC/PE** Alteraciones del comportamiento. **CRd** Desmoralización, **CR1** Quejas somáticas, **CR2** Escasez de respuestas emocionales positivas, **CR3** Desconfianza, **CR4** Conducta antisocial, **CR6** Ideas persecutorias, **CR7** Emociones negativas, **CR8** Experiencias anormales, **CR9** Activación hipomaníaca

Figura 7.

Gráfica del perfil para las escalas de personalidad psicopatológicas de la muestra total participantes con y sin TSS



Nota: **AGGR-r** Agresividad revisada, **PSYC-r** Psicoticismo revisada, **DISC-r** Falta de control revisada, **NEGE-r** Emociones negativas-neuróticas revisadas, **INTR-r** Introversión, escasas emociones positivas revisada.

De acuerdo con los resultados el perfil de personalidad puede estructurarse siguiendo las características interpretativas propuestas por Gómez-Maqueo (2015), se refiere lo siguiente:

Interpretación de las escalas sustantivas:

Disfunción somática/cognoscitiva: se observa la presencia de un número significativo de quejas a nivel gastrointestinal aunadas a dolores de cabeza, lo cual puede generar una propensión a desarrollar preocupaciones por la salud física.

Disfunción emocional: se indica un malestar emocional significativo aunado a sentimientos de tristeza, infelicidad e insatisfacción con la vida, lo cual provoca un sentido de desesperanza y pesimismo relativo acerca de sí mismo denotando una autoestima baja, aunado a una pérdida de la confianza de sí mismo y un sentido de inutilidad.

Disfunción del pensamiento: no se denotan alteraciones directas, solo las que se relacionan con la percepción de la salud y las reacciones ante el estrés.

Disfunción conductual: se indica un nivel de conductas reprimidas superior al promedio por lo cual es poco probable la presencia de conductas impulsivas, sin embargo, presenta una historia de problemas conductuales durante la infancia o en la escuela.

Funcionamiento interpersonal: se observan relaciones familiares conflictivas como consecuencia de la percepción de falta de apoyo por parte de los integrantes.

Intereses: se observan nulos intereses en actividades de naturaleza estético o literaria.

Consideraciones diagnósticas: se señala en caso de descartar el origen físico de las molestias gastrointestinales valorar la presencia de un trastorno somatomorfo, a la par de la presencia de desórdenes relacionados con el pensamiento, uso de sustancias o trastornos de personalidad.

Consideraciones del tratamiento: Se denota la necesidad de realizar intervenciones ligadas a la reducción de la percepción del estrés para disminuir la presencia de los síntomas gastrointestinales y las distorsiones del pensamiento.

Con relación a las escalas de psicopatología de la personalidad las medias se elevan, hacia Psicoticismo, Emociones negativas-neuróticas e Introversión, lo cual señala leves alteraciones en el pensamiento aunado a una conducta de inhibición a consecuencia de la percepción negativa de las experiencias, que genera ansiedad, inseguridad, pesimismo y preocupación y tendencia al aislamiento.

8.6 Diferencias entre hombres y mujeres con TSS

Para el alcance de los objetivos de la investigación, se realizaron comparaciones por sexo de los participantes con TSS en virtud de identificar la existencia de diferencias significativas para cada una de las variables del estudio, no encontrando variaciones para la percepción de crianza, afrontamiento del estrés, pensamientos automáticos negativos y síntomas somáticos.

Para el caso de los pensamientos automáticos negativos se encontró una diferencia en cuanto a la percepción de los hechos de carácter negativo, donde se observa la media más alta para el caso de los hombres con un tamaño del efecto pequeño. Mientras que en cuanto a la personalidad los hombres presentan una mayor indefensión/desesperanza que las mujeres, en oposición a los interés estético-literarios, para ambos casos el tamaño del efecto se considera media desviación estándar.

Tabla 14.

Comparación de medias entre hombres y mujeres con TSS

Instrumento	Variable	Hombres con TSS		Mujeres con TSS		t	p	d
		Media	DE	Media	DE			
Percepción de Crianza Paterna	Interés	3.36	1.15	3.12	1.45	0.91	0.37	0.18
	Apoyo	3.47	1.07	3.20	1.45	1.04	0.30	0.21
	Orientación	3.24	1.18	2.96	1.45	1.05	0.30	0.21
Percepción de Crianza Materna	Interés	4.16	0.96	4.05	0.95	0.59	0.55	0.12
	Apoyo	4.13	0.99	3.91	0.98	1.17	0.25	0.23
	Orientación	4.08	0.90	4.07	0.87	0.07	0.95	0.01
Sucesos Vitales Estresantes (CSV)	CSV Total	64.47	49.32	57.82	52.72	0.66	0.51	0.13
	Positivo	11.37	10.17	11.31	10.74	0.03	0.98	0.01
	Negativo	14.74	17.10	9.68	10.19	1.96	0.05	0.36
	Inesperados	11.40	11.73	12.49	15.73	-0.39	0.70	-0.08
	Esperados	14.49	16.81	8.53	7.54	2.55	0.01	0.46
	Frecuencia CSV	27.58	21.46	23.63	20.83	0.96	0.34	0.19
	CSV Trabajo	7.79	5.32	6.26	6.14	1.34	0.18	0.27
	CSV Relaciones de Pareja	7.23	7.08	7.19	6.05	0.03	0.97	0.01
	CSV Vivienda/Legal/Social	9.98	9.16	8.34	9.96	0.87	0.39	0.17
	CSV Pérdida Laboral/Ingresos	5.14	5.05	5.81	5.89	-0.62	0.54	-0.12
CSV Salud Familiar	4.70	3.96	4.26	3.85	0.57	0.57	0.11	
CSV Salud Propia	5.58	4.92	4.71	5.51	0.85	0.40	0.17	
CSV Familia/Hijos	2.40	3.72	2.29	4.06	0.13	0.90	0.03	
CSV Miscelánea	13.91	12.10	11.41	11.61	1.08	0.28	0.21	

Tabla 14.

Comparación de medias entre hombres y mujeres con TSS (continuación)

Instrumento	Variable	Hombres con TSS		Mujeres con TSS		t	p	d
		Media	DE	Media	DE			
Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ)	ATQ Total	36.44	22.73	31.18	21.28	1.24	0.22	0.24
	Disgusto consigo mismo y con su circunstancia	14.84	11.15	11.15	10.90	1.72	0.09	0.33
	Culpa y sentirse juzgado negativamente por otros	9.81	5.66	9.97	5.17	-0.15	0.88	-0.03
	Sensación de ineficacia	11.79	7.97	10.06	6.74	1.23	0.22	0.23
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)	Búsqueda de apoyo	5.49	3.49	5.09	2.59	0.69	0.49	0.13
	Expresión emocional	5.05	3.03	4.54	2.56	0.94	0.35	0.18
	Religión	1.74	2.00	1.90	2.12	-0.38	0.71	-0.07
	Solución de problemas	7.79	2.87	7.88	2.74	-0.17	0.87	-0.03
	Evitación	6.21	2.96	6.29	2.52	-0.16	0.87	-0.03
	Autofocalización negativa	4.58	2.53	3.69	2.39	1.87	0.06	0.36
	Reevaluación positiva	7.37	2.41	6.53	2.12	1.93	0.06	0.37
	Afrontamiento racional	22.40	7.41	21.40	5.60	0.81	0.42	0.15
Afrontamiento emocional	15.84	4.99	14.53	5.30	1.29	0.20	0.25	
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada (MMPI-2 RF)	AEPI Alteraciones emocionales	14.47	6.38	14.19	6.86	0.21	0.83	0.04
	AP Alteraciones del pensamiento	4.70	4.14	4.09	3.28	0.86	0.39	0.16
	ACPE Alteraciones del comportamiento	7.16	3.48	6.74	3.60	0.62	0.54	0.12
	CRD Desmoralización	7.28	5.57	7.43	5.06	-0.14	0.89	-0.03
	CR1 Quejas somáticas	10.67	4.34	10.53	3.92	0.18	0.86	0.04
	CR2 Escasez de respuestas emocionales positivas	6.21	3.57	5.57	3.05	1.00	0.32	0.19
	CR3 Desconfianza	8.16	3.80	7.69	3.40	0.68	0.50	0.13
	CR4 Conducta antisocial	5.26	3.51	4.62	2.98	1.03	0.31	0.20
	CR6 Ideas persecutorias	3.02	2.92	2.10	2.33	1.83	0.07	0.35
	CR7 Emociones negativas	9.07	5.31	9.19	5.02	-0.12	0.90	-0.02
	CR8 Experiencias anormales	4.56	3.55	4.78	3.37	-0.33	0.74	-0.06
	CR9 Activación hipomaníaca	13.37	5.34	13.69	4.77	-0.33	0.74	-0.06
	AGGR Agresividad	10.72	3.09	10.79	3.09	-0.12	0.90	-0.02
	PSYC Psicoticismo	5.09	4.26	4.19	3.39	1.23	0.22	0.23
	DISC Falta de control	6.26	3.22	6.03	2.96	0.38	0.71	0.07
	NEGE Emociones negativas neuróticas	8.86	3.34	9.68	3.92	-1.13	0.26	-0.22
	INTR Introversión	8.95	4.25	8.59	3.58	0.49	0.63	0.09
	Malestar	3.47	1.94	3.32	1.71	0.40	0.69	0.08
	Quejas gastrointestinales	1.81	1.18	2.03	1.29	-0.88	0.38	-0.17
	Quejas de dolor de cabeza	2.51	1.55	2.75	1.49	-0.81	0.42	-0.16
Quejas neurológicas	3.12	2.15	2.69	1.88	1.10	0.27	0.21	
Quejas cognitivas	4.35	2.54	3.62	2.61	1.45	0.15	0.28	
Ideación suicida	0.44	0.80	0.56	1.06	-0.62	0.53	-0.13	

