



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Schade Y., Nieves; González C., Angélica; Beyebach, Mark; Torres C., Patricio
Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una
propuesta de consejería familiar
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 48, núm. 1, marzo, 2010, pp. 20-28
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527719003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar

Somatoform disorder in primary health care: Psycho-social characteristics and results of a familiar counseling proposal

Nieves Schade Y.¹, Angélica González C.¹, Mark Beyebach² y Patricio Torres C.³

The article describes the psychosocial characteristics of patients with somatization disorder and the results of a family counseling proposal, applied by the primary care health equipment. The objective of the counseling was that the patients recovered their personal skills, that allow them to take control or the solution of their problems, and they could act independently. Method: The sample was constituted by 128 patients from 7 centers of primary attention health of the Bio-Bio Region. Results show that the main patient complaint is related to the family and the application was successful for 75% of the cases. Discussion: The results are discussed in relation to their limitations and future projections.

Key words: Somatization disorder, family counseling, primary care health.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (1): 20-28

Los somatomorfos son pacientes que presentan distintas dolencias físicas, sin una causa de naturaleza orgánica, sino más bien de carácter psicosocial¹. Son pacientes definidos como “hiperfrecuentadores” y/o “policonsultantes”, ya que asisten y utilizan los servicios de salud en forma frecuente, gastando una importante cantidad del tiempo de trabajo del cuerpo médico y recursos

económicos significativos^{2,3}. Estos pueden llegar a constituir entre un 60% a un 80% de la demanda total de pacientes que asisten a estos centros⁴.

Cuando los pacientes presentan quejas que persisten más allá de 6 meses, se les diagnóstica como trastorno somatomorfo^{5,6}. Se calcula, a nivel internacional, que la prevalencia de este trastorno en la atención primaria está entre el 15 y el 22%^{7,8}.

Recibido: 17/11/2009

Aceptado: 19/01/2010

Proyecto financiado por Conicyt en su versión Fondef: DO3I1090: Abordaje familiar Breve: un Modelo Estratégico para aumentar la Resolutividad en la atención primaria de salud. (no influyó en ninguna parte del proceso investigativo ni manuscrito).

¹ Psicóloga del Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción. Chile.

² Psicólogo Facultad de Psicología Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca. España.

³ Asistente Social. Escuela de Servicio Social Universidad San Sebastián. Concepción. Chile.

Cálculos en Santiago de Chile, siguiendo los criterios del CIE-10, indican que este se presenta en un 17,7% de los pacientes de atención primaria².

Existen variadas propuestas de intervención desde las unidades de salud mental de los centros a nivel de atención primaria, las que han demostrado ser efectivas, como por ejemplo: las terapias cognitivo-conductuales^{9,10}, las terapias psicodinámicas¹¹ y las terapias de grupo¹². Sin embargo, muchos de estos pacientes no aceptan ser catalogados como pacientes con problemas de salud mental, más bien señalan que el médico no le ha entregado una respuesta adecuada a su dolencia física. Lo anterior incide en que la relación médico-paciente se dete-riore, ya que los pacientes insisten que en su caso necesita más diagnósticos y más exámenes¹³.

Esta dificultad puede deberse, en parte, a que los médicos del equipo de atención primaria no se encuentran preparados para atender este tipo de pacientes. Estos presentan problemas complejos, generalmente expresados como síntomas vagos que no pueden ser explicados por la ciencia médica, dado que su origen no está en una causa orgánica sino en las dificultades que la persona consultante tiene en su entorno, y en el que la familia juega un rol vital^{14,15}.

Modelo de salud familiar y consejería familiar

A partir del año 1981 se reconoce efectivamente el rol preponderante de la familia en la salud, generándose preocupación por el tema, principalmente en el ámbito de la formación de los médicos, específicamente como profesionales especialistas en medicina familiar. Posteriormente se fueron sumando otras iniciativas provenientes de universidades, de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar y de variadas propuestas locales, las que sumadas a la experiencia acumulada a nivel ministerial, generaron las condiciones para que el Ministerio de Salud, en el año 1998, pusiera en marcha el programa de atención a nivel primario denominado: Salud Familiar o Atención de salud con Enfoque Familiar¹⁶.

