



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Postgrado
Departamento de Psicología

Trastorno de síntoma somático en población infanto-juvenil: propuesta de orientación terapéutica basada en evidencia empírica científica

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología,
mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil

Autora:

Claudia Alejandra Alfaro Ibarra

Profesora guía:

Ps. Flor Quiroga Ortega

Profesora co-guía:

Ps. Bárbara Conca Binfa

Santiago de Chile, 2021

RESÚMEN

Nombre del autor: Claudia Alfaro Ibarra.

Profesora guía: Flor Quiroga Ortega.

Profesora co-guía: Bárbara Conca Binfa.

Grado académico obtenido: Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil.

Fecha de graduación: 2021

Contacto del autor: claudia.alfaroib@gmail.com

Título de la tesis: Trastorno de síntoma somático en población infanto-juvenil: propuesta de orientación terapéutica basada en evidencia empírica científica.

Esta investigación tuvo como objetivo desarrollar una propuesta de orientación hacia un abordaje psicoterapéutico del trastorno de síntomas somáticos en población infanto-juvenil, basado en la evidencia empírica actualizada de los últimos 5 años. Su importancia radica en la escasa producción de conocimiento asociado a la psicoterapia en esta población, en contraste con el aumento de esta patología en niños y adolescentes, a lo largo de las últimas décadas. Para ello, se realizó una revisión sistemática de tipo cualitativa, utilizando como técnica el análisis de discurso, lo que permitió reconocer los diversos elementos y fases que trascienden los abordajes psicoterapéuticos del trastorno en población infanto-juvenil. En los resultados se logra visualizar las principales características de esta población, de sus familias y de los distintos agentes médicos, psicológicos, sociales y terapéuticos que deben ser integrados a lo largo del tratamiento. Además, se describen las diversas etapas y elementos

que deben ser desplegadas en el abordaje psicoterapéutico y las particularidades que cada una de éstas debe contemplar, de modo que la intervención se adecúe a las necesidades de la población caracterizada.

Palabras claves: *Trastorno de síntomas somáticos; población infanto-juvenil, investigación en psicoterapia, psicoterapia basada en la evidencia.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos quienes aportaron directa o indirectamente en el desarrollo y finalización de esta investigación.

En primer lugar, agradezco a mi familia por brindarme apoyo y contención en este proceso. Doy las gracias en especial a mis padres por siempre estar presentes en el camino; a Sebastián, por nunca dejar de creer en mí y brindarme espacios para alcanzar esta tan ansiada meta; a Noah por ayudarme a encontrarle nuevos sentidos a la vida y a mis suegros por el apoyo que día a día nos brindan como familia.

Agradezco también a mis amigas por no dejarme decaer y alentarme a seguir intentándolo, en especial a Daniela y Jezabel por acompañarme en este camino.

Finalmente agradezco a quienes orientaron este andar en la práctica, a Bárbara y Flor por mostrarme el lindo camino de la psicoterapia infanto-juvenil, buscando siempre sacar lo mejor de mí como profesional, y a Hans y Julio por tomar mis frustraciones y encausarlas en logros.

DEDICATORIA

A Noah, por recordarme día a día la importancia de la infancia en el desarrollo del ser humano, por enseñarme la complejidad detrás de las cosas simples y por encausar mi camino a metas más trascendentales que las propias.

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS	9
2.1.1. Evolución histórica	9
2.1.1.1 De la histeria a los trastornos somatomorfos	9
2.1.1.2 De conversión histérica a la somatización	10
2.1.1.3. Trastornos Somatomorfos: Mirada de los manuales diagnósticos	13
2.1.2. Conceptualización: trastorno de síntomas somáticos	14
2.1.2.1. Etiología de los trastornos de síntomas somáticos	17
2.2. SITUACIÓN ACTUAL EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL	19
2.2.1. Revisión del abordaje terapéutico	22
2.2.1.1 Abordaje en atención primaria	23
2.2.1.2. Abordaje en salud mental	25
2.2.1.2.1. Abordaje psiquiátrico y psicofarmacológico	25
2.2.1.2.2. Abordaje en psicoterapia	26
2.2.2 Problemáticas de abordaje terapéutico de trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil	30
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	32
3.1 Pregunta de investigación	32
3.2 Objetivo general	32
3.3 Objetivos específicos	32
4. MARCO METODOLÓGICO	33
4.1 Método de recolección de datos: Revisión sistemática cualitativa	33
4.2 Método de análisis de datos: Análisis de discurso	37
4.3. Propuesta de modelo de trabajo psicológico	38
5. ANALISIS Y RESULTADOS	39
5.1 Resultados Procedimentales	39

5.2. Análisis de Resultados	43
5.2.1 Población objetivo	45
5.2.2 Agentes de Salud y Agentes Escolares	48
5.2.3 Tipo de Intervención	53
5.2.4 Etapas de la psicoterapia	56
5.3 Orientaciones para la intervención psicoterapéutica con niños y adolescentes	64
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	74
7. BIBLIOGRAFIA	81

1. INTRODUCCIÓN

Una de las dificultades más recurrentes en atención primaria son los trastornos afectivos, los trastornos ansiosos y los trastornos de síntomas somáticos (Gili et al., 2015), llegando incluso a ser denominados “trastornos mentales comunes” debido a su alta presentación en centros asistenciales de atención primaria (Saldivia, 2016).

Durante los últimos años los trastornos somatomorfos han visto incrementada su prevalencia tanto en población adulta como en población pediátrica, presentando dificultades para los pacientes y para el sistema sanitario, evidenciándose peor pronóstico del trastorno, alto uso de recursos médicos y mayores costos en salud (Arancibia et al., 2016).

Este diagnóstico se caracteriza por la existencia de altos montos de ansiedad asociados a la presencia de síntomas somáticos, sin embargo, a pesar del deterioro físico, funcional y emocional que pueden sufrir estos pacientes, poco se ha estudiado respecto al abordaje terapéutico de este trastorno, menos aún si este se refiere a población infanto-juvenil. Por lo mismo, la presente investigación pretende poder desarrollar una propuesta de orientación para el abordaje psicoterapéutico del tratamiento de niños y adolescentes que presenten diagnóstico de trastornos de síntomas somáticos, a partir del análisis sistemático de investigaciones, estudios y publicaciones actualizadas en los últimos 5 años.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-5 (2013) caracteriza el trastorno de síntomas somáticos a la luz de la presencia de uno o más síntomas somáticos, con o sin explicación médica, que genera una interrupción significativa en la vida cotidiana del paciente afectado, que se asocia a la presencia de pensamientos, sentimientos y conductas desproporcionadas relacionadas con el malestar, y síntomas a los que el paciente dedica tiempo y energía excesivos (si bien los síntomas pueden no estar presentes durante todo el tiempo, el trastorno sintomático es persistente, por lo general más de seis meses) (Fiertag et al., 2017).

Estos pacientes suelen quejarse de múltiples síntomas somáticos, que interfieren en su calidad de vida. Sus síntomas pueden ser específicos, como por ejemplo un dolor localizado o inespecíficos como la fatiga, experimentando altos montos de angustia, arraigados al síntoma que padecen y al significado que le atribuyen (Torales, 2018). Este

trastorno también puede recibir el nombre de trastornos somatomorfos, trastorno de somatización o trastornos de síntomas somáticos funcionales.

Diversos reportes de profesionales de la salud refieren a esta condición como una de las más difíciles de diagnosticar entre los trastornos médicos y mentales debido a sus limitaciones en la implicancias teóricas y prácticas a la hora de comprender la complejidad del trastorno (Miranda, Ospina, Palacio y López-Bustamante, 2014). El año 2017, Hernández logra visualizar que cuando un clínico evalúa a un paciente con síntomas somáticos sin anomalías fisiológicas evidentes o cuya intensidad es desproporcionada respecto al grado de alteraciones observadas, el profesional, incluso si este es psiquiatra, no suele atribuir la presencia de estos síntomas a trastornos somatomorfos, siendo más frecuente la detección de otros diagnósticos como, por ejemplo, la depresión o la ansiedad. Sin embargo, y continuando con el planteamiento de Hernández, a pesar del bajo uso que los asistentes de salud dan a este diagnóstico, la mitad de los pacientes que asisten a atención primaria y que acaban con un diagnóstico psiquiátrico, inicialmente presentan síntomas somáticos.

Velasco et al. (2019) indican que la prevalencia a nivel mundial de los trastornos de síntomas somáticos oscila entre un 4 y un 7% para la población general, llegando a un 17% de la población que acude a atención primaria, prevaleciendo en el género femenino y en personas con bajo nivel educativo y socioeconómico.

Se considera que los niños tienen una especial vulnerabilidad para presentar síntomas somáticos, debido a que los aspectos cognitivos y las habilidades verbales aun se encuentran en desarrollo, lo que dificulta la expresión de sus emociones, por lo que pueden canalizar su sufrimiento por medio de quejas físicas, que también tienen la función de pedir ayuda para solucionarlos (Sánchez, 2020).

La prevalencia de los trastornos de síntomas somáticos entre niños y adolescentes sería mayor a lo precisado, debido a que su expresión convoca diversas sub-especialidades pediátricas en donde suele infra diagnosticarse la condición. Ndukuba et al., (2010) indican en su estudio que sólo el 3% de los pediatras conocía adecuadamente el diagnóstico y abordaje de los trastornos somatomorfos (Arancibia et al., 2016), no obstante, a pesar de estas observaciones, su reporte ha aumentado en las últimas décadas. Algunos estudios afirman que entre el 2 al 10% de los niños y adolescentes presentan dolores y quejas físicas

recurrentes, mientras que los síntomas somáticos funcionales en presentación aislada son mucho más prevalentes, llegando a presentarse en ciertas muestras hasta en el 50% de niños y adolescentes en edad escolar (Sánchez, 2020). Cozzi y Barbi (2019), indican en su investigación realizada el año 2019, que el 8.6% de la población que recurría a urgencia pediátrica presentaba criterios diagnósticos compatibles con los trastornos de síntomas somáticos. Dando cuenta del aumento de los trastornos somáticos funcionales en las últimas décadas, Heimann et al., (2018), señalan en su investigación que entre 1988 y 2011 el porcentaje de niños que presentaron problemas de síntomas somáticos se incrementó de un 5.1 a un 9.1%, y en el caso de las niñas aumentó entre un 16.7 a un 24.5%.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) indica que los síntomas más comunes presentados por niños son dolor abdominal recurrente, dolor de cabeza, fatiga y náuseas, siendo más frecuente que predomine un solo síntoma, a diferencia que en los adultos (DSM-5, 2013). Una revisión realizada por Herskovic y Matamala el año 2020, indica que el dolor somático crónico (dolor de cabeza, dolor abdominal y músculo esquelético recurrente) suele tener una alta recurrencia en la población infanto-juvenil, llegando a afectar hasta al 25% de niñas, niños y adolescentes. Sánchez y Guerrero (2017), señalan que la presentación de síntomas somáticos varía según las edades, por ejemplo, en la primera infancia, los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal recurrente, algo más tarde las cefaleas y a medida que aumenta la edad, empiezan a manifestarse más síntomas neurológicos, insomnio y fatiga. En la pubertad, la relación niño:niña de síntomas somáticos es casi igual, sin embargo, las jóvenes adolescentes notifican casi el doble de los síntomas somáticos que los varones adolescentes (Sánchez y Guerrero, 2017). El DSM-5 (2013) señala que a pesar de que los niños pequeños pueden tener quejas somáticas, es raro que se preocupen por la “enfermedad” per se antes de la adolescencia.

Es usual que tanto el paciente como su familia tienden a centrarse en un solo síntoma, aunque su aparición predispone a padecer otros síntomas, debido a que tienden a agruparse, por lo que entre un 12 a un 15% de los niños que presentan un síntoma somático refieren, al menos, cuatro síntomas somáticos más y mientras más síntomas somáticos se presenten, mayor es el deterioro, siendo la cefalea y el dolor abdominal la combinación de síntomas más recurrentes (Sánchez y Guerrero, 2017).

Si se analiza la situación de los trastornos de síntomas somáticos en la población pediátrica chilena es posible dar cuenta que para el año 2012 entre un 13 a un 17% de población en edad escolar presentaba dolor abdominal crónico, siendo más recurrente en mujeres que varones (5:1) y teniendo esté una presentación habitualmente funcional (en un 90%) sin anomalías físicas, estructurales o bioquímicas (Rodríguez et al., 2012). En la misma época se estimada que entre un 10 a un 15% de esta población presentaba síndrome de intestino irritable, dándose con mayor frecuencia también en las niñas y adolescentes por sobre los 9 años. En cuanto a la prevalencia de la migraña se sabe que el inicio promedio en niños es a los 7,2 años y a los 10,9 en niñas. Asimismo, entre los 3 y los 7 años aumenta en un 3%, entre los 7 y 11 años; aumenta de un 4 a un 11%, y entre los 11 y los 15 años; de un 8 a un 23% (Kleinstauber, 2017).

Si se considera el panorama sanitario actual, con la pandemia por Coronavirus como telón de fondo, es posible suponer la exacerbación de los síntomas somáticos en la población general. Respecto a población infanto-juvenil, las investigaciones realizadas en época COVID, dan cuenta que el 20% de niños y jóvenes españoles e italianos mostraban, al mes de confinamiento, un incremento en problemas de ansiedad, depresión, somatizaciones y estrés postraumático, siendo común en los menores a partir de los 6 años la presencia de somatizaciones persistentes que no tienen una explicación médica como dolores de cabeza, de estómago, vómitos, dolores musculares etc. (Imaz et al., 2020).

Ha sido difícil dar cuenta de causales etiológicas asociadas a los trastornos de síntomas somático, sin embargo Arancibia et al., indican el año 2016 que entre los factores etiológicos estudiados destacan elementos neurobiológicos que sugieren un vínculo con fenómenos evolutivos, mayor vulnerabilidad ante el estrés, disfunciones en las dinámicas familiares, sobreprotección parental, perfil de personalidad internalizante y alexitimia, o dificultad para expresar en palabras los estados emocionales experimentados y limitada capacidad para mentalizar los síntomas físicos.

Cuando se trata a niños y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos, se debe tener en consideración que su presentación refleja las expectativas y preocupaciones tanto de ellos como de sus familias. La respuesta de los padres ante los síntomas es importante, ya que puede determinar el nivel de angustia asociada y pueden ser sumamente relevantes en la

interpretación y significado que le atribuyen, en el tiempo que faltan a la escuela y en la búsqueda de ayuda médica (DSM-5, 2013). Se ha estudiado que muchas veces los padres de estos chicos suelen magnificar los síntomas lo que se traduce en estilos de afrontamiento catastróficos y empeoramiento de la sintomatología. (Cozzi y Barbi, 2019). Los síntomas generan un gran impacto en la vida de los niños, niñas y adolescentes que los padecen, por lo que en reiteradas ocasiones su presencia deriva en constantes inasistencias escolares y en una baja participación de actividades extraprogramáticas o sociales, lo que se asocia a dificultades y deterioro en su desarrollo social (Cozzi y Barbi, 2019). Asociado con el ausentismo escolar muchos de los niños y adolescentes que padecen este trastorno sufren dificultades académicas y de aprendizaje, lo que, a largo plazo, se puede traducir en complejos escenarios vocacionales (Heimann et al., 2018).

Herskovic y Matamala (2020) dan a conocer que el 10,8% de los niños y adolescentes que sufre de un trastorno de dolor somático crónico tiene un riesgo tres veces mayor de desarrollar comorbilidades psiquiátricas, en comparación con el denominado grupo de control, lo que evidencia la alta correlación existente entre trastornos somatomorfos y patologías psiquiátricas. Lo anterior resulta especialmente relevante, siendo importante que estas comorbilidades siempre se sospechen y se descarten, ya que muchas veces los síntomas somáticos suelen ser el primer indicador de un trastorno de carácter mental, de salud o consecuencia de abuso o intimidación (Florenzano et al., 2002). Se considera que la presencia de síntomas somáticos infantiles predice la psicopatología del adulto y la aparición de dolor persistente en el largo plazo (Herskovic y Matamala, 2020). Por lo demás si este trastorno se presenta en la infancia o adolescencia y no recibe el tratamiento adecuado, podría llegar a ser altamente discapacitante en la vida adulta, desencadenando el desarrollo de otras enfermedades psiquiátricas como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos funcionales permanentes o discapacidades graves a largo plazo (Heimann et al., 2018).

Resulta sumamente habitual que tanto estos niños, niñas y adolescentes, como sus familias, tiendan a enfocarse en los síntomas físicos y suelen agotar recursos para lograr llegar a un diagnóstico médico que explique sus padecimientos, dejando de lado la búsqueda de apoyo en salud mental, lo que deriva en grandes gastos médicos (Saunders et al., 2020).

Los tratamientos asociados a los trastornos de síntomas somáticos, a menudo, suelen no ser satisfactorios para los pacientes, la familia y el personal sanitario que los atiende debido a la baja aceptación del diagnóstico y del tratamiento que se brinda para esta patología (Heimann et al., 2018).

Según Heimann et al., (2018) el abordaje multidisciplinario de los trastornos de síntomas somáticos ha revelado su eficacia a la hora de mejorar la gravedad de los síntomas, la discapacidad y la asistencia escolar, sin embargo, a pesar de sus buenos resultados, la investigación sobre este tipo de tratamiento en niños y adolescentes que padecen el trastorno es escasa y aún no son bien entendidos los mediadores de los procesos de tratamiento. La estrecha cooperación entre múltiples disciplinas está bien justificada, debido a los aspectos biológicos, ambientales y sociales que deben considerarse, sin embargo, son escasas las evaluaciones sistemáticas de los enfoques de tratamiento, al igual que el desarrollo de unidades especializadas (Heimann et al., 2018).

Estudios han demostrado que la psicoterapia cognitivo-conductual es eficaz para el tratamiento de los trastornos de síntomas somáticos (Arancibia et al, 2016). Herskovic y Matamala (2020) señalan que la terapia cognitivo conductual ha ido acumulando evidencia a su favor a la hora de tratar los trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil. Por su parte la división 12 de la APA atribuye el máximo nivel de evidencia empírica a la eficacia de la terapia cognitivo conductual para el abordaje del dolor crónico (fibromialgia, cefaleas, lumbalgia crónica, artritis reumatoide, artrosis, etc.), desde donde se trabaja la psicoeducación, la atribución de dolencias somáticas sesgadas, la percepción selectiva de estímulos interoceptivos, la catastrofización como patrón de pensamiento y el comportamiento evitativo (Sarudiansky, Martini y Rosales, 2013).

Por su parte el psicoanálisis, desde la obra de Freud, releva la importancia que los factores psicológicos toman en la enfermedad, entregando la premisa de que la existencia de un conflicto psicológico que no se puede resolver mediante el pensamiento y la expresión de sentimientos (alexitimia), necesariamente desencadenará en un síntoma psicológico o en uno orgánico (Otero y Rodado, 2004). Bajo la mirada de Storti et al, (2017), desde el psicoanálisis se indica que para el abordaje de los trastornos somatomorfos se debe, en un primer momento, dar cuenta de la estructura psíquica del paciente y de su forma de funcionamiento mental,

develando así la división (o “escisión”) que se produce entre el nivel simbólico y la sintomatología somática, permitiendo al analista centrarse en abordar por un lado el sentido inconsciente y por otro lado el funcionamiento paradójal del paciente. Además, dado que desde esta corriente los trastornos somatomorfos carecen de una representación simbólica por parte del paciente (Otero y Rodado, 2004), se buscará construir el significado o simbolización faltante frente al síntoma, como un puente entre estos dos procesos rotos, siendo este trabajo de simbolización entre el cuerpo y lo inconsciente lo que favorecerá la reestructuración psíquica (Storti et al., 2017)

Si bien existen algunos estudios actualizados que puedan dar luces de las orientaciones psicológicas que se les brinda a los trastornos somatomorfos en población infanto-juvenil, estos tienden a ser muy escasos y no muchos otorgan una visión compleja del trabajo realizado, por lo que se suele no profundizar de forma sistemática en la planificación, pautas de abordaje o intervenciones clínicas del trabajo con niños y adolescentes que presenten diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos.

En base a lo expuesto resulta importante dar cuenta de los diversos elementos que caracterizan la situación actual de los trastornos somatomorfos en población pediátrica y que dan relevancia a la hora de comprender la trascendencia y el aporte que esta investigación y propuesta de trabajo pretenden hacer. Entre estos elementos se consideran los siguientes:

1. Existe un incremento en la prevalencia los trastornos de síntomas somáticos en la población general, viéndose reflejado en el aumento de las consultas asociadas a este tipo de patologías, fenómeno que es importante ser abordado desde la intervención clínica;
2. Se evidencia un aumento sistemático en el número de casos asociados a trastornos de síntomas somáticos, en población infanto-juvenil, a lo que, si se le suma el complejo panorama sanitario actual a causa del Coronavirus, se refleja en un aumento en la prevalencia de síntomas somáticos en esta población;
3. Existen múltiples dificultades a la hora de poder hacer un diagnóstico oportuno por parte de los especialistas en salud pediátrica de esta condición, lo que se traduce en la complejización de una intervención acorde al caso, tanto a nivel médico, psicosocial, como psicoterapéutico.