Tabla 14.

Comparación de medias entre hombres y mujeres con TSS (continuación)

Instrumento	Variable	Hombres con TSS		Mujeres con TSS		t	p	d
		Media	DE	Media	DE			
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2 Forma Reestructurada (MMPI-2 RF)	Indefensión/desperanza	1.30	0.86	0.85	0.89	2.63	0.01	0.51
	Desconfianza de sí mismo	1.12	1.20	0.96	1.20	0.69	0.49	0.13
	Ineficacia	4.09	2.10	4.71	1.91	-1.58	0.12	-0.31
	Preocupación/estrés	3.23	1.88	3.53	1.63	-0.88	0.38	-0.17
	Ansiedad	1.07	1.01	1.19	1.21	-0.55	0.59	-0.11
	Tendencia al enojo	3.86	1.81	3.75	2.10	0.28	0.78	0.06
	Limitaciones conductuales por miedos	1.95	1.72	2.10	1.63	-0.46	0.65	-0.09
	Miedos específicos	3.14	2.21	3.54	2.35	-0.90	0.37	-0.18
	Problemas de conducta infanto-juveniles	1.26	1.26	1.19	1.24	0.27	0.79	0.05
	Abuso de sustancias	1.44	1.47	1.09	1.14	1.42	0.16	0.27
	Agresión	3.28	2.17	3.12	2.03	0.40	0.69	0.08
	Euforia	3.67	1.92	3.72	1.94	-0.12	0.90	-0.02
	Problemas familiares	3.35	2.09	3.25	2.18	0.24	0.81	0.05
	Pasividad interpersonal	2.42	1.98	2.25	1.80	0.46	0.64	0.09
	Evitación social	4.16	2.77	4.34	2.72	-0.33	0.74	-0.06
	Timidez	3.40	2.33	2.87	2.13	1.23	0.22	0.24
	Desapego	1.16	1.41	0.99	1.03	0.76	0.45	0.14
Intereses estético-literarios		1.93	1.72	2.78	1.88	-2.39	0.02	-0.47
Intereses físico-mecánicos		2.02	1.98	1.74	1.72	0.81	0.42	0.16
Escala de Síntomas Somáticos 8	SSS-8	15.53	5.06	15.06	5.88	.438	.662	0.09
Cuestionario de Experiencias de Síntomas Somáticos (ESS)	ESS Total	38.51	9.06	38.00	10.60	0.26	0.79	0.05
	Preocupación por la salud	14.35	4.39	13.38	5.46	0.98	0.33	0.20
	Experiencia de la enfermedad	7.35	3.22	7.93	2.64	-1.03	0.31	-0.20
	Problemas de interacción con médicos	6.02	2.81	5.91	2.58	0.21	0.83	0.04
	Consecuencias de la enfermedad	6.95	2.84	6.97	2.85	-0.03	0.98	-0.01

9. Discusión general

El TSS es un desorden psicopatológico caracterizado por la presencia de múltiples síntomas somáticos, aunado a una serie de preocupaciones recurrentes vinculadas con la salud, así como también conductas excesivas relacionadas a las mismas; con relación a la pregunta de investigación ¿Qué incidencia ejercen los sucesos vitales estresantes, los rasgos de personalidad, la percepción de la crianza, los pensamientos automáticos negativos y afrontamiento del estrés en la presencia del trastorno de síntomas somáticos en pacientes clínicos?, de acuerdo con los resultados obtenidos con respecto a los sucesos vitales estresantes no se observa relación significativa alguna con el trastorno; en esta relación González y Landero (2008) mencionan que la percepción de uno mismo y del apoyo parecen ser factores desencadenantes de las experiencias estresantes, por lo que podría indicarse que no se trata de la situación en sí, sino de la percepción que tienen los participantes acerca de los eventos, lo cual desencadena la presencia sintomática. Los hallazgos en el presente estudio refieren que los pacientes con TSS parecen tener menores preocupaciones ante las situaciones que se les presentan.

Lo anterior debe contemplarse a partir de la estructura cognitiva-conductual y las características de personalidad de las pacientes, al respecto de las últimas, Breslau, Davis y Andresky (1995) señalaron una relación entre el neuroticismo y la extroversión con los síntomas somáticos, lo cual indica una coincidencia en relación a la primera variable. Sin embargo, la presente investigación revela una tendencia a la introversión por parte de los pacientes, la cual es definida como una predilección al desinterés social y anhedonia, características que concuerdan con los resultados hallados por van Geelen et al. (2015) quienes sugieren, una inclinación a experimentar una restricción emocional; es así que la falta de socialización parece generar una incapacidad para comprender e interpretar las emociones, dificultando el desarrollo de recursos para el manejo de la frustración y su expresión, lo que conlleva un aumento en la percepción de la tensión corporal que desencadena síntomas somáticos.

En relación al perfil de personalidad de los pacientes con TSS, los resultados sugieren puntuaciones más altas para el perfil de quejas somáticas y cognitivas, lo cual es un indicativo sobre malestares relativos a dolencias estomacales, cefaleas, debilidad física, mareos, parálisis y otros síntomas físicos recurrentes (Gómez-Maqueo, 2015), a la par López y Belloch (2002) señalan que el rasgo más característico de este trastorno se refiere a la presencia de síntomas múltiples, recurrentes y variables a lo largo de la vida.

En cuanto a la percepción de crianza no se encontró asociación alguna para los factores de orientación, apoyo e interés del padre o madre, lo cual facilita describir la percepción positiva que los pacientes tienen sobre la ejecución de las tareas parentales; sin embargo, la expresión subjetiva de los roles familiares permitió en la etapa cualitativa de la investigación observar que los pacientes con TSS tienden a asumir los roles parentales a corta edad, observando a sus padres (o a uno de ellos) como alguien que tiene una tarea ardua de sostén y provisión hacia la familia, lo que le demanda el desarrollo de actividades de crianza y parentales para solventar la ausencia, lo que tiende a dejar a un lado la satisfacción de sus necesidades y experiencias infanto-juveniles. En dicha relación Franco, Pérez y De Dios (2014) señalan que el rol parental tiene un efecto sobre el nivel de somatización percibida derivada del desarrollo de preocupaciones y síntomas ansiosos.

A la par se observa la percepción de conductas de desamparo, soledad y percepción de agresión de los padres, justificadas por la necesidad de que los pacientes maduraran, denotando una restricción a nivel emocional y una ambivalencia en la expresión y comunicación de sus necesidades, en pro de la sensación de reconocimiento por parte de los padres, lo cual según Sánchez y Guerrero (2017) refuerza la presencia de SS al denotar la posibilidad de escape ante estímulos percibidos como negativos.

Con respecto a las narraciones, la percepción de las situaciones de maltrato vivido y experimentado por los participantes parece ser negado de manera consciente, sin embargo, se expresa la percepción de abuso físico y psicológico, lo cual concuerda con los hallazgos de Caballero y Caballero (2010) y de Lamelo y Figueiredo (2013), quienes indican que la

victimización física y abandono en la infancia, así como el maltrato infantil son factores identificados para la somatización.

