

TRABAJO DE FIN DE GRADO



**BULL YING EN LA SEGUNDA INFANCIA COMO
FACTOR DE RIESGO DE DOLOR CRÓNICO EN
LA VIDA ADULTA: UN ESTUDIO CUALITATIVO
MEDIANTE ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO
INTERPRETATIVO**

GRADO EN MEDICINA. FACULTAD DE VALLADOLID

CURSO 2025-2026

Autor: CLARA ÁLVAREZ ARAGÓN

Tutor: Dr. MARTÍN LORENZO VARGAS ARAGÓN

Cotutora: MARÍA FERNANDA NIETO RAMIRO

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor, Martín Lorenzo Vargas Aragón, por transmitirme sus conocimientos y por su gran compromiso con este trabajo. A María Fernanda Nieto Ramiro, doctoranda del Programa de Investigación en Psiquiatría Antropológica del Dolor, por su cercanía y dedicación. Y a mi madre, por acompañarme siempre y por ser, en lo personal y lo profesional, mi mayor referente.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. Resumen..... | 4 |
| 2. Introducción | 5 |
| 3. Objetivos | 7 |
| 3.1. Objetivo general | |
| 3.2. Objetivos específicos | |
| 4. Material y métodos | 8 |
| 4.1. Enfoque metodológico | |
| 4.2. Participantes | |
| 4.3. Instrumento de recogida de datos | |
| 4.4. Análisis de datos | |
| 4.5. Consideraciones éticas | |
| 4.6. Estrategias metodológicas | |
| 5. Resultados | 11 |
| 5.1. Vivencia del <i>bullying</i> como experiencia traumática infantil | |
| 5.2. Impacto emocional persistente: cicatrices afectivas | |
| 5.3. El cuerpo como expresión del trauma | |
| 5.4. Estrategias de afrontamiento | |
| 5.5. Afectación identitaria y corporal | |
| 5.6. Reconstrucción del sentido | |
| 5.7. Análisis de co-ocurrencia | |
| 6. Discusión | 16 |
| 6.1. Narrativas de dolor: más allá del síntoma | |
| 6.2. Hermenéutica clínica y sentido del sufrimiento | |
| 6.3. El cuerpo como archivo del trauma | |
| 6.4. Narrativas de reparación y legitimación del sufrimiento | |
| 6.5. Inteligencia artificial en estudios cualitativos | |
| 6.6. Implicaciones clínicas y futuras líneas de investigación | |
| 7. Conclusión | 22 |
| 8. Referencias bibliográficas | 23 |
| Anexo 1 | 26 |
| Anexo 2 | 28 |
| Anexo 3 | 29 |
| Anexo 4 | 31 |

1. RESUMEN

Introducción

El dolor crónico nociplástico representa un reto diagnóstico y terapéutico por su complejidad fisiopatológica y su estrecha relación con factores psicosociales. Diversos estudios señalan que experiencias traumáticas en la infancia, como el *bullying*, pueden desempeñar un papel relevante en la cronificación del dolor. Sin embargo, esta conexión ha sido escasamente explorada desde una perspectiva cualitativa y fenomenológica.

Objetivo

Explorar cómo personas adultas con diagnóstico de dolor crónico nociplástico narran y resignifican sus experiencias de *bullying* en la infancia, identificando los significados atribuidos a esa conexión y los posibles mecanismos simbólicos y somáticos derivados.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo basado en el Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA), a partir de entrevistas semiestructuradas a tres pacientes con dolor crónico atendidos en la Unidad del Dolor de Valladolid (UDOVA). Se analizó la dimensión subjetiva del sufrimiento mediante codificación temática y reflexión hermenéutica.

Resultados

Las entrevistas revelan una trayectoria común en la que el *bullying* se vivió como una experiencia traumática con impacto emocional persistente, huellas somáticas crónicas y afectación identitaria. Las estrategias de afrontamiento oscilan entre la desconexión emocional y la búsqueda de sentido a través de la creatividad o las relaciones interpersonales, emergiendo procesos de resignificación y reparación simbólica en la edad adulta.

Conclusión

El sufrimiento derivado del *bullying* en la infancia puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo de dolor crónico nociplástico. Comprender esta relación desde una perspectiva fenomenológica y narrativa permite humanizar el abordaje clínico del dolor, integrando estrategias terapéuticas que consideren la historia de vida del paciente y su dimensión simbólica.

Palabras clave: *Bullying*, dolor nociplástico, trauma relacional, análisis fenomenológico interpretativo (IPA), narrativa clínica.

2. INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es uno de los problemas de salud más prevalentes en nuestra sociedad, puesto que afecta a más del 20% de la población, con las consiguientes repercusiones a nivel físico, psicológico, emocional y laboral. El coste no sólo es económico con un gran impacto laboral y sanitario, sino también emocional por la falta de comprensión del problema y el estigma que, en consecuencia, supone (1).

Nos referimos sobre todo al dolor nociplástico, reconocido como una alteración en la nocicepción sin poder evidenciarse daño tisular ni lesión en el sistema somatosensorial que lo justifique (2), lo que lo convierte en una situación compleja de difícil diagnóstico y escasos resultados con el tratamiento convencional.

Recientes investigaciones apuntan que algunos eventos adversos ocurridos en edades tempranas de la vida se relacionan con el dolor crónico y otras enfermedades en la etapa adulta. El *bullying* o acoso escolar, definido como una serie de amenazas hostiles, físicas o verbales que se repiten en una situación de desequilibrio de poder, sería un ejemplo de estas experiencias en la infancia (3). Alterando la respuesta al estrés crónico, se generan cambios físicos, entre los cuales se encuentran los mecanismos reguladores del dolor, llevando a una vulnerabilidad neurobiológica y psicológica y, en consecuencia, hacia el desarrollo de dolor crónico (4).

Estas situaciones durante la infancia pueden desencadenar la creación de patrones de hipersensibilidad y dificultad para la modulación del dolor, provocando una vulnerabilidad psicológica y neurobiológica predisponente a la aparición de dolor crónico. La mayoría de los estudios realizados, sin embargo, no ahondan en el *bullying* como factor de riesgo, aunque se describe en la literatura una mayor prevalencia de dolor nociplástico en la edad adulta entre pacientes que han vivido situaciones psicotraumáticas en la infancia, incluyendo abuso físico, sexual y emocional (5).

Desde la perspectiva epigenética, se ha demostrado que ciertos eventos repetidos durante etapas críticas del desarrollo pueden inducir modificaciones duraderas en la expresión génica sin alterar la secuencia del ADN. Estos cambios podrían contribuir a una mayor sensibilidad al dolor en la edad adulta, al influir sobre procesos implicados en la percepción y modulación del dolor nociplástico (6). Si nos referimos al dolor crónico, se han encontrado perfiles epigenéticos posiblemente relacionados con mayor sensibilidad al dolor (2).