El Enfoque de Salud Familiar considera una serie de premisas: se basa en un modelo biopsico-social¹⁷; el foco principal de la atención de salud es el usuario en el contexto familiar y comunitario; la familia es la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud; la necesidad de acompañamiento en el proceso de salud-enfermedad; el proveedor forma parte del sistema¹⁸.

De las premisas anteriores se desprende la necesidad en el cambio del rol del equipo de salud, el que debe asumir nuevas tareas y herramientas que le permitan dar respuesta a las nuevas demandas generadas por los pacientes.

Dentro de las herramientas que provee este enfoque está la consejería familiar, definida por el Ministerio de Salud como “la interacción entre uno o más miembros del equipo de salud con uno o más integrantes de la familia, con la intención de apoyarlos en el desarrollo de habilidades y destrezas, para que asuman y compartan la responsabilidad del autocuidado de los integrantes de la familia, del grupo como tal y del suyo propio”¹⁸.

Consejería familiar y trastornos somatomorfos

Considerando las características de estos pacientes y que la consejería familiar constituye una herramienta, que puede ser usada por profesionales no especialistas en salud mental¹⁹, se propuso desarrollar una consejería denominada Abordaje Familiar Breve (AFB)²⁰, que pudiera ser aplicada por los equipos de atención primaria. Dicha consejería integra técnicas: Rogerianas, de escucha activa, psicoeducación, mediación e intervención en crisis, y en forma especial técnicas de Terapia Breve. Estas últimas fueron incorporadas a partir de una experiencia en España, en la cual se le traspasaron los conocimientos de esta terapia a médicos de familia, logrando demostrar a través de un ensayo clínico, que la Terapia Breve puede ser una alternativa efectiva en el tratamiento de pacientes con trastornos somatomorfos⁶.

El Abordaje Familiar Breve (AFB) es un modelo

de consejería que recoge las premisas del Enfoque de Salud Familiar y trabaja con el supuesto de que los pacientes tienen los recursos y las fuerzas suficientes para resolver sus problemas. Se trabaja en función de objetivos que ellos desean conseguir, lo que se ha visto en Terapia Breve, es que esta puede ser más rentable en el tiempo, ya que acorta el número de intervenciones y otorga una pronta sensación de alivio a los pacientes²¹.

El modelo AFB tiene sus fundamentos en: la teoría General de los Sistemas²², el Constructivismo²³, la teoría de la Comunicación Humana²⁴, la Cibernética²⁵ y la Terapia Breve²⁶⁻³⁰.

El modelo AFB comprende tres grandes etapas: la pre-consejería, la consejería y la post-consejería familiar²⁰ (Figura 1):

I. La pre-consejería familiar tiene como objetivo, por parte del profesional, la interiorización acerca del caso antes de ser intervenido.

II. La Consejería familiar tiene varias sub-etapas:

- 1) La primera sub-etapa comprende la co-construcción de la relación lo que corresponde al contacto social con la familia o el paciente, que incluye la actualización o creación del genograma, el conocimiento de las necesidades, peticiones y quejas del paciente. En esta sub-etapa se deben definir los objetivos de la familia o paciente en relación a lo que desean conseguir con la consejería.
- 2) La segunda sub-etapa se denomina reflexión y análisis para la toma de decisiones, en la cual se sugiere que el consejero haga una reflexión en solitario o con sus colegas, los que pueden estar detrás de una sala espejo, para buscar la mejor forma de ayudar a estas personas o familia. Con dicha reflexión se deberá tomar la decisión del tipo de abordaje a utilizar.
- 3) La tercera sub-etapa corresponde al abordaje que puede ser: informativo, orientativo o estratégico.

Abordaje informativo, consiste en entregar información lo más adecuada posible al nivel de comprensión del paciente, por ejemplo: información acerca de los programas que se desarrollan en el centro de salud.