Lo anterior parece ser un factor constitutivo del desarrollo de pensamientos automáticos nocivos sobre la persona y su entorno, lo que le lleva a tener una serie de ideas negativas sobre su capacidad y formas de enfrentarse a las situaciones que le rodean, lo cual es generado por una serie de presiones relativas en su mayoría al desarrollo familiar, las cuales son asumidas como responsabilidad. Al respecto Vijay, Avasthi y Grover (2014) refieren el alto grado de preocupaciones y síntomas ansiosos en los pacientes con TSS derivados de la percepción de experiencias de vida.

Con relación a las estrategias de afrontamiento, se observa una tendencia a denotar un carácter emocional ante las situaciones aunada a creencias de carácter negativa con respecto a las situaciones estresantes, sin embargo, los participantes asumen una actitud de resignación lo cual les permite una disminución de la sensación de tensión cognitiva, pero no de la física, generando el desarrollo de los síntomas somáticos. En concordancia Bruno, De Rosa, Stover y De La Iglesia (2012) señalaron a la resignación, desconexión mental y el distanciamiento como variables relacionadas a los SS, lo cual indica la incapacidad para modular la expresión de las respuestas tensionales y cognitivas con la relación afectiva, denotando un estado de pesimismo y malestar físico y psicológico.

El modelo de regresión señala que las quejas gastrointestinales parecen ser la variable con mejor predicción para el TSS, seguido de la preocupación y el estrés, la introversión y los pensamientos automáticos negativos, mientras que la indefensión parece ser un factor protector. Con relación a los problemas estomacales Kroenke et al. (1997) establecen que este tipo de molestias es de las más frecuentes en hombres y mujeres con trastornos multisomatormorfos, lo cual parece ser un indicativo para sugerir un síntoma a valorar para la determinación de su presencia. De igual forma las molestias gástricas son el primer síntoma reportado por pacientes con somatización según lo referido por Baeza et al. (2011).

Con relación a la pregunta ¿Cuál sería la estructura de un modelo de los factores que inciden en la presencia del trastorno de síntomas somáticos? se planteó su desarrollo a partir de los hallazgos previos y las construcciones teóricas de la literatura, se tomó en cuenta la Escala de Experiencias de Síntomas Somáticos (SSEQ) como variable para considerar la presencia y ausencia del TSS, la cual permitió la corroboración. Se realizaron los análisis de ajuste obteniendo puntajes apropiados, los cuales señalan que las representaciones de las relaciones funcionales y estructurales del modelo son consistentes con su adecuación a la realidad.

El Modelo de Ecuaciones Estructurales se realizó con cinco variables predictoras las cuales son el negativismo (NE) y la introversión (INTR) las variables exógenas, las cuales para el caso del negativismo tiene una relación con la reevaluación positiva (CAEREP) y las emociones negativas disfuncionales (CR7), siendo esta última aunada a la introversión quienes impactan con las quejas somáticas (CR1), la cual en conjunto con CAEREP denotan en la presencia del TSS.

Es así como la reevaluación positiva parece ser una estrategia basada en la entereza que fundamentalmente permite a la persona asumir una postura de obligación y necesidad de afrontamiento como medio de estabilizar las sensaciones de angustia y preocupación reiteradas que experimenta y baja las cuales denota una incapacidad de expresión emocional directa, de forma que la resignación aunada a la desconexión fortalece la aparición sintomática (Bruno et al., 2012).

En relación con la interrogante ¿Cuáles son las diferencias existentes en cuanto a las situaciones vitales estresantes, rasgos de personalidad, percepción de crianza, pensamientos automáticos y afrontamiento del estrés en un grupo clínico diagnosticado con trastorno de síntomas somáticos y un grupo no clínico? las diferencias entre pacientes clínicos y no clínicos señalan como significativo que aquellos que presentan TSS tienden a tener una visualización negativa sobre los hechos, sin importar la exposición a estos o la expectativa de ocurrencia. Lo anterior implica que el hecho no presenta una relación directa a la situación traumática, como ha sido indicado por López y Belloch (2002) y Florenzano et al. (2002), sino es la experiencia psíquica aquella que repercute en la génesis del malestar somático,

concordando con los hallazgos de McCall-Hosenfeld, Winter, Heeren y Liebschutz (2014) quienes señalan que son el abuso y las alteraciones emocionales los factores mediadores en la producción de SS.

La percepción negativa de la vida ha sido denominada como un elemento del neuroticismo, variable que en conjunto a la introversión, de acuerdo a los resultados hallados en la investigación, son los dos factores preponderantes en la personalidad de los pacientes con TSS; en relación al primero Fumero y Navarrete (2014) señalan que los pacientes con somatización denotan una visualización catastrófica aunada a una hipervaloración propia, de su género y la presencia de un espíritu luchador, lo cual permite observar una constante de personalidad de hacer frente ante las situaciones estresantes.

En concordancia los resultados expresan la presencia de una serie de alteraciones a nivel emocional de carácter negativo ante situaciones que generan preocupaciones y reacciones biológicas de estrés y pensamientos catastróficos que provocan respuestas de resolución impulsivas a nivel externo que denotan enojo y a nivel interno malestares físicos (dolores gástricos, cefaleas, problemas cognitivos, mareos e inestabilidad) (Vijay, Avasthi y Grover, 2014). A la par los resultados encontrados en la parte cualitativa del estudio señalan el apoyo social como un posible factor de riesgo, derivado de que la percepción de crítica social y la tendencia a deber asumir un rol como medio para resolver los problemas genera una alta expectativa a la que los participantes temen fallar, provocando el desarrollo sintomático (Orejudo y Froján, 2005).

Por otra parte, con relación a las diferencias encontradas en cuanto a la personalidad, parece ser que un factor protector que disminuye el riesgo de los SS es la indefensión, denota que aquellas personas que suelen presentar sentimientos de incapacidad para afrontar las situaciones tienden a mostrar sus emociones disminuyendo así la presencia de malestares físicos, mientras que los pacientes con la sintomatología tienden a restringir la emoción (Zhang et al., 2015).

Con relación a la percepción de crianza no se hallaron diferencias significativas entre los grupos clínico y no clínico, lo cual denota como posibilidad interpretativa que los pacientes con TSS tienden a aceptar las tareas asignadas como un proceso de aprendizaje y capacidad para afrontar las necesidades y responsabilidades otorgadas por los padres y los sentimientos de culpa asumidos. Dentro de los datos cualitativos se observa la alteración en las tareas parentales, domésticas y roles experimentadas, lo cual ha sido asociado con la autopercepción de síntomas somáticos (Franco et al., 2014).

En cuanto al afrontamiento se encontraron diferencias significativas respecto a la Reevaluación positiva, Autofocalización negativa, Afrontamiento emocional con medias más altas para los pacientes con TSS, lo cual explica la tendencia a demostrar creencias catastróficas respecto al futuro que generan inestabilidad, lo que provoca como estrategia de defensa de forma impulsiva una conducta de confrontación como medio de escape de la angustia lo que desencadena manifestaciones de carácter orgánico producto de la tensión.

Lo anterior es similar a lo expuesto por Woud, Zhang, Becker, Zlomuzica y Margraf (2016) quienes encontraron que las interpretaciones catastróficas son predictoras de SS, mientras que Rieffe et al. (2008) añaden que los estados de ánimo negativos surgen como consecuencia de no afrontar las emociones negativas de forma adecuada y por ende la presencia de un sesgo pesimista que implica una incapacidad para regular los eventos emocionales, desarrollando así un mecanismo adaptativo temporal, lo cual fue señalado por Kaffenberger, Brühl, Baumgartner, Jäncke y Herwig (2010).