4. Existen pocos estudios de abordaje psicoterapéutico de trastornos de síntoma somático en la población infantil y adolescente, siendo importante que desde la psicología infanto-juvenil se dé relevancia a este tipo de intervenciones;

5. Resulta escaso el conocimiento respecto a los planes de tratamiento y evolución psicoterapéutica para este tipo de patologías, sobre todo si esto refiere a la población infanto-juvenil;

Por lo anterior la presente investigación buscar dar cuenta, de forma actualizada, de los elementos centrales del abordaje psicoterapéutico en los trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil con el fin de desarrollar una propuesta de orientación psicoterapéutica que aporte al abordaje de esta patología en la población indicada. Por lo mismo y en base a lo señalado es que se vuelve relevante la pregunta ¿Cuáles deben ser las etapas y elementos fundamentales de ser considerados a la hora de desarrollar una propuesta de orientación psicoterapéutica para el abordaje de los trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

2.1.1. Evolución histórica

El enfoque que hoy se le da a la concepción teórica y práctica de los trastornos de síntomas somáticos ha evolucionado durante el tiempo, complejizando su mirada, integrando nuevos elementos etiológicos y características a la hora de abordar el diagnóstico. No obstante, con el paso del tiempo este constructo sigue manteniendo una característica común: síntomas físicos, con o sin explicación médica, que tienen a la base factores psicológicos y que generan altos montos de ansiedad, malestar significativo y algún grado de disfuncionalidad en la vida de las personas [DSM-5, 2013].

2.1.1.1 De la histeria a los trastornos somatomorfos

Los síntomas somáticos han estado relacionados estrechamente, y por largo tiempo, con el concepto de histeria, el que se consideró como una presentación clínica de carácter florida y cambiante, que lleva a los eruditos de la época a cuestionar si se trataba de una o variadas enfermedades (Ortiz y Erazo, 2005). Su denominación proviene del griego “histerión” o “matriz”, relacionado con el órgano uterino¹, por lo que se asociaba al sexo femenino (Serrano et al., 2017).

Durante el renacimiento, esta concepción da un giro, desencadenando en que se empezara a especular respecto a la posibilidad de que esta enfermedad pudiese tener un origen en el sistema nervioso. Esto llevó a que, en el siglo XVII, Thomas Sydenham, adscribiendo a este pensamiento dejara de atribuir esta enfermedad solo a la población

¹ Ortiz y Erazo (2015) indican que en el siglo VI, Hipócrates en su “Tratado de las enfermedades de la mujer” empezó a considerar al útero como el órgano causante de la presencia de los cuadros histéricos, atribuyendo a estos la noción de que este órgano, insatisfecho por sus deseos genitales, atormentaba a la paciente. Entre los síntomas característicos asociados a la histeria destacaban los temblores incontrolables acompañados de dolores corporales, anestias, parálisis, irritabilidad, labilidad emocional, ceguera, etc. (Hernández, 2019).

femenina, desarrollando así, una nueva caracterización de la presentación de la histeria (Mercado y Hernández, 2010).

Briquet al desarrollar en el año 1859 el “Traite Clinique et Therapeutique de L'histerie” marca un hito en la concepción de esta enfermedad. En ella define a la histeria como una neurosis del encéfalo que perturba los actos de la vida a partir de la manifestación de sensaciones afectivas. Entre la sintomatología histérica estudiada por él, destacan la presencia de éxtasis, letargia, sonambulismo y ataques de delirio (May y Merskey, 1981). Bajo su mirada la presencia de histeria podría referir al hecho de que todas las experiencias dolorosas activan de forma directa o indirecta parte del encéfalo, lo que, a su vez, se asocia a mecanismos afectivos que llevan a que el cuerpo tenga reacciones automáticas que no pasen por la conciencia (Garrabé, 2006).

Álvarez, el año 2017 logra observar la evolución de Charcot a la hora de hacer referencia a la patología histérica evidenciando cómo se alineó, en un inicio, con las premisas establecidas por la “teoría uterina”, indicando que en “una forma especial de histeria el ovario desempeñaría un papel fundamental en su desarrollo”. No obstante, a medida que continuó especializándose en el conocimiento de esta condición, logró visualizar que la histeria se da y mantiene por condiciones neurológicas. Al introducir la hipnosis en 1876 terminó definiendo la patología como una afección neurótica a base de lesiones orgánicas, sin embargo, en 1892 admite que podría haber una causa psicológica que podría explicar su presencia (Zarranz, 2015).

2.1.1.2 De conversión histérica a la somatización

Discípulo de Charcot se le atribuye a Freud la introducción de los aspectos emocionales y personales como factores etiopatogénicos del enfermar (Otero y Rodado, 2004).

Los afectos pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto de enfermedades de otros órganos (...) Todos los estados anímicos son, en cierta medida, afectivos, y de

ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos” (...) Cuando se formula un juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas.

(Freud, 1890. AE, 1, págs. 119-120 en Otero y Rodado, 2004).

Sedano, el año 2020, enfatiza el que Freud fue quien diferenció lo que el psicoanálisis denomina “psiconeurosis de defensa”, relacionadas con los trastornos conversivos, de las psiconeurosis actuales, relacionadas a su vez con la somatización o el resto de los trastornos somatomorfos. Desde esta mirada se considera que los trastornos asociados a lo conversivo tienen a la base conflictos psíquicos que se expresan corporalmente, pero que, dado su contenido simbólico podrían ser interpretados; mientras que en las enfermedades de síntomas somáticos el contenido simbólico estaría vacío, deslibinizado o ausente, por lo que el paciente no sería capaz de elaborarlo mentalmente, lo que se traduciría en la expresión de este malestar por medio de la vía somática (Otero y Rodado, 2004).

La teoría de diferenciación convoca, a su vez, dos grandes escuelas del psicoanálisis que iluminan la conceptualización de este fenómeno: La Escuela psicosomática de París y la Escuela de Chicago (Otero y Rodado, 2004; Sedano, 2020).

- Escuela Psicosomática de París: esta corriente intenta elaborar su propia teoría de la organización psicosomática, señalando que existe un conjunto de características comunes que conforman una verdadera estructura de personalidad psicosomática (Saavedra, 2009). Diferenciando el síntoma conversivo del psicosomático, se visualiza desde la Escuela Psicosomática de París que en el síntoma somático la carga afectiva se canaliza de manera patológica mediante vía somática, al producirse insuficiencias en la adquisición de representaciones de palabras ligadas con valores afectivos (Otero y Rodado, 2004). Ulnik, el año 2000, indica que esta teoría nace a partir de la hipótesis de que existe en los enfermos de síntomas somáticos una construcción incompleta de su

aparato psíquico caracterizado por pensamiento operatorio², tono afectivo depresivo³ y desorganización en las estructuras psíquicas⁴. De este modo se comprende que mientras más empobrecidas sean las estructuras del sujeto, los síntomas van a tender a expresarse desde el plano físico.

- Escuela de Chicago: o también denominada Escuela Norteamericana, plantea en los años 30 que frente a la presencia de síntomas somáticos se produciría una transposición del fenómeno de conversión al de patología de los órganos, existiendo una “neurosis del órgano”, de esta forma la musculatura de inervación será la base para los síntomas conversivos, mientras que el sistema visceral neurovegetativo el que sustentaría los síntomas somáticos (Otero y Rodado, 2004). Desde esta corriente se afirma que el componente psicológico es necesario, pero no suficiente para la aparición de la enfermedad, pues su etiología vendría dada por la unión de una serie de factores, entre ellos: la vulnerabilidad constitucional del órgano afectado, una constelación psicodinámica característica (conflicto específico) y una situación ambiental desencadenante (Otero y Rodado, 2004). Otro de los grandes aportes de la Escuela de Chicago es el asociar las enfermedades consideradas psicósomáticas⁵ con perfiles psicológicos (Saavedra, 2009) y el plantear que la disfunción aparece en los síntomas somáticos cuando hay presencia de alexitimia⁶, es decir cuando las emociones no pueden expresarse normalmente y la energía permanece encerrada dentro del organismo de forma crónica (Sedano, 2020).

² A diferencia del pensamiento operatorio planteado por Piaget, en este apartado se entiende por pensamiento operatorio a la disminución del pensar en contraste de la importancia que cobran los comportamientos, acentuándose la carencia de representaciones y la pobreza afectiva.

³ El tono depresivo se lo relaciona con un estado crónico de desestabilización y disminución del tono psíquico, propio de la depresión y caracterizada por un descenso de energía vital, auto reproche y sentimientos de culpabilidad.

⁴ Desorganización de las estructuras psíquicas como pérdida de la jerarquía funcional de los sistemas psíquicos y se contraponen a la organización evolutiva.

⁵ Asma bronquial, úlcera péptica, rectocolitis ulcerohemorrágica, neurodermatosis, hipertensión arterial, artritis reumatoidea, tirotoxicosis.

⁶ Etimológicamente alexitimia significa: “sin palabras para los sentimientos” un constructo mediante el cual Sifneos se refiere para englobar la constelación de factores cognitivo-afectivos del estilo comunicativo de los pacientes psicósomáticos en la consulta (Ruiz, 2016).

2.1.1.3. Trastornos Somatomorfos: Mirada de los manuales diagnósticos

Si de los manuales diagnósticos se habla, el DSM-III en el año 1980 introduce el concepto de trastornos somatomorfo para reemplazar el de trastornos “neuróticos”, grupo en el que se incluyeron el trastorno conversivo, hipocondriasis y trastorno doloroso psicógeno, abandonando el epónimo de Síndrome de Briquet (Guzmán, 2011).

Con la creación del DSM-IV los trastornos somatomorfos se ajustan a un exigente diagnóstico en que los sujetos presentan una florida panoplia de síntomas físicos que afectarán de forma significativa y persistente su vida, que no estuvieran médicamente explicados, ni fueran simulados (Pareja, 2014). Se incluye en esta clasificación el trastorno por somatización (ex síndrome de Briquet), trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno de conversión, factores psicológicos asociados a trastornos somatomorfos, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal y trastorno somatomorfo no especificado.

Por su parte la CIE-10 describe los trastornos somatomorfos como repetidas presentaciones con síntomas físicos en donde no se encuentran enfermedades fisiológicas a pesar de la realización de reiteradas investigaciones médicas, y en donde los pacientes suelen resistirse a reconocer los factores psicológicos como causa de las somatizaciones (Fiertag et al., 2017). La CIE-10 (1992), subdivide estos trastornos en: trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno hipocondriaco, disfunción autonómica somatomorfa, trastorno de dolor persistente somatomorfo y otros trastornos somatomorfos

En el DSM-5 (2013) el foco de atención de los trastornos de síntoma somáticos se centra en los pensamientos, emociones y comportamientos del paciente frente al síntoma, validando el significado que le atribuyen a este. Además, se flexibilizan los criterios diagnósticos en cuanto a presencia y ausencia de explicaciones médicas de los síntomas, se reducen la temporalidad y se integra la presencia del dolor en el diagnóstico general, sin diferenciarlo como en versiones anteriores (Pareja, 2014).

La CIE-11 (2018) denomina los trastornos de síntomas somáticos como trastornos de distrés corporal, que se caracterizan por la presencia de alteraciones en la experiencia que la persona tiene de su cuerpo. De forma más específica el trastorno de angustia corporal toma en cuenta la presencia de síntomas corporales que el individuo encuentra angustiantes y a los

que dirige una atención excesiva. La CIE-11 se presenta en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2019 para su adopción por los Estados Miembros, y entrará en vigor el 1 de enero de 2022⁷.

2.1.2. Conceptualización: trastorno de síntomas somáticos

Torales (2018) indica que el trastorno de síntomas somáticos se caracteriza por la presencia de al menos un síntoma somático que genera una disrupción significativa en la vida cotidiana del paciente afectado, con alta presencia de ansiedad relacionada al síntoma y en donde puede existir o no una explicación médica que justifique su existencia (Arancibia et al., 2016). El diagnóstico del trastorno enfatiza la presencia de síntomas angustiantes (Torales, 2018) que llevan a los pacientes a evaluar de forma alterada sus síntomas corporales, considerándolos amenazantes, perjudiciales y molestos, y pensando que presentan un alto riesgo para su salud, incluso cuando existan pruebas que indiquen lo contrario [DSM-5, 2013]. Es importante considerar que, si bien, las sensaciones relacionadas con el síntoma suelen ser desproporcionadas, el padecer del paciente es genuino, se explique o no médicamente (Guzmán, 2011), razón por la que, muchas veces, más relevancia que los síntomas, cobran los significados e interpretaciones que el individuo le da a la presencia de estos en su vida [DSM-5, 2013]. Desde esta perspectiva, el análisis de los factores cognitivos, afectivos y conductuales, cobran fundamental relevancia a la hora de comprender el caso y planificar su abordaje terapéutico.

Estos pacientes suelen quejarse de múltiples síntomas somáticos, que interfieren en su calidad de vida, siendo en muchas ocasiones altamente discapacitantes, impidiendo que desarrollen sus quehaceres diarios correspondientes. Los síntomas pueden ser específicos, como por ejemplo un dolor localizado o inespecíficos como la fatiga (Bauzá, 2012). En el trastorno de síntomas somáticos graves, los problemas de salud pueden asumir un papel central en la vida del individuo, convirtiéndose en un rasgo de su identidad y dominando sus relaciones interpersonales (Moreno, 2011). Estos pacientes suelen acudir frecuentemente a

⁷ Cabe mencionar que, debido a la temporalidad actual del constructo, no se consideró la categoría de distrés corporal dentro de los constructos incorporados en la presente investigación.

atención médica, sin embargo, las intervenciones realizadas no alivian su malestar, lo que los lleva a sentir que tanto la evaluación como las atenciones han sido insuficientes para tratar su condición [DSM-5, 2013], llevando a cabo un alto consumo de recursos sanitarios por la solicitud de estudios innecesarios e interconsultas a especialistas con el consiguiente riesgo de yatrogenia (Pascual y Cerecedo, 2015).

El trastorno de síntomas somáticos puede estar o no asociado con otra comorbilidad médica (Fiertag et al., 2017). Se ha evidenciado la existencia de altas tasas de comorbilidad psiquiátrica principalmente asociadas a trastornos internalizantes (depresión y ansiedad), lo que a su vez otorga mayor complejidad y gravedad a la enfermedad, y mayor refractariedad a los tratamientos [DSM-5, 2013].

Otro constructo que da cuenta del fenómeno de los síntomas somáticos es el de trastorno somatomorfo. La CIE 10 (1992), al hablar de trastornos somatomorfos indica que su principal característica es la presentación repetida de síntomas físicos, junto con solicitudes persistentes de exámenes médicos, a pesar de que los hallazgos sean repetidamente negativos y de que los médicos hayan reafirmado que los síntomas no tienen fundamentos físicos, añadiendo que, si es que existen algunos trastornos físicos, éstos no llegan a explicar la naturaleza ni la magnitud de los síntomas, tampoco la aflicción y preocupación del paciente. Su diagnóstico principal es el de trastorno de somatización (antiguamente denominado síndrome de Briquet) y exige la presencia de síntomas físicos múltiples, recurrentes y cambiantes que duran por lo menos 2 años. En el caso de aquellos síntomas que tengan una duración menor se les considerará trastorno somatomorfo indiferenciado. La evolución del trastorno es crónica y fluctuante, y a menudo se asocia con una alteración del comportamiento social, interpersonal y familiar [CIE-10, 1992].

Coincidentemente con lo ya planteado, cuando el DSM-IV se refiere a los trastornos somatomorfos evidencia la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse totalmente por la presencia de enfermedad, por el consumo de sustancias o por otro trastorno mental, debiendo producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, sin ser intencionados (DSM-IV, 1994). Al igual que en la CIE-10 su diagnóstico principal es el de trastorno de somatización y considera síntomas o quejas físicas de años de

duración (de lo contrario se lo denomina trastorno somatomorfo indiferenciado), que se presentan previo a los 30 años, que implican disfunción social, laboral u otras, y en donde se presentan: cuatro síntomas dolorosos, dos síntomas gastrointestinales diferentes del dolor, un síntoma sexual, un síntoma pseudo-neurológico diferente del dolor. Los síntomas siempre son graves y discapacitantes y no guardan proporción con los hallazgos orgánicos (Guzmán, 2011).

No sujeto a los criterios especificados en los manuales diagnósticos de enfermedades mentales, los síndromes somáticos funcionales son en su definición altamente coincidentes con los trastornos de síntomas somáticos.

Los síndromes somáticos funcionales refieren a una serie de síndromes que se caracterizan principalmente por la presencia de síntomas asociados a sufrimiento, discapacidad y, en ocasiones, con anomalías específicas de enfermedades de estructura o función (International Association for the Study of Pain, 2009). La mayoría de estos síntomas no están asociados con enfermedades biomédicas bien definidas y suelen hacer un uso frecuentemente alto de los servicios de salud, sin obtener mejoras significativas en su calidad de vida. Su denominación refleja la existencia de alteraciones a nivel funcional, más que estructural (Nimnuana, Rabe-Heskthb, Wesselya y Hotopf, 2001).

Entre los síndromes incluidos se encuentran: síndrome de intestino irritable, dispepsia no ulcerosa, síndrome premenstrual, dolor pélvico, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y síndrome de piernas inquietas (International Association for the Study of Pain, 2009).

Criterios diagnósticos para los síndromes somáticos funcionales:

- Síndrome de fatiga crónica: fatiga prolongada por al menos 6 meses; de nueva aparición o definitiva; que no es resultado de una enfermedad orgánica ni de esfuerzo continuo; que no se alivia con reposo; que provoca una reducción importante de las actividades ocupacionales, educativas, sociales y personales. Para su diagnóstico se deben presentar cuatro o más de los siguientes síntomas, presentes en forma concurrente durante más de 6 meses: disminución de la memoria o concentración, dolor de garganta, ganglios linfáticos cervicales o axilares sensibles, dolor muscular, dolor en varias articulaciones, nuevos dolores

de cabeza, sueño no reparador o aumento de dolor y fatiga luego de esfuerzos (Avellaneda et al., 2009);

- Síndrome de piernas inquietas: necesidad imperiosa de mover las piernas, en general secundaria a sensaciones desagradables de tipo disestésico en las extremidades inferiores; inquietud motora que se manifiesta por vueltas en la cama, frote de piernas y deambulación. Los síntomas empeoran con la inactividad y mejoran con el movimiento siendo más intensos en horas vespertinas (Aguilar, 2007);
- Síndrome de intestino irritable: Dolor abdominal o sensación no placentera en el abdomen que ocurre al menos tres veces al mes en los tres meses anteriores, acompañado de dos o más de los siguientes criterios: mejoría del dolor con la defecación; el inicio del dolor se relaciona con cambio en la frecuencia de las evacuaciones; el inicio del dolor se vincula con cambio en la consistencia de las evacuaciones; los síntomas deben empezar por lo menos seis meses antes del diagnóstico (Castañeda-Sepúlveda, 2010);
- Fibromialgia: Historia de dolor generalizado presente durante al menos tres meses; dolor en ambos lados del cuerpo por encima y por debajo de la cintura; dolor en once de los dieciocho puntos dolorosos a la palpación digital, en ambos lados del cuerpo (occipucio, cervical, trapecios, supraespinosos, segunda costilla, epicóndilos laterales, glúteo, trocánter mayor, rodillas, etc.); el punto sensible duele solo en el área donde se aplica, sin existir dolor referido (Chávez, 2013).

2.1.2.1. Etiología de los trastornos de síntomas somáticos

No se ha logrado identificar una causa específica de este trastorno, sin embargo, se han reconocido múltiples factores etiológicos que contribuyen a dar explicación a su presencia y mantención (Torales, 2018). Entre ellos destacan:

- Factores socioemocionales: la introversión; la falta de vivencias emocionales positivas; la evitación a desarrollar interacciones o vínculos sociales; la

elevada presencia de pensamientos automáticos asociados con la culpa; sentimientos de autorreproche y de sentirse juzgado por otros parecen ser factores que favorecen el desarrollo de síntomas (Bernáldez, 2020). Otro elemento socioemocional común entre las personas que padecen trastorno de síntomas somáticos es la “alexitimia”, o la gran dificultad para expresar verbalmente los afectos (Otero, 1999 en Lara et al., 2008). La vivencia de experiencias traumáticas también se ha considerado como un factor que puede predisponer a la presencia de esta patología (Pascual y Cerecedo, 2015).