I ETAPA: PRE-CONSEJERÍA FAMILIAR EN SALUD

- Revisión de hoja de referencia a Consejería
- Revisión de ficha e historia Familiar

II ETAPA: CONSEJERÍA FAMILIAR

1. *Co-construcción de la relación*

- A) Contacto Social
- B) Construcción-actualización del Genograma
- C) Conocer la queja, problema y necesidades
- D) Definición de objetivo
- E) Resumen

2. *Reflexión y análisis para la toma de decisiones*

- A) Reflexión individual o con el equipo
- B) Toma de decisiones
- C) Planificación del AFB
- D) Devolución y acciones a seguir

3. *Abordaje informativo, orientativo y estratégico*

4. *Negociación, tarea y contrato.*

III ETAPA: POST CONSEJERÍA FAMILIAR EN SALUD

- Evaluación y seguimiento

Figura 1. Modelo de Abordaje Familiar Breve.

Abordaje orientativo plantea entregar un “consejo u orientación”, es decir entregar directrices y psicoeducación, por ejemplo acerca de crisis normativas y no normativas del ciclo vital, conductas de autocuidado, manejo familiar de pacientes crónicos, entre otros.

Abordaje estratégico, se concibe como una intervención que incorpora esencialmente técnicas de la Terapias Breves como la búsqueda de excepciones, la pregunta milagro, cambios pretratamiento, entre otras.

- 4) Cuarta sub-etapa corresponde a la negociación, asignación de tareas y establecimiento de un contrato. En esta sub-etapa se entrega al paciente un elogio que reconozca las fortalezas de la familia, de tal forma que los haga sentirse capaces de realizar las tareas o indicaciones que se desprenden de la aplicación de uno o varios de los abordajes. Finalmente, se negocia y se establece el contrato para futuros encuentros.

III. Post-consejería: corresponde a la tercera etapa, en la que con posterioridad a la intervención el consejero anota los aspectos centrales y la fecha de la nueva citación.

Los objetivos del presente trabajo consisten en describir las características psicosociales de los pacientes con trastorno somatomorfo e informar de los resultados de la aplicación de este modelo de consejería por los equipos de salud de 7 centros de atención primaria de la Región del Bío-Bío.

Este trabajo es parte de una investigación mayor, en relación a la consejería y los pacientes con trastornos somatomorfos denominada: Abordaje Familiar Breve: un Modelo estratégico para aumentar la resolutiveidad en la atención primaria de salud.

Método

Población

La población destinataria son los pacientes con diagnóstico de trastorno somatomorfo de acuerdo al CIE-10 beneficiarios de los centros de atención primaria de la Región del Bío-Bío.

Sujetos

La muestra estuvo conformada por 128 pacientes con diagnóstico de trastornos somatomorfo, pertenecientes a 7 centros de atención primaria de la Región del Bío Bío, Chile.

Los criterios de inclusión para los participantes fueron: ser adulto, no presentar patología orgánica, presentar los síntomas durante más de un año sin remisión en el centro de salud familiar (trastornos somatomorfo), que pudieran comunicarse claramente; además todos ellos debían firmar una carta de consentimiento para recibir esta nueva forma de consejería.

Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos para la evaluación de los resultados del modelo, una escala y un cuestionario.

Escala: Constituye una herramienta usada en Terapia Breve, que permite obtener una medición

cuantitativa de la gravedad del problema familiar del paciente²¹. Esta escala califica de 1 a 7 los avances de éstos, en la que 1 es lo peor y 7 es lo mejor, esto es, haber alcanzado la solución al problema, haber conseguido los objetivos planteados por el paciente y funcionar autónomamente. La escala tiende a correlacionar positivamente con las del OQ45, un cuestionario diseñado específicamente para medir el cambio en terapia^{21,31}.

El instrumento se aplicó al inicio de la consejería familiar, durante ella y al momento de finalizar. Para efectos del estudio, se consideraron la primera y última evaluación que el paciente hizo de su situación. El propósito fue evaluar los cambios y definir los resultados de término, clasificados como éxito, fracaso y abandono.

Éxito: Aquellos sujetos que puntuaban en la escala entre 6 y 7 y no presentaban sintomatología de acuerdo a la evaluación del profesional.