En cuanto a la pregunta ¿Qué diferencias existen en las situaciones vitales estresantes, rasgos de personalidad, percepción de crianza, pensamientos automáticos negativos, afrontamiento del estrés en una muestra hombres y mujeres con trastorno de síntomas somáticos? en la comparación por sexo de pacientes con TSS se encontraron diferencias significativas, las cuales pueden ser catalogadas a partir de premisas relacionadas a los roles de género estereotipados donde la mujer es encargada de asumir las tareas de crianza y el hombre de resolver las situaciones respecto al satisfacer las necesidades económicas, papeles que les fueron asignados durante las experiencias infantiles primarias y que son señaladas por los

participantes en las narraciones del estudio cualitativo; los resultados indican un mayor grado de indefensión percibida por los hombres en cuando a la variable personalidad, aunado a una percepción negativa de los sucesos vitales de vida, concordando con los hallazgos de González y Landero (2004) y Herzog et al. (2015), quienes sugieren sentimientos de desesperanza e ineficacia en pacientes varones con TSS. A la par se encontraron diferencias en cuanto a los intereses personales relativos a las situaciones estéticas y literarias por parte de las mujeres, aunque no existe relación con la presencia del trastorno.

Los resultados de la presente investigación describen la existencia de diferencias relativas a la personalidad, pensamientos automáticos y afrontamiento del estrés entre una muestra clínica y un grupo control sin presencia sintomática, sin embargo, en las limitaciones del estudio cabe mencionar que no permiten establecer generalizaciones a la población general dado que la muestra fue elegida dentro de un contexto particular. Por lo que se señala que por las características de la muestra de pacientes los resultados pueden variar debido a la incidencia del trastorno y su comorbilidad.

La investigación señala el papel de la percepción negativa de las situaciones más que el hecho en sí o las consecuencias de éste; es decir, la presencia de los pensamientos catastróficos denota una mayor una tensión a nivel física causante de los SS, siendo así uno de los factores desencadenantes del trastorno aunado a la necesidad de sobreponerse a los hechos, derivando a la indefensión como un factor protector, el cual pudiese estar ligado a otro tipo de sintomatología, por lo cual se sugiere el análisis de dicha variable en la presencia de la salud mental y otros trastornos psicopatológicos.

Pese a que no se encontraron diferencias significativas respecto a la percepción de crianza con la presencia del trastorno, las narraciones permiten observar la presencia de cambios de roles dentro del sistema familiar, por lo que sería importante el análisis del funcionamiento y estructura familiar dentro de la generación de SS. Asimismo, se señala la necesidad de descartar el apoyo social como un factor protector o de riesgo para la psicopatología derivado de los hallazgos cualitativos.

10. Conclusiones

De acuerdo con los resultados presentes dentro del siguiente estudio se puede referir que:

1. Existe una relación entre los pensamientos automáticos negativos, el afrontamiento del estrés y la personalidad con la presencia del Trastornos de Síntomas Somáticos.
2. En los sucesos vitales no se encontró relación directa en cuanto a la vivencia de una serie situaciones o hecho, sino es la percepción negativa la que denota la presencia de las preocupaciones y con ello la sintomatología somática.
3. Los rasgos de personalidad de neuroticismo-emociones negativas e introversión-escases de emociones positivas son factores que definen la percepción de los participantes con TSS respecto al desarrollo de pensamientos catastróficos respecto al futuro, su capacidad de afrontamiento y la pérdida de satisfacción e interés sobre el desarrollo de actividades e interacción social.
4. La percepción de crianza no tiene una relación significativa con la presencia del TSS.
5. El apoyo familiar es un factor que interviene en la presencia del TSS, derivado de la estructura y funcionamiento familiar, de acuerdo con las narraciones de los pacientes.
6. Los pensamientos automáticos negativos están presentes en el desarrollo del trastorno como provocadores de sensaciones de estrés y el aumento de preocupaciones y percepciones negativas sobre sí mismos y su entorno.
7. El afrontamiento emocional es un factor relacionado con el TSS que en conjunto con la Autofocalización negativa presenta la presencia de culpa, negatividad y resignación que permiten la aparición de la Reevaluación positiva como una forma de relativizar la influencia de la situación para su resolución.
8. Existen diferencias entre los pacientes con TSS y los participantes sin trastorno relativas a la presencia de preocupaciones, estrés, emociones

negativas, enojo, agresividad, introversión, neuroticismo y malestares físicos como dolores estomacales, cefaleas, mareos y alteraciones cognitivas en los participantes diagnosticados.

9. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con TSS siendo las más significativas la percepción de ineficacia por parte de los hombres a la par de pensamientos negativos acerca de las situaciones de vida.
10. El modelo de regresión logística denota la existencia de cuatro factores de riesgo siendo estos: quejas gastrointestinales, introversión, preocupaciones y estrés, y pensamientos automáticos.
11. Se encontró que la indefensión es un factor protector en el desarrollo de síntomas somáticos de acuerdo con el Modelo de Regresión Logística.
12. Se desarrolló un modelo de ecuaciones estructurales partiendo de los factores personales donde el neuroticismo e introversión se correlacionan con la presencia de alteraciones emocionales, las quejas gastrointestinales, siendo estas últimas en conjunto con la reevaluación positiva las que predicen la presencia del TSS.

11. Bibliohemerografía utilizada

- Alexander, F. y Flag, G. (1985). The psychosomatic approach. En N. Wolman, (Eds) *Handbook of Clinical AlePsychology*. New York: McGraw Hill.
- Almeida, V. y Machado, P. (2004). Somatização e alexitimia: um estudo nos cuidados de saúde primários. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 285-298.
- Álvarez, M. (2008). La vivencia corporal y sus trastornos abordaje psicossomático. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 7, 696-719.
- Álvarez-Gayou, J. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. México: Paídos.
- Angenendt, J. y Harter, M. (2015). Somatoform Disorders. En: Wright, J. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Orlando: Elsevier.
- Arenas, P. y Martínez, L. (2015). *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 Forma Reestructurada: Manual técnico*. México: Manual Mderno.
- Arranz, F. (2004). *Un modelo teórico para la comprensión de las relaciones entre la interacción familiar y el proceso de desarrollo psicológico: modelo contextual-ecológico, interactivo-bidireccional y sistémico*. Familia y desarrollo psicológico. Madrid: Pearson Education.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2001). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV - Texto revisado*. Madrid: Masson
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washinton-London: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Médica Mundial. (2001). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*. *Gaceta Medica de México*, 137 (4), 387-390.
- Ávila, L. (2006). Case Reports: Somatization or Psychosomatic Symptoms? *Psychosomatics*, 47, 163–166.
- Baeza, C. (2010). Síntoma psicossomático vs síntoma orgánico: La mala fama de la psicossomática. *Cuaderno de Neuropsicología*, 4 (1), 08–12.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénérier, C. y Gély, M. (2011). Trastornos psicossomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21(2), 227-237.

- Barbour, R. (2007). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Bijarro, H., F. (2007). *Desarrollo estratégico para la investigación científica*. Tamaulipas; México: Eumed.
- Bornhauser N., y Csef, H. (2005). Nuevas enfermedades ¿del alma?: Reflexiones psicósomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43(1), 41-50.
- Breslau, N., Davis, G. y Andresky, P. (1995). Risk factors for Post-traumatic Stress Disorder related with traumatic events: a prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 529-35.
- Brown, B., Bonello, R. y Pollard, H. (2005). The biopsychosocial model and hypothyroidism. *Chiropractic & Osteopathy*, 13(1), 5-14.
- Caballero, L. y Caballero F. (2008). Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Monografía: Salud mental en la atención primaria JANO extra*, 1714, 15-29.
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: Ruidinskín editores.
- Chemama, R. (1998). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cloninger, S. (2006). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson & Prentice Hall.
- De la Rubia, J. y Alvarado, B. (2011). Validez y confiabilidad de la escala de síntomas somáticos revisada en adultos mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 206-222).
- Di Silvestre, C. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Cinta moebio*, 4, 181-189.
- Díaz, S. (s/a). *La inserción laboral de las personas con discapacidades en la provincia de A Coruña desde una perspectiva de género*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Diosveni, V. (2008). *La esfera afectivo-motivacional como premisa psicológica en la rehabilitación de jóvenes alcohólicos* (Tesis). Centro Universitario “Vladimir Illich Lenin” Las Tunas: Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas Departamento de Psicología, Cuba.