- Factores familiares: estilos catastróficos de afrontamiento modelados por la interacción familiar se han asociado frecuentemente con la presencia de preocupaciones en relación con la salud física (Miranda et al., 2014). A lo anterior se le puede sumar la presencia de somatización parental, enfermedad orgánica y/o mental de algún integrante de la familia; ambiente familiar disfuncional y apego inseguro (Arancibia et al., 2016). Además, se ha estudiado que la presencia de dinámicas de sobreprotección parental influiría en el desarrollo de este tipo de trastornos (Fiertag et al., 2017).
- Factores ambientales: muchas veces las preocupaciones ambientales como aquellas relacionadas con el colegio, respecto a los logros académicos, dificultades con pares, acoso escolar o problemas en la relación con docentes suelen predisponer el desarrollo de trastornos de síntomas somáticos (Fiertag et al., 2017).
- Factores biológicos: ciertas investigaciones han evidenciado que los pacientes con trastorno de síntomas somáticos presentan deficiencias en la comunicación entre las células del hemisferio izquierdo del cerebro, debido a una disminución en el número de neurotransmisores (Hossain et al., 2007 en Mercado y Hernández, 2010) y mayor funcionalidad del hemisferio derecho del cerebro, lo que explicaría el deterioro en la comunicación verbal, la incongruencia en las respuestas afectivas y la integración sensomotora anómala (Guzmán, 2011). Se ha visualizado, además, mayor hiperactividad en el locus coeruleus (lo que disminuiría el umbral del dolor) y una

disminución en la irrigación sanguínea de las áreas posteriores del cerebro (Guzmán, 2011). Estos pacientes suelen tener umbrales más bajos respecto a la función táctil y al dolor.

- Factores genéticos: la heredabilidad parece ser un factor predisponente al desarrollo del trastorno, identificándose que alrededor del 20% de familiares de primer grado de sexo femenino de pacientes con trastorno de síntomas somáticos también presentan síntomas somáticos (Florenzano, 1998 en Mercado y Hernández, 2010).

2.2 SITUACIÓN ACTUAL EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

En los últimos años se ha podido apreciar que ha existido un considerable aumento del número de niños y adolescentes que consultan en atención primaria por problemas mentales (Olivares, 2020). Sumado a ello se ha evidenciado que los síntomas físicos que carecen de una conexión clara con explicaciones médicas representan grandes dificultades a la hora de que los profesionales de la salud puedan llevar a cabo un diagnóstico y un plan terapéutico (Guzmán, 2011).

Los trastornos de síntomas somáticos tienen una prevalencia significativa en la población infanto-juvenil, no obstante, resulta difícil su identificación debido a su origen multifactorial; la edad del paciente; la escasa experiencia clínica; la diversidad en sus manifestaciones (requiere de abordaje de diversas subespecialidades); las escasas y poco eficaces herramientas de evaluación y la falta de criterios diagnósticos claros (Sánchez, 2020). Arancibia et al., (2016) concuerdan con lo planteado por Sánchez y señalan que la prevalencia del trastorno es mayor a lo precisado en la población infanto-juvenil, puesto que su diagnóstico convoca otras subespecialidades pediátricas donde suele infra diagnosticarse el trastorno. Aun así, señalan que el diagnóstico de los trastornos somatomorfos ha aumentado en las dos últimas décadas a pesar de las dificultades a la hora de pesquisarlos.

Según Sánchez (2020), entre 2-10 % de los niños y adolescentes presentan dolores y molestias físicas recurrentes, mientras que los síntomas somáticos funcionales son

muchísimo más frecuentes de forma aislada y en algunas muestras alcanzan hasta el 50 % en niños de edad escolar y adolescentes.

Entre los síntomas que se presentan con mayor frecuencia en población pediátrica destacan las cefaleas, fatiga, cansancio, dolores musculares, náuseas, dolor de espalda y dolor abdominal (Sánchez y Guerrero, 2017). Por su parte, Arancibia et al., (2016) indican que las principales manifestaciones somatomorfas en población infantil refieren a dolor abdominal, cefalea, dolor torácico, vómitos e intolerancia alimentaria.

Es usual considerar que los niños y niñas presentan una especial vulnerabilidad para somatizar, debido a su estado en el desarrollo de herramientas verbales que les permitan comunicar sus emociones (Sánchez y Guerrero, 2017). La presencia de síntomas somáticos se da con mayor frecuencia en la adolescencia y en la población femenina, lo que según Arancibia et al. (2016) se puede entender desde un contexto sociocultural de mayor inhibición y represión.

Los síntomas presentados generan un gran impacto en la vida diaria y social de los niños, niñas y adolescentes que los presentan, debido a que, en muchas ocasiones, evidencian inasistencias en el colegio o renuncian a su participación en actividades extracurriculares o deportivas, lo que desencadena un alto riesgo de deterioro social (Sánchez, 2020).

Tanto los pacientes como sus familias tienden a enfocarse en los síntomas físicos y suelen agotar recursos para lograr llegar a un diagnóstico médico que explique sus padecimientos, más que apoyo en salud mental, lo que a largo plazo deriva en grandes gastos médicos en el sector de salud pública (García, 2006).

El elemento clave para determinar si se está frente a la presencia de un trastorno de síntomas somáticos es hasta qué punto el síntoma afecta la mente y la vida del paciente, lo que limita su normal funcionamiento. Bajo los planteamientos presentados por el DSM-5 (2013) la presentación en niños, niñas y adolescentes de los trastornos de síntomas somáticos suele caracterizarse por:

- Presencia de dolor abdominal recurrente, dolor de cabeza, fatiga y náuseas como síntomas más comunes;
- Escasa preocupación por la “enfermedad” per se hasta la adolescencia;

- Interpretación catastrófica de los síntomas, sobre todo en niños o adolescentes cuyos padres sobre exageran los síntomas;
- Alto uso de servicios de salud;
- Aumento del ausentismo escolar.

Al abordar los trastornos de síntomas somáticos en población de niños y adolescentes, se debe tener en consideración que detrás de los hijos suelen haber padres o familiares que presentan estilos de afrontamiento catastrófico, que suelen magnificar los síntomas del paciente y que pueden empeorar la sintomatología (Miranda et al., 2014).

Los niños y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos tienden a tener una alta tasa de comorbilidades psiquiátricas, principalmente ansiedad y depresión, las que siempre deben sospecharse y descartarse. Ramos y Vásquez, (2012) señalan que el 57% de los niños y adolescentes que presentaban trastorno de síntomas somáticos presentaban también ansiedad, mientras que la depresión se vislumbraba en el 54 a 88% de la misma población. En el estudio desarrollado el año 2015 por Sanchis Moreno, se indica que en niños los trastornos gastrointestinales presentan mayor malestar psicosocial asociado con depresión, ansiedad y otras somatizaciones.

Ramos y Vásquez (2012), señalan que el tratamiento para los trastornos de síntomas somáticos tiene bases comunes al tratamiento para la ansiedad y la depresión, debido a que los tres diagnósticos se enmarcan en el cuadrante de los trastornos internalizantes. La terapia cognitivo conductual, junto con la prescripción de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina han demostrado resultados positivos en el abordaje del trastorno, siendo la relajación, la resolución de problemas y la reducción de la evitación las técnicas terapéuticas más validadas (Ramos y Vásquez, 2012)

Respecto al pronóstico del abordaje médico y psicológico del trastorno de síntomas somáticos, es importante considerar que un tratamiento precoz es sumamente importante para que se reduzca el deterioro funcional del paciente, de lo contrario mientras más tiempo pase desde la aparición de los síntomas hasta su intervención, más difícil será que el tratamiento se ponga en práctica, y peor será el pronóstico de recuperación, llegando a presentarse altas disfuncionalidades en aquellos adultos que nunca recibieron el tratamiento adecuado en su infancia o adolescencia (Serra, 2012).

2.2.1. Revisión del abordaje terapéutico

A continuación, se procederá a dar consideración a los principales tratamientos de trastornos de síntomas somáticos en niñas, niños y adolescentes, precedentes al abordaje considerado en el objetivo de la presente investigación.

El trastorno de síntomas somáticos ha sido comprendido de forma diferente según el período histórico en que es concebido, por lo que el abordaje terapéutico que se le preste a los niños, niñas y adolescentes que lo manifiestan corresponderá al paradigma desde el cual se concibe la patología.

Históricamente fue la histeria uno de los primeros constructos que devinieron en lo que hoy se conoce como trastorno de síntomas somáticos. Dado que en sus inicios la histeria fue considerada un mal uterino que padecían de forma exclusiva las mujeres, los tratamientos rudimentarios para dar solución a esta problemática se ajustaban a intervenciones asociadas a este órgano en particular. Así en la edad media las indicaciones para esta patología consistían en la realización de sufumigaciones o sahumerios, en donde la paciente debía sentarse sobre un quemador que producía humos ascendentes, con el fin de que estos relajaran los genitales femeninos y así la histeria desapareciese (Serrano et al., 2017). En el siglo XIX, se empezaron a utilizar técnicas como la hidroterapia, que consistía en bombear agua a presión en los genitales femeninos; y el paroxismo histérico o masaje manual de la zona genital realizado por el médico, y que posteriormente dio paso a la creación de vibradores genitales (Serrano et al., 2017).

En sus estudios por tratar de comprender los fundamentos etiológicos de la histeria, Freud visualizó como común denominador en sus pacientes, la presencia de experiencias traumáticas infantiles, la mayoría de carácter sexual, que habían sido reprimidas a lo largo de los años (Grigoravicius et al., 2016). Por lo que, para dar tratamiento a esta patología, propondría el desarrollo del método catártico, que consistía en sumir a sus pacientes en un estado semi hipnótico con el fin de que recordaran y revivieran la experiencia traumática que originó el trastorno, encontrando de esta forma una vía para descargar las emociones causantes de los síntomas somáticos, por medio de la catarsis (Grigoravicius et al., 2016).

Sin embargo, en esta época a los niños se les asignaba un rol pasivo en el proceso, desde la consideración de la sexualidad infantil como un factor latente, posible de ser tratado únicamente en la adultez (Grigoravicius et al., 2016), por lo que las intervenciones terapéuticas no se orientaban al trabajo con esta población.

Posteriormente, con la elaboración de la teoría psicosexual freudiana, se abre la posibilidad de utilizar técnicas de intervención psicoanalítica para el trabajo con niños, que eventualmente serán replanteadas al dar cuenta que niños y adultos son sujetos con múltiples diferencias, y en donde las técnicas utilizadas con unos no son útiles para el trabajo con los otros. Desde esta concepción, se introduce el desarrollo del juego como técnica de intervención para el psicoanálisis con población infantil.

En la década de los '90, Cabezudo releva la importancia de tratar los trastornos somatomorfos desde una orientación multidisciplinar, dando cuenta que la relación entre medicina y psicología asume un modelo complejo, no lineal y donde se deben considerar las variables psicológicas, biológicas y sociales (Cabezudo, 1993). No obstante, a pesar de estos planteamientos, el año 2000, en el estudio llevado a cabo por Sanz de la Giza et al., se sigue visualizando la existencia de abordajes exclusivamente médicos, con desarrollo de pruebas diagnósticas innecesarias, ensayos de diversos esquemas farmacológicos e ingresos hospitalarios injustificados, traducándose en una limitada eficacia terapéutica del trastorno, asociado a mejoras en el corto plazo, que no se mantienen de forma consistente en el futuro.

Una década más tarde, en Sasot et al., (2012), se vuelve a reafirmar la necesidad de que los trastornos somatomorfos en niños y adolescentes deben tener diversos abordajes: el tratamiento médico “clásico”, en donde se considera el abordaje farmacológico y la atención del médico; el tratamiento psicofarmacológico; y el tratamiento psicoterapéutico.

2.2.1.1 Abordaje en atención primaria

En muchas ocasiones la atención primaria resulta ser la puerta de entrada al sistema de salud de niños, niñas y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos. Sin embargo, este sistema suele no estar lo suficientemente preparado para la oportuna atención de estos pacientes y sus familias, pasando reiteradamente desapercibidos por la escasa formación de

los pediatras en este tipo de trastornos (Sasot et al., 2012), creando así un ir y venir de esta población, entre diversas especialidades médicas (García- Campayo & Sanz Carrillo, 2000 en Shade et al., 2009).

A partir de la visualización de esta problemática, se reconoce, por lo menos en lo teórico, la necesidad de poder generar colaboración entre los distintos profesionales de la salud, en donde puedan estar incluidos pediatras, especialistas y psiquiatras infantiles (Sanz de la Garza et al., 2000).

Para dar acogida a las dificultades asociadas al abordaje de esta patología, diversos autores como Guzmán (2011) y Novia (2013) señalan que existen normas básicas para que el médico que aborda este tipo de casos otorgue una adecuada intervención a los trastornos de síntomas somáticos de niños, niñas y adolescentes en atención primaria. Entre ellas destacan:

- Un solo médico general debe prestar atención al paciente;
- Se deben planificar citas regulares cada 4 a 6 semanas como máximo;
- Se deben realizar consultas breves que sean posibles en la agenda del generalista;
- Se debe explorar siempre la zona de la que se queja el paciente;
- Se deben buscar signos. Los síntomas deben ser interpretados en un contexto comunicacional;
- Se deben evitar pruebas diagnósticas que no sean imprescindibles para evitar yatrogenia y gasto sanitario. Deben solicitarse basados en los signos, no en los síntomas;
- Se deben evitar diagnósticos poco claros y tratamientos innecesarios;
- Se debe tranquilizar y reasegurar tanto al paciente, como a su familia;
- Se debe derivar adecuadamente a los servicios de salud mental.

De esta forma el cumplimiento de estas normas resultó ser efectiva, disminuyendo entre un 20.53 a un 32% los costos en salud de estos pacientes, debido principalmente por la disminución en hospitalizaciones innecesarias (Guzmán 2011 y Novia 2013).

2.2.1.2. Abordaje en salud mental

2.2.1.2.1. Abordaje psiquiátrico y psicofarmacológico

Pedreira et al., (2001), señalaba que la psicofarmacología es un medio que permite “ablandar” la rigidez operatoria de entrada de los trastornos somatomorfos, siendo oportunamente utilizada cuando existen cuadros ansiosos o depresivos en comorbilidad. Se debe además comprender que la psicofarmacología no es un tratamiento aislado, ya que este debe ser siempre complementado con técnicas psicoterapéuticas.

En el año 2001, Pedreira et al, considera entre los fármacos prescritos los siguientes:

- Ansiolíticos: Estos deben ser prescritos cuando el componente ansioso es dominante.
- Antidepresivos tricíclicos: Cuando el cuadro depresivo es de cierta intensidad son de indudable interés. Hace dos décadas atrás en Pedreira et al., se consideraba que la Amitriptilina era el fármaco más adecuado, con una duración no inferior a las 6-8 semanas. Se advertía además la importancia de vigilar de forma estrecha la posible cardiotoxicidad. Otro aspecto importante para considerar eran los efectos secundarios como el adormecimiento o la sequedad de boca que, si bien suelen ser transitorios, deben siempre ser explicados al niño/a, familia y profesorado.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): En la época representaban un gran avance terapéutico, dada su baja toxicidad y escasos efectos secundarios. Otro avance significativo de estos fármacos con respecto a los antidepresivos tricíclicos fue la disminución del tiempo en que sus compuestos tienden a hacer efecto en el paciente. Su prescripción era para mayores de 10 años, durante un periodo mínimo de dos meses y máximo de seis meses. El autor recomendaba la siguiente protocolización del esquema farmacológico:
 - En caso de dominar la clínica de inhibición: Fluoxetina.
 - Si dominan los componentes de ansiedad: Paroxetina.
 - Si coexiste un proceso de enfermar crónico: Citalopram, por su baja interacción con otros medicamentos.

- Si existen claros componentes de antecedentes de reacciones de duelo: Sertralina.
 - Con clínica del tipo obsesivo-compulsivo: fluoxetina, fluvoxamina, sertralina.
- Respecto a los inhibidores selectivos mixtos y reversibles de recaptación de serotonina y adrenalina: Eran poco utilizados en la infancia y adolescencia por lo que su prescripción era reservada.

Una década más tarde, en Sasot et al., (2012), se indica que, si bien los psicofármacos no deben ser el primer, ni el único tratamiento para el abordaje de los trastornos de síntomas somáticos en esta población, si deben utilizarse ante la existencia de comorbilidad asociada, como trastornos ansiosos o depresivos, ya que facilitará la capacidad adaptativa del paciente y contribuirá a aumentar la permeabilidad de las indicaciones psicoterapéuticas. Destacan también que, si bien no existe un tratamiento farmacológico específico para los trastornos somatomorfos, los antidepresivos serotoninérgicos tienen efectos positivos en la mejora del dolor físico y en la disminución de los pensamientos obsesivos en relación a la propia salud. Respecto a las indicaciones psicofarmacológicas para el tratamiento de los trastornos somatomorfos en adolescentes, estas no consideran modificaciones sustanciales a las planteadas en Pedreira et al., el año 2001.

El año 2013, Novia, si bien recomendaba el uso de psicofármacos para el tratamiento de comorbilidades psiquiátricas, indicaba la escasa utilidad de los esquemas farmacológicos psicoactivos y analgésicos para el tratamiento y alivio de los síntomas somáticos.

2.2.1.2.2. Abordaje en psicoterapia

Sasot et al., (2012), indica que los niños, niñas y adolescentes que manifiestan trastornos somatomorfos se benefician de la psicoterapia. Entre los abordajes psicológicos que se utilizan con mayor frecuencia para el trastorno de síntomas somáticos en niños, niñas y adolescentes, se encuentran las intervenciones de apoyo psicológico, las psicoterapias psicoanalíticas y las psicoterapias cognitivo-conductuales (Sasot et al., 2012).

Respecto a las intervenciones de apoyo, es importante comprender que se diferencian del resto de las intervenciones psicoterapéuticas ya que en estas no se busca modificar una estructura psicológica, sino que su objetivo es acoger al niño, niña o adolescente con trastorno de síntomas somáticos y a su familia para lograr atenuar el o los síntomas. Sasot et al., (2012) señala que en este proceso el terapeuta debe:

- a. Explicar al paciente y a la familia la naturaleza de sus molestias, en el sentido de hacerle ver que se trata de alteraciones del organismo, explicando la relación entre la emoción y los síntomas corporales;
- b. Cuidar la relación terapeuta paciente con el fin de crear un ambiente de empatía y acogida;
- c. No prometer que se curará el o los síntomas, comprometerse que contribuirá un mejor funcionamiento psicosocial mediante el control y la limitación;
- d. Pactar con el paciente futuras visitas a especialista acordando que no se llevarán a cabo visitas no consensuadas a otros médicos.

Se considera que estas deberían ser las primeras intervenciones a incorporar con los niños, niñas, adolescentes que presenten trastorno de síntomas somáticos y sus familias.

Desde el psicoanálisis, Freud propone el tratamiento hipnótico para el abordaje de la patología orgánica, en donde no promete hacer desaparecer la enfermedad, pero sí disminuir los síntomas, por lo que esta corriente reconoce en ese entonces que la recuperación irá de la mano con la búsqueda de intencionalidad y sentido psíquico del síntoma en cuestión (Grigoravicius et al., 2016).

Para el psicoanálisis el síntoma somático equivale a un acting que demanda intervención médica (Sanz de la Garza et al., 2000). La intervención incluye técnicas psicoterapéuticas de orientación analítica focal, cuyo objetivo es la reconstrucción de un pasado con carencias en un presente que se restituye (Sanz de la Garza, et al., 2000).

Este tipo de intervenciones requiere de entrenamiento y conocimiento teórico especializado y están indicadas especialmente cuando la motivación y capacidad de introspección (insight) del paciente son elevados (Sasot et al., 2012). Coherente con lo

planteado por el psicoanálisis clásico de fines del siglo XIX, La terapia psicoanalítica no busca la disminución de los síntomas somáticos per se, sino que pretende producir cambio en las defensas y rasgos de personalidad de los pacientes por medio de la interpretación del síntoma como significado simbólico en relación de un conflicto subyacente (Sasot et al., 2012). En base a ello, Pedreira et al., (2001), sugiere la necesidad de neurotizarse al paciente psicossomático, mediante la introducción de la ley simbólica desde la realidad, favoreciendo procesos de simbolización, donde se estimule el lenguaje y el juego terapéutico

Dado que son intervenciones con niños, niñas o adolescentes, se debe siempre considerar la participación de los padres, orientada a que entiendan el problema y logren brindar el soporte necesario.

La terapia cognitivo conductual ha tenido, en el abordaje de los trastornos de síntomas somáticos, el objetivo de lograr modificaciones en las respuestas fisiológicas, las conductas desadaptativas y las cogniciones, sustituyéndolas por otras que no generen malestar sintomático y sean más funcionales (Sainz e Ibañez, 1996).

Cabezudo el año 1993, propone el siguiente modelo de intervención:

- Modificación de respuestas fisiológicas: intervenciones que se orientan a la disminución de la ansiedad y control de las respuestas fisiológicas. Entre las técnicas utilizadas con mayor frecuencia se consideran las de biofeedback y relajación.
- Modificación de conductas desadaptativas: mediante el potenciar estilos de vidas más saludables.
- Modificación de cogniciones: por medio el uso de técnicas como reestructuración cognitiva, desarrollo de habilidades para afrontar situaciones y solución de problemas.