Abandono: Todos los sujetos con los que no se logró realizar una segunda aplicación del instrumento, ya que no asistieron al centro de salud con posterioridad a la primera o segunda sesión.

Fracaso: Aquellos pacientes que puntuaban en un nivel inferior al del puntaje obtenido en la aplicación inicial y todos aquellos que obtuvieron un número inferior a 6 sin lograr resolver su queja y con sintomatología manifiesta.

Cuestionario de valoración de la última entrevista

Este cuestionario, elaborado para esta investigación, fue aplicado a los profesionales con el fin de recabar información acerca de la aplicación de la consejería familiar específicamente en relación a los resultados de ésta. Contiene los siguientes ítems: si los pacientes informan haber alcanzado todos o parte de los objetivos que se plantearon; si a juicio del profesional el paciente no presenta sintomatología; si el paciente ha alcanzado la autonomía suficiente; y si ha aprendido a resolver sus problemas.

Procedimiento

Para la aplicación del nuevo modelo de consejería familiar (ABF) fueron capacitados durante cuatro meses, 45 profesionales de atención pri-

maria: 10 médicos, 10 enfermeras, 11 matronas, 7 psicólogos 3 nutricionistas, 3 asistentes sociales y 1 kinesiólogo. Los profesionales participantes fueron seleccionados por los directores de los centros de salud y los investigadores, asegurándose que tuvieran asignadas horas en consejería y que tuvieran un alto nivel de compromiso con la institución, lo que permitiría la posterior aplicación en los pacientes previamente identificados.

Los pacientes con trastornos somatomorfos fueron seleccionados al azar a partir de una nómina elaborada por los profesionales de la salud. Con el fin de verificar que se cumplieran los criterios de inclusión, alumnos del último año de la carrera de Psicología debidamente capacitados, revisaron las historias clínicas de dichos pacientes.

La aplicación del modelo de AFB por parte de estos profesionales de la salud se prolongó por un período, en promedio, de 4 meses, transcurridos desde la citación del paciente hasta su intervención final. Las sesiones duraron al inicio 1 hora, luego fueron de 30 a 35 minutos, con una periodicidad semanal y luego quincenal. El objetivo de las sesiones fue que los pacientes, a partir del nuevo modelo de consejería, recuperaran sus competencias personales, permitiéndoles el control o resolución de sus problemas para poder funcionar autónomamente.

Análisis

Se realizaron los análisis con el paquete estadístico SPSS 13. Estos fueron de tipo descriptivo y tuvieron por objeto dar cuenta de las características de la muestra y la funcionalidad del modelo para la atención de este tipo de pacientes, así como también para el análisis de las diferencias debidas al avance producto de la consejería familiar.

Resultados

Características psicosociales

De los 128 pacientes con trastornos somatomorfos que participaron en la investigación, un 97% correspondió a mujeres y un 3% a hombres, con un promedio de edad de 42 años. El 88,3% de los pacientes tenía como ocupación ser dueña de

casa. Dentro de las ocupaciones restantes se encontraban asesoras del hogar, pensionadas, ocupaciones técnicas y actividades no calificadas. El nivel de escolaridad de los pacientes, se situaba en nivel básico incompleto (28,1%), media incompleta (25%), media completa (23,4%), básica completa (19,5%), sólo una persona tenía estudios universitarios incompletos y un porcentaje reducido no tenía estudios.

Con respecto al estado civil, la mayoría estaban casados (71,9%), y en menor número eran solteros (12,5%), separados (7%), viudos (4,7%), convivientes (3,1%).

De acuerdo a la estructura familiar a la que pertenecían, las más frecuente eran las familias biparentales (66%), seguidas de las familias monoparentales (23%), biparentales extendidas (5%) que incluían a otro miembro, ya sea: la suegra, la madre o una tía, luego las familias monoparentales extendidas (4%). En relación al ciclo vital, en un mayor porcentaje se encontraban en la etapa del nido vacío (42,2%), que abarca la partida de los hijos, la relación con una nueva familia, la soledad y el encuentro con la pareja. Luego, está la familia con hijos adolescentes (32,8%), seguida de hijos, en edad escolar en 16,4% (Tabla 1).