- Elgar, F., De Clercq, B., Schnohr, C., Bird, P., Torsheim, T., Hofmann, F., Currie, C. y Pickett, K. (2013). Absolute and relative family affluence and psychosomatic symptoms in adolescents. *Social Science & Medicine*, 91, 25-31.
- Escobar, J., Rubio-Stipec, M. y Canino, G. (1989). Somatic Symptoms Index (SSI): A new and abridged somatization construct: Prevalence and epidemiological correlates in two largest community samples. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 177, 140-146.
- Escobedo, M., Hernández, J., Estebané, V. y Martínez, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & Trabajo*, 18(55), 16-22.
- Eyssautier, M. (2006). *Metodología de la investigación: desarrollo de la inteligencia*. Buenos Aires: Thomson.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.
- Fernández, R. (2008). Modelos de medida y análisis factorial confirmatorio. En Verdugo, M., Crespo, M., Badía, M. y Arias B. *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales*. Salamanca: Publicaciones del INICIO.
- Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J. y Escalona, R. (2002). Somatization: Theoretical, Epidemiological and Clinical Aspects. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40(1).
- Florenzano, R., Weil, K., Acuña, J., Fullerton, C., Cruz, C., Muñiz, C. y Leighton, C. (2002a). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un nuevo estudio con muestra mayor. *Psiquiatría y Salud Mental*, 19(3), 149-155
- Florenzano, R., Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., Muñiz, C., Leighton, C. y Marambio, M. (2002b). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40(4), 335-340.
- Franco, N., Pérez, M. y De Dios, M. (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.
- Freixas, G., Cipriano, D. y Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 97-203.

- Frostholm, L., Ørnbøl, E. y Fink, P. (2015) Physical symptom attributions: a defining characteristic of somatoform disorders? *General Hospital Psychiatry*, 37(2), 147-152.
- Fumero, A. y Navarrete, G. (2014). Personalidad y malestar psicológico: aplicación de un modelo de redes neuronales. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 41(1), 28-38.
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Universidad EAFIT.
- Garfinkel, B., Carlson, G., y Weller, E. (1990). *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. Philadelphia: Saunders.
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., y Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399-407. doi:10.1001/jamainternmed.2013.12179.
- Gómez-Gómez, M., Danglok-Banck, C. y Vega-Franco, L. (2003). Sinopsis de pruebas paramétricas. Cuando usarlas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70(2), 91-99.
- Gómez-Maqueo, E. (2015). *Manual de aplicación, calificación e interpretación: Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 forma reestructurada*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- González, F. y Mitjans, A. (1999). *La personalidad su educación y desarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- González, M. y Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- González, M. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(1), 7–18.
- González, M., Landero, R. y García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), 141–5.
- Herzog, A., Voigt, K., Meyer, B., Wollburg, E., Weinmann, N., Langs, G. y Löwe, B. (2015). Psychological and interactional characteristics of patients with somatoform disorders:

- Validation of the Somatic Symptoms Experiences Questionnaire (SSEQ) in a clinical psychosomatic population. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6): 553–562.
- Hernández, S., R., Fernández, C., C. y Baptista, L., B. (2010). *Metodología de la Investigación*. D.F, México: McGraw Hill.
- Herrero, J. (2010). El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 289-300.
- Hilderink, P., Collard, R., Rosmalen, J. y Oude Voshaar, R. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12, 151–156.
- Hu, L. y Bentler, P. (2009). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Hyphantis, T., Papadimitriou, I-, Petrakis, D., Fountzilias, G., Repana, D., Assimakopoulos, K., Carvalho, A. y Pavlidis, N. (2013). Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Psychooncology*, 22(9), 2009-2015.
- Instituto Químico Biológico (2010). Factor. Consultado el 16 de abril de 2010. Disponible en: <http://www.iqb.es/diccio/f/factor.htm>
- Jacobs, M., Spilken, A., Norman, M. y Anderson, L. (1970). Life stress and respiratory illness. *Psychosomatic Medicine*, 3, 233-242.
- Kaffenberger, T., Brühl, A., Baumgartner, T., Jäncke, L. y Herwig, U. (2010). Negative bias of processing ambiguously cued emotional stimuli. *NeuroReport*, 21(9), 601-601.
- Kallivayalil, R. y Punnoose, P. (2010). Understanding and managing somatoform disorders: Making sense of non-sense. *Indian Journal of Psychiatric*, 52(7), 240-245.
- Kapfhammer, H. (2001). Somatization--somatoform disorders-etiopathological models. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 69(2), 58-77.
- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms*. Washington DC: American Psychiatric Press.

- Kirmayer, L., Robbins, J., Dworkind, M. y Yaffe, M. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 734-741.
- Kohn, R. y Rodríguez, J. (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de américa latina y el caribe. En R. Kohn, S. Aguilar, y J. Rodríguez, *Epidemiología de los trastornos mentales en américa Latina*, 19-34. Washington: Organización panamericana de la salud.
- Korostiy, V. (2013). Emotional disorders in young persons with psychosomatic diseases: pathogenesis-based psychotherapy. *European Psychiatry*, 28(1), 1.
- Kroenke, K., Spitzer, R., de Gruy III, V., Hahn, R., Linzer, M., Williams, B., Brody, D. y Davies, M. (1997). Multisomatoform disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 352-358.
- Lacey, C., Mulder, R., Bridgman, P., Kimber, B., Zarifeh, J., Kennedy, M. y Cameron, V. (2014). Broken heart síndrome is it a psychosomatic disorder? *Journal of Psychosomatic Research*. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.05.003
- Lamela, D. y Figueiredo, B. (2013). Parents' physical victimization in childhood and current risk of child maltreatment: The mediator role of psychosomatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 75 (2013), 178–183
- Ley general de salud. Consultado el 24 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
- López, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 7(2), 73-93.
- Martín, A., Cortés, J., Herrera, K. y De la Peña, F. (1996). Construcción de la escala de perfil afectivo. *Salud Mental*, 19, 36-38.
- McCall-Hosenfeld, J., Winter, M., Heeren, T. y Liebschutz, J. (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(2), 196-204.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders

- and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26(4) 1-16.
- Mera, A., Hernández, M., Gómez, J., Ramírez, N. y Mata, M. (2012). Características psicométricas del cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30) en población mexicana. *Journal of Behaviour, Health y Social Issues*, 3(2), 61-75.
- Morales, P. (2011). *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Murray, A., Toussaint, A. Althaus, A. y Löwe, B. (2016). The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 80,1–10.
- Novick, D., Montgomery, W., Aguado, J., Kadziola, Z., Peng, X., Brugnoli, R. y Haro, J. (2013). Which somatic symptoms are associated with an unfavorable course in Asian patients with major depressive disorder? *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 182-188.
- Oblitas, G. (2000). *Psicología de la salud*. Distrito Federal: Plaza y Valdés.
- Orejudo, S. y Froján, M. (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. (1964). Los trastornos psicósomáticos: 13° informe del comité de expertos de la OMS en salud mental. *Serie de informes técnicos*, 275.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: Capítulo V - Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas informe compendiado. *Un Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud*, Ginebra: Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Panamerican Health Organization y World Health Organization. (2009). *49th Directing Council and 61st Session of The Regional Committee: Strategy and Plan of Action on Mental Health*. Washington, D.C., USA, 28 September-2 October 2009.
- Pedreira, J.L. y Menendez, F. (1981) El síntoma psicossomático en la infancia: Valoración psicodinámica. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1, 81-93.
- Ragozinskaya, V. (2013). Features of Psychosomatic Patients' Aggressiveness. *Procedia-Social and Behavioral Science*, 86, 232-235.
- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Consultado el: 24 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J. y Górriz, A. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, 21(3), 459-464.
- Rivero, N., Martínez, A. y Ioseba, I. (2011). El Papel Funcionamiento y la Comunicación Familiar en los Síntomas Psicossomáticos. *Psicología Clínica y de la Salud*, España *Clínica y Salud*, 22(2), 175-186.
- Röhrich y Elanjithara (2014). Management of medically unexplained symptoms: outcomes of a specialist liaison clinic. *The Psychiatric Bulletin*, 38(3), 102-107.
- Rodríguez, B., Oudhof, H., González-Arratia, N. y Unikel, C. (2011). Desarrollo de una escala para medir la percepción de la crianza parental en jóvenes estudiantes mexicanos. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 9-20.
- Rubia, B., Alvarado, J. y Valdez, J. (2011). Validación de la Escala de Síntomas Somáticos Revisada en estudiantes mexicanos. *Medicina Universitaria*, 13(53), 193-199.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sánchez, P. y Guerrero, F. (2017). Actualización del trastorno psicossomático en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 21(1), 32-38.
- Sandín, B., Rodero, B., Santed, M. y García-Campayo, J. (2006). Sucesos vitales estresantes y trastorno de pánico: relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 179-190.