A lo largo de los años la psicoterapia cognitivo conductual se ha consolidado como un tipo de intervención psicoterapéutica eficaz para el tratamiento de los trastornos de síntomas somáticos (Kroenke et al., 2007). El año 2011, Moreno, observaba cómo se hacía un esfuerzo para demostrar empíricamente la idoneidad de la terapia de orientación cognitivo conductual como vía de intervención preferente en el tratamiento psicológico de los pacientes

somatizadores. En su revisión, consideró estudios de Kronke y Swindle (2000), Blanckstein (2001), Nezu y Lombardo (2001), Looper y Kirmayer (2002), Allen et al., (2002), Schweickhardt et al., (2007), Allen et al., (2006) y Smith y Gardiner (2006). En ellos se pudo apreciar cómo la terapia cognitivo conductual refiere, a grandes rasgos, mejoras en los trastornos somatomorfos, aportando en las mejoras respecto al funcionamiento personal, en cuanto a la reducción de síntomas y evidenciando una disminución considerable de los costes médicos (Moreno, 2011).

En el año 2012, se establece el manejo de la ansiedad como uno de los grandes objetivos de la terapia cognitivo-conductual para el abordaje de los síntomas somáticos (Sasot et al., 2012). Veinte años después se seguían utilizando técnicas similares a las planteadas por Cabezudo el año 1993, entre las que destacan: técnicas de relajación, biofeedback, inoculación del estrés, desensibilización sistemática y entrenamiento asertivo.

Desde el punto de vista de la psicoterapia sistémica el malestar somático es la vía de expresión de un conflicto familiar (Bronstein, s.a.), por lo que cuando la problemática familiar esté comprometida con la presencia de los síntomas somáticos en niños, niñas y adolescentes, el abordaje familiar sistémico se hace necesario (Sasot et al., 2012).

Cuando las familias responden a la presencia de los síntomas somáticos con sobreprotección, afrontamiento catastrófico de los síntomas y aumento innecesario de los cuidados, amplificando y reforzando los síntomas como una ganancia secundaria para el niño, niña o adolescente, también se recomienda la intervención del trastorno desde una corriente sistémica (Bronstein, s.a.).

Durante el desarrollo de la psicoterapia es importante que el terapeuta desarrolle espacios de comunicación empática con la familia, en donde los integrantes de esta puedan sentirse cómodos abordando el problema. Posteriormente es propicio poder discutir abiertamente sobre los factores sistémicos que actúan como causales y mantenedores de los síntomas somáticos en el niño o adolescente (Sanz de la Garza, et al., 2000). En este tipo de intervenciones es importante respetar y no apresurar los tiempos familiares, ya que si bien en las primeras consultas, las familias, tienden a mostrarse resistentes frente a las referencias

psicológicas asociadas al trastorno, con posterioridad, suelen permitir explorar gradualmente estos aspectos (Sanz de la Garza, et al., 2000).

2.2.2 Problemáticas de abordaje terapéutico de trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil

Las problemáticas en el abordaje de los trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil devienen en gran medida de la baja sensibilidad del trastorno por parte de los equipos de salud y cómo a lo largo de los años se ha invisibilizado a la población infantil.

Ya han sido expuestas las dificultades asociadas a la realización de este diagnóstico, debido a la escasa comprensión del trastorno en su complejidad, por parte de los profesionales de salud (Miranda, Ospina, Palacio y López-Bustamante, 2014).

Sumado a eso, Sánchez (2020), relevaba cómo niños y niñas son más vulnerables a padecer este tipo de trastornos, debido a que los aspectos cognitivos y las habilidades verbales aún se encuentran en desarrollo, lo que dificulta la expresión de sus emociones, y reflexión respecto a la simbolización de ciertos procesos psicológicos. Por lo mismo, Se demanda del terapeuta infantil la aproximación a un marco teórico que comprenda el desarrollo evolutivo y las problemáticas a trabajar con esta población; el que cuente con un arsenal de técnicas, métodos e instrumentos acordes al desarrollo infantil y/o adolescente; el que se sienta especialmente atraído por el mundo infanto-juvenil; el que haya desarrollado habilidades para comunicarse con esta población y sea capaz de motivarlos; el que tenga interés por incluir a los padres en el tratamiento, valorando su presencia por ser las figuras de afecto más importantes y permanentes para el niño, sabiendo manejar la compleja relación triangulada terapeuta-niño/joven-padre (de Jongh, 2017).

Con estos antecedentes, el escenario actual del abordaje terapéutico de los trastornos de síntomas somáticos revela la necesidad de profesionales con capacitación y experiencia, que sean capaces no solo de comprender el modelo biopsicosocial desde el cual se debe posicionar al niño, niña o adolescente con trastorno de síntomas somáticos, sino también el abordaje multidisciplinario que se le debe dar al diagnóstico.

El año 2015, Reyes mostraba cómo Chile es uno de los países con menor capacidad de atención médica per cápita, indicando que mientras países como Grecia contaban, en promedio, con 6,1 médicos para 1000 personas, en este país, solo se contaba con 1.3 profesionales para la misma cantidad de habitantes. El año 2020, Flores indica que el gasto de salud es del 2,1%, cuando el promedio mundial, es del 3% (Un cincuenta por ciento superior), mientras que en el caso de los países OCDE, el promedio triplica al chileno, con un 6%.

Lo que respecta a salud mental, en los años noventa, Chile destinaba casi el 1 por ciento de su presupuesto para abordar este campo. Dos décadas después el avance parecía no ser significativo (Vukusich,2021). Recién en 2020 el Ministerio de Salud asumió la responsabilidad de iniciar un cambio importante en esta área de la acción sanitaria. Sin embargo, hoy el presupuesto de salud mental es del 2% del total destinado a salud, muy por debajo del 5% planteado en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (Vukusich,2021).

El año 2021, con la pandemia del Coronavirus auestas el panorama es mucho peor, en donde bajo la saturación de la red asistencial, los centros de atención primaria debieron asumir la responsabilidad de recibir los casos críticos que el sistema hospitalario no podía atender (Latorre, 2021). Ello trajo consigo un colapso en todo el sistema de atención pública, lo que se tradujo en rezagos en la atención de todas aquellas patologías que no refieren prioridad asistencial. El Dr. Vukusich, el año 2021, visualiza el colapso en el sistema de salud mental, en donde da cuenta de la existencia de listas de esperas de hasta dos meses para atención psicológica.

Sumado a ello, frente a un escenario que pone sus focos en lo urgente, y en consideración de lo poco visualizado que ya era el trastorno de síntomas somáticos por parte de los equipos de salud (previo a la pandemia del coronavirus), se puede presumir la baja estandarización de protocolos que orienten el actuar de los agentes médicos en estos casos.

Bajo este panorama, hoy se puede comprender que el escenario ideal para el tratamiento de los síntomas somáticos en población infanto-juvenil, dista mucho de la realidad. La dificultad de conseguir una hora médica ya es evidente y la probabilidad de que el profesional de salud al que se accede cuente con la capacitación, orientación y experiencia

necesaria para abordar este tipo de casos es sumamente baja. Por lo mismo las atenciones que se le brinda a niños, niñas y adolescentes con síntomas somáticos, son cada vez más difíciles de ser abordadas en su complejidad y de forma oportuna.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

3.1 Pregunta de investigación

En base a la evidencia actualizada de los últimos 5 años (2016 a 2021) ¿Cuáles deben ser las etapas y elementos fundamentales de ser considerados a la hora de desarrollar una propuesta de orientación psicoterapéutica para el abordaje de los trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil?

3.2 Objetivo general

Orientar hacia un abordaje psicoterapéutico sistematizado basado en la evidencia empírica actualizada de los últimos 5 años, obtenida a través de una revisión sistemática respecto a los trastornos de síntomas somáticos para la población infanto-juvenil.

3.3 Objetivos específicos

- Categorizar la información y sintetizar los contenidos obtenidos de la revisión sistemática basada en la evidencia empírica de los últimos 5 años.
- Analizar los elementos centrales del abordaje psicoterapéutico de los trastornos de síntoma somático en población infanto-juvenil a partir de la evidencia empírica de los últimos cinco años.
- Proponer orientaciones para el abordaje psicoterapéutico en base a la evidencia previamente analizada.

4. MARCO METODOLÓGICO

Esta investigación tiene como objetivo general, realizar un análisis de los elementos centrales de la psicoterapia con niños, niñas y adolescentes diagnosticados con un trastorno de síntomas somáticos, a partir del desarrollo de una revisión sistemática, que permita acceder a conocimiento actualizado en esta área y que posteriormente permita construir una orientación de propuesta psicoterapéutica para su abordaje en la población estudiada.

4.1 Método de recolección de datos: Revisión sistemática cualitativa

Sánchez-Meca (2010), define una revisión sistemática como un tipo de investigación por medio del cual se revisa la literatura disponible sobre un tópico, a partir de una pregunta de investigación planteada de forma clara y objetiva. Para localizar, seleccionar y validar críticamente las investigaciones relevantes a dicha pregunta se utilizan métodos y protocolos sistemáticos para la recolección de datos e información, con el fin de alcanzar conclusiones válidas y objetivas sobre qué es lo que dicen las evidencias sobre dicho tópico (Sánchez-Meca, 2010). Esta forma de investigación recopila y finalmente proporciona un resumen sobre un tema específico. Es importante considerar que, en las revisiones sistemáticas, el centro del estudio no son los sujetos o pacientes, sino los estudios disponibles en recursos electrónicos como bases de datos, metabuscadores, literatura gris, actas de congresos, etc. (Sackett et al., 2000)

Se evidencian dos tipos de revisiones sistemáticas, aquellas de orden cuantitativo (o metaanálisis) y aquellas de carácter cualitativo, como la correspondiente a la presente investigación. Las revisiones cualitativas son aquellas que presentan la evidencia en forma "descriptiva" y sin análisis estadístico, también conocidas como revisiones sistemáticas sin metaanálisis. Las revisiones cuantitativas también pueden presentar la evidencia de forma descriptiva, pero la gran diferencia *versus* la revisión cualitativa radica principalmente en el uso de técnicas estadísticas para combinar "numéricamente" los resultados frente a un estimador puntual, también denominado "metaanálisis" (Aguilera, 2014)

Para la elaboración de esta investigación se decide trabajar con textos de orden cuantitativo y cualitativos, estudios y ponencias, según la disponibilidad de artículos en bases

de datos científicas, con muestras de distintos lugares del mundo, en que se considere de forma directa o indirecta el abordaje psicoterapéutico de los trastornos de síntomas somáticos en niños y adolescentes.

La revisión se llevó a cabo entre los meses octubre de 2020 y febrero de 2021. Para su desarrollo, se consultaron tres fuentes internacionales suscritas por la Biblioteca de la Universidad de Chile (ISI-Web of Science, Scopus y EBSCO) y tres fuentes internacionales de acceso libre validado (PubMed, Scielo y Lilacs).

Entre las claves de búsqueda se consideraron (Tabla 1): Trastorno de síntomas somáticos/ Somatic symptom disorder; Trastorno somatomorfo/ Somatoform disorder; Síndromes somáticos funcionales/ Functional somatic syndrome; Trastorno de somatización/ Somatization disorder; y Niños y adolescentes/ Children and adolescent; Población infanto-juvenil/ child and youth population; Población pediátrica/ Pediatric population.

Durante esta investigación, definir el concepto de trastorno de síntomas somáticos, fue un gran desafío, por lo que para conceptualizarlo se toma la decisión de considerar cuatro constructos que convergen en su caracterización: trastorno de síntomas somáticos, trastornos somatomorfos, trastorno de somatización y síndromes somáticos funcionales. Por lo anterior, se opta por excluir los siguientes términos a la hora de seleccionar los artículos: Síntomas no explicados médicamente; Trastorno psicósomático, patología o enfermedad psicósomáticas; Trastorno de ansiedad por enfermedad; Hipocondría, hipocondriasis o trastorno hipocondríaco; Trastorno por dolor o dolor crónico; Trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales; Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas; Trastorno facticio; Trastorno dismórfico corporal; Disfunción autonómica somatomorfa; Quejas somáticas; Quejas somatomorfas; Condiciones somáticas; Síntomas somáticos (aislados, no como trastornos); Somatización (aislados, no como trastornos).

Dado que la presente investigación tiene por fin el estudio del abordaje psicoterapéutico en estos pacientes, se consideró incluir la clave “psicoterapia” como término incluyente, sin embargo, al incluirla como criterio de búsqueda se veía notoriamente disminuida la muestra de artículos a los que se podía acceder, por lo que se optó por hacer este tamizaje una vez que los artículos, en base a los criterios ya mencionados, fueron seleccionados. Por lo demás y con el fin de poder tener una visión más amplia del abordaje

terapéutico de trastorno de síntomas somáticos en población infanto-juvenil, se incluyen también artículos que aborden la patología (en la población indicada) desde un enfoque multisistémico, siempre y cuando incluyan la atención psicoterapéutica en su esquema de intervención o que revelen algún valor importante respecto a la intervención psicoterapéutica en estos casos.

Los artículos incluidos en esta revisión sistemática corresponden a estudios publicados en revistas científicas con revisión de pares, que cumplan los siguientes criterios (Tabla 2):

- a) Que incorporen intervenciones psicoterapéuticas en NNA que presentan trastorno de síntomas somáticos.
- b) Que sean artículos de investigación cualitativa o cuantitativa.
- c) Que sean artículos de revistas con indexación en las bases de datos indicadas.
- d) De formato digital, en idioma español o inglés.
- e) Que hayan sido publicados entre los años 2016 y 2021.

Palabras claves	Términos incluyentes (AND)
Trastorno de síntomas somáticos/ Somatic symptom disorder; Trastorno somatomorfo/ Somatoform disorder; Trastorno de somatización/ Somatization disorder; Síndromes somáticos funcionales/ Functional somatic syndrome.	Niños y adolescentes/ Children and adolescent; Población infanto-juvenil/ child and youth population; Población pediátrica/ Pediatric population.

Tabla 1: Términos de inclusión para el desarrollo de la revisión sistemática

Criterios de inclusión y exclusión			
Característica	Criterios	Inclusión	Exclusión
Tipo de publicaciones	Artículos de revistas indexadas	x	
	Tesis		x
	Libros		x
	Memorias de congreso		x
Formato de la publicación	Digital	x	
	Impreso		x
Idioma	Español	x	
	Inglés	x	
	Otro		x
Tipo de investigación	Teórica	x	
	Empírica	x	
Data de las publicaciones	Últimos cinco años	x	
	Cualquier fecha		x
País de publicación	Cualquier país	x	
Localización de las variables	Palabras claves indexadas en la publicación.	x	

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión para el desarrollo de la revisión sistemática.

La búsqueda de artículos se llevó a cabo en cada una de las seis bases de datos y para desarrollarla se utilizó el siguiente método: se introducen las claves en cada base de datos y se conectan utilizando conectores booleanos para aplicar filtros definidos. La secuencia de búsqueda fue: palabra clave + (AND) + término incluyente, luego se filtró en base a años e idiomas establecidos en la tabla de modelo de inclusión / exclusión (Hirmas et al., 2013).

4.2 Método de análisis de datos: Análisis de discurso

El análisis de discurso se inscribe en lo que se puede denominar el saber cualitativo, y forma parte del paradigma interpretativo. Santander (2011) indica que no existe “la” técnica para hacer un análisis, dado que este se dará en función de lo que se defina como objetivo de investigación, por lo que estará enfocado a las particularidades propias del estudio.

Para alcanzar los objetivos propuestos de la presente investigación, se desarrolló un análisis de los elementos y fases centrales del abordaje psicoterapéutico de los trastornos de síntomas somáticos en la población de estudio.

Tras proceder a la lectura de los textos, se da paso al trabajo de análisis, por medio del desarrollo de una ficha bibliográfica por cada uno de los artículos integrados a la revisión. En estas se considera la tesis primordial del texto y un resumen en donde se logre dar cuenta de la comprensión que cada artículo brinda a los elementos propios del abordaje psicoterapéutico de trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil.

Con las fichas elaboradas se logra identificar aquellos elementos que los autores consideran importantes para ser integrados en una intervención psicoterapéutica de estos trastornos en niños, niñas y adolescentes. Posteriormente se procede a categorizarlos para luego dar paso al análisis de discurso propiamente tal. En este análisis se exploran los discursos, sus puntos de origen, como fluyen y que los acompañan (Santander, 2011), llegando de esta forma a entender lo que cada autor expone o no respecto a los elementos y las fases que construyen los abordajes psicoterapéuticos, entendiendo sus propios análisis, y cómo conviven entre los diversos discursos planteamientos convergentes, divergentes e incluso, nuevas ideas emergentes.

4.3. Propuesta de modelo de trabajo psicológico

Una vez constituida la revisión sistemática y ya desarrollado el análisis de los artículos incluidos, se busca a la luz de los datos obtenidos estructurar una propuesta de orientación de un modelo psicoterapéutico integrativo que incluya los lineamientos más efectivos respecto al abordaje del trastorno de síntoma somático en la población infanto-juvenil, referente a la revisión sistemática realizada.

5. ANALISIS Y RESULTADOS

5.1 Resultados Procedimentales

En esta revisión la búsqueda de artículos dio como resultado un total de 1.980 artículos (tabla 3). Tras eliminar aquellos documentos duplicados se obtuvieron 1.086 artículos, que posteriormente fueron seleccionados según los requerimientos de la investigación. Al excluir aquellos documentos cuyas temáticas no se relacionaban con la presente investigación, se procede hacer una clasificación de ellos. Con el fin de mantener la rigurosidad del concepto, se opta por seleccionar solo aquellos artículos que consideran el abordaje de trastorno de síntomas somáticos, trastorno somatomorfo, trastorno de somatización y síndrome somático funcional. De las cuatro categorías se incluyen aquellos documentos que abordan de forma directa o indirecta la psicoterapia del trastorno en niños y adolescentes (Tabla 4), obteniéndose un total de 49 artículos, de los cuales se seleccionan finalmente 14 artículos (Tabla 5), según pertinencia y accesibilidad al documento.

Finalmente se puede dar cuenta de los artículos seleccionados para esta revisión sistemática (Tabla 6).

Trastorno de síntomas somáticos			Trastorno somatomorfo			Trastorno de somatización			Síndrome somático funcional			Total por buscador	Buscadores
Niños y adolescentes	Población infantil o-juvenil	Población pediátrica	Niños y adolescentes	Población infantil o-juvenil	Población pediátrica	Niños y adolescentes	Población infantil o-juvenil	Población pediátrica	Niños y adolescentes	Población infantil o-juvenil	Población pediátrica		
179	0	0	39	2	3	96	6	9	11	0	2	347	ISI-Web of Science
269	0	20	194	0	0	155	12	12	32	0	1	695	Scopus
50	1	3	50	0	0	125	0	10	6	0	14	259	Ebsco
53	31	193	1	46	21	240	55	30	0	0	0	670	Pubmed
1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Scielo
0	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	5	Lilacs
552	32	216	287	50	24	619	73	61	49	0	17	N total	
800			361			753			66			1980	

Tabla 3: Búsqueda general de artículos

Artículos que abordan psicoterapia	N
Trastorno de síntomas somáticos	28
Trastorno somatomorfo	2
Trastorno de somatización	8
síndrome somático funcional	11

Tabla 4: Artículos que abordan términos incluyentes + abordaje de psicoterapia

Artículos que abordan psicoterapia	N
Trastorno de síntomas somáticos	9
Trastorno somatomorfo	1
Trastorno de somatización	1
Síndrome somático funcional	3

Tabla 5: Artículos a los que se logra acceder y que abordan términos incluyentes + psicoterapia: Selección final

Tabla 6: Artículos seleccionados:

	Nombre del artículo	Autores	Año
1	Comparing group-based acceptance and commitment therapy (ACT) with enhanced usual care for adolescents with functional somatic syndromes: a study protocol for a randomised trial	Kallesøe, Schröder, Wicksell, Fink, Ørnboel y Rask.	2016
2	Climbing the mountain: fear of treatment progress and its relevance to the treatment of children and adolescents with somatic symptom disorders	Willis.	2017

3	Somatic symptom disorders: update on diagnosis and treatment	Gorfinkle.	2017
4	Mindfulness-based stress reduction for adolescents with functional somatic syndromes: a pilot cohort study	Ali, Weiss, Dutton, McKee, Jones, Kashikar-Zuck.	2017
5	Pediatric somatic symptom and related disorders: primary care provider perspectives	Malas, Donohue, Cook, Leber y Kullgren.	2018
6	Correction to: Somatic symptom and related disorders in children and adolescents: evaluation of a naturalistic inpatient multidisciplinary treatment	Heimann, Herpertz-Dahlmann, Buning, Wagner, Stollbrink-Peschgens, Dempfle.	2018
7	Somatic Symptom Disorders in Adolescent Inpatients	Gao, McSwiney, Court, Wiggins y Sawyer.	2018
8	Facing somatic symptom disorder in the emergency department	Cozzi y Barbi.	2019
9	Clinical practice guidelines for the management of somatoform disorders in children and adolescents	Agarwal, Srivastava y Sitholey.	2019
10	Feasibility of group-based acceptance and commitment therapy for adolescents (AHEAD) with multiple functional somatic syndromes: a pilot study	Kallesøe, Schröder, Wicksell, Preuss, Jensen y Rask.	2020
11	Somatization disorder, anxiety and depression in children and adolescent	Herskovic y Matamala.	2020

12	Taking the pain out of somatization: development and implementation of a hospital-based clinical practice guideline to address pediatric somatic symptom and related disorders	K. A. Kullgren, A. Shefler, N. Malas, K. Monroe, S. M. Leber, N. Sroufe.	2020
13	Care of youth hospitalized with somatic symptom and related disorders	Yaqub, Biermann, Andersen y Malas.	2021
14	Somatic symptom and related disorders in a tertiary paediatric hospital: prevalence, reach and complexity	Wiggins, Court y Sawyer.	2021

5.2. Análisis de Resultados

A partir de los artículos comprendidos en la presente revisión sistemática se realiza una clasificación de aquellos elementos relevantes de ser considerados frente al desarrollo de un proceso psicoterapéutico para el abordaje de trastorno de síntomas somáticos en población infanto-juvenil.

