

APORTACIONES ACTUALES A LA PSICOLOGIA SOCIAL

Volumen IV

ISBN: 978-607-96539-6-5

Editores:

Rolando Díaz Loving

L. Isabel Reyes Lagunes

Fuensanta López Rosales

 **AMEPSO**

Asociación Mexicana de Psicología Social

APORTACIONES ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL

VOLUMEN IV

EDITADO POR

**ROLANDO DÍAZ LOVING, LUCINA ISABEL REYES
LAGUNES Y FUENSANTA LÓPEZ ROSALES**

ASOCIACIÓN MEXICANA DE PSICOLOGÍA SOCIAL



CDMX, MÉXICO

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales, y el resarcimiento civil previsto en las leyes, reproducir, registrar, o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de la Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO).

Coordinación Editorial

Sofía Rivera Aragón, Fernando Méndez Rangel, Claudia Iveth Jaén Cortés, Pedro Wolfgang Velasco Matus, Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco y Luz María Cruz Martínez

Primera Edición 2018

© D.R. Asociación Mexicana de Psicología Social A.C.

ISBN: 978-607-96539-6-5

Impreso en Mexico

EXPLORACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES DEL CONSUMO: APROXIMACIÓN DESDE LO IMPULSIVO Y LO RAZONADO	897
<i>Francisco Leonardo Soler Anguiano*, Jorge Raúl Palacios**, José Marcos Bustos Aguayo* y Rolando Díaz-Loving*</i>	
MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y LA COMIDA CHATARRA ENTRE ADOLESCENTES	917
<i>Fredi Everardo Correa-Romero, Michelle Alejandra Morales Torres, Andrea de los Ángeles Villanueva Valadez, Alejandra Viridiana Espinoza Romo y Luis Felipe García y Barragán</i>	
SIGNIFICADO PSICOLÓGICO DEL CONCEPTO DE MUERTE EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES	933
<i>Georgina Lozano Razo y Javier Zavala Rayas</i>	
ASOCIACIONES DE LA AUTOESTIMA CON LA AGRESIVIDAD EN HOMBRES Y MUJERES	949
<i>Geraldine Stephanie Bouquet Escobedo y Mirna García-Méndez</i>	
COMUNICACIÓN DE PAREJA: EFECTOS DE LAS CONDUCTAS SOBRE LA SATISFACCION EN LA RELACIÓN	969
<i>Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco*, Mirna García Méndez**, Ana Metzli López Alonso** y Sofía Rivera Aragón*</i>	
HABILIDADES COMUNICATIVAS Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	985
<i>Gerardo Reyes Hernández, Alfonso Sergio Correa Reyes, Ma. del Refugio Cuevas Martínez y Julieta María de Loug</i>	
VARIABLES PSICOLÓGICAS EN HOMBRES Y MUJERES CON Y SIN TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS	1001
<i>Germán Benito Bernáldez Jaimes*, Johannes Oudhof van Barneveld*, Erika Robles Estrada* y Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa**</i>	
MODELADO DE COMPORTAMIENTO ÉTICO Y MORAL USANDO APRENDIZAJE POR REFUERZO: APROXIMACIÓN MEDIANTE TEORÍA DE JUEGOS	1021
<i>Giordano Rosario Acosta y Julio Bernardo Clempner Kerik</i>	
VIOLENCIA ESCOLAR Y RELACIONES INTRAFAMILIARES EN INFANTES	1039
<i>Giovanna Lizbeth Manjarrez Castaños y Karla María Urías Aguirre</i>	
RIESGO DE DRUNKOREXIA EN UNIVERSITARIOS DE TIJUANA, UN ESTUDIO EXPLORATORIO	1057
<i>Gisela Pineda-García*, Estefania Ochoa Ruíz*, Gilda Gómez-Peresmitré**, Silvia Platas Acevedo**, Enrique Prieto Medina* y Vicente Arámburo Vizcarra*</i>	

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 Ogrodniczuk (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-Ruíz (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 Malfliet 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 de 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

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		<i>p</i>	<i>t</i>	<i>D</i>
		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 autotranscendencia, 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 señalada 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.

- 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., Langs, 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.

- 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-Ruíz, 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 psicósomáticas, 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