- Sandín B. (2008). *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. 2a Ed. Madrid: Klinik.
- Sandoval, J. (2005). *La salud mental en México*. México: Servicio de Investigación y Análisis La Salud Mental en México División de Política Social
- Santiago, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 73-93.
- Scholten, A. (2009). *Factores de Riesgo para Trastorno Obsesivo-Compulsivo (OCD)*. Washington: EBSCO Publishing.
- Sconfianza, M. (2013). *El fenómeno psicósomático: una perspectiva psicoanalítica* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Aconcagua, Argentina.
- Scott, K., Von Korff, M, Alonso, J, Angermeyer, M., Benjet, C, Bruffaerts, R, de Girolamo, G, Haro, JM, Kessler, RC, Kovess, V, Ono, Y, Ormel, J, Posada-Villa, J (2008). Childhood adversity, early-onset depressive/anxiety disorders and adult-onset asthma. *Psychosomatic Medicine*, 70, 1035-1043.
- Tavel, M. (2015). Somatic symptom disorders without known physical causes: one disease with many names? *The American Journal of Medicine*. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.04.041.
- Uribe, J., Patlán, J. y García, A. (2015). Manifestaciones psicósomáticas, compromiso y burnout como consecuentes del clima y la cultura organizacional: un análisis de ruta (path analysis). *Contaduría y Administración*, 60, 447-467
- van Dessel, N., van der Wouden, J., Dekker, J. y van der Horst, H. (2016). Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Journal of Psychosomatic Research*, 82, 4–10.
- Vargas, 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*. Zapopan:ETXETA.
- Veytia, M., González-Arratia, N., Andrade, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.

- Vieno, A., Lenzi, M., Santinello, M. y Scacchi, L. (2013). Sense of Community, Unfairness, and Psychosomatic Symptoms: A Multilevel Analysis of Italian Schools. *Journal of Adolescent Health, 53*, 142-145.
- Vijay, K.G. Avasthi, A., Grover, S. (2014). A study of worry and functional somatic symptoms in generalized anxiety disorder. *Asian Journal of Psychiatry, 11*, 50 – 52.
- Woud, M., Zhang, C., Becker, S., Zlomuzica, A. y Margraf J. (2016). Catastrophizing misinterpretations predict somatoform-related symptoms and new onsets of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 81*, 31-37

12. Anexos

ANEXO 1

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CRIANZA

Presentación

Esta escala contiene una serie de preguntas sobre la manera en que sus padres han llevado a cabo las actividades de su educación en su casa. Forma parte de una investigación que se está realizando en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, que tiene como propósito estudiar la percepción de crianza de los pacientes diagnosticados con Trastorno de Síntomas Somáticos.

La escala consiste en dos partes. En la primera parte se le preguntan algunos datos personales y en la segunda se le pide que indique en qué medida considera que sus padres (o, en su caso, sólo su padre o madre) han realizado las actividades que se especifican en cada pregunta. Las opciones de respuesta son: nunca, pocas veces, regularmente, frecuentemente y siempre. Únicamente tiene que marcar la respuesta que corresponde con su punto de vista.

Es importante aclarar que los datos serán utilizados exclusivamente con fines académicos. Por lo tanto, la información es completamente confidencial.

Le solicitamos contestar las preguntas con sinceridad. No existen respuestas "buenas" o "malas"; lo único que cuenta es su opinión.

Por tu colaboración, ¡muchas gracias!

Escala de percepción de crianza **PARTE I DATOS PERSONALES**

Lugar de residencia					
	Localidad	Municipio	Estado		
Edad		años cumplidos	Sexo	Masculino	Femenino
Estado civil	Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado	Viudo
Máximo grado de estudios					
Sin estudios	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad	Otro. Especifique
Indica la presencia de tus padres en tu casa cuando te educaron:					
Ambos padres		Solo la madre		Solo el padre	
Número de integrantes de tu familia (los que viven en la casa, o los que integraban la familia cuando tú vivías con tus padres)					

Escala de percepción de crianza

PARTE 2

Marque la opción de respuesta que corresponda

¿En qué medida su *padre* realizó esta actividad cuando le educó?

ACTIVIDAD	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Dedicarme suficiente tiempo cuando lo necesito.					
2. Tomar en cuenta mis opiniones.					
3. Mostrar interés en lo que hago y en mis experiencias.					
4. Aceptar mi voluntad y deseos como persona.					
5. Ayudarme cuando tengo problemas en la escuela o con la tarea.					
6. Apoyarme en las decisiones que tomo.					
7. Platicar conmigo cuando considera que hay que corregir mi conducta.					
8. Establecer reglas claras para la convivencia en la casa.					
9. Estar pendiente de las cosas que hago.					
10. Cuidar la seguridad y la prevención de accidentes en la casa.					
11. Buscar una solución a las peleas cuando se presentan en la casa.					
12. Darme la oportunidad de tener mis propias responsabilidades (por ejemplo, gastar mi dinero, encargarme de mi cuarto).					
13. Enseñarme a defender mis propios intereses.					
14. Aceptar que tengo mis limitaciones como persona.					
15. Estar ahí cuando le dejo saber que le necesito.					
16. Explicarme lo que es la violencia y cómo evitarla.					
17. Prestarme atención cuando estoy triste.					
18. Enseñarme a negociar sobre reglas y acuerdos.					
19. Tranquilizarme cuando tengo miedo.					
20. Platicar conmigo sobre los riesgos del alcohol y las drogas.					
21. Permitirme expresar mis sentimientos cuando estoy enojado.					
22. Enseñarme a respetar las necesidades de los demás.					
23. Expresar que me valora.					
24. Dejar claro que no siempre tengo que ser el mejor u obtener el primer lugar.					
25. Evitar comparar mi desempeño con el de mis hermanos o de compañeros de la escuela.					
26. Darme información y orientación sobre la delincuencia.					
27. Tratar de ser un ejemplo para los hijos en su propio comportamiento.					
28. Enseñarme a aceptar mis límites y posibilidades.					
29. Dar seguimiento al respeto de las reglas de la casa.					
30. Darme información sobre enfermedades de transmisión sexual.					
31. Llamarme la atención cuando hago algo indebido.					
32. Resolver los problemas en la casa con la colaboración de todos.					

Escala de percepción de crianza

Marque la opción de respuesta que corresponda

¿En qué medida su *madre* realizó esta actividad cuando le educó?

ACTIVIDAD	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Dedicarme suficiente tiempo cuando lo necesito.					
2. Tomar en cuenta mis opiniones.					
3. Mostrar interés en lo que hago y en mis experiencias.					
4. Aceptar mi voluntad y deseos como persona.					
5. Ayudarme cuando tengo problemas en la escuela o con la tarea.					
6. Apoyarme en las decisiones que tomo.					
7. Platicar conmigo cuando considera que hay que corregir mi conducta.					
8. Establecer reglas claras para la convivencia en la casa.					
9. Estar al pendiente de las cosas que hago.					
10. Cuidar la seguridad y la prevención de accidentes en la casa.					
11. Buscar una solución a las peleas cuando se presentan en la casa.					
12. Darme la oportunidad de tener mis propias responsabilidades (por ejemplo, gastar mi dinero, encargarme de mi cuarto).					
13. Enseñarme a defender mis propios intereses.					
14. Aceptar que tengo mis limitaciones como persona.					
15. Estar ahí cuando le dejo saber que le necesito.					
16. Explicarme lo que es la violencia y cómo evitarla.					
17. Prestarme atención cuando estoy triste.					
18. Enseñarme a negociar sobre reglas y acuerdos.					
19. Tranquilizarme cuando tengo miedo.					
20. Platicar conmigo sobre los riesgos del alcohol y las drogas.					
21. Permitirme expresar mis sentimientos cuando estoy enojado.					
22. Enseñarme a respetar las necesidades de los demás.					
23. Expresar que me valora.					
24. Dejar claro que no siempre tengo que ser el mejor u obtener el primer lugar.					
25. Evitar comparar mi desempeño con el de mis hermanos o de compañeros de la escuela.					
26. Darme información y orientación sobre la delincuencia.					
27. Tratar de ser un ejemplo para los hijos en su propio comportamiento.					
28. Enseñarme a aceptar mis límites y posibilidades.					
29. Dar seguimiento al respeto de las reglas de la casa.					
30. Darme información sobre enfermedades de transmisión sexual.					
31. Llamarme la atención cuando hago algo indebido.					
32. Resolver los problemas en la casa con la colaboración de todos.					