Entre los elementos identificados se consideran (Tabla 7): la población con la que se trabaja, otros agentes interventores, el tipo de intervención realizada y las etapas del proceso psicoterapéutico.

Población objetivo y foco de intervención	Niños, niñas y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos: Presentación del trastorno
	Familia de niños, niñas y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos: Características
Servicios de salud y agentes escolares	Consideraciones respecto a las intervenciones con personal médico
	Consideraciones respecto a las intervenciones de psiquiatras infanto-juveniles
	Consideraciones respecto a las intervenciones con el personal escolar: docentes, profesionales de apoyo
Tipo de intervención	Tratamiento multidisciplinario
	Psicoeducación
Etapas de la psicoterapia	Diagnóstico
	Establecimiento de objetivos terapéuticos
	Desarrollo de la intervención psicoterapéutica
	Cierre
	Seguimiento

Tabla 7. Elementos centrales del abordaje psicoterapéutico de trastorno de síntomas somáticos en niños y adolescentes

Desde la identificación de los elementos centrales y las fases del abordaje psicoterapéutico de los trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil se procede a realizar un análisis en base a lo planteado por los distintos autores en sus artículos.

5.2.1 Población objetivo

Niños, niñas y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos: Presentación del trastorno

Factores predictores	Gorfinkle (2017) logra identificar la existencia de ciertos predictores que podrían revelar la presencia de trastorno en esta población, entre los que destacan: género femenino, presencia de síntomas depresivos, existencia de una valoración negativa de sí mismo y haber experimentado vivencias traumáticas. Para Wiggins et al., (2020), los elementos más predictivos se relacionan con la presencia de estresores familiares, académicos y sociales, con especial énfasis en la presencia de acoso escolar (bullying).
Factores que mantienen el trastorno	De los factores mantenedores del trastorno, en Matamala y Herskovic (2020) junto a Kallesøe et al., (2020), se enfatizan la percepción aumentada y negativa de la enfermedad, y los comportamientos desadaptativos respecto a la patología, entre ellos: evitación, control o comportamientos de todo o nada.
Sintomatología	En cuanto a los síntomas que se presentan con mayor frecuencia entre los niños, niñas y jóvenes con trastornos somatomorfos Yaqub et al., (2021) y Heimman et al., señalan que se encuentran el dolor crónico, el malestar gastrointestinal, los síntomas neurológicos y la fatiga.
Presentación del trastorno y comorbilidades	De la presentación del trastorno, Wiggins et al., (2020), señalan que los trastornos de síntomas somático suelen presentarse usualmente en modalidad compleja, es decir,

	<p>presencia de más de un síntoma con duración superior a las 10 semanas.</p> <p>Al hablar de comorbilidades psiquiátricas según referencias actualizadas en el año 2021, Yaqub et al., indican que aproximadamente el 10.8% de los niños y adolescentes que sufren un trastorno de síntomas somáticos poseen 3 veces más probabilidades de sufrir comorbilidades psiquiátricas (ansiedad y depresión), mientras que, para Wiggins et al., (2020), dos tercios de los pacientes con los que trabajaron presentó comorbilidades psiquiátricas, coincidentes también con ansiedad y depresión. Tal como plantean los autores anteriores, Agarwal et al., (2019) y Kallesøe et al, (2020), muestran la común presencia de trastornos internalizantes, inhibición en el comportamiento, tendencia a la evitación, pobres estrategias de enfrentamiento y funcionamiento intelectual límite.</p>
<p>Consecuencias del trastorno</p>	<p>En cuanto a las consecuencias del trastorno de síntomas somáticos, Willis (2017) evidencia la presencia de ansiedad en los adolescentes pertenecientes a esta población, los que presentan impedimentos la hora de identificar y expresar sus emociones y necesidades, previamente visualizado como alexitimia. Sumado a ello, señala que suele existir una creencia común en estos jóvenes en que evidencian presencia de pensamientos “todo o nada”, creciendo en ellos la idea implícita de que, si crecen y se recuperan, deberán ser absolutamente independientes y sus cuidadores dejarán de prestar preocupación por ellos.</p>

	El resto de los autores, coincidentemente, consideran que esta población presenta deterioro funcional y vocacional, dando énfasis en el ausentismo escolar y extraacadémico, alteraciones en la esfera social e impacto negativo en su calidad de vida.
--	---

En resumen, a la hora de caracterizar la presentación del trastorno en esta población es importante dar cuenta de diferentes aspectos. Entre ellos destacan, los factores predictivos de la patología; los tipos de síntomas que se presentan con mayor frecuencia en esta población; la complejidad en su presentación; las comorbilidades psiquiátricas asociadas; las consecuencias del padecimiento de este trastorno en niños y adolescentes; etc. Finalmente cabe desatacar que, a pesar de abordar distintos conceptos, que en su conjunto se calificaron como trastorno de síntomas somáticos, las similitudes a la hora de caracterizar a la población infanto-juvenil son claras, lo que da cuenta de la buena incorporación de estas nociones en una sola categoría referencial.

Familia de niños, niñas y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos:

Características

Características de las familias	Kallesøe et al, (2016) destacan cómo el comportamiento sobreprotector, sumado a estilos desadaptativos de afrontamiento por parte de los padres se relaciona positivamente con el desarrollo y persistencia de los síntomas en los niños, niñas y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos.
Respuesta de los padres al diagnóstico de sus hijos	Diversos autores como Gao et al., (2018); Cozzi y Barbi (2019); Heimann et al., (2018) y Malas et al., (2018), señalan

	<p>la mala recepción del diagnóstico cuando este es presentado a las familias. A partir de ello, el estudio desarrollado por Gao et al., (2018), revela que aquellos adolescentes cuyos padres aceptaron completamente el diagnóstico presentaban casi 20 veces más probabilidades, de haberse recuperado funcionalmente, que aquellos cuyos padres aceptaron parcialmente o rechazaron el diagnóstico, independiente del género, servicio médico o de salud mental al que recurrieron y nivel de complejidad de los síntomas.</p>
--	--

Se pueden observar constantes concordancias entre la visión que los diversos autores presentan respecto a la integración de la familia al contexto psicoterapéutico de estos y estas pacientes, enfatizando la importancia de comprender cómo el contexto familiar puede transformarse en un factor protector o de riesgo para el desarrollo, mantenimiento y disminución de los síntomas, y desde ahí poder entregar estrategias que permitan mejorar las dinámicas familiares en virtud de la recuperación de sus hijos o parientes.

5.2.2 Agentes de Salud y Agentes Escolares

Consideraciones en el trabajo con el personal médico (general, especialistas y personal de salud), de psiquiatría infanto-juvenil y agentes escolares

<p>Consideraciones respecto a las intervenciones con personal médico</p>	<p>Muchos de los pacientes con trastorno de síntomas somáticos que ingresan al sistema de salud, lo hacen por medio del departamento de urgencia. Cozzi y Barbi (2019), señalan que quienes trabajan en esta área, han evidenciado que, al ser la puerta de ingreso, al no tener más información respecto al historial médico o al no poder compartir visiones con otros</p>
--	--

	<p>especialistas, les resulta sumamente difícil la elaboración de un diagnóstico, un plan de tratamiento y, por consiguiente, dificulta también el manejo con el paciente y su familia.</p> <p>En Yaqub et al., (2021), se hace énfasis respecto la importancia de que se incorporen médicos de atención primaria en las reuniones que se tenga con los pacientes, con la finalidad de coordinar servicios, abordar preguntas, monitorear los progresos, brindar tranquilidad y promover su funcionamiento.</p> <p>Tan importante como el abordaje emocional que se le pueda brindar a los pacientes y sus familias, es el apoyo emocional que se les pueda brindar a los equipos de salud. En muchas ocasiones los proveedores de salud médica en atención primaria (médicos, enfermeros(as), técnicos en enfermería-TENS) pueden sentirse abrumados, ser evitativos con los casos, presentar ansiedad frente a las altas expectativas de sus pacientes y sus familias. Los equipos de salud mental pueden ayudar brindando apoyo y orientación al equipo médico respecto al abordaje de la enfermedad, generando instancias complementarias que tengan por fin último aportar a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por lo mismo en el estudio llevado a cabo por Malas et al., (2018), consideran necesario incluir al trabajo complementario, sesiones de asesoría, capacitaciones, reuniones clínicas y supervisión de casos que permitan establecer estrategias que puedan ayudar y orientar el tratamiento de sus pacientes.</p>
Consideraciones respecto a las intervenciones de	Yaqub et al., (2021), y Kullgren et al., (2020), indican que la consulta psiquiátrica debe incorporarse a la brevedad a la

psiquiatras infanto-juveniles	<p>hora de elaborar un diagnóstico, buscando establecer un enlace con los diversos agentes que darán tratamiento y brindarán apoyo en el caso; de lo contrario, si esta derivación se realiza, una vez que ya hayan intervenido todos los otros especialistas, el paciente y su familia podrán llegar a sentir que se los está “entregando” al servicio de salud mental, como último recurso de intervención, enviando el mensaje implícito de que los síntomas “están en la cabeza del paciente” y que el diagnóstico fue elaborado por descarte.</p> <p>Respecto al tratamiento Agarwal et al., (2019), dan cuenta que la administración de medicamentos psiquiátricos se utiliza cuando el trastorno se torna muy grave y crónico o cuando existen comorbilidades psiquiátricas como ansiedad o depresión, muy común en este tipo de pacientes. En estos casos se suele prescribir la administración de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina. (ISRS). Heimann et al., (2018), coincide con el esquema farmacológico que presenta Agarwal et al., (2019), incorporando además la administración de Metilfenidato de liberación prolongada y Atomoxetina en los casos en que se presenta trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) como comorbilidad psiquiátrica. Señala también que las investigaciones anteriores, en las que basa su estudio han sido heterogéneas respecto a la postura de prescribir tratamiento farmacológico para el abordaje de comorbilidades, no obstante, logra visualizar una mejora significativa en las comorbilidades psiquiátricas cuando se utilizan estos esquemas farmacológicos.</p>
-------------------------------	---

	<p>Herskovic y Matamala (2020), apoyan el uso de la terapia cognitivo conductual para el abordaje de trastorno de síntomas somáticos leve, no obstante, consideran importante que cuando esta intervención fracasa por sí sola, o ante los cuadros moderados a severos ya sea en frecuencia, duración o discapacidad se debe anexar un tratamiento farmacológico que integre la prescripción de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) la que se debería mantener por un período estimado de 6 meses a 1 año luego de la remisión de los síntomas.</p>
<p>Consideraciones respecto a las intervenciones con el Personal Escolar: docentes y profesionales de apoyo</p>	<p>Como consecuencia del malestar provocado por el trastorno, los pacientes empiezan a presentar discapacidades funcionales que se asocian con el ausentismo escolar, poca participación en talleres extraprogramáticos y dificultades sociales. Por lo mismo establecer vínculos estratégicos con docentes u otros funcionarios de la comunidad escolar, resulta importante y sumamente beneficioso para poder transmitir información relevante al caso y desarrollar en conjunto estrategias funcionales para la reincorporación, mantenimiento de la asistencia escolar del paciente y mejoras en su calidad de vida.</p> <p>Pocos son los artículos en cuyas investigaciones o discusiones trabajan propuestas de cómo incluir a los actores escolares en el proceso psicoterapéutico de los jóvenes, niños y niñas con estos trastornos. De los pocos que lo hacen, el artículo llevado a cabo por Malas et al., (2018), releva la importancia de transmitir el diagnóstico a los distintos agentes que conforman el contexto central del paciente,</p>

	<p>destacando la necesidad de crear canales de comunicación sólidos entre profesionales de salud física y mental y las escuelas, orientando el trabajo respecto al manejo de los síntomas en el entorno escolar. Se señala, además, lo fundamental que resulta el ir evaluando las necesidades del paciente respecto a su reincorporación escolar, manejo de la ansiedad académica y social, con el fin de evitar su confinamiento en el hogar.</p>
--	---

En conclusión, resulta importante poder capacitar en diagnóstico y estrategias de intervención a los funcionarios de salud; poder generar espacios de contención y apoyo emocional frente al desgaste en el abordaje de estos pacientes; poder generar espacios de integración del equipo médico y de salud mental en reuniones clínicas y supervisión de casos, y poder establecer estrategias de intervención conjunta a los pacientes y sus familias. Igual de relevante es que el psicoterapeuta logre establecer vínculos consistentes con el psiquiatra tratante, en virtud de realizar un análisis profundo del caso, logrando aunar criterios respecto a la planificación terapéutica y estrategias de abordaje en salud mental. Respecto a la relación con la escuela, se evidencia una falta de estandarización en cuanto a la comunicación con esta instancia, por lo que es necesario establecer protocolos de comunicación, psicoeducación y alianza estratégica con los entes de la comunidad educativa, creando mejores estrategias que permitan a los psicoterapeutas incorporar la visión escolar, haciendo una devolución del caso, entregando orientaciones para su manejo y comprometiéndolos a formar parte de este plan de tratamiento integrado.

5.2.3 Tipo de Intervención

Tratamiento multidisciplinario.

<p>Relevancia de realizar intervenciones multidisciplinarias</p>	<p>Willis, (2017); Yaqub et al., (2021); Cozzi y Barbi, (2019); Malas et al., (2018) y Gao et al., (2018), entre otros, relevan que dadas las características del trastorno y las edades con las que se trabaja es importante dar un abordaje terapéutico multidisciplinario que inicie con una concepción biopsicosocial del diagnóstico. De no hacerlo, esto podría derivar en el desarrollo de pruebas diagnósticas de bajo rendimiento y un aumento en las intervenciones de polifarmacia que no abordarán las necesidades de rehabilitación del paciente y su familia, creando, de esta forma, una dinámica de desconfianza entre estos y el sistema de salud. Por ende, resulta importante que se active un apoyo entre médicos pediatras, médicos especialistas, médicos de urgencia, neuropsiquiatras, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, docentes y entrenadores deportivos, entre otros.</p> <p>Heimann et al., (2018), dan cuenta de la insatisfacción de las familias ante el diagnóstico y el tratamiento, por lo que consideran que un tratamiento multidisciplinario basado en la terapia cognitivo conductual que considere aspectos biológicos y ambientales/sociales es fundamental.</p> <p>Todos los artículos incorporados dan cuenta, en mayor o menor medida, de la importancia de proporcionar un abordaje multidisciplinario al tratamiento de niños, niñas y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos.</p>
--	---

Realidad de las intervenciones multidisciplinarias en el abordaje de trastorno de síntomas somáticos en población infanto-juvenil	Wiggins et al., (2020), evidencian un bajo umbral de atención interdisciplinaria, con mayor participación de psiquiatría de enlace, pero con muy escasas reuniones con el grupo familiar.
---	---

En resumidas cuentas, los autores concuerdan en la relevancia del abordaje multidisciplinario en el tratamiento de pacientes niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos, no obstante, este tipo de abordaje suele ser muy escaso en la práctica, por lo que resulta importante priorizar en esquemas estandarizados que permitan el establecimiento de un protocolo de acción frente a la presencia del diagnóstico, con el fin de poder optimizar los recursos y poder dar un tratamiento completo desde un enfoque biopsicosocial.

Psicoeducación.

Relevancia de la psicoeducación	Gao et al., (2018); Yakub et al., (2021); Agarwal et al. (2019), y Kallesøe et al., (2016), destacan la relevancia de la psicoeducación en el trabajo con niños, niñas y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos y sus familias.
Psicoeducación respecto al trastorno	Los diversos autores coinciden en la importancia de poder informar a los pacientes y sus familias respecto a las diversas consideraciones asociadas al trastorno. En Gao et al., (2018); Yakub et al., (2021) y Kallesøe et al., (2016), se estima conveniente que pacientes y familias comprendan el diagnóstico, las somatizaciones, la interacción mente cuerpo, cómo los factores de estrés

	<p>emocional se pueden experimentar físicamente a nivel corporal, los beneficios psicológicos que provocan la aparición de los síntomas, el rol que cumple el sistema nervioso autónomo en la amplificación de los síntomas físicos y aquellos factores que pueden originar o promover la mantención del trastorno.</p>
<p>Psicoeducación respecto al tratamiento</p>	<p>Otro aspecto importante para considerar durante la psicoeducación a niños, niñas y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos y sus familias es el que refiere al tratamiento y apoyo a nivel familiar.</p> <p>En Yakub et al., (2021) se destaca la importancia de explicar los aspectos relevantes en cuanto al manejo médico, psiquiátrico y psicológico; y la consideración de que estas intervenciones se trabajen de modo complementario.</p> <p>Por su parte en Agarwal et al., (2019), se destaca la importancia de informar a la familia respecto a la necesidad de brindar un abordaje psicoterapéutico para la mejora de la condición.</p> <p>En Kallesøe et al., (2016), se señala la relevancia de brindar asesoría respecto al tratamiento multidisciplinario, asesoría farmacológica y respecto a la inclusión de estrategias de promoción en salud (sueño, hábitos alimenticios, actividades físicas y sociales, y participación en actividades positivas), las que deben ser apoyadas por todos los integrantes del círculo familiar.</p>
<p>Implicancias de la psicoeducación</p>	<p>En Ali et al., (2017), destacan la buena valoración que dan los padres al ser integrados a esta intervención, lo que a su</p>

	vez se condice con una mejor valoración de sus hijos respecto a su tratamiento y con la disminución en las medidas de ansiedad y mejores resultados en su recuperación.
--	---

Mediante la psicoeducación se puede transmitir conocimiento respecto al diagnóstico, disminuyendo la ansiedad del paciente y su familia, mejorando las practicas clínicas, generando mayor adherencia al tratamiento, promoviendo cambios en el estilo de vida, respecto a dieta, ejercicio, hábitos saludables, y aumentando el compromiso de los pacientes y sus familias en el manejo de la afección. No obstante, cabe cuestionarse si es suficiente la estrategia de la psicoeducación como elemento único para el trabajo con la familia o si se debiese incorporar un trabajo sistemático con ellos a medida que se avanza en el tratamiento.

5.2.4 Etapas de la psicoterapia

Diagnóstico.