El dolor nociplástico presenta una fisiopatología específica en cuanto a la modulación descendente del dolor y disfunciones del sistema nervioso central (7). Un incremento en

la actividad de redes cerebrales involucradas en la percepción y procesamiento del dolor (ínsula, tálamo, corteza somatosensorial) está asociado a la aparición de dolor nociceptivo descendente o “top-down”. Asimismo, disminuye la eficacia de los sistemas inhibitorios descendentes, como la sustancia gris periacueductal o el hipotálamo. Todo ello asociado a una reactividad mayor a estímulos no nocivos (alodinia), hipersensibilidad multisensorial y fenómenos de sensibilización central (2).

Hay una serie de síntomas que suelen acompañar al dolor nociceptivo, entre los que destacan el insomnio, la fatiga crónica, alteraciones del estado de ánimo y cognitivas, así como múltiples comorbilidades psicosomáticas (2).

Hay factores psicológicos, como la indefensión aprendida, que pueden tener un papel modulador. Según Martin Seligman, la indefensión aprendida consiste en un patrón de respuesta pasiva y de resignación ante la incapacidad de influir sobre situaciones dolorosas o que escapan al control. En el caso del *bullying* en la infancia, la indefensión aprendida puede generarse de forma precoz, sobre todo si no se encuentra apoyo en el entorno, lo que puede alterar el modo en que se gestiona el dolor en la etapa adulta (8).

Un editorial en la revista de *The Lancet* (1) señala la importancia de replantear el abordaje del dolor crónico, dado que este “*suele ser producto de una señalización neuronal anormal, con dimensiones biopsicosociales que requieren un enfoque terapéutico multimodal*”. El concepto tradicional y reduccionista de dolor ya no explica lo complejo de muchas formas de dolor crónico. La redefinición del dolor nociceptivo aporta un nuevo marco de atención a las personas que lo padecen y que hasta ahora estaban siendo ignoradas y estigmatizadas. La aceptación por la comunidad científica del dolor nociceptivo como un tercer tipo de dolor, diferenciándolo del dolor nociceptivo y neuropático, ha supuesto un cambio sustancial en la medicina del dolor y ha abierto nuevas posibilidades de intervención desde la Psiquiatría y la Psicología clínica (9).

Algunos autores subrayan el concepto de doble victimización, que hace referencia a la situación de incomprendimiento o minimización del sufrimiento a la que se ve abocada la persona que ha sufrido experiencias traumáticas, como el acoso en la infancia, especialmente cuando aparecen síntomas psicológicos o somáticos (5). Situación que se puede dar en el ámbito sanitario o en el social, cuando se duda o banaliza el relato del paciente sin escuchar sus demandas de atención. Esto ocurre de forma frecuente en el dolor nociceptivo, al tratarse de un tipo de dolor sin lesión objetivable y de difícil diagnóstico. Este fenómeno se puede entender desde el concepto de injusticia testimonial, desarrollado por Miranda Fricker y englobado dentro de la injusticia epistémica (12). El testimonio del paciente se ve invalidado por los profesionales

sanitarios, centrados en la objetivación del daño corporal, y no reconociendo como legítimo el conocimiento de la persona sobre su propio cuerpo y experiencia de sufrimiento. Esta forma de injusticia epistémica favorece la perpetuación de la doble victimización de aquellos pacientes con dolor crónico no reconocido en el ámbito sanitario.

A pesar de algunos avances, hay escasos estudios cualitativos que ahonden en esta relación de experiencias dolorosas y traumáticas en la infancia con el dolor nociplástico, especialmente desde un enfoque fenomenológico que posibilite un conocimiento en profundidad de la subjetividad del/de la paciente y la evolución del dolor episódico en la infancia a dolor crónico en la edad adulta, tanto desde una perspectiva clínica como narrativa.

Frente a esta carencia, el presente trabajo tiene como objetivo explorar, desde un enfoque cualitativo, cómo las personas adultas con diagnóstico de dolor crónico nociplástico viven y narran su experiencia de *bullying* durante la infancia como posible factor de riesgo de su sufrimiento actual.

A través de entrevistas a pacientes en seguimiento en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Río Hortega y Hospital Clínico Universitario de Valladolid (UDOVA), buscaremos comprender las trayectorias personales, los significados atribuidos al dolor y los posibles mecanismos que conectan el sufrimiento emocional temprano con la cronificación del dolor físico. Esta aproximación nos permite ahondar en el estudio de procesos todavía poco conocidos y en la literatura científica existente, así como dar voz a las personas que, padeciendo dolor crónico, necesitan ser escuchadas desde una visión más humana y empática de los profesionales que las atienden.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Contribuir a una aproximación a las claves de sentido en la relación existente entre haber sufrido *bullying* en la infancia y experimentar dolor crónico en la vida adulta.

3.2. Objetivos específicos:

- Explorar las experiencias subjetivas de personas adultas que relacionan episodios de *bullying* en su infancia con la vivencia actual de dolor crónico.
- Identificar los significados que los participantes atribuyen a la conexión entre el sufrimiento psicosocial temprano y el dolor físico persistente en la adultez.

- Analizar los modelos interpretativos mediante los cuales las personas comprenden y narran la evolución de sus síntomas a lo largo de la vida.
- Aportar conocimiento cualitativo que contribuya a una comprensión biopsicosocial del dolor crónico nociplástico descendente, desde la perspectiva de quienes lo padecen.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Enfoque metodológico

El presente estudio se enmarca en el paradigma cualitativo interpretativo, utilizando como método de análisis el Análisis Fenomenológico Interpretativo (*Interpretative Phenomenological Analysis – IPA*), donde el investigador no solo recoge datos, sino que interpreta las experiencias narradas desde una actitud crítica y, al mismo tiempo, empática y reflexiva. Esta metodología se emplea para profundizar en cómo las personas comprenden, experimentan y dan significado a algunos fenómenos complejos desde su vivencia subjetiva (13–15).

En el caso de este trabajo, se busca comprender cómo las personas adultas diagnosticadas de dolor crónico nociplástico resignifican sus experiencias de acoso escolar durante la infancia.

4.2. Participantes

El estudio contó con la participación de tres personas adultas diagnosticadas de dolor crónico nociplástico y atendidas en la UDOVA. Todas ellas habían referido experiencias de acoso escolar durante su infancia, criterio considerado esencial para su inclusión en este trabajo. Los participantes fueron dos mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre los 40 y 43 años. Para garantizar el anonimato se utilizaron pseudónimos, cuyo significado se analiza en el apartado de discusión.

- Noemí: mujer de 43 años diagnosticada de dolor crónico pélvico, casada, sin hijos y con estudios superiores.
- Gabriel: varón de 40 años con dolor poliarticular asociado a acondroplasia, soltero, sin hijos y con estudios medios.
- Miriam: mujer de 40 años diagnosticada de fibromialgia y trastorno por estrés postraumático complejo, casada, sin hijos y con estudios medios

La selección de los participantes se realizó a través de una selección intencional, considerando como criterio fundamental la relevancia, intensidad y riqueza de sus vivencias en relación con el fenómeno a estudiar.