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

(SANDÍN Y CHOROT, 2003; GONZÁLEZ Y LANDERO, 2007)

Instrucciones: A continuación, se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida usted la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. *Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.* Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que usted piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el año pasado).

0	1	2	3	4
NUNCA	POCAS VECES	A VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?	0	1	2	3	4
1. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre saldrían mal.	0	1	2	3	4
2. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.	0	1	2	3	4
3. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.	0	1	2	3	4
4. Asistí a la iglesia.	0	1	2	3	4
5. Intenté sacar algo positivo del problema.	0	1	2	3	4
6. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.	0	1	2	3	4
7. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
8. Me comporté de forma hostil con los demás.	0	1	2	3	4
9. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca de problemas.	0	1	2	3	4
10. Acudí a la iglesia para rogar que se solucionará el problema.	0	1	2	3	4
11. Me sentí indefenso (a) e incapacidad de hacer algo positivo para cambiar la situación.	0	1	2	3	4
12. Agredí a algunas personas.	0	1	2	3	4
13. Procuré no pensar en el problema.	0	1	2	3	4
14. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.	0	1	2	3	4
15. Me di cuenta de que por mí mismo (a) no podía hacer nada para resolver el problema.	0	1	2	3	4
16. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”.	0	1	2	3	4
17. Me irrité con alguna gente.	0	1	2	3	4
18. Pedí a un amigo o familiar que me indicará cuál sería el mejor a seguir.	0	1	2	3	4
19. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentar el problema.	0	1	2	3	4
20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchará cuando necesité manifestar mis sentimientos.	0	1	2	3	4
21. Acudí a la iglesia a poner velas o rezar.	0	1	2	3	4

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS (ATQ)

A continuación, se encontrará una serie de pensamientos e ideas, que de forma inesperada pueden aparecernos a cada uno de nosotros. Por favor léalos detenidamente e indique la frecuencia con la que con la que cada uno de ellos le viene a la mente cuando tiene dolor. Para ello rodee con un círculo uno de los números en la fila correspondiente a la pregunta según la siguiente escala:

0	1	2	3	4
PARA NADA	CASI NUNCA	A VECES	CONSTANTEMENTE	TODO EL TIEMPO

Note que las respuestas van de menor a mayor frecuencia. Este seguro (a) de responder a cada uno de los enunciados y rodear solo un número en cada una de ellas. No existen respuestas correctas e incorrectas; solo se evalúa lo que usted pensó en ese momento.

ENUNCIADO					
1. Siento como si estuviera en guerra contra el mundo	0	1	2	3	4
2. Soy malo(a)	0	1	2	3	4
3. ¿Por qué no puedo tener éxito?	0	1	2	3	4
4. Nadie me entiende	0	1	2	3	4
5. He defraudado a las personas	0	1	2	3	4
6. Siento que no puedo seguir	0	1	2	3	4
7. Me gustaría ser una mejor persona	0	1	2	3	4
8. Soy tan débil	0	1	2	3	4
9. Mi vida está siguiendo un curso que no me gusta	0	1	2	3	4
10. Estoy a disgusto conmigo mismo	0	1	2	3	4
11. Siento que ya nada está bien	0	1	2	3	4
12. Ya no puedo soportar más	0	1	2	3	4
13. Me es difícil empezar	0	1	2	3	4
14. ¿Qué me pasa?	0	1	2	3	4
15. Me gustaría estar en algún otro lugar	0	1	2	3	4
16. Siento que no puedo hacer que las cosas funcionen	0	1	2	3	4
17. Me odio a mí mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Siento que no valgo nada	0	1	2	3	4
19. Me gustaría poder desaparecer	0	1	2	3	4
20. ¿Qué sucede conmigo?	0	1	2	3	4
21. Soy un(a) perdedor(a)	0	1	2	3	4
22. Mi vida es un lío	0	1	2	3	4
23. Soy un fracaso	0	1	2	3	4
24. Siento que nunca lo lograré	0	1	2	3	4
25. Me siento tan desamparado(a)	0	1	2	3	4
26. Algo tiene que cambiar	0	1	2	3	4
27. Debe haber algo malo conmigo	0	1	2	3	4
28. Mi futuro es desalentador	0	1	2	3	4
29. Esto no vale la pena	0	1	2	3	4
30. Me es difícil terminar cualquier cosa	0	1	2	3	4

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE SUCESOS VITALES

(Sandín y Chorot, 1987)

A continuación, encontrará una lista de sucesos que suelen ocurrir a las personas. No todas las personas experimentan los mismos sucesos. Lea detenidamente la lista de sucesos. Cuando se encuentre con sucesos que a usted **NO** le han ocurrido en los últimos años (aproximadamente en los dos últimos años) no señale nada. Sin embargo, cuando se encuentre ante sucesos que, **SI** le han ocurrido en los últimos años, deténgase en cada uno y conteste a los tres apartados que se piden rodeando con un círculo el lugar apropiado de acuerdo con su experiencia personal.

Estos tres apartados son:

1. Grado preocupación producido por el suceso: Rodee con un círculo el número que mejor se ajuste al grado de preocupación que le ha producido o está produciendo el suceso en cuestión, teniendo en cuenta que 1 corresponde a nada y 4 a mucho:

1	2	3	4
NADA	POCO	CONSIDERABLE	MUCHO

2. Evaluación del suceso: Rodee la **P** si cree que para Ud. fue *algo positivo*, o la **N** si cree fue *algo negativo*.
3. Aparición del suceso: Rodee al **E** si se trata de un *suceso que Ud. esperaba*, o la **I** si se trata de un *suceso inesperado*.

ENUNCIADO	NIVEL DE PREOCUPACIÓN				EVALUACIÓN POSITIVA (P) EVALUACIÓN NEGATIVA (N)		ESPERADO (E) INESPERADO (I)	
	1	2	3	4	P	N	E	I
1. Quedarse sin trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
2. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento	1	2	3	4	P	N	E	I
3. Problemas con colegas o compañeros de trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
4. Retiro laboral	1	2	3	4	P	N	E	I
5. Matrimonio	1	2	3	4	P	N	E	I
6. Dificultades en la educación de los hijos	1	2	3	4	P	N	E	I
7. Nacimiento de un hijo	1	2	3	4	P	N	E	I
8. Divorcio o separación	1	2	3	4	P	N	E	I
9. Problema legal grave que puede terminar en prisión	1	2	3	4	P	N	E	I
10. Exámenes importantes	1	2	3	4	P	N	E	I
11. reducción sustancial de los ingresos	1	2	3	4	P	N	E	I
12. Reformas en la casa	1	2	3	4	P	N	E	I
13. Muerte del cónyuge	1	2	3	4	P	N	E	I
14. Problemas relacionados con el alcohol o drogas	1	2	3	4	P	N	E	I
15. Ascenso en el trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
16. Dificultades sexuales	1	2	3	4	P	N	E	I
17. Un miembro de la familia deja la casa	1	2	3	4	P	N	E	I
18. Comprar una casa	1	2	3	4	P	N	E	I
19. Cambio de lugar de trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
20. Ruptura de noviazgo o relación similar	1	2	3	4	P	N	E	I
21. Muerte de un amigo íntimo	1	2	3	4	P	N	E	I
22. Muerte de un hijo	1	2	3	4	P	N	E	I
23. Relaciones sexuales fuera del matrimonio	1	2	3	4	P	N	E	I
24. Hijos lejos del hogar	1	2	3	4	P	N	E	I
25. Complicación legal en una pelea	1	2	3	4	P	N	E	I
26. Problema legal menor (multa, etc.)	1	2	3	4	P	N	E	I
27. Cambio de casa	1	2	3	4	P	N	E	I
28. Problemas con vecinos o con familiares que no viven en la casa familiar	1	2	3	4	P	N	E	I
29. Abortar	1	2	3	4	P	N	E	I
30. Aborto de su mujer o pareja	1	2	3	4	P	N	E	I
31. Nuevo empleo laboral	1	2	3	4	P	N	E	I
32. Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, etc.)	1	2	3	4	P	N	E	I
33. Período de fiestas	1	2	3	4	P	N	E	I
34. Préstamo o hipoteca de más de un millón de pesos	1	2	3	4	P	N	E	I
35. Sufrir robo	1	2	3	4	P	N	E	I