Relevancia de un buen diagnóstico	En Yaqub et al, (2021), se indica que la relevancia de un buen diagnóstico radica en que, sin una ruta clara para la evaluación y gestión, la atención de niños y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos puede ser incoherente, produciéndose un uso indebido de los recursos de atención de la salud, y por consiguiente se traduciría en malos resultados.
Factores que deben ser considerados en el desarrollo del diagnóstico	En Agarwal et al., (2019), se reconoce la necesidad de llevar a cabo una evaluación psicosocial en donde se consideren diversos factores que influyen en el desarrollo y mantención de la información. Estos son:

	<ul style="list-style-type: none"> - Factores individuales: Temperamento (ansiedad, inhibición en el comportamiento, evitación del daño); pobres estrategias de enfrentamiento; funcionamiento intelectual límite; trastornos internalizantes (ansiedad y depresión). - Factores familiares: formas de enfrentamiento por parte de la familia; respuesta de la familia a los problemas del niño; mala comunicación con el niño; estilo de parentalidad; relaciones intrafamiliares; problemas físicos y mentales en miembros de la familia; consumo problemático de alcohol o drogas en miembros de la familia, etc. - Factores medioambientales: relaciones pobres, bullying, estrés académico, estilos de enseñanza, experiencias traumáticas (abuso físico o sexual). <p>Yaqub et al, (2021), así como Gorfinkle (2017), consideran que a la hora de llevar a cabo la evaluación y el diagnóstico es importante determinar los factores de riesgo del paciente, realizar una evaluación física complementada con una evaluación mental, comunicarse con todos los sistemas y la familia, evaluar la presencia de comorbilidades psiquiátricas (trastornos del estado del ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno por déficit atencional) y destacar estrategias de manejo adecuadas según las características del caso.</p> <p>Herscovic y Matamala (2020), indican que otro antecedente que puede ayudar a la elaboración del diagnóstico aparte del fracaso en el diagnóstico orgánico y la mala respuesta en los tratamientos, es la temporalidad en que aparecen los síntomas. Por ello, consideran importante identificar si el</p>
--	--

	<p>paciente presenta los síntomas por semanas o meses, si se presentan la mayor parte de las veces solo en un contexto (por ejemplo, siempre en la escuela o el domingo antes de regresar a clases), o si ceden espontáneamente los síntomas durante períodos de menor estrés (por ejemplo, durante las vacaciones).</p>
<p>Dificultades presentes en la elaboración del diagnóstico</p>	<p>El estudio realizado por Agarwal et al., (2019), identifica diversas dificultades a lo largo del proceso de evaluación psicológica de los trastornos de síntomas somáticos. La primera de estas dificultades deviene del común dualismo de la práctica médica en que se divide mente y cuerpo, el pobre entendimiento de los trastornos de síntomas somáticos, la escasa comunicación con la familia, la falta de trabajo en equipo entre los distintos profesionales y sensación en las familias de que el trastorno se aborda de forma incompetente.</p>
<p>Desarrollo de un diagnóstico positivo</p>	<p>Gao et al., (2018), destacan la importancia de diagnosticar intencionalmente el trastorno cuando hay escasa evidencia orgánica que explique la aparición y mantenimiento de los síntomas; cuando no siga un patrón de recuperación normal; o sean fluctuantes; todo ello con el fin de no caer en el desarrollo de un diagnóstico por descarte.</p>

Dando continuidad a la perspectiva multidisciplinaria para el abordaje del trastorno, este diagnóstico debe ser trabajado en conjunto por parte del psicoterapeuta con el resto del equipo médico y social involucrado, dando cuenta de la presencia de factores que puedan explicar la aparición y mantenimiento de los síntomas a la hora de operacionalizar el

diagnóstico, y de esta forma poder ser traspasado y trabajado de forma coherente con el paciente y su familia.

Establecimiento de objetivos terapéuticos.

<p>Relevancia del establecimiento de objetivos terapéuticos</p>	<p>En Yaqub et al., (2021), relevan la importancia de mantener metas y expectativas claras frente a los pacientes y sus familias para que no existan puntos de conflicto en el futuro.</p>
<p>Objetivos inmediatos y a futuro</p>	<p>En Heimann et al., (2018), al igual que Gao et al., (2018), se señala que uno de los principales objetivos del tratamiento es desarrollar estrategias adaptativas para hacer frente a los síntomas y facilitar el retorno a la vida cotidiana de los pacientes (asistencia regular al colegio, deportes y actividades sociales). Mientras que, en Agarwal et al., (2019), plantean el siguiente esquema de metas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metas inmediatas: Cesar las intervenciones médicas inapropiadas, aseverar la seguridad del niño o joven, comprometer a la familia con el tratamiento; - Metas a corto plazo: Prevenir las intervenciones médicas innecesarias, mantener un monitoreo médico razonable, reducir los síntomas, reanudar actividades; - Metas a largo plazo: uso apropiado de intervenciones médicas, minimizar o acabar con los síntomas y estresores psicosociales, desarrollar estrategias de enfrentamiento para lidiar con los factores estresores psicológicos y medioambientales, reanudar actividades.

Es relevante poder establecer objetivos terapéuticos que sean realistas, que permitan mantener expectativas claras y que otorguen tranquilidad a los pacientes. En base a lo revisado es necesario considerar metas a corto y largo plazo entre las que se deben incorporar el desarrollo de estrategias para enfrentar los síntomas y retomar el funcionamiento de la vida cotidiana.

Desarrollo de la intervención psicoterapéutica.

Corrientes de intervención psicológica	Llama la atención que, a lo largo de la revisión realizada, todas las intervenciones psicoterapéuticas se orientaron desde la corriente cognitivo conductual, reconociendo la eficacia que tienen este tipo de intervenciones en población infanto-juvenil con trastorno de síntomas somáticos.
Intervenciones psicoterapéuticas individuales	<p>De los autores que desarrollan intervenciones individuales con niños, niñas y adolescentes con trastorno de síntomas somáticos destacan Yaqub et al., (2021), Heimann et al., (2018), Agarwal et al., (2019) y Willis (2017).</p> <p>En la propuesta llevada a cabo por Agarwal et al., (2019), se contempla el uso de técnicas activas entre las que destacan el reconocer creencias disfuncionales, gradualmente desafiadas y reemplazarlas por creencias adaptativas, en combinación con ejercicios de relajación, yoga, resolución de problemas, entrenamiento de habilidades sociales y mindfulness.</p> <p>Para alcanzar los objetivos planteados Heimann et al., (2018), propone llevar a cabo estrategias como la exposición gradual supervisada a situaciones en la que los síntomas somáticos ocurren con frecuencia, de esta forma se podrá ayudar a los pacientes a reevaluar los pensamientos y</p>

	<p>sentimientos asociados al aumento de los síntomas somáticos.</p> <p>En Yaqub et al., (2021), propone a través de pasos pequeños alejar al paciente del enfoque de discapacidad en el que está ensimismado.</p> <p>Willis (2017), considera relevante trabajar el reconocimiento de la ansiedad del paciente y las expectativas impuestas a nivel familiar, ayudando a todo el sistema a visualizar qué es lo que hace que esta ansiedad se mantenga y orientando a la familia a que desarrolle un sistema de comunicación efectivo. Incluye la metáfora de la montaña, entendiendo la psicoterapia como un “trek” en donde se avanza y se reconocen los logros de lo avanzado. Sin embargo, se deja claro que aún no se ha llegado a la cima, lo que ayuda a pacientes y familiares a manejar las expectativas de la terapia, de las mejoras y de la vida en general; ayudándolos, por consiguiente, al manejo de la ansiedad de estos pacientes.</p>
<p>Intervenciones psicoterapéuticas grupales</p>	<p>De las intervenciones grupales, dos de los estudios expuestos corresponden a artículos liderados por Kallesøe et al., (2016 y 2020), con equipos de trabajo distintos, que enfocaron su estudio en la viabilidad y eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso para esta patología. Para llevar a cabo las Terapias grupales de Aceptación y Compromiso ACT y AHEAD proponen el desarrollo de intervenciones que constan de nueve módulos (27 horas totales) más una reunión de seguimiento (3 horas) en donde se buscará desarrollar el entrenamiento de seis procesos mentales que ayudarán con la mejora en la flexibilidad psicológica:</p>

	<p>aceptación, defusión (técnica utilizada para la desensibilización de pensamientos o creencias desadaptativas), estar presente en el momento, el yo como contexto, valores y acción comprometida. La implementación de la Terapia de Aceptación con adolescentes resulta ser eficaz para el tratamiento del trastorno mejorando la salud física, incluso 12 meses después de iniciado el estudio.</p> <p>En Ali et al., (2017), se propone una intervención psicoterapéutica grupal que tenga por objetivo el reducir el estrés percibido, mejorando la salud psicológica por medio de la disminución de síntomas somáticos. Para ello proponen una estrategia de intervención en modalidad semanal de 1.5 horas por sesión durante 8 semanas; un retiro, externo al setting terapéutico habitual, de 4 horas dirigido por un instructor experimentado en Mindfulness-based stress reduction y 15 a 20 minutos de práctica diaria guiada paso a paso por medio de grabaciones de audio.</p>
--	---

Sin duda, en base a la evidencia pesquisada en los últimos años, la terapia cognitivo conductual en formato grupal es la que ha evidenciado mayor relevancia para el abordaje de trastorno de síntomas somáticos con niños y adolescentes. Como parte del proceso de intervención psicoterapéutica resulta importante involucrar a la familia no solo con el fin de comunicar el diagnóstico, explicando su desarrollo y mantención, sino con el fin de lograr una alianza terapéutica con ella que permita impulsar la mejora de sus hijos, mientras que en el trabajo con niños y adolescentes es importante intervenir con el fin de disminuir los síntomas presentados y de devolverles funcionalidad en las diversas áreas de su vida.

Cierre.

Objetivo de la intervención	En Yaqub et al., (2021), se plantea la incorporación de una sesión de cierre, que tenga por fin consolidar las habilidades desarrolladas y los aprendizajes adquiridos; aparte de establecer la coordinación necesaria con los otros agentes sociales, educacionales y médicos, que han intervenido en el caso.
Planificación de la sesión	El cierre en el tratamiento del trastorno de síntomas somáticos deberá incluir un encuadre que favorezca el manejo a largo plazo, coordinando así el seguimiento psicológico, psiquiátrico, de atención primaria, subespecialidades pediátricas, terapia física, terapia ocupacional y patologías asociadas (Yaqub et al., 2021).

Se concluye entonces, la necesidad de poder desarrollar procesos de cierre estratégicos y planificados que permitan a los pacientes y sus familias dar reflexión sobre el proceso psicoterapéutico; sobre los avances que han tenido; sobre las dificultades que han debido enfrentar; sobre las estrategias que les fueron más útiles y de las que no; sobre los objetivos que se plantean a futuro y de las formas en que se buscará alcanzarlos.

Seguimiento.

Objetivos de la intervención	En Kallesøe et al., (2016 y 2020), se plantean y definen módulos de seguimiento, con el fin de poder dar cuenta del estado actual de los pacientes respecto al trastorno y al desarrollo de su vida, la visualización a futuro y la prevención de recaídas sintomatológicas.
------------------------------	--

Actividades a desarrollar en la intervención	<p>En Kallesøe et al., (2016 y 2020), el seguimiento se desarrolla 3 meses después de finalizada las sesiones de terapia grupal y propone la realización de ejercicios en que se trabaje con los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visualización de la condición actual; - Proyección a futuro (5 años más); - Escaneo corporal, para identificar cambios en la experiencia desde el inicio de la terapia a la actualidad; - Planteamiento de acciones de compromiso que orienten sus metas.
--	--

Como se puede apreciar no muchos autores hacen referencia al proceso de seguimiento, no obstante, es sumamente relevante para evaluar la evolución de los pacientes y la necesidad de reintervención en caso de que así se requiera.

5.3 Orientaciones para la intervención psicoterapéutica con niños y adolescentes

La presente investigación se ha elaborado con la finalidad de que el lector tenga la oportunidad de acceder a una orientación psicoterapéutica que se base en la evidencia científica desarrollada en los últimos años, con la idea de que, a la hora de enfrentarse a un caso de trastorno de síntomas somáticos en población infanto-juvenil, pueda organizar sus intervenciones y brindar una atención acorde a las necesidades más recurrentes en esta población.

Se considera importante en primer lugar que el terapeuta logre dar una mirada integrativa al diagnóstico, que le permita contemplar aspectos biológicos y psicosociales del trastorno con el fin de orientar sus intervenciones en el marco de un abordaje multidisciplinario.

Previo a las intervenciones terapéuticas es importante que tantos psicólogos, médicos y el resto del personal sanitario, se pueda capacitar, con el fin de que tengan un acercamiento al trastorno, reconozcan su diagnóstico y sepan cómo moderar su tratamiento, evitando de esta forma, prevenir el desgaste que podría implicar una mala planificación del abordaje en estos casos. Sumado a ello es importante también que se incorporen los distintos profesionales en las reuniones que se tenga con los pacientes, con la finalidad de coordinar servicios, abordar preguntas, monitorear los progresos, brindar tranquilidad y promover su funcionamiento.

Psicodiagnóstico

Como se señala anteriormente, importante es que se considere el trastorno de síntomas somáticos como un diagnóstico con enfoque biopsicosocial, por lo cual resulta fundamental que, frente a su sospecha, se logre establecer contacto con la familia; funcionarios de la salud que hayan dado, o estén dando atención al paciente y los diferentes actores del contexto escolar (docentes o equipos de apoyo) que puedan brindar antecedentes a la hora de hacer una evaluación.

Sería beneficioso poder hacer uso de formularios estandarizados que permita a los distintos actores involucrados en la vida del paciente, dar su apreciación respecto a este, y respecto a cómo afecta la presencia de los síntomas en su cotidianeidad.

Para elaborar un diagnóstico es importante tener en consideración los criterios clínicos planteados por los manuales diagnósticos, dado que permitirán hacer un encuadre respecto a los diversos factores que se deben iluminar en la evaluación. Entre los principales criterios considerados por el DSM-5 [2013], para población infanto-juvenil se destacan síntomas cómo:

- Presencia de dolor abdominal recurrente, dolor de cabeza, fatiga y náuseas como síntomas más comunes;
- Desde la adolescencia preocupación por los síntomas como antecedente de una enfermedad grave;
- Interpretación catastrófica de los síntomas, sobre todo en niños o adolescentes cuyos padres los sobreexageran;

- Alto uso de servicios de salud;
- Aumento del ausentismo escolar.

A la hora de intervenir resulta necesario poder desarrollar una profunda entrevista clínica, con el paciente y la familia; que, junto a otras herramientas de evaluación diagnóstica, permita al terapeuta obtener información respecto a diversos factores claves de abordar para llevar a cabo una caracterización comprehensiva del diagnóstico.

En primer lugar, es fundamental dar cuenta de los factores individuales presentes en el paciente, en donde deberían ser considerados antecedentes como el temperamento (ansiedad, inhibición en el comportamiento, evitación del daño); estrategias de enfrentamiento; funcionamiento intelectual (evidenciar si existe o no funcionamiento intelectual limite); presencia de trastornos (trastornos internalizantes como ansiedad y/o depresión), etc.

En segundo lugar, es necesario focalizar en los factores familiares asociados, entre los que se deberían destacar las formas de enfrentamiento; las respuestas de la familia a los problemas del niño; la calidad de la comunicación entre el o la paciente y su familia; el estilo de parentalidad presente; las relaciones intrafamiliares; la existencia de problemas físicos y mentales en los miembros de la familia; la presencia o no de consumo problemático de sustancias a nivel familiar, etc.

Por último, se sugiere visualizar la presencia de factores medioambientales que puedan explicar el surgimiento y mantenimiento de los síntomas somáticos. Entre ellos se puede observar la calidad de las relaciones sociales; la presencia o ausencia de acoso escolar; la presencia o no de estrés académico; los estilos de enseñanza y aprendizaje; la presencia o ausencia de experiencias traumáticas, como, por ejemplo, abuso físico o sexual.

Una vez que se haya identificado estos factores, resulta importante hacer una síntesis que permita organizar una intervención psicoterapéutica acorde a las necesidades del paciente.

- Antecedentes físicos; resultados de pruebas, presencia de comorbilidades, tratamientos médicos asociados;
- Factores de riesgo a nivel personal, familiar y social;
- Factores protectores a nivel personal, familiar y social:
- Comorbilidades psiquiátricas, identificando su presencia y tratamiento (Trastorno ansioso, trastorno del estado de ánimo, trastorno por déficit atencional, otro).

Devolución y establecimiento de objetivos terapéuticos.

Ya con la elaboración de un diagnóstico positivo (que no nazca del descarte) y un análisis de cómo se estructura el paciente a nivel personal, familiar y social; resulta necesario hacer una devolución él o al paciente y su familia respecto a lo pesquisado en la evaluación.

A la hora de establecer objetivos terapéuticos, es importante que estos sean consensuados con él o la paciente y su núcleo familiar, y puedan ser trabajados a corto y largo plazo con el fin de que el paciente logre identificar avances que motiven dar continuidad al proceso.

Entre los objetivos que se recomienda consensuar con el paciente, se podrían recomendar aquellos que tengan que ver con el restringir las intervenciones médicas poco fundamentadas; validar el malestar emocional con el fin de que se racionalice y no desencadene en malestar físico; desarrollar mejores estrategias de afrontamiento; desarrollar habilidades sociales y estrategias de resolución de conflictos; disminuir los niveles de malestar emocional y ansiedad; disminuir los niveles de malestar físico a largo plazo. (Es importante no generar grandes expectativas respecto a este objetivo, ya que en muchas ocasiones los síntomas no remiten o toman mucho tiempo en remitir); e incrementar la funcionalidad del niño o joven (mejorar la asistencia al colegio, a actividades sociales y extracurriculares).

Sumado a los objetivos que se propone trabajar con él o la paciente, también se sugiere poder establecer objetivos que orienten el trabajo con la familia. Algunos objetivos que se considera importante abordar con ellos son el lograr que padres u otros significativos

fidelicen con el tratamiento multidisciplinario; desarrollar habilidades parentales; y desarrollar mejores habilidades de afrontamiento.

Por último, se destaca la importancia de poder mantener con los pacientes y sus familias objetivos terapéuticos realistas que mantengan expectativas claras y brinden tranquilidad al niño, niña o adolescente y sus familias.

Psicoeducación

Una de las características principales de los pacientes que padecen este trastorno es la desconfianza que presentan frente al diagnóstico. Por lo mismo es que la psicoeducación es sumamente importante a la hora de dar abordaje psicoterapéutico.

Se sugiere, a partir de esta intervención, considerar la participación tanto de los pacientes como de sus familias, con el fin de que puedan entender el diagnóstico, reconociendo su origen, mantención y aquellas estrategias que pueden desarrollar para tener un mayor manejo de este en diversos contextos.

Entre las temáticas que se sugiere abordar en esta etapa se consideran: explicación del trastorno de síntomas somáticos; trastorno de síntomas somáticos de forma específica en la población infanto-juvenil; factores biológicos que pueden explicar el trastorno; factores socioemocionales que propician la aparición y mantención de los síntomas en niños, niñas y adolescentes; cómo los factores socioemocionales influyen en el desarrollo del trastorno; presencia de comportamientos desadaptativos como la evitación, el control o comportamientos todo o nada; comorbilidades psiquiátricas más presentes en esta patología como trastornos ansiosos y depresivos; promoción de salud mental, en relación a higiene del sueño, hábitos alimenticios, importancia de la actividad física y social, etc.; tratamientos más efectivos para el abordaje del trastorno de síntomas somáticos en niños y adolescentes, revelando el tratamiento multidisciplinario con énfasis en salud mental; expectativas que se pueden generar respecto al tratamiento; pronóstico del caso en cuanto no se reciba tratamiento multidisciplinario; y apoyo que se requiere de la familia.

En consideración de los requerimientos multidisciplinarios para el abordaje de este trastorno, sería propicio que la sesión de psicoeducación pueda llevarse a cabo en conjunto con el pediatra o médico que esté a cargo del caso. De esta forma tanto el paciente como su familia podrán comprender como se integran factores biológicos y psicosociales en la comprensión y abordaje de la patología.

Por último, se considera fundamental que esta información sea también compartida con otros agentes sociales, como docentes o entrenadores, para lo cual se podría transmitir la información generando una reunión informativa o utilizando medios escritos que permitan el debido traspaso de los antecedentes.

Desarrollo de la intervención psicoterapéutica

A continuación, se presentan orientaciones respecto a la fase de intervención psicoterapéutica basadas en los hallazgos realizados en la revisión llevada a cabo.

En la revisión realizada, solo los artículos de Kallesøe et al. (2016), Ali et al. (2017) y Kallesøe et al. (2020), compartieron de forma más específica el abordaje y las técnicas utilizadas en las sesiones de psicoterapia. Se destaca en estos, lo beneficioso que resultan las intervenciones grupales para pacientes y familias, en donde se tiene la oportunidad de reconocerse en las vivencias de otros, generando a su vez, una mayor comprensión práctica del trastorno, sensación de comprensión por parte de los otros a las propias vivencias, sentido de pertenencia y apoyo.

Por otro lado, es importante considerar las características propias del caso, paciente y familia, por lo que ir adaptando los objetivos e intervenciones a estas particularidades también es necesario.

Además, a partir de la investigación se logra iluminar la importancia de la incorporación de la familia en esta fase, con el fin de poder potenciar los recursos que han desarrollado a lo largo de su historia familiar y de mejorar aquellas dinámicas presentes que no favorecen la mejora del trastorno.

En consideración a los antecedentes recién mencionados, se sugiere elaborar una intervención mixta que considere, por un lado, trabajo a nivel grupal, y en donde cada dos o tres sesiones se pueda llevar a cabo trabajo terapéutico a nivel individual y con la familia.

Respecto a las intervenciones a nivel grupal se sugiere hacer una integración entre dos modelos de intervención que han comprobado su utilidad para mejorar el bienestar de pacientes con trastorno de síntomas somáticos: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR).