En la investigación cualitativa no se persigue la obtención de una muestra estadísticamente representativa, sino la elección deliberada de personas cuya experiencia se considere especialmente relevante para el fenómeno en estudio. El objetivo del IPA es profundizar en el significado del problema clínico en estudio mediante el análisis detallado de casos individuales, lo que permite ahondar en la complejidad del sufrimiento relatado y en los procesos evolutivos del paciente.

4.3. Instrumento de recogida de datos

La recogida de información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas que se diseñaron a partir de un guion flexible abordando distintas dimensiones clave: experiencias de *bullying* en la infancia, impacto emocional y corporal, posibles estrategias de afrontamiento y procesos de resignificación a medio-largo plazo. Estas dimensiones claves se decidieron a partir de la revisión del tema ya expuesto en el apartado de introducción. El guion utilizado se adjunta en el Anexo 1.

Cada entrevista tuvo una duración de entre 60 y 90 minutos. Se realizaron en un espacio privado y estrictamente confidencial. Se grabaron en audio con consentimiento de los participantes, garantizando así una recogida completa y precisa del relato.

Las entrevistas fueron transcritas de forma literal con el apoyo de la herramienta de transcripción automática de Microsoft Word, y posteriormente revisadas manualmente para corregir errores y preservar las pausas, emociones y elementos no verbales relevantes. Finalmente, con el objetivo de fortalecer el anonimato del material fuente, los archivos de audio fueron eliminados de forma definitiva.

Este texto constituyó la base del análisis interpretativo. El material fuente dio lugar a un archivo de texto con un total de 28.366 palabras, incluyendo las tres entrevistas realizadas. Los fragmentos más relevantes del material fuente, a partir del cual se ha realizado el estudio cualitativo, con un total de 10.420 palabras, se entregan como archivo suplementario a través de la plataforma del campus, en lugar de incluirse como anexo, con el fin de proteger la privacidad de los participantes. Para acceder a los resúmenes anonimizados de las entrevistas, también se puede realizar una solicitud a través del correo institucional: clara.alvarez@estudiantes.uva.es

4.4. Análisis de datos

Siguiendo la orientación idiográfica del IPA, el análisis se inició con una lectura profunda de cada caso individual antes de proceder a identificar patrones compartidos entre los participantes, permitiendo así respetar la singularidad de cada narrativa (14,15). El proceso se desarrolló en varias fases:

1. Lectura intensiva de cada transcripción, con el fin de familiarizarse profundamente con el relato individual.
2. Codificación inicial, identificando unidades de significado relevantes desde la perspectiva del participante.
3. Agrupación temática, estableciendo conexiones conceptuales y patrones recurrentes entre los casos.
4. Emergencia de temas, mediante la síntesis de los códigos en categorías fenomenológicas representativas.
5. Interpretación hermenéutica, poniendo en relación las vivencias individuales con marcos teóricos sobre trauma, dolor y corporalidad.

El análisis fue asistido por el software ATLAS.ti (con licencia proporcionada previamente por la Universidad de Valladolid), que facilitó la organización, codificación y agrupación de los datos cualitativos. Esta herramienta permitió una mayor rigurosidad y trazabilidad en el proceso analítico, así como una visión más estructurada de los contenidos emergentes.

4.5. Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Río Hortega, cumpliendo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (2013). Se adjunta el documento de aprobación en el *Anexo 2*.

A cada participante se le entregó una hoja informativa explicando los objetivos y condiciones del estudio y se firmó un documento de consentimiento informado, que incluía la autorización para grabar las entrevistas y el compromiso de confidencialidad en el tratamiento de los datos. *Anexo 3*.

Se garantizó el anonimato de los participantes mediante el uso de seudónimos y toda la información sensible fue protegida conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos. Como se mencionó, las grabaciones fueron eliminadas tras ser transcritas y los archivos de texto fueron almacenados en un dispositivo seguro, con acceso restringido únicamente al equipo de investigación.

4.6. Estrategias metodológicas

Con el fin de asegurar la validez y fiabilidad del estudio cualitativo, se implementaron diversas estrategias metodológicas:

- Triangulación teórica, contrastando los hallazgos con literatura especializada en trauma, dolor crónico y somatización.
- Revisión externa por parte del tutor del trabajo, con quien se compartieron avances del análisis y se discutieron interpretaciones.
- Saturación temática, alcanzada cuando la aparición de nuevos datos no modificaba sustancialmente los temas emergentes.
- Reflexividad constante, a través del uso del diario de investigación y la revisión crítica del propio posicionamiento como investigador.

5. RESULTADOS

A partir del IPA de tres entrevistas en profundidad, se identificaron una serie de temas emergentes que estructuran la experiencia vivida por los participantes en torno al *bullying* y el dolor crónico en la edad adulta. Estos temas se presentan en los subapartados 4.1 a 4.6, siguiendo una secuencia subjetiva que refleja la trayectoria vital de los participantes: desde la vivencia inicial de acoso escolar, pasando por las cicatrices emocionales y somáticas que esta experiencia dejó, hasta las estrategias de afrontamiento y los intentos de reconstrucción personal en la edad adulta. Esta progresión fenomenológica permite comprender cómo el sufrimiento temprano se entrelaza y evoluciona en la narrativa de cada participante.

Para facilitar su comprensión, se incluye a continuación una figura (*Figura 4.1*) que sintetiza visualmente esta evolución narrativa y emocional, permitiendo una visión integrada del proceso descrito por los participantes.



Figura 4.1. Mapa conceptual de la trayectoria subjetiva del dolor crónico asociado al bullying en la infancia.

5.1. Vivencia del *bullying* como experiencia traumática infantil

"Yo no estaba muy integrada [...] me elegían de las últimas. [...] No lo entendía" (Noemí).

"Me quedaba solo [...] y no se me ocurrió otra cosa que [...] escribir [...] enano, cabrón, hijoputa [...] en una agenda [...] para llamar la atención" (Gabriel).

"Me metía en los armarios del colegio para esconderme... Me encañonaron con una escopeta de caza" (Miriam).

Las entrevistas revelan que el *bullying* fue vivido como una experiencia profundamente excluyente, marcada por el aislamiento social, la humillación y la invisibilidad. No solo se vive como violencia directa, sino como una negación del ser: no ser visto, no ser elegido, no ser querido.

En esta línea, algunas vivencias reflejan el concepto de *hacer luz de gas* o *gaslighting*. Este término describe una forma de manipulación psicológica mediante la cual se niega o distorsiona la realidad de la víctima, generando desconfianza y dudas ante su propia percepción (16). La frase de Noemí ilustra la confusión y el auto-cuestionamiento que genera este fenómeno en las víctimas de *bullying*. De la misma manera, el relato de Gabriel evidencia la distorsión de la propia vivencia derivada de una exclusión prolongada en el ámbito escolar, creando así una ficción que justifique su sufrimiento.