ENUNCIADO	NIVEL DE PREOCUPACIÓN				EVALUACIÓN POSITIVA (P) EVALUACIÓN NEGATIVA (N)		ESPERADO (E) INESPERADO (I)	
	1	2	3	4	P	N	E	I
36. Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, etc.)	1	2	3	4	P	N	E	I
37. Enfermedad o accidente que requiere guardar cama	1	2	3	4	P	N	E	I
38. Finalización de estudios	1	2	3	4	P	N	E	I
39. Accidente de tráfico	1	2	3	4	P	N	E	I
40. Repentino y serio deterioro de la audición	1	2	3	4	P	N	E	I
41. Lesión física importante	1	2	3	4	P	N	E	I
42. Problemas académicos	1	2	3	4	P	N	E	I
43. Quedarse embarazada	1	2	3	4	P	N	E	I
44. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	1	2	3	4	P	N	E	I
45. Embarazo de su mujer o pareja	1	2	3	4	P	N	E	I
46. Realizar el servicio militar	1	2	3	4	P	N	E	I
47. Enfermedad de un miembro de la familia	1	2	3	4	P	N	E	I
48. Ruptura de relaciones sexuales fuera del matrimonio	1	2	3	4	P	N	E	I
49. El cónyuge deja de trabajar fuera de casa	1	2	3	4	P	N	E	I
50. Cambio de horario o de las condiciones de trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
51. Período de alejamiento del hogar	1	2	3	4	P	N	E	I
52. Reconciliación matrimonial o de pareja	1	2	3	4	P	N	E	I
53. Separación de los padres	1	2	3	4	P	N	E	I
54. Fracaso en algún negocio importante	1	2	3	4	P	N	E	I
55. Hospitalización de algún miembro de la familia	1	2	3	4	P	N	E	I
56. Sufrir asalto o situación de violencia física	1	2	3	4	P	N	E	I
57. Pérdidas económicas importantes no relacionadas con el trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
58. Cambio de centro de estudios	1	2	3	4	P	N	E	I
59. Problemas con superiores en el trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
60. Éxito personal importante	1	2	3	4	P	N	E	I
61. Cambio en el ritmo de sueño	1	2	3	4	P	N	E	I
62. El cónyuge comienza a trabajar fuera de casa	1	2	3	4	P	N	E	I
63. Discusión especialmente grave con su cónyuge o pareja	1	2	3	4	P	N	E	I
64. Realización de algún largo viaje	1	2	3	4	P	N	E	I
65. Alquilar una vivienda	1	2	3	4	P	N	E	I
66. Indicar otros sucesos importantes no señalados								
	1	2	3	4	P	N	E	I
	1	2	3	4	P	N	E	I
	1	2	3	4	P	N	E	I

ANEXO 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO **“FACTORES DE RIESGO DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS”**

Por medio de la presente me permito solicitar su consentimiento informado para su participación en la investigación denominada “Factores de riesgo del Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS)” cuyo procedimiento se describe a continuación:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: identificar la relación que existe entre la percepción de la crianza, la personalidad, los pensamientos automáticos, el afrontamiento y los sucesos vitales en la presencia del trastorno de síntomas somáticos.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO: su participación en el estudio consiste en la aplicación de los siguientes instrumentos psicológicos: a) Cuestionario de Experiencias de Síntomas Somáticos y Escala de Síntomas Somáticos-8, b) Escala de Percepción de la Crianza, c) Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 RF, d) Cuestionario de Pensamientos Automáticos, e) Cuestionario de Afrontamiento del Estrés y f) Escala de Sucesos Vitales Estresantes. Una vez concluida la aplicación se le invitará a participar en una entrevista confirmatoria del diagnóstico de acuerdo a los resultados presentados en los instrumentos para conocer la percepción sobre el TSS, su personalidad, estrés, pensamientos, sucesos de vida y crianza.

Es importante hacer de su conocimiento que los datos recopilados servirán para comprender TSS, los datos que usted nos proporcione permanecerán a cargo del investigador manteniendo la confidencialidad.

RIESGOS Y MOLESTIAS POTENCIALES: no existe riesgo alguno que ataque su integridad física, moral y/o psicológica. En caso de presentarse alguna inconsistencia o situación que requiera atención durante el proceso de entrevista o aplicación de las pruebas se le canalizará al servicio especializado.

CONDICIONES: el consentimiento de su participación o no en el estudio no tendrá ninguna consecuencia para su persona, pudiendo usted elegir como alternativa abandonar el estudio si usted lo cree conveniente, asegurando que no habrá cohesión ni reprenda.

BENEFICIOS: los resultados de la valoración a partir de las pruebas psicológicas que le serán aplicadas serán remitidos al especialista (psicólogo, psiquiatra) a fin que le sean proporcionados y discutidos por ambos.

Yo: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s) de la participante

- a) Acepto voluntariamente participar en el proyecto de investigación titulado Factores de Riesgo del Trastorno de Síntomas Somáticos
- b) Estoy consciente que he leído, y/o se me ha explicado en lenguaje claro para mí, los propósitos, riesgos, beneficios y naturaleza del estudio.

Autorizado: _____ Fecha: _____
Firma Día Mes Año
País Estado Ciudad

ANEXO 6

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Este cuestionario se centra en pensamientos y sentimientos que pudieras tener en relación a dolores carácter físico y la manera en que a menudo les haces frente. Por favor lee cuidadosamente todos los enunciados/preguntas. Dentro de cada oración indica (X) la palabra que de acuerdo a ti completa la oración.

Ejemplo	Nunca	Muy rara vez	Pocas veces	A menudo	Muy frecuentemente	Siempre
Tengo los pies fríos.			X			

Si raramente sientes los pies fríos deberás tachar aquí

¿Qué tan frecuente te ocurre esto a ti?	Nunca	Muy rara vez	Pocas veces	A menudo	Muy frecuentemente	Siempre
1 Me siento enfermo.						
2 Cuando tengo malestares me preocupa si algún día terminarán.						
3 Cuando veo a un médico siento que mis preocupaciones no son realmente entendidas.						
4 Cuando tengo dolores físicos, suelo pensar en ellos.						
5 Me siento físicamente débil.						
6 Siento como si los médicos piensan que mis problemas de salud son exagerados.						
7 Cuando siento malestares físicos, pienso que es signo de una enfermedad seria.						
8 Dudo que el diagnóstico que el médico me ha dado es correcto.						
9 Me preocupa que algo no esté bien con mi salud.						
10 Cuando me siento enfermo y los médicos no encuentran nada, de todas maneras, creo que algo está mal con mi salud.						
11 Me siento físicamente sensible.						
12 Durante los últimos seis meses, _____ he experimentado dolores físicos. Ejemplo: dolores de cabeza, dolor de espalda, estomacales, mareos, problemas del corazón o presión arterial.						

Si ha marcado nunca este es el final del cuestionario, gracias por responder.

Continúe con la pregunta 12.

Las siguientes preguntas son sobre los pensamientos y sentimientos que quizá pueda tener en relación a sus dolores físicos y la manera en que los ha enfrentado. En las oraciones volverá a encontrar la línea (_____) en la que deberá indicar la palabra que concuerde mejor con su sentir. Por favor piense en sus experiencias de los últimos 6 meses al contestar.

¿Qué tan frecuente te ocurre esto a ti?	Nunca	Muy rara vez	Pocas veces	A menudo	Muy frecuentemente	Siempre
13 A causa de mis malestares físicos, he tratado prescindir de ciertas partes de mi cuerpo o evitar usarlas para aliviar la tensión.						
14 Me he sentido desesperado (a) a causa de mis molestias físicas.						
15 Me preocupa sentirme limitado a causa de mis molestias físicas.						
16 Por favor indica aquí que tan seguido has visitado al médico durante los últimos seis meses. _____ veces.						

ANEXO 7

ESCALA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS – 8 (SSS-8)

Durante los últimos siete días, ¿qué tanto has sido molestado por alguno de los siguientes problemas?

	Para nada		Un poco		Algo		Bastante		Muchísimo	
1 Problemas estomacales o intestinales	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4
2 Dolor de espalda	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4
3 Dolor en brazos, piernas o articulaciones	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4
4 Dolor de cabeza	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4
5 Dolor de pecho o pérdida de aliento	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4
6 Mareos	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4
7 Cansancio o falta de energía	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4
8 Problemas para dormir	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4

Puntuación SSS-8 = + + + +