Entre las intervenciones que se considera apropiado trabajar, destacan:

Intervenciones de Atención Plena

- Ejercicios de mindfulness: práctica de meditaciones formales.
- Desarrollar estrategias para conectarse con la relajación en el día a día (por ejemplo, meditar mientras se come, mientras se oye; mientras se ordena, etc.).
- Escaneo corporal en el que el paciente pueda en las sesiones, mediante la técnica de atención plena hacer un recorrido sistemático del cuerpo con la mente, identificando sensaciones corporales (tensión, relajación, dolor, bienestar, etc), pensamientos y emociones asociadas.
- Yoga, como ejercicio de meditación en movimiento, que permita prestar atención plena a distintas partes del cuerpo, reconociendo las sensaciones asociadas y generando sensación de relajación.
- Observar cómo reacciona la mente y el cuerpo ante los ejercicios.

Ejercicios de identificación del “yo”:

- Ejercicios de autoconocimiento: Por medio del uso de técnicas gráficas, manuales, lúdicas o narrativas, dar a la o él paciente la oportunidad de reconocerse, identificando aspectos del sí mismo que deben ser trabajados y recursos personales que pueden seguir potenciándose.

- Trabajo en torno a valores: Identificar los valores personales que son trascendentes en la vida de cada paciente, y reconocer actitudes y pensamientos que orienten el actuar en función de esos valores.
- Reconocer vivencias, sensaciones y pensamientos que surjan en la vida del paciente, identificando también como funcionan los mecanismos de control y evitación, y dando cuenta que la voluntad de enfrentar aquello que se evita puede ser beneficioso para canalizar por medio del comunicar verbal, lo que se suele comunicar por medio de un canal somático.
- Reconocer los ayudantes internos al enfrentar dificultades (voluntad, aceptación, presencia en el aquí y ahora, identificar los pensamientos, tomar perspectiva).

Ejercicios de bienestar

- Imaginerías que busquen que él o la paciente puedan integrar bienestar a su vida desde la mentalización personal.
- Ejercicios de autocompasión: Identificar aspectos positivos del sí mismo, creando lenguaje positivo respecto a las propias creencias.
- Reconocer espacios, momentos y personas que proveen bienestar a la vida.

Ejercicios de acción

- Ejercicios de defusión: Reconocer creencias disfuncionales, gradualmente desafiadas y reemplazarlas por creencias adaptativas
- Trabajo de exposición: Exponerse de forma gradual y resguardada a aquellas experiencias que puedan generar mayor ansiedad o desagrado, y que al evitarlas podría traducirse en el desarrollo de síntomas somáticos⁸.
- Ejercicios de resolución de conflictos o dificultades.
- Identificar estrategias de acción frente a la presencia de pensamientos internos difíciles.

⁸ Es importante que estas exposiciones sean reguladas por parte de él o los terapeutas con el fin de no generar instancias que puedan ser yatrogénicas para el paciente y su recuperación.

- Identificar opciones para tomar mejores decisiones en concordancia con los valores personales
- Desarrollo de habilidades socioafectivas.

Ejercicios de psicoeducación:

- Reconocer la forma en que el cuerpo reacciona ante el estrés,
- Identificar formas de afrontar situaciones de estrés,
- Regulación emocional y respuesta conductual.

En las sesiones individuales y con la familia es importante hacer focalizaciones respecto al proceso individual de cada paciente en la terapia; identificando aquellos factores a nivel personal y familiar que pueden seguir manteniendo la presencia de síntomas; reforzando el trabajo realizado a nivel grupal con cada niño, niña o adolescente; visualizando las directrices futuras, incluyendo el apoyo familiar y de otros cercanos. Se recomienda destinar un espacio de la sesión para el trabajo individual con el paciente y otro espacio en el que se pueda integrar la familia.

Sumado al trabajo anterior se sugiere que las y los pacientes puedan trabajar diariamente 20 minutos de ejercicios de atención plena que complementen el trabajo realizado en las sesiones. Puede ser mediante la técnica de escaneo corporal, técnicas de respiración consciente u otras técnicas de atención plena que la, él o los terapeutas consideren pertinentes.

Cierre

El cierre es una instancia precisa para reconocer los cambios que se han producido a lo largo del proceso de psicoterapia. A continuación, se presenta la siguiente propuesta de cierre en que se busca reconocer los cambios presentes en la experiencia personal, corporal y familiar, identificando las habilidades y aprendizajes consolidados.

Se sugiere poder trabajar, en primer lugar, intervenciones como el escaneo corporal, que permita a los niños, niñas o jóvenes que participen en la actividad dar cuenta de cómo se encuentran a nivel corporal en el presente reconociendo puntos de bienestar y conflicto.

También sería beneficioso incorporar actividades que puedan generar que la o él paciente reconozcan los cambios subjetivos a nivel corporal previo y post intervención. Para ello se pueden utilizar técnicas manuales como el esculpir o técnicas gráficas como el dibujo.

En tercer lugar, se propone trabajar la visualización de la propia experiencia personal, previo y posterior a la intervención, identificando los aspectos que han cambiado en ellos (en lo social, actividades diarias, en lo médico, a nivel emocional, etc.). Lo mismo se puede hacer respecto a las diferencias existentes a nivel familiar, visualizando aquellas dinámicas que han mejorado y aquellas que aún es necesario trabajar.

Por último, se sugiere motivar a los y las participantes a que den cuenta del proceso, por medio del ir identificando, cómo se fueron desarrollando distintas habilidades y se incorporaron las técnicas aprendidas.

Seguimiento

Tiempo después de la sesión de cierre, se recomienda concretar una sesión de seguimiento, en donde se pueda trabajar con los pacientes, intervenciones relacionadas con reconocer los cambios en la experiencia física, personal y familiar desde el inicio de la terapia al presente; identificar la situación actual a nivel personal y familiar; visualizar las expectativas que tienen para el futuro; para finalmente desarrollar acciones de compromiso que orienten sus metas.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes a considerar, a partir del cumplimiento de los objetivos propuestos, las contribuciones que hace la presente investigación, y se reflexiona respecto a aquellas proyecciones futuras que se deberían considerar a la hora de abordar y estudiar el trastorno de síntomas somáticos en población infanto-juvenil.

Desde las consideraciones de la histeria hasta la actualidad, el hoy denominado trastorno de síntomas somáticos es un constructo que se ha modificado con el paso de los años, y que en virtud de las nuevas consideraciones que se vayan contemplando, seguirá asumiendo modificaciones a futuro (ya es posible visualizarlo con la pronta entrada en rigor de la CIE-11). En base a ello resulta difícil, seguirle el paso a esta conceptualización, dado que implica tener que tomar decisiones asociadas a seguir un modelo más riguroso enmarcado en el concepto actual, lo que deviene en perder ciertos matices de su complejidad y limitar algunas implicancias que podrían resultar importantes, o flexibilizar respecto a la integración de otras consideraciones, sacrificando la solemnidad de la concepción hoy validada.

Respecto a las implicancias a la hora de abordar las propuestas de intervención en población infanto-juvenil, es necesario considerar que el trastorno de síntomas somáticos es un cuadro complejo que debe ser comprendido y analizado desde una perspectiva biopsicosocial, con el fin de brindar un tratamiento que también esté caracterizado por ser integral.

Hace décadas, que se reconoce la importancia de trabajar los trastornos somatomorfos, desde una perspectiva multidisciplinaria, visión que se refuerza a partir de este análisis, en base a los estudios llevados a cabo por Willis, (2017); Gao et al., (2018), Malas et al., (2018); Cozzi y Barbi, (2019) y Yaqub et al., (2021); entre otros. No obstante, a pesar de la relevancia de tratamiento, estudios como el desarrollado por Wiggins et al., (2020), han percibido cómo la escasa comprensión de la patología por parte del equipo médico y los pacientes, sumada a la reducida efectividad en los tratamientos ofrecidos, dan

cuenta del bajo umbral de atención interdisciplinaria que se está brindando actualmente, al trastorno en población infanto-juvenil. Ante este escenario resulta necesario y oportuno potenciar investigaciones que logren observar el impacto de establecer protocolos multidisciplinarios de atención frente a estos casos, en donde no solo se integre a la discusión el equipo médico y el de salud mental, sino también otros miembros significativos para el paciente, como familiares, profesores, pares y pareja (en el caso de los adolescentes).

Históricamente una de las principales corrientes de intervención que ha dado abordaje a los trastornos somatomorfos, ha sido el psicoanálisis. A partir de este enfoque se reconoce el síntoma somático como una manifestación física de problemáticas generadas a nivel inconsciente. Dado que el sujeto no logra poner en palabras y resolver reflexivamente estos conflictos internos, se terminan canalizando por una vía somática. Por lo que, con esta concepción en mente, el psicoanálisis buscará dar solución a este trastorno a través del ayudar al sujeto a otorgar un significado simbólico al síntoma, que permita comprender el origen del enfermar y desde ahí poder dar solución a este; razón por la cual quien asiste a psicoterapia debe estar altamente motivado y tener gran capacidad de introspección. Sin embargo, las habilidades cognitivas, afectivas, sociales y morales de niños y adolescentes están aún en formación, lo que implica que en virtud del estadio del desarrollo en el que transitan, los objetivos y técnicas propuestas por el psicoanálisis no logren del todo adecuarse a sus características y necesidades.

Lo anterior, llevó a especialistas a buscar corrientes y técnicas de intervención que se adaptaran más a las características y necesidades de niños y niñas con trastorno de síntomas somáticos.

En respuesta a visualizar las necesidades de esta población aparecen la terapia cognitivo conductual como una alternativa que ha demostrado ser efectiva para lograr mejoras en la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes con esta patología. Desde el prisma que hoy entrega la revisión realizada, los estudios incorporados y llevados a cabo por Kallesøe et al., (2016); Ali et al., (2017); Heimann et al., (2018); Agarwal et al., (2019); Herskovic y Matamala (2020); Kallesøe et al., (2020) y Yaqub et al., (2021), evidencian una consolidación de la terapia cognitivo conductual para el trabajo con esta población.

A partir del análisis realizado, no solo se confirma la efectividad de la terapia cognitivo conductual para el abordaje de los trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil, sino que además se exponen resultados novedosos respecto a la incorporación de nuevos modelos de terapia cognitiva conductual como lo son la Terapia de Aceptación y Compromiso con Adolescentes (ACT) y Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR).

Respecto a la Terapia de Aceptación y Compromiso, esta se enmarca en las denominadas terapias de tercera generación de la corriente cognitivo conductual, en donde sus intervenciones son mucho más contextualizadas a las necesidades del paciente, y en donde su objetivo no es solo reducir el síntoma, sino también educar y reorientar la vida del paciente de modo más integral (García-Allen, s.a.). Siguiendo esta orientación las propuestas realizadas por Kallestøe et al., con ACT, el año 2016 y AHEAD el año 2020, plantean como objetivo principal el desarrollo de una mayor y mejor flexibilidad psicológica, buscando que los pacientes se relacionen con sus pensamientos, sensaciones y emociones de una forma más eficaz, que les permita vivir la vida en orden a sus valores personales. Para ello, ambas propuestas proponen el desarrollo de intervenciones que constan de nueve módulos (27 horas totales) más una reunión de seguimiento (3 horas) en donde se buscará desarrollar el entrenamiento de seis procesos mentales que ayudarán con la mejora en la flexibilidad psicológica: aceptación, defusión (técnica utilizada para la desensibilización de pensamientos o creencias desadaptativas), estar presente en el momento, el yo como contexto, valores y acción comprometida.

Por su parte Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) es un programa estandarizado de meditación budista creado por el Dr. Kabat-Zinn de la Universidad de Massachussets en el año 1979 con el propósito de tratar diferentes patologías en los que el estrés es un factor determinante (Solé, 2011), la cual tiene usos efectivos en niños y adolescentes dada la amabilidad de sus técnicas para que ellos se involucren en la terapia. Para trabajar los trastornos somatomorfos en población infanto-juvenil, la intervención planteada en esta revisión por Ali et al., (2017), tiene como objetivo el reducir el estrés percibido, mejorando la salud psicológica por medio de la disminución de síntomas

somáticos. Para ello proponen una estrategia de intervención en modalidad semanal de 1.5 horas por sesión durante 8 semanas; un retiro, externo al setting terapéutico habitual, de 4 horas dirigido por un instructor experimentado en Mindfulness-Based Stress Reduction y 15 a 20 minutos de práctica diaria guiada paso a paso por medio de grabaciones de audio.

En virtud del modo en que han evolucionado tanto objetivos como técnicas de intervención en el tratamiento de síntomas somáticos en los últimos años, resulta relevante proyectar líneas de investigación futura que permitan evaluar el impacto que estas intervenciones tienen en la población pediátrica, así como investigaciones que tengan como objetivo elaborar técnicas de intervención específicas y adaptadas para población infantil.

Transversal a diversas corrientes psicoterapéuticas, el presente análisis le ha otorgado un lugar relevante y especial a la psicoeducación, entendida como un proceso que permite otorgar a los pacientes y a sus familias la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar diversas situaciones de modo más adaptativo, siendo su principal objetivo el orientar y ayudar a identificar la dificultad o patología para trabajar en su resolución o tratamiento (Bulacio et al., 2004).

En el marco de esta investigación se ha podido observar que la psicoeducación, es un tipo de intervención altamente utilizada a la hora de dar abordaje a los trastornos de síntomas somáticos en población infanto-juvenil, destacando en los artículos de Kallesøe et al., (2016); Gao et al., (2018); Agarwal et al., (2019) y Yakub et al., (2021), cómo la psicoeducación cobra relevancia a la hora de poder brindar mayor tranquilidad con respecto a un diagnóstico, que probablemente el paciente no termina por asimilar, generando a su vez, alianza y compromiso con una familia que muchas veces suele dudar de la veracidad de lo expuesto por el equipo médico.

En base a ello es que las diversas propuestas consideran trascendental poder transmitir al paciente y su familia una concepción clara del trastorno, en donde se pueda reflejar a ellos, cómo las dificultades emocionales terminan por desencadenar síntomas físicos, para posteriormente transmitir la importancia de llevar a cabo un tratamiento en que se aborde

tanto lo médico, como lo emocional, y en donde se integren los diversos actores significativos en la vida del niño, niña o joven que consulta.

La incorporación de la psicoeducación es un aporte novedoso de esta investigación respecto modelos terapéuticos anteriores, en donde no se lograba visualizar por completo el alcance de dicha intervención. En función de ello es que se propone seguir desarrollando estudios que tengan como foco tanto el impacto de la psicoeducación en el tratamiento de los trastornos de síntomas somáticos, así como la incorporación de mejores técnicas para abordar este tan importante recurso.

Cabe mencionar que se hace especial énfasis en estos modelos de intervención, no solo por el aporte que reportan para los profesionales del área de la psicología que hoy se dispongan a tratar esta problemática, sino también, porque en el contexto de esta investigación resultaron ser una gran contribución a la hora de llevar a cabo la elaboración de la propuesta de orientación psicoterapéutica.

Limitaciones y proyecciones

Esta revisión deja ver grandes aportes en cuanto al abordaje del trastorno de síntomas somáticos en población infanto-juvenil, no obstante, la poca consideración de algunos aspectos plantea hoy desafíos, que futuras investigaciones podrían tomar y hacerse cargo.

A partir de la determinación de los criterios de búsqueda, reducida fue la cantidad de artículos a los que se pudo acceder para desarrollar esta investigación, lo que lleva a reflexionar respecto a la posibilidad de ampliar los criterios de búsqueda en futuros estudios, incrementando de este modo, las implicancias que sus resultados puedan reflejar en la práctica clínica.

Claro está, que en la actualidad las intervenciones psicoterapéuticas de orden cognitivo conductual han marcado la pauta en cuanto a efectividad para las mejoras de esta patología. Sin embargo, esto no implica que este enfoque de trabajo se considere como el único capaz de afrontar este tipo de problemáticas. Ya se ha podido ver, cómo el psicoanálisis

ha sido un excelente aporte para el abordaje de los trastornos somatomorfos. Por su parte, dada la implicancia del trabajo con niños, niñas y adolescentes, la presencia de síntomas físicos, pueden ser consideradas la expresión de malestares familiares, por lo que la psicoterapia sistémica, contribuye también a las mejoras frente a estas problemáticas. No contemplar otro tipo de intervenciones, puede estar explicado, tal vez, por los criterios de búsqueda o la accesibilidad a los documentos. Sin embargo, a pesar de ello se estima importante considerar el impacto que se evalúa a partir de otras intervenciones, enmarcadas en diversas corrientes psicológicas.

Otro aspecto relevante para considerar en futuros estudios refiere a la condición etaria a la hora de abordar los trastornos de síntomas somáticos. Reconocido es que este tipo de patología tiende a aumentar conforme el sujeto se adentra en la adolescencia, sin embargo, aquello no implica, que no exista un alto porcentaje de niños y niñas que padezcan y requieran tratamiento para la mejora de sus malestares. A partir del análisis realizado, es posible dar cuenta que las intervenciones estudiadas suelen contemplar el abordaje en adolescentes, invisibilizando las necesidades de atención y la adecuación de tratamientos para población infantil. Por lo mismo se extiende la invitación a que futuros investigadores tomen en consideración la forma de integrar la contextualización y las necesidades infantiles a modelos de intervención psicoterapéutica para trastornos de síntomas somáticos.

Existe una mayor prevalencia de trastornos de síntomas somáticos en pacientes de género femenino, sin embargo, tal como ha sucedido con la infancia, este es un aspecto, que hasta el momento nadie ha considerado a la hora de plantear modelos psicoterapéuticos específicos para la condición. Incorporar la perspectiva de género en la práctica clínica general, implica tener en cuenta los mecanismos diferenciales etiológicos subyacentes a distintas psicopatologías de origen biológico (ligados al sexo) y psicosocial, a la vez que posibilita implementar estrategias terapéuticas adaptadas a las diferentes circunstancias vitales y psicológicas de mujeres y hombres (Aparicio, 2018). Dicho esto, se considera fundamental otorgar una mirada desde la perspectiva de género, no solo a nivel de las intervenciones, sino también a partir de la comprensión del fenómeno de la somatización.

Otros aportes que se consideran, a partir del análisis y propuesta realizados en esta investigación, son el desarrollo de estudios de diseño experimentales e investigaciones que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas en la sintomatología observada.

La presente investigación se ha elaborado con el objetivo de que el lector tenga la oportunidad de acceder a una orientación psicoterapéutica que se base en la evidencia científica desarrollada en los últimos años, con la finalidad de que, a la hora de enfrentarse a un caso de trastorno de síntomas somáticos en población infanto-juvenil, pueda organizar sus intervenciones y brindar una atención acorde a las necesidades más recurrentes en esta población. Dicho lo anterior, conviene insistir en la responsabilidad que posee el o la terapeuta infanto-juvenil en la búsqueda de información científica acorde al debate actual sobre el trastorno somatomorfo, de modo que sus intervenciones sean más oportunas, anteponiendo siempre el dar cobertura a las necesidades de aquellos con quienes se trabaja.

7. BIBLIOGRAFIA

- Agarwal, V., Srivastava, C. y Sitholey, P. (2019). Guías de práctica clínica para el manejo de los trastornos somatomorfos en niños y adolescentes. *Revista india de psiquiatría*, 61 (Supl. 2), 241–246. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_494_18
- Aguilar, F. (2007). Síndrome de piernas inquietas: clínica, manejo y estudio polisomnográfico. *Plast & Rest Neurol* 2007;6 (1): 22-26. Disponible en https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2007/prn071_2d.pdf
- Aguilera Egúía, R. (2014). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(6), 359-360. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600010>. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600010
- Ali, A., Weiss, T. R., Dutton, A., McKee, D., Jones, K. D., Kashikar-Zuck, S., Silverman, W. K., & Shapiro, E. D. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction for Adolescents with Functional Somatic Syndromes: A Pilot Cohort Study. *The Journal of pediatrics*, 183, 184–190.
- Alonso, A. (2020). Descubriendo la aplicación de ACT en niños. Entrevista. Extraído desde el sitio web: <https://micpsy.com/descubriendo-la-aplicacion-de-act-en-ninos-entrevista-a-angel-alonso-parte-1/>
- Álvarez, J. (2017). *Estudios de psicología patológica: La Otra psiquiatría*. Xoroi Ediciones, Barcelona.
- American Psychiatric Association - APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aparicio, M. (2018). Las Diferencias de Género aplicadas a la Terapia Psicológica. Extraído desde el sitio web: <https://www.areahumana.es/perspectiva-de-genero/>

Arancibia, M, Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. Rev. chil. neuro-psiquiatr. vol.53 no.1 Santiago mar. 2015 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000100004> versión On-line ISSN 0717-9227 Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000100004

Arancibia, M., Sepúlveda, E., Martínez-Aguayo, J. y Behar, R. (2016). Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. Rev. chil. neuro-psiquiatr. vol.54 no.2 Santiago jun. 2016. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000200009

Avellaneda, A., Pérez, A e Izquierdo, M. (2009). Chronic fatigue syndrome.: consensus document. Aten Primaria. 2009;41(10):529–53. DOI: 10.1016/j.aprim.2009.06.01. Disponible en [https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sindrome-fatiga-cronica-documento-consenso-S0212656709004041#:~:text=al%2C%201994\).-1..previa%20actividad%20habitual%20del%20paciente](https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sindrome-fatiga-cronica-documento-consenso-S0212656709004041#:~:text=al%2C%201994).-1..previa%20actividad%20habitual%20del%20paciente).