Esta experiencia se internaliza desde edades muy tempranas y configura la percepción de uno mismo y de los otros, dando lugar a patrones de autoanulación y desconfianza interpersonal que se mantienen en el tiempo.

5.2. Impacto emocional persistente: cicatrices afectivas

"Estoy machacada. [...] Cosas que me han pasado en la vida han sido determinantes" (Noemí).

"He perdido la etapa adulta. [...] Viví 23 años anestesiado" (Gabriel).

"Siempre me he sentido acorralada. No he podido ser yo" (Miriam).

Los testimonios expresan un sufrimiento emocional persistente que acompaña a la persona más allá del hecho puntual. Las emociones no procesadas adecuadamente en la infancia resurgen en la edad adulta como ansiedad, baja autoestima o bloqueo emocional. En algunos casos, se traducen incluso en estrategias de supervivencia como un uso excesivo de la medicación, el aislamiento o el silencio.

5.3. El cuerpo como expresión del trauma: manifestaciones físicas del sufrimiento

"*Tengo ardor vaginal, contracturas [...] Me levanto como si me hubieran dado una paliza*" (Noemí).

"*Tengo artrosis, dolores lumbares [...] el cuerpo me maneja*" (Gabriel).

"*El dolor actual es como el eco de las palizas. Me pongo en posición fetal: el gurruñito*" (Miriam).

Los relatos muestran cómo el cuerpo se convierte en una forma de expresión del sufrimiento emocional acumulado. El dolor crónico no se configura solo como un fenómeno biomédico, sino también como una memoria corporal del trauma que se manifiesta en forma de tensión, fatiga, espasmos o enfermedades crónicas. El cuerpo actúa como portavoz del malestar persistente, aquel que no se puede expresar verbalmente, funcionando como un archivo somático del trauma.

5.4. Estrategias de afrontamiento: entre la creatividad y la adaptación defensiva

"*Tocar el piano [...] era como algo terapéutico, [...] luego estaba mejor. [...] Empecé a tocar el ukelele*" (Noemí).

"*Prefiero antes los dolores que la mente. [...] Grupoterapia me viene muy bien*" (Gabriel).

"*Pongo música rock, ACDC, para no pensar. Intento hacer manualidades, pero cuando no puedo, me entra ansiedad... entonces me voy a fumar. Es como poner ruido para no pensar.*" (Miriam).

Los testimonios reflejan diversas estrategias para hacer frente al sufrimiento, que oscilan entre la expresión emocional y la evasión defensiva. La creatividad y el vínculo con otras personas emergen como recursos para canalizar el malestar y el sufrimiento, mientras que el aislamiento o el consumo de sustancias funcionan como mecanismos de desconexión o evasión del dolor psíquico.

5.5. Afectación identitaria y corporal en la vida adulta

"*No soy consciente de mi cuerpo [...] nunca lo he habitado*" (Noemí).

"*Nunca pasé a la etapa adulta. [...] Me comportaba como un niño*" (Gabriel).

"*No he tenido vida. [...] Vivo en alerta constante*" (Miriam).

La experiencia de haber sido víctima de *bullying* deja huellas que condicionan la relación con uno mismo, con el cuerpo y con los demás. Estas secuelas no se borran con el

tiempo. Pueden afectar a la identidad, las relaciones, la percepción corporal y la autonomía emocional.

Estas vivencias pueden también analizarse desde una mirada neuropsicológica y simbólica, tomando como referencia el Síndrome Central de Justo Gonzalo, quien propuso que, tras una lesión cerebral, el sistema nervioso reorganiza sus funciones como forma de adaptación (17,18). De forma análoga, el trauma infantil puede entenderse como una “lesión” subjetiva que provoca una reorganización en la forma de habitar el cuerpo, de sentirlo y de interpretarlo.

En este contexto, el juego puede ser una herramienta importante de apropiación del cuerpo (19). La experiencia lúdica no sólo permite explorar, sino también crear formas nuevas de presencia y relación con el cuerpo, sobre todo cuando este se ha sufrido como territorio hostil o doloroso. Como plantea Winnicott en 1971 (20) , “*es en el jugar, y quizás solamente en el jugar, donde el individuo puede ser creativo y utilizar toda su personalidad*”. Así, el juego no solo es distracción, sino lugar de reconstrucción identitaria y corporal, especialmente si se han vivido experiencias que han fragmentado el vínculo con su propio cuerpo.

5.6. Reconstrucción del sentido: procesos de resignificación y afrontamiento

"Estoy intentando retomar la música" (Noemí).

"Yo quiero ser la persona que soy, [...] con lo que tenga que luchar" (Gabriel).

"Sigo luchando, aunque cansa [...] intento ayudar a otros" (Miriam).

A pesar de la carga del sufrimiento, los participantes muestran deseos de cambio y de superación personal. Incluso en el dolor, hay margen para la transformación. La resignificación del pasado y la búsqueda de sentido son posibles y abren camino hacia la reparación.

En definitiva, los hallazgos del análisis cualitativo permiten describir un recorrido vital complejo, donde el sufrimiento temprano por experiencias de acoso escolar se transforma a lo largo del tiempo en un dolor crónico con múltiples dimensiones interrelacionadas. La *Figura 4.1* funciona como una guía interpretativa de esta trayectoria subjetiva común a los tres participantes: la vivencia traumática inicial, su impacto persistente, las estrategias de afrontamiento, la afectación identitaria y corporal, y los procesos de resignificación hacia una posible reconstrucción del sentido del dolor.

5.7. Análisis de co-ocurrencia

Se realizó un análisis de co-ocurrencias con ATLAS.ti para explorar las relaciones entre los códigos aplicados a las entrevistas (*Tabla 4.1*). Este método permite identificar aquellos conceptos que aparecen conjuntamente en los relatos de los participantes, dando lugar a patrones de asociación que ayudan en la interpretación de las experiencias vividas por los participantes. De esta manera, se consigue una visión integrada de las dimensiones que conforman la vivencia del *bullying*.

| CÓDIGO 1 | CÓDIGO 2 | FRECUENCIA |
|-----------------------|-----------------------|------------|
| Autoconocimiento | Resiliencia | 4 |
| Aislamiento social | <i>Bullying</i> | 3 |
| Afectación emocional | Frustración | 2 |
| Ansiedad | Miedo | 2 |
| Autoconocimiento | Relación con la madre | 2 |
| Dolor crónico | Gestión del dolor | 2 |
| Grupoterapia | Resiliencia | 2 |
| Huida | Malestar emocional | 2 |
| Relación con la madre | Resiliencia | 2 |
| Relación con la madre | Terapia psicológica | 2 |

Tabla 4.1: análisis de co-ocurrencia.

El análisis de co-ocurrencias permitió identificar patrones significativos entre los códigos emergentes del material cualitativo, arrojando luz sobre las dinámicas subjetivas que vinculan las experiencias de *bullying* en la infancia con la aparición de dolor crónico nociplástico en la edad adulta.