Relación del paciente con el centro de salud

El 50% de los pacientes presentó una antigüedad de entre 6 y 15 años como paciente del centro. El 90% de estos pacientes asiste 1 vez al mes al centro y sólo el 3,13% ha presentado reclamos.

Tipología de quejas

A pesar de que todos los pacientes tenían como diagnóstico trastorno somatomorfo, se trató de averiguar cual era la principal queja que presentaban (declaración de un problema persistente u obstáculo que le impide vivir como desearía)³². La principal queja se relacionó con la pareja y familia (58,5%). Los resultados se pueden ver en la Tabla 2.

Consejería familiar: Tipos de abordajes

El tipo de abordaje más utilizado por los profesionales fue el estratégico (80,4%). Este abordaje

Tabla 1. Características psicosociales de los pacientes con trastornos somatomorfos

Variable		f	%
Sexo	Mujer	124	96,9
	Hombre	4	3,1
Ocupación	Dueña de casa	113	88,3
	Asesora del hogar	5	3,9
	Técnico	2	1,6
	Actividad no calificada	6	4,6
	Cesante	2	1,6
Escolaridad	Básica completa	25	19,5
	Básica incompleta	36	28,1
	Media incompleta	32	25
	Media completa	30	23,4
	Universitaria incompleta	1	0,8
Estado civil	Casado	92	71,9
	Soltero	16	12,5
	Conviviente	4	3,1
	Anulado	1	0,8
	Separado	9	7
	Viudo	6	4,7
Estructura Familiar	Biparental	84	66
	Biparental extendida	6	5
	Monoparental	30	23
	Monoparental extendida	5	4
	Solo	3	2
Ciclo vital	Hacia el encuentro del otro	0	0
	Recién casados	0	0
	Camino a la familia	1	0,8
	Ahora somos tres	10	7,81
	La familia se abre al mundo, hijos escolares	21	16,4
	Cuando los hijos son adolescentes	42	31,25
	Nido vacío	54	43,75

f = frecuencias; % = porcentajes.

Tabla 2. Queja o motivo de consulta

Quejas principales		f	%
Quejas	Problemas de pareja	34	26,56
	Problemas con familiares (nieto, expareja, hermanos, nueva pareja, hijos con adicciones)	16	12,5
	Cuidado y manejo de hijos en edad escolar	7	5,46
	Cuidado y manejo de hijos adolescentes	14	10,9
	Preocupación por un familiar enfermo	4	3,125
	Soledad	6	4,68
	Desanimo	10	7,81
	Duelo	2	1,56
	Problemas económicos y laborales	8	6,25
	Problemas de autoestima	2	1,56
	Problemas de peso	2	1,56
	Problemas de autonomía	3	2,34
	Problemas de sobrecarga de trabajo y falta de apoyo	2	1,56
	Somático	7	5,46
	Otros	7	5,46
Total		128	100

f = frecuencias; % = porcentajes.

fue empleado a veces de manera exclusiva y otras veces acompañado del abordaje orientativo e informativo (Tabla 3).

Autopercepción de avances producto de la consejería

Con respecto a la escala de autopercepción de los pacientes en relación a sus problemas, se encontró que, en promedio, al inicio de la consejería se ubicaban en 4,58 (d.s. = 1,57) y al final de la intervención, en promedio se ubicaban en 5,99 puntos (d.s. = 0,95), con diferencias significativas entre la situación inicial y final del paciente ($t = 10,378$; $p < 0,05$). De lo que se concluye que las personas percibieron que hubo una mejoría de su situación.

Tabla 3. Tipos de abordajes

		f	%
Abordaje	Informativo	9	7,0
	Orientativo	16	12,6
	Estratégico	103	80,4
Total		128	100

f = frecuencias; % = porcentajes.

Tabla 4. Resultados de la consejería familiar

		f	%
Resultado	Éxito	97	75,8
	Abandono	23	18
	Fracaso	8	6,2
Total		128	100

f = frecuencias; % = porcentajes.