Bauzá, N. (2012). validación de la versión española de la SOMS-2 (screening for somatoform symptoms-2) para la evaluación de síntomas somáticos en atención primaria. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears. Extraído desde el sitio web: <https://core.ac.uk/download/pdf/33010056.pdf>

Bernaldez, G., Oudhof J., Robles, E., y Domínguez, A. (2020). Variables que inciden en el trastorno de síntomas somáticos: un modelo de regresión logística. Duazary, 17(4), 33–45. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3598>.

Bronstein, J. (s. f.). Trastornos de somatización en niños y adolescentes. Psiquiatría de enlace Pontificia Universidad Católica de Chile.

<http://www.psiquiatriaenlace.medicina.uc.cl/pacientes-articulos/22-trastornos-de-somatizacion-en-ninos-y-adolescentes>

Bulacio, J., Vieyra, C., Álvarez, C. y Benuatil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Extraído desde el sitio web: <https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>

Cabezudo, M. (1993). Tratamiento de los trastornos psicósomáticos desde la orientación cognitivo conductual. Conferencias. <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/viewFile/1128/1072>

Castañeda-Sepúlveda, R (2010). Síndrome de intestino irritable. Medicina Universitaria 2010;12(46):39-46. Disponible en <http://eprints.uanl.mx/8863/1/Sindrome%20de%20intestino%20irritable.pdf>

Chávez, D. (2013). Actualización en fibromialgia. Med. leg. Costa Rica vol.30 n.1 Heredia Mar. 2013. On-line version ISSN 2215-5287 Print version ISSN 1409-0015. Disponible en https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152013000100011&script=sci_arttext

Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. (2018). Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud [CIE 11]. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Cozzi, G. y Barbi, E. (2019). Facing somatic symptom disorder in the emergency department. Journal of Paediatrics & Child Health 2019 Vol. 55 Issue 1 Pages 7-9. DOI: 10.1111/jpc.14246. Disponible en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=134127364&lang=es&site=ehost-live>

- De Jongh, O., (2017). Psicoterapia infantil: elementos distintivos y propuesta de intervención. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Extraído desde el sitio web: <https://www.alternativas.me/attachments/article/145/04%20-%20Psicoterapia%20infantil.pdf>
- DSM-4 American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Fernández Levada EA, Fernández García A, Celda Antojan I. (2014). Histeria: Historia de la Sexualidad Femenina. *Cultura de los Cuidados* 2014; 18 (39). Disponible en <Http://dx.doi.org/10.7184/cuis.2014.39.08>.
- Fiertag, O., Taylor, S., Tareen, A. y Garralda, E. (2017). Trastornos somatomorfos. Manual de Salud Mental de Niños y Adolescentes de la IACAPAP. Psiquiatría infantil y pediatría. Extraído desde el sitio web: <https://iacapap.org/content/uploads/I.1-Somatoform-spanish-2017.pdf>
- Florenzano, R., Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., Muñiz, C., Leighton, C., & Marambio, M. (2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 335-340. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000400005> Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000400005
- Flores, F. (2020). El colapso de la salud mental. Opinión publicada en El Mostrador: <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2020/07/06/el-colapso-de-la-salud-mental/>
- García-Allen, J. (s.f.). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): principios y características. Extraído desde el sitio web: <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-aceptacion-compromiso>

- García, M. (2006). Síndromes somatomorfos en pediatría. *Revista Peruana de Pediatría* pp.46. Disponible en <https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v59n1/pdf/a08.pdf>
- Garrabé, J. (2006). Briquet y su síndrome. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, Vol. 6, N.º 2, pp.
- Gao, X., McSwiney, P., Court, A., Wiggins, A., & Sawyer, S. M. (2018). Somatic Symptom Disorders in Adolescent Inpatients. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 63(6), 779–784. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.02>
- Gili, M; Bauzá, N; Vives M; Moreno, S; Magallón, R y Roca, M. (2015). Validación española de la escala Screening for somatoform Symptoms-2 para la evaluación de síntomas somáticos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2015;47(5):273---278 Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002297?via%3Dihub>
- Goic, J. (2020). Alianza terapéutica en psicoterapia infantil: ¿En qué medida los años de experiencia del terapeuta, el sexo y la edad del niño explican la calidad de la alianza inicial entre terapeutas y niños que asisten a psicoterapia? Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile: Santiago. Extraído desde el sitio web: <https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/29285/ESCRITO%20TESIS.%20GOIC,%20JOSEFA.pdf>
- Gorfinkle, K. (2017). Somatic symptom disorders: update on diagnosis and treatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. volumen 56, número 10, suplemento, s48,01 de octubre de 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.815>
- Grigoravicius, M., Regueiro, P., Maza, V. y Abalde, M. (2016). El “niño” en la obra freudiana. *Tesis Psicológica*, vol. 11, núm. 2, pp. 74-88, 2016. Fundación

Universitaria Los Libertadores. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/1390/139053829005/html/>

Guzmán, R. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 234-243. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009>

Heimann, P., Herpertz-Dahlmann, B., Buning, J., Wagner, N., Sotollbrink-Peschgens, C., Depfe, A. y Von Polier, G. (2018). Somatic symptom and related disorders in children and adolescents: Evaluation of a naturalistic inpatient multidisciplinary treatment. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* (2018) 12:34. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0239-y>. Disponible en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=132774019&lang=es&site=ehost-live> <https://capmh.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13034-018-0253-0.pdf>

Hernández, G. (2017). Trastornos disociativos y somatomorfos. Departamento de psiquiatría y salud mental sur. Universidad de Chile. Extraído desde el sitio web: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/59541781/12._Tr._disociativos_somatomorfos_s20190605-62844-1axb73u.pdf?1559781022=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTrastornos_disociativos_y_somatomorfos.pdf&Expires=1615744457&Signature=dquCdIvWE17vmkPJrewt0b4eL8cMBiJQmJzMExkyRxRqjHNgaFb8855IduX7yXyIhhq3VfMTuWwb-OhukMBX2PO27cqrqvap7CkJjJwlGkmFXPIIzSZbbacsB-2c-AT~qvyWNW~w0bZMILTyB0S1DgWeCy0uaE4lxykrF2ZeC~i-P-USnfOGuiGhDDENLYNXk9oYu0Mfg0UpbQ0pScKwL796V9CXzB8EymFZFE-IO-fKRWdKoY~hXDHZgQ5XUII2DXleeD5rO6eit5XOSRoH9VsIwLD6mjYOatOdS9icrZI2fnQJSURVzXjfMUuVKK7sEuekw2XlwwcpA9PbFhVFtg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

- Hernández, R (2019). Brujería e histeria: el síntoma como crítica. Revista Affectio Societatis Vol. 16, N.º 30, enero-junio de 2019. ISSN 0123-8884. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/337068137_Brujeria_e_histeria_el_sintoma_como_critica
- Herskovic, V. y Matamala, M. (2020). Trastorno de somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes: Volumen 31, Número 2 , marzo-abril de 2020 , páginas 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.006>. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300213>
- Hirmas, M., Pofflad, L., Jasmen, A., Sanhueza, X., Delgado, I. y Vega, M. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa Rev Panam Salud Publica 33(3), 2013 Disponible en <https://www.scielo.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/>
- Imaz, C., González, F., Martínez, A., Arango, C., Bellido, G y Payá, B. (2020). Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19: Evidencias y Recomendaciones de las Asociaciones de Profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Extraído desde el sitio web: https://www.sepypna.com/documentos/2020_InformeCOVID_final.pdf
- International Association for the Study of Pain (2009). Trastornos funcionales. Extraído desde el sitio web: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/FunctionalDisorders_Spanish.pdf
- Kleinstauber, K (2017). Cefalea en niños y adolescentes. Extraído desde el sitio web: <https://www.clinicalascondes.cl/Comunidad-Mujer-Y-Mama/blogcmm/blog-listado/ninos/Cefalea-en-ninos-y-adolescentes>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, *146*(5), 317–325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Kallesøe, K.H., Schröder, A., Wicksell, R.K. *et al.* (2020). Feasibility of group-based acceptance and commitment therapy for adolescents (AHEAD) with multiple functional somatic syndromes: a pilot study. *BMC Psychiatry* **20**, 457 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02862-z>
- Kallesøe K.H., Schröder A., Wicksell R.K., Fink P., Ørnboel E., Rask C.U. (2016). Comparing group-based acceptance and commitment therapy (ACT) with enhanced usual care for adolescents with functional somatic syndromes: A study protocol for a randomised trial. *BMJ Open*. 2016;6:e012743. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012743
- Lara, C., Sanchis, M., Rodríguez, A. (2008). Concepto de alexitimia. Tesis para optar al título de Magister Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile, 2008: “Análisis del discurso en los pacientes con SII”.
- Latorre, R. (2021). Salud recurre a la atención primaria tras colapso hospitalario y habilita camas de “observación prolongada” en consultorios. Artículo publicado en La Tercera: <https://www.latercera.com/earlyaccess/noticia/salud-recurre-a-la-atencion-primaria-tras-colapso-hospitalario-y-habilita-camas-de-observacion-prolongada-en-consultorios/KQ2FSNM2P5CIBJH25MKE4RLEFE/>
- Malas, N., Donohue, L., Cook, R. J., Leber, S. M., & Kullgren, K. A. (2018). Pediatric Somatic Symptom and Related Disorders: Primary Care Provider Perspectives. *Clinical pediatrics*, *57*(4), 377–388. <https://doi.org/10.1177/0009922817727467>
- May, F. y Meskey, H. (1981). Briquet's concept of hysteria: an historical perspective. *Can. J. Psychiatry* Vol. 26, February 1981. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674378102600112>

- Mercado, M. y Hernández, D. (2010). Análisis descriptivo con alcance explicativo respecto de la percepción de síntomas clínicos del trastorno de somatización en estudiantes universitarios. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad del Bío Bío: Chillán. Extraído desde el sitio web: <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1306/1/Hernandez%20Marquez%20Diego%20Ignacio.pdf>
- Miranda, A., Ospina, S., Palacio, M. y López-Bustamante, P. (2014). Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados: Conceptualización. Universidad Pontificia Bolivariana. Sede Medellín: Facultad de Psicología. Extraído desde el sitio web: <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/2338/S%3%adntomas%20Som%3%a1ticos%20y%20Trastornos%20Relacionados%20Conceptualizaci%3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moreno, S. (2011). Terapia Cognitivo-Conductual de pacientes con trastorno de somatización abreviado (SS1 4,6) en atención primaria: un estudio controlado aleatorizado. Tesis de la Universidad de Zaragoza: Zaragoza. Extraído desde el sitio web: <https://zaguan.unizar.es/record/7057/files/TESIS-2012-031.pdf>
- Nimnuana, C; Rabe-Heskthb, S; Wesselya, S. y Hotopf, M. (2001). How many functional somatic syndromes? Journal of Psychosomatic Research 51 (2001) 549 – 557. Disponible en [https://www.sci-hub.ren/10.1016/s0022-3999\(01\)00224-0](https://www.sci-hub.ren/10.1016/s0022-3999(01)00224-0)
- Novia, A. (2013). Frecuencia de síntomas somáticos en adolescentes de la Universidad Autónoma del Estado de México. Tesis que para obtener el título de: médico cirujano. Universidad Autónoma del Estado De México Facultad De medicina. Toluca. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/13811/410912.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Olivares, P. (2020). Demanda de consultas por salud mental de niños/as y adolescentes Sistema Isapre: 2010-2019. Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia

de Salud. Extraído desde el sitio web:
https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-19896_recurso_1.pdf

O.M.S. (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Ortíz, L y Erazo, N. (2005). Trastorno de Somatización: una relectura del “Síndrome de Briquet”. Rev. Med. Clin. Condes - Vol 16 N°1 - Enero 2005. 25 – 29. Disponible en http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_16_4/TrastornodeSomatizacion.pdf

Otero, J. y Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas Número 016: 2004. Disponible en <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000282>

Pareja, M. (2014). De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. C. Med. Psicósom, N° 110 – 2014. Disponible en [file:///C:/Users/56953/Downloads/Dialnet-DeLosTrastornosSomatomorfosALosTrastornosDeSintoma-4803025%20\(27\).pdf](file:///C:/Users/56953/Downloads/Dialnet-DeLosTrastornosSomatomorfosALosTrastornosDeSintoma-4803025%20(27).pdf)

Pascual, P. y Cerecedo, M. (2015). Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. Actualización en Medicina Familiar AMF 2015;11(5):281-286. Disponible en https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1433

Pedreira, J., Palanca, I., Sardinero, E. y Martín, L. (2001). Trastornos psicósomáticos en la infancia y adolescencia. Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc. 2001, 3(1):26-51 Disponible en <https://psiquiatria.com/psicosomatica/los-trastornos-psicosomaticos-en-la-infancia-y-la-adolescencia/>

Ramos, J. y Vásquez, D. (2012). Aproximación crítica a los trastornos somatomorfos en niños. rev.colomb.psiquiatr. vol.41 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2012. Print version ISSN 0034-

7450. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000400013

Reyes, H. (2015) Crisis de la salud en Chile. Colegio Médico de Chile. Extraído desde el sitio http://www.colegiomedicovalparaiso.cl/respaldo_sitio01/uploaded/Crisis%20de%20la%20Salud%20en%20Chile.pdf web:

Rodríguez, L., Faúndez, R., y Maure, D. (2012). Dolor Abdominal Crónico en pediatría. Revista chilena de pediatría, 83(3), 279-289. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000300010> Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000300010

Ruiz, D. (2009). Las alteraciones en el mundo representacional de los pacientes psicósomáticos: Una revisión de la concepción de Pierre Marty. Memoria de título para acceder al título de psicólogo. Universidad de Chile: Santiago.

Ruiz, Y. (2016). La alexitimia como defensa ante las enfermedades psicósomáticas. Trabajo presentado para aspirar al título de Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica. Universidad San Buenaventura Cali.

Saavedra, D. (2009). Las alteraciones en el mundo representacional de los pacientes psicósomáticos: Una revisión de la concepción de Pierre Marty. Memoria de título para acceder al título de psicólogo. Universidad de Chile: Santiago.

Sackett DL., Straus S., Richardson S., Rosenberg W. y Haynes RB. (2000). Medicina basada en evidencias: cómo practicar y enseñar MBE. Londres: Churchill Livingstone.

Saiz, J., e Ibañez, A. (1996). Clínica, diagnóstico y tratamiento de los enfermos somatizadores. Revista De Medicina De La Universidad De Navarra Enero·Marzo. <file:///C:/Users/56953/Downloads/6898-Texto%20del%20art%C3%ADculo-26667-1-10-20160809.pdf>

- Saldivia, S. (2016). Prevalencia y variables asociadas a trastornos mentales comunes en centros de atención primaria de la provincia de Concepción. Tesis para optar al grado de magíster en salud pública. Facultad de medicina de la Universidad de Chile: Santiago.
- Sánchez, I. (2020). Los trastornos psicosomáticos en el niño y el adolescente. MEDISAN vol.24 no.5 Santiago de Cuba sept.-oct. 2020. Epub 28-Sep-2020. versión On-line ISSN 1029-3019. <http://orcid.org/0000-0002-4892-4144>. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500943
- Sánchez, P. y Guerrero, F. (2017). Actualización del trastorno psicosomático en la infancia y la adolescencia. Revista Pediatría integral 2017; XXI (1): 32 – 38.
- Sánchez-Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. Aula abierta, ISSN 0210-2773, Vol. 38, N° 2, 2010, págs. 53-64. ICE. Universidad de Oviedo. ISSN: 0210-2773. Disponible en <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/5030.pdf>
- Sanchis Moreno, M. (2015). Estudio de somatización infantil en atención primaria en el área de Alcoy (Alicante). Tesis doctoral: Universidad de Alicante. Extraído desde el sitio web: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/68600/1/tesis_sanchis_moreno.pdf
- Sanz de la Garza, C.L., Gámez, S., Serrano, E. y Gutiérrez, J.R. (2000). Dolores abdominales recurrentes en atención primaria: estudio del dolor abdominal recurrente funcional. Anales de Pediatría, 53(5), 458–468. doi:10.1016/S1695-4033(00)78629-2
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer análisis de discurso. Escuela de periodismo, Pontificia Universidad Católica De Valparaíso (Valparaíso, Chile). Extraído desde el sitio web: <http://www.moebio.uchile.cl/41/santander.html>
- Sarudiansky, M., Martini, S. y Rosales, G. (2013). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico para el dolor crónico. Revisión de estudios y recomendaciones clínicas. Congreso; XXI Congreso Argentino del Dolor; 2013: Buenos Aires. Extraído desde

el sitio web:
https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=37179&congresos=yes&detalles=yes&congr_id=2570342

Sasot, J., Ibañez, R., Salabert, A. (2012). El adolescente con trastornos psicossomáticos. Artículo publicado en el libro: Atención integral al adolescente. Edit. Ergón. https://centreguia.cat/images/stories/pdf/2012/TRASTORNS_PSICOSOMTICS.pdf

Saunders, N., Gandhi, S., Chen, S., Vigod, S., Fung, K., De Souza, C., Saab, H., Kurdyak, P. (2020). Health Care Use and Costs of Children, Adolescents, and Young Adults With Somatic Symptom and Related Disorders. *JAMA Netw Open* 2020 Vol. 3 Issue 7 Pages e2011295. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.11295 Disponible en https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/articlepdf/2768569/saunders_2020_oi_200442.pdf

Schade, N., Beyebach, M., Torres, P., y González, A. (2009). Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo. *Terapia psicológica*, 27(2), 239-246. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200009>

Sedano, J. (2020). Personalidad psicossomática y psicoanálisis. Consulta de Psicoanálisis Antropológico en Salamanca. Extraído desde el sitio web: <https://www.drседano-psicoanalista.es/>

Serra, R. (2012). Síntomas somáticos funcionales, psicopatología y variables asociadas: un análisis en diferentes poblaciones pediátricas. Tesis doctoral. Doctorado en psicología clínica y de la salud. Unidad de psicopatología de la infancia. Departamento de psicología clínica y de la salud. Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona: Bellaterra.

Serrano, A., Martín, M., Mancilla, L. (2017). *La desconocida historia de la Histeria*. Gómeres: salud, historia, cultura y pensamiento [blog]. 27/12/2017. Disponible en <http://index-f.com/gómeres/?p=2158>

- Solé, S. (2011). El Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR): ¿una nueva herramienta para el fisioterapeuta? Extraído desde el sitio web: <https://www.efisioterapia.net/articulos/el-mindfulness-based-stress-reduction-mbsr-una-nueva-herramienta-el-fisioterapeuta>
- Storti, L., Britos, A. y Uhlemann, H. (2017). La experiencia psicoanalítica en psicopatología. Psicoanálisis ayer y hoy: Número 15. Marzo, 2017. Ponencia de la Mesa: «Experiencia psicoanalítica. Una mirada desde la psicopatología» organizada por el Área de Psicopatología, perteneciente al Ciclo «miércoles en la escuela», septiembre 2016. Extraído desde el sitio web: <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/la-experiencia-psicoanalitica-en-psicopatologia-lydia-storti-alberto-britos-helga-uhlemann/>
- Torales, J. (2018). Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. Revista Científica Estudios E Investigaciones, 7(1), 150-166. Disponible en <http://revista.unibe.edu.py/index.php/rcei/article/view/192>
- Ulnik, J. (2000). Revisión crítica de la teoría psicopatológica de Pierre Marty. aperturas psicopatológicas, revista internacional de psicoanálisis. Número 005 2000 Disponible en <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=121>
- Velasco, M., Santos, L. y García, I. (2019). Trastornos somatomorfos y facticios Actualización: Servicio de Psiquiatría B. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. Extraído desde el sitio web: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302008>
- Vukusivh, J. (2021). Colapso en sistema de atención por salud mental: demanda se ha triplicado en periodo de pandemia. Entrevista en la Prensa Austral: <https://laprensaaustral.cl/2021/04/11/colapso-en-sistema-de-atencion-por-salud-mental-demanda-se-ha-triplicado-en-periodo-de-pandemia/>

- Wiggins, A., Court, A., y Sawyer, S. M. (2021). Somatic symptom and related disorders in a tertiary paediatric hospital: prevalence, reach and complexity. *European journal of pediatrics*, 180(4), 1267–1275. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03867-2>
- Yaqub, T., Biermann, B., Andersen, L., Malas, N. (2021). Care of Youth Hospitalized With Somatic Symptom and Related Disorders. *Psychiatric Times* 2021.vol.38 (1) nun.2 Disponible en <https://www.psychiatrictimes.com/view/care-youth-hospitalized-somatic-symptom-related-disorders>
- Zarranz, J. (2015). Bourneville, Charcot y la histeria: una carambola administrativa de efectos duraderos. *Neurosciences and History* 2016; 4(1):13-20. Disponible en https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV4N1201613_20ES.pdf