La relación más destacada fue la de resiliencia y autoconocimiento, con una co-ocurrencia de cuatro citas. Esta asociación sugiere que el proceso de reconstrucción personal tras experiencias de sufrimiento temprano no ocurre de manera pasiva, sino que está mediado por un trabajo introspectivo que facilita la elaboración del trauma. El autoconocimiento actúa como un mecanismo potenciador de la resiliencia.

Asimismo, la co-ocurrencia entre *bullying* y aislamiento social evidencia que el acoso no solo deja una huella emocional inmediata, sino que también contribuye a establecer patrones relationales disfuncionales a largo plazo. Otras asociaciones relevantes, como dolor crónico con gestión del dolor o malestar emocional con huida, subrayan la conexión entre las emociones no elaboradas y la somatización.

Finalmente, destaca la co-ocurrencia entre terapia psicológica y relación con la madre, lo que apunta a la importancia de los vínculos primarios en la vivencia del dolor y en los procesos de búsqueda de apoyo. Relaciones familiares de calidad desde edades tempranas pueden influir favorablemente en la vivencia subjetiva del sufrimiento y facilitar la búsqueda de estrategias de afrontamiento, como la terapia psicológica.

Estas interrelaciones refuerzan la hipótesis de una conexión profunda entre el trauma infantil y los procesos psicosomáticos adultos.

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio revelan un gran entramado en el cual las experiencias de *bullying* en la infancia no son solo episodios aislados, sino que configuran un proceso de sufrimiento prolongado en el tiempo y formado por múltiples dimensiones interrelacionadas. A continuación, se analizan estos resultados en relación con la literatura y los modelos teóricos sobre trauma, dolor y resignificación.

6.1. Narrativas de dolor: más allá del síntoma

Este trabajo, mediante metodología IPA, ha permitido explorar no solo lo que vivieron los participantes, sino cómo lo experimentaron y qué sentido atribuyen hoy a ese sufrimiento. En primer lugar, en relación con los objetivos específicos, se ha logrado comprender las experiencias subjetivas de exclusión y acoso vividas durante la infancia y explorar cómo esas vivencias se relacionan con la percepción actual del propio cuerpo y del dolor.

Aquello que emerge de las entrevistas no es solo la relación entre el *bullying* en la infancia y el dolor crónico en la edad adulta, sino también su trayectoria de sufrimiento entrelazada con experiencias de exclusión, malestar emocional y búsqueda de reparación. El acoso vivido durante la infancia no es únicamente un evento puntual, sino que se transforma en un trauma relacional con impacto estructural que se manifiesta bajo la forma de dolor crónico, fatiga o hipervigilancia. Diversos estudios recientes respaldan que las situaciones adversas en la infancia modulan la sensibilidad nociceptiva a través de la sensibilización central y alteraciones en las vías inhibidoras descendentes (2,21).

Respecto al objetivo general, este trabajo ha contribuido a comprender el modo en que las experiencias de acoso en la infancia se inscriben fenomenológicamente en la vivencia actual del dolor crónico nociplástico, relacionando la dimensión viva del trauma con su inscripción a nivel corporal y simbólico. Van der Kolk (22) y otros autores

del campo del trauma complejo, sostienen que la ausencia de recursos simbólicos y sociales suficientes para procesar una vivencia dolorosa se manifiesta en la corporalidad dando lugar a manifestaciones somáticas crónicas.

El estudio de Tracey y Bushnell (7) propone que el dolor crónico puede considerarse como una enfermedad propia, al estar en relación con cambios cerebrales a nivel funcional y estructural, particularmente en áreas como la ínsula, la amígdala, el tálamo y la corteza prefrontal medial. Estas alteraciones se relacionan con la hipersensibilidad al dolor, la desregulación emocional y la hipervigilancia, aspectos que se muestran en las narrativas analizadas en este trabajo. Esta perspectiva refuerza la comprensión del dolor crónico nociplástico como una expresión corporal compleja del trauma temprano, validando de esta forma la legitimidad del sufrimiento que los participantes relatan desde una perspectiva biopsicosocial y neurobiológica. El cuerpo se establece no solo como un receptor pasivo del daño, sino como un archivo activo del trauma.

La compresión de estas narrativas no se alcanza únicamente con la descripción de síntomas o eventos, sino que además requiere profundizar en los significados que las personas atribuyen a su vivencia de dolor y exclusión. Así, la hermenéutica clínica ofrece un marco adecuado para la interpretación del sufrimiento desde su dimensión simbólica y existencial.

6.2. Hermenéutica clínica y sentido del sufrimiento

La *hermenéutica clínica* es un marco interpretativo filosófico que fue iniciado por Schleiermacher en el siglo XVIII y retomado posteriormente por Gadamer y Ricoeur. Se centra en la interpretación reflexiva del sufrimiento, defendiendo que comprender implica mucho más que describir. En el ámbito de la salud, esta aproximación permite una lectura del dolor como texto vivo en un contexto histórico, simbólico y existencial apropiado (13,23).

Esta visión se puede ampliar con el concepto de *narrativa clínica*, una tradición que comprende ciencia, literatura y testimonio personal. Hace referencia al conjunto de relatos que emergen en contextos terapéuticos y que, posteriormente, la hermenéutica clínica interpreta. La comprensión del sufrimiento requiere la integración de la vivencia del paciente con la intersubjetividad de la relación clínica y el conocimiento biomédico. La narrativa clínica genera un diálogo entre el sufrimiento del cuerpo, el lenguaje simbólico y el contexto que configura ese dolor (24).

Los nombres bíblicos elegidos para los participantes funcionan como claves interpretativas que ahondan en la dimensión simbólica de la narrativa:

- Caso 1: Miriam. Su nombre puede traducirse como “*mar amargo*” o “*lágrimas del mar*”. Simboliza la profundidad del dolor y la fuerza que emerge de él.
- Caso 2: Noemí. Significa “*digna de ser amada*”, evocando así la búsqueda de afecto y la necesidad de reconocimiento.
- Caso 3: Gabriel. Interpretado como “*fuerza de Dios*”. Representa la firmeza, la resiliencia y la dimensión espiritual que acompañan el proceso de transformación del sufrimiento y resignificación.

6.3. El cuerpo como archivo del trauma

Van der Kolk (22) expone que “*El trauma se almacena en el cuerpo. Por tanto, la sanación también debe pasar por él*”. Esto refuerza la idea de que el cuerpo actúa como un archivo emocional que necesita ser reescrito desde lo sensorial, la creatividad y las relaciones interpersonales.

Algunas estrategias de regulación emocional como la gestión del estrés, el ejercicio adaptado, la grupoterapia o la terapia cognitivo-conductual han demostrado favorecer la modulación del sistema nervioso autónomo y la restauración del equilibrio somático y emocional. En el caso de los participantes, actividades como las manualidades o el disfrute musical funcionan como puertas simbólicas hacia la reconexión con una corporalidad que ha estado marcada por la alerta y la defensa. Esta visión es consistente con estudios recientes sobre neuroplasticidad y recuperación somática, que demuestran cómo experiencias corporales seguras y reguladoras pueden promover, de forma progresiva, una reorganización funcional del sistema nervioso (2,25).