Número de sesiones

En relación a la cantidad de sesiones que se implementaron para lograr los cambios, en promedio estas fueron 3 sesiones. La cantidad mínima fue de 1 sesión y la máxima de 5 sesiones.

Resultados de término

El resultado final de la consejería, tal como se indicó, se clasifica en tres categorías: éxito, fracaso y abandono, usando como instrumento la escala.

Los resultados en conjunto, muestran que la mayoría de los casos fueron exitosos, en un 75,8%, el abandono correspondió a un 18% y el fracaso se situó en un 6,2%.

Finalmente, se revisó la relación entre el tipo de abordaje y el estado final alcanzado por el paciente y no se encontraron diferencias significativas.

Discusión

El objetivo del presente artículo, ha sido describir las características psicosociales de los pacientes con trastorno somatomorfo y los resultados alcanzados con la aplicación del modelo de AFB, implementado por los equipos de salud en 7 centros de atención primaria de la Región del Bío-Bío.

Antes de comentar los resultados, es importante destacar que este trabajo no permite en rigor, hacer ninguna afirmación sobre el efecto de la consejería familiar con Abordaje Familiar Breve, en los pacientes con trastorno somatomorfo que asisten a la atención primaria. Las variables en estudio, al no ser comparadas con un grupo control, no permiten descartar la hipótesis que los cambios pueden haber sido producto de la acción de otras variables ajenas a la consejería (entre otros, motivación, percepción de trato diferencial, intervención de terceros, alto compromiso de los profesionales). En realidad, lo que reflejan los datos, es el curso seguido por los pacientes que recibieron una consejería familiar, además, los instrumentos de medición que se usaron no cuentan con estudios de validez y fiabilidad.

Teniendo presente las limitaciones de este estudio, debido al carácter preliminar de la investigación, se realizará una discusión de los resultados y una interpretación, apuntando a algunas posibles conclusiones.

Las características psicosociales más sobresalientes nos indican que: la mayoría son mujeres, sus quejas principales se relacionan con la familia, con la pareja, el cuidado de los hijos, problemas con otros miembros en familias más extensas, el desánimo, los factores económicos y la soledad. Asisten al centro por lo menos una vez al mes y realizan muy pocos reclamos en el centro de salud familiar.

La aplicación de esta consejería permitió que la mayoría de los pacientes lograran conseguir sus objetivos, disminuyeran su sintomatología y percibieran avances o mejoría en relación a sus problemas. Esto ocurrió con la menor intervención posible, trabajando no en base a la patología, sino en relación a los objetivos que ellos querían conseguir. El abordaje más usado fue el estratégico que incorpora técnicas de Terapia Breve.

En resumen, la presente investigación da cuenta de los primeros datos de esta propuesta de consejería familiar, que incorpora a la Terapia Breve y que fue aplicada por los profesionales de la atención primaria a pacientes con trastorno somatomorfo.

Aunque por el momento no es posible atribuir los cambios positivos en los pacientes a esta con-

sejería, el hecho de que haya demostrado ser breve y segura en dirección de un cambio positivo, es a nuestro juicio importante, para que en el futuro sea considerada en investigaciones controladas, para probar su efectividad en el tratamiento de pacientes somatomorfos que concurren a la atención primaria de salud.

Finalmente, resulta relevante destacar el valor que tiene el traspaso de conocimientos de consejería a los profesionales de la salud primaria, especialmente para la atención de este tipo de

pacientes, con el fin de poder aumentar la resolutiveidad en este nivel de atención, aunque como ya lo señalamos, se requieren más estudios e investigaciones en esta área.

Agradecimientos

Se agradece a todos a los profesionales que generosamente entregaron parte de su tiempo para atender a los pacientes con este modelo de consejería familiar.