No obstante, este trabajo también evidencia cómo las estrategias de afrontamiento oscilan entre mecanismos de desconexión y procesos de reencuentro corporal. Esta dualidad puede entenderse dentro del marco del trauma complejo y su impacto en la regulación emocional y somática. Conductas como el abuso de medicación, el aislamiento social o el silencio aparecen como intentos de supervivencia frente a un sistema nervioso crónicamente activado, característico del estado de hipervigilancia derivado de eventos traumáticos en la infancia (2,25).

En este contexto, Suely Rolnik (26) propone que el cuerpo colonizado por el dolor puede encontrar vías de reexistencia a través de la sensibilidad, el arte y el juego. Este último actúa como herramienta terapéutica que permite experimentar nuevas formas de habitar el cuerpo, construyendo espacios de seguridad, expresión y transformación. Desde esta perspectiva, el juego se convierte en un factor protector frente al dolor crónico y

emocional en la vida adulta, especialmente en mujeres que han atravesado historias de violencia o exclusión.

Esta idea se vincula con el modelo iatrofilosófico de Vargas-Aragón (19), quien describe cómo el trauma puede provocar una “expropiación biográfica” y una “avaricia del cuerpo”. El cuerpo se vuelve extraño, fuente de dolor y obstáculo para la capacidad de decidir y participar activamente en la propia vida. En este contexto, el juego puede funcionar como un espacio simbólico de reapropiación corporal y de reconstrucción de la identidad (20).

6.4. Narrativas de reparación y legitimación del sufrimiento

Un elemento común en los tres casos analizados es la aparición de momentos de inflexión en la etapa adulta, donde los participantes comienzan a reconstruir el sentido de su historia. El trauma, aunque persiste, deja de funcionar como elemento clave de la identidad. Aparecen deseos de transformación, de creación de nuevos vínculos relationales y de búsqueda de nuevos significados. Este proceso es una forma de narrativa clínica en la que el relato del sufrimiento transforma la vivencia y reorganiza la subjetividad (24). Desde la fenomenología hermenéutica, este cambio representa una modificación del horizonte de sentido del sujeto. El apoyo y la validación emocional se convierten en ejes terapéuticos esenciales, favoreciendo procesos de reescritura simbólica del cuerpo y del yo.

Noemí explicó cómo tomó la decisión de centrarse en actividades musicales y sociales como vía de reconexión tras años de bloqueo emocional y dolor físico: “*empezar a hacer cosas que me distraigan un poco de esto que me está sucediendo*”. (Noemí)

Del mismo modo, Gabriel relató el cambio profundo que experimentó tras abandonar la medicación que durante años había amortiguado su malestar emocional. A partir de ese momento, inició un proceso de resignificación personal y de reconexión con sus emociones: “*tener sentimientos, empezar a llorar, empezar a recordar las cosas y darme cuenta de la persona que había sido*”. (Gabriel)

Miriam también manifestó una actitud activa orientada al autocuidado. Su relato pone en valor pequeñas acciones cotidianas como formas de autorregulación: “*intento pasear hasta donde puedo, intento hacer manualidades... y si veo que puede conmigo, pongo series o me pongo a jugar, algo que me haga estar en otro sitio*”. (Miriam)

La narración del dolor, dentro de un espacio terapéutico o relacional, permite legitimar la experiencia vivida. Gabriel, al relatar su paso por la grupoterapia, destacó la importancia del vínculo interpersonal en la modulación y resignificación de su sufrimiento: “*escuchar a otra gente me hizo ver que no estaba tan mal, que había gente que sufría igual o más que yo. Eso me ayudó a relativizar y también a hablar de cosas que yo nunca había contado*”. (Gabriel).

El sufrimiento deja de ser una vivencia silenciada para convertirse en un relato compartido y en gesto de reconocimiento mutuo. Esta experiencia ilustra cómo el intercambio interpersonal actúa como un espacio simbólico de reconfiguración del yo. Algunos autores proponen el concepto de “prótesis dialógica” para describir el modo en que la narrativa clínica funciona como un soporte simbólico que ayuda a reconstruir la identidad del sujeto tras experiencias de sufrimiento (24). Así como una prótesis física permite compensar una pérdida corporal, la narrativa compartida en un contexto de escucha empática permite sostener y reorganizar una subjetividad fragmentada por el trauma.

El sujeto que narra su dolor y es escuchado deja de ser un paciente pasivo para convertirse en un “*wounded storyteller*”, un narrador herido que a través de la narración recupera su identidad y logra visibilidad en el contexto social y clínico (27).

En este sentido, las narrativas clínicas también deben entenderse como forma de resistencia frente a la deslegitimación del dolor crónico, un fenómeno ampliamente denunciado por la revista *The Lancet* (1) que critica la medicalización excesiva y la estigmatización de pacientes cuya sintomatología no encaja en los modelos biomédicos tradicionales. El dolor nociplástico ha sido históricamente desestimado por la falta de biomarcadores, resultando su manejo en tratamientos inadecuados o abandono terapéutico. Es necesario un cambio de paradigma y “*repensar el dolor crónico*” desde una perspectiva biopsicosocial, modulada por factores neurobiológicos, psicológicos y socioculturales. La escucha empática, el vínculo terapéutico y la narración clínica deberían ser elementos fundamentales en el abordaje clínico del dolor nociplástico.

6.5. Inteligencia artificial en estudios cualitativos

Aunque el núcleo de este trabajo se centra en la dimensión vivida del trauma y el dolor, resulta oportuno mencionar brevemente cómo la inteligencia artificial (IA) puede ser un complemento de la metodología cualitativa en el estudio del dolor crónico.

En el ámbito de la salud, y especialmente en países con pocos recursos, la IA ha demostrado un gran potencial en la mejoría de los sistemas de salud. Estas intervenciones permiten analizar grandes volúmenes de datos clínicos de forma eficiente, ayudando así en la toma de decisiones en entornos con recursos limitados (28) y pueden ser una gran ayuda en el manejo y tratamiento del dolor crónico, siempre y cuando se acompañe de metodologías cualitativas que aborden la dimensión narrativa, simbólica y ética del sufrimiento humano.

Sin embargo, este despliegue tecnológico conlleva desafíos éticos y socioculturales que todavía no han sido suficientemente abordados. Existe un riesgo de deshumanización del proceso narrativo si se sustituye la escucha clínica por modelos automatizados que no tengan en cuenta la singularidad de los relatos individuales y la experiencia subjetiva.

De esta manera, una integración crítica de la IA con modelos de narrativa clínica podría abrir nuevas vías para un abordaje más ético y sensible del dolor crónico, teniendo en cuenta el contexto biopsicosocial de los pacientes. El reto consiste en no deshumanizar el proceso de interpretación de los relatos, sino en complementar las capacidades de análisis con una lectura ética, simbólica y narrativa del sufrimiento humano.

6.6. Implicaciones clínicas y futuras líneas de investigación

La fenomenología aplicada a la salud, al igual que la narrativa clínica (21), ofrece una vía para humanizar la atención al dolor crónico, fomentando una escucha empática, validación emocional y restitución simbólica del sufrimiento. Esta orientación puede contribuir a evitar los efectos negativos de la injusticia epistémica que muchas personas con dolor crónico experimentan en contextos sanitarios, cuando su relato es minimizado, banalizado o invalidado (12). Además, este enfoque respalda el uso complementario de otras estrategias de intervención como la grupoterapia, el juego y la creatividad como formas de reapropiación del cuerpo dañado por el trauma y la exclusión social (22,26).

Como proyección futura, sería interesante ampliar el estudio a otras poblaciones con dolor crónico, incluyendo perfiles diversos en edad, género, clase y cultura.

Por todo ello, este estudio invita a los profesionales sanitarios a abrirse a una práctica clínica más reflexiva, ética y contextualizada, que no solo trate el dolor, sino que escuche el sentido que este tiene para quien lo padece.

7. CONCLUSIÓN

Este estudio, desarrollado a través de una metodología IPA centrada en la vivencia subjetiva del dolor crónico en personas que han sufrido *bullying* durante la infancia, pone de manifiesto la profundidad simbólica de los relatos y el valor de la interpretación hermenéutica del sufrimiento. La riqueza narrativa de las experiencias recogidas aporta matices significativos para la práctica clínica, especialmente en el abordaje del dolor desde una perspectiva integral. Los resultados de este trabajo reafirman la necesidad de intervenciones que acojan la dimensión narrativa del dolor, entendiendo al paciente como un sujeto con historia, cuerpo y lenguaje.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

1. The Lancet. Rethinking chronic pain [Internet]. 2021 [citado 30 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01194-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01194-6/fulltext)
2. Kaplan CM, Kelleher E, Irani A, Schrepf A, Clauw DJ, Harte SE. Deciphering nociceptive pain: clinical features, risk factors and potential mechanisms. Nat Rev Neurol. 2024;20(6):347-63.
3. Musalem BR, Castro OP. Qué se sabe de *bullying*. Rev Méd Clín Las Condes. 2015;26(1):14-23.
4. Marin TJ, Hayden JA, Lewinson R, Mahood Q, Pepler D, Katz J. A systematic review of the prospective relationship between bullying victimization and pain. J Pain Res. 2021;14:1875-85.
5. Kaleycheva N, Cullen AE, Evans R, Harris T, Nicholson T, Chalder T. The role of lifetime stressors in adult fibromyalgia: systematic review and meta-analysis of case-control studies. Psychol Med. 2021;51(2):177-93.
6. Xiong HY, Wyns A, Van Campenhout J, Hendrix J, De Bruyne E, Godderis L, et al. Epigenetic landscapes of pain: DNA methylation dynamics in chronic pain. Int J Mol Sci. 2024;25(15):8324.
7. Tracey I, Bushnell MC. How neuroimaging studies have challenged us to rethink: is chronic pain a disease? J Pain. 2009;10(11):1113-20.
8. Mohanty A, Pradhan RK, Jena LK. Learned helplessness and socialization: a reflective analysis. Psychol. 2015;6(7):885-95.
9. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. The Lancet. 2021;397(10289):2098-110.
10. Campbell R, Raja S. Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence. Violence Vict. 1999;14(3):261-75.

¹ La gestión de las referencias bibliográficas ha sido realizada mediante el software Zotero.

11. Moran EG. Review of *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-From Domestic Abuse to Political Terror*. Gend Soc. 1994;8(1):136-8.
12. Fricker M. Epistemic injustice: power and the ethics of knowing. Oxford: Oxford University Press; 2007. 188 p.
13. Wardrope A, Reuber M. The hermeneutics of symptoms. Med Health Care Philos. 2022;25(3):395-412.
14. Tindall L, J.A. Smith, P. Flower and M. Larkin (2009), *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*: London: Sage. Qual Res Psychol. 2009;6(4):346-7.
15. Duque H, Aristizábal Díaz-Granados ET. Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. Adorno T W 2001 Epistemol Cienc Soc Esp Univ Valencia [Internet]. 2019 [citado 23 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
16. Sweet PL. The Sociology of Gaslighting. Am Sociol Rev. 2019;84(5):851-75.
17. García-Molina A, Gonzalo-Fonrodona I. Cronología de la investigación sobre la dinámica cerebral de Justo Gonzalo. Rev Neurol. 2024;78(7):199-207.
18. Sociedad Española de Neurología. "Dinámica Cerebral" de Justo Gonzalo (1910-1986) [Internet]. 2011 [citado 22 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.sen.es/noticias-y-actividades/otras-noticias/82-dinamica-cerebral-de-justo-gonzalo-1910-1986>
19. Vargas-Aragón ML. La angustia de circunstancia: un modelo iatrofilosófico para la depresalgia. Estud Filos. 2024;(70):201-24.
20. Winnicott DW. Playing and Reality [Internet]. 2nd ed. London: Routledge; [citado 30 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.routledge.com/Playing-and-Reality/Winnicott/p/book/9780415345460?srsltid=AfmBOorlwYmwfCNsxnQimPfwK-3cxATAjZgrZT8czCks0ft0-e5QPbFv>
21. Lumley MA, Schubiner H. Emotional awareness and expression therapy for chronic pain: rationale, principles and techniques, evidence, and critical review. Curr Rheumatol Rep. 2019;21(7):30.

22. Van der Kolk BA. *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking; 2014.
23. Geniusas S. *The phenomenology of pain* [Internet]. Series in Contemporary Thought. Athens (OH): Ohio University Press; 2020 [citado 22 de mayo de 2025]; Disponible en: https://www.academia.edu/41794300/The_Phenomenology_of_Pain
24. Ramírez-Bermúdez J, González-Grandón, Ximena, and Chávez RA. Clinical narrative and the painful side of conscious experience. *Philos Psychol*. 2025;38(1):353-77.
25. Volcheck MM, Graham SM, Fleming KC, Mohabbat AB, Luedtke CA. Central sensitization, chronic pain, and other symptoms: better understanding, better management. *Cleve Clin J Med*. 2023;90(4):245-54.
26. Rolnik S. *Esferas de la insurrección: apuntes para descolonizar el inconsciente*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Tinta Limón; 2019. 184 p. (Colección Nociones Comunes).
27. Frank AW. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics* [Internet]. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 2013 [citado 30 de abril de 2025]. 280 p. Disponible en: <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/W/bo14674212.html>
28. Schwalbe N, Wahl B. Artificial intelligence and the future of global health. *The Lancet*. 2020;395(10236):1579-86.

ANEXO 1: GUION DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Introducción

- Presentación del estudio, explicación del formato y confidencialidad.
- Consentimiento informado.