Resumen

El presente artículo tiene como propósito, describir las características psicosociales de los pacientes con trastornos somatomorfos y los resultados de una propuesta de consejería familiar aplicada a estos por equipos de salud en la atención primaria. El objetivo de la consejería fue que los pacientes recuperaran sus competencias personales, a objeto de tener el control o resolución de sus problemas, y poder funcionar autónomamente. Método: La muestra, estuvo constituida por 128 pacientes, pertenecientes a 7 centros de Salud de atención primaria de la Región del Bío-Bío. Resultados: Muestran que la queja principal estaba relacionada con la familia y que la aplicación de la consejería fue exitosa en un 75% de los casos. Discusión: Los resultados son discutidos en relación a sus limitaciones y proyecciones futuras.

Palabras clave: Trastorno somatomorfos, consejería familiar, atención primaria.

Referencias

1. González M, Landero R. Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Pública* 2008; 23 (1): 7-18.
2. Florenzano R, Fullerton C, Acuña J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Rev Chil de Neuro-Psiquiat* 2002; 40: 47-55.
3. Luo Z, Goddeeris J, Joseph C, Gardiner P, Smith M. Cost of an Intervention for Primary care Patients with medically unexplained symptoms: A randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 1079-86.
4. Servan-Schreiber D, Randall N, Tabas G. Somatizing Patients: Part I. Practical. *Diagnosis. Am Fam Physician* 2000; 61: 1073-8.
5. Dickinson P, Dickinson M, De Guy F, Main D, Candib L, Rost K A. Randomized clinical trial of care recommendation Letter intervention for somatization in primary care. *Annals of family medicine* 2003; 4: 228-35.
6. Real M, Rodríguez-Arias J, Cagigas J, Aparicio M, Real M. Terapia Familiar Breve: Ahorro en el gasto sanitario de la patología somatomorfa. *Cuadernos de terapia familiar* 2000; II (16): 167-73.
7. Magallón R, Gili M, Moreno S, Bauzá N, García-Campayo J, Roca M, *et al.* Cognitive-behavior therapy for patients with Abridged Somatization Disorder (SSI 4,6) in primary care: a randomized, controlled study. *BMC Psychiatry* 2008; 22: 8-47.
8. García-Campayo J. Fenómeno de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y trata-

- miento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2007; 9: 84-91.
9. Martin A, Raub E, Fichter M, Rief W. A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: A randomized clinical trial. *Psychomatics* 2007; 48: 294-303.
10. Luo Z, Goddeeris J, Joseph C, Gardiner P, Smith M. Cost of an Intervention for Primary care Patients with medically unexplained symptoms. *Aramdo-mized controlled trial. Psychiatr Serv* 2007; 58: 1079-86.
11. Guthrie E, Moorey J, Margison F, Barker H, Palmer S, McGrath G, *et al.* Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 519-26.
12. Kashner T, Rost K, Cohen B, Anderson M, Smith G. Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group. *Therapy Psychomatics* 1995; 36: 462-70.
13. García-Campayo J, Sanz Carrillo C, Montón C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (II): reacciones del profesional y tipos de relación. *Med Clin* 1999; 112: 147-50.
14. De Blas M. Influencia de la comunicación en el estado anímico y las relaciones familiares. *Revista de Ciencias y Orientación Familiar* 2002; 24: 89-93.
15. Nardone G, Giannotti E, Rocchi R. Modelos de familia. Barcelona: Herder. 2003.
16. Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas. Estrategias innovadoras en salud. La reforma programática y financiera chilena. Santiago: Minsal. 1998.
17. Engel G. The need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.
18. Ministerio de Salud. Unidad de Salud Mental. Modelo de Atención primaria de salud. Santiago: Minsal. 2001.
19. Undurraga J, González M, Calderón J. Consejería: propuesta de un método de apoyo al paciente terminal. *Rev Med Chile* 2006; 134: 1448-54.
20. Schade N, Torres P. Manual de Consejería familiar en salud. Concepción: Cosmigenon. 2007.
21. Beyebach M. 24 ideas para una psicoterapia breve. Barcelona: Herder. 2006.
22. Bertalanffy L von. Teoría General de los Sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones. México: Fondo de Cultura Económica. 1976.
23. Maturana H, Varela F. El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del conocimiento humano. Madrid