2. Contexto

Antecedentes generales:

- ¿Podrías contarme cómo fue tu infancia?
- ¿Cómo describirías tu experiencia escolar?

Exploración de experiencias de *bullying*:

- ¿Viviste o presenciaste *bullying* en el colegio? ¿Cómo lo describirías?
- ¿Posteriormente durante la adolescencia también sufriste *bullying*?
- ¿Qué tipo de comportamientos eran frecuentes (físicos, verbales, sociales)?

Impacto emocional en la infancia:

- ¿Cómo te sentiste durante ese tiempo? ¿Recuerdas de qué manera afectó tu día a día?

3. Relación con el dolor

Experiencias de dolor en la infancia:

- ¿Tuviste alguna experiencia recurrente de dolor físico en la infancia, como dolores de cabeza, musculares o de otro tipo?
- ¿Crees que esos dolores estaban relacionados con las experiencias emocionales o sociales que viviste?

Dolor en la vida adulta:

- ¿Podrías describir tu dolor actual?
- ¿Cuándo inició el dolor? ¿De niño/a pensabas que era algo normal convivir con el dolor?
- ¿Crees que hay ciertos factores que lo desencadenan o lo empeoran?

Relación percibida entre *bullying* y dolor crónico:

- ¿Crees que la experiencia de *bullying* durante la infancia podría relacionarse con tu salud física actual? ¿De qué manera?

4. Interpretación personal

Estrategias de afrontamiento:

- ¿Hubo alguna estrategia que te ayudara a manejar la situación en ese momento?
- ¿Te sentiste apoyado/a por las personas de tu círculo cercano (padres, hermanos, profesores...)? ¿Cómo respondieron ante la situación?
- ¿Cómo gestionas ahora el dolor crónico? ¿Tienes alguna estrategia que encuentres útil?

Mensajes o consejos:

- ¿Qué consejo/s le darías a alguien que esté sufriendo *bullying*?

5. Cierre

- ¿Quieres añadir algo más que no hayamos comentado?

ANEXO 4: POSTER



BULLYING EN LA SEGUNDA INFANCIA COMO FACTOR DE RIESGO DE DOLOR CRÓNICO EN LA VIDA ADULTA: UN ESTUDIO CUALITATIVO MEDIANTE ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO INTERPRETATIVO

Autor: CLARA ÁLVAREZ ARAGÓN (Grado en Medicina. Universidad de Valladolid)

Tutor: Dr. MARTÍN LORENZO VARGAS ARAGÓN. Cotutora: MARÍA FERNANDA NIETO RAMIRO

INTRODUCCIÓN

El dolor nociceptivo es un tipo de dolor crónico sin evidencia de daño tisular ni lesión en el sistema somatosensorial, vinculado a alteraciones en los mecanismos de procesamiento del dolor. Supone un reto clínico por su difícil diagnóstico y frecuente deslegitimación. Estudios recientes sugieren que experiencias adversas en la infancia, como el *bullying*, pueden alterar los sistemas de modulación del dolor y generar secuelas somáticas y emocionales persistentes. Este trabajo aborda cómo personas adultas con dolor nociceptivo narran y resignifican sus experiencias de acoso escolar como parte de su vivencia actual de sufrimiento.

OBJETIVOS

- Explorar cómo adultos con dolor crónico resignifican las experiencias de *bullying* vivido en la infancia.
- Analizar la conexión subjetiva entre trauma temprano y dolor físico persistente.
- Contribuir a una comprensión narrativa y biopsicosocial del dolor nociceptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio cualitativo mediante Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA).
- Participación de tres adultos con diagnóstico de dolor crónico nociceptivo y antecedentes reconocidos de *bullying* en la infancia.
- Recogida de la información mediante entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas.
- Análisis de los relatos mediante codificación temática, interpretación hermenéutica y uso del software ATLAS.ti.
- El estudio fue aprobado por el CEIm, garantizando el anonimato, la confidencialidad y el consentimiento informado de los participantes.

RESULTADOS

Temas emergentes en los relatos:

- El *bullying* como experiencia traumática de exclusión, humillación y aislamiento.
- El cuerpo como archivo del trauma, donde el dolor crónico se expresa como memoria somática del sufrimiento en la infancia.
- Regulación emocional mediante estrategias de afrontamiento como la creatividad, la música, el silencio o la evasión.
- Reconfiguración identitaria y corporal, afectada por la hipervigilancia y el desapego.
- La narrativa como herramienta de resignificación, permitiendo reconstruir el sentido del dolor y la identidad personal.



Figura 4.1. Mapa conceptual de la trayectoria subjetiva del dolor crónico asociado al *bullying* en la infancia.

Ánalisis de co-ocurrencia:

- Autoconocimiento y resiliencia se asociaron con procesos activos de reconstrucción.
- Bullying* y aislamiento social reflejan el impacto relacional del trauma.
- Malestar emocional y huida ilustran patrones de defensa persistentes.
- Relación materna y apoyo terapéutico reflejan la importancia de los vínculos primarios en la elaboración del dolor.

| CÓDIGO 1 | CÓDIGO 2 | FRECUENCIA |
|-----------------------|-----------------------|------------|
| Autoconocimiento | Resiliencia | 4 |
| Aislamiento social | <i>Bullying</i> | 3 |
| Afectación emocional | Frustración | 2 |
| Ansiedad | Miedo | 2 |
| Autocognición | Relación con la madre | 2 |
| Dolor crónico | Gestión del dolor | 2 |
| Grupoterapia | Resiliencia | 2 |
| Huida | Malestar emocional | 2 |
| Relación con la madre | Resiliencia | 2 |
| Relación con la madre | Terapia psicológica | 2 |

Tabla 4.1: análisis de co-ocurrencia.

DISCUSIÓN

El *bullying* en la infancia es un factor de riesgo en el desarrollo de dolor crónico nociceptivo en la edad adulta, con manifestaciones físicas y emocionales que se superponen. Así, el dolor crónico se interpreta no sólo como síntoma, sino como expresión corporal activa del trauma que permanece inscrito en el cuerpo y en la identidad.

La hermenéutica clínica y la narrativa clínica facilitan la resignificación del sufrimiento, transformando el dolor en una experiencia con sentido y visibilidad. La deslegitimación clínica del dolor nociceptivo se vincula con la injusticia epistémica, lo que evidencia la necesidad de una práctica clínica más empática y contextualizada.

Estrategias como la creatividad, el juego y la grupoterapia emergen como vías terapéuticas para la reapropiación del cuerpo y la reparación emocional. Se propone un enfoque clínico del dolor crónico que integre aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales para abordar el sufrimiento desde una perspectiva humana y multidimensional.

BIBLIOGRAFÍA

Kaplan CM et al. *Nat Rev Neurol.* 2024;20(6):347-63.

Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score.* Viking; 2014.

The Lancet. *Rethinking chronic pain.* 2021.

Fricker M. *Epistemic injustice.* Oxford University Press; 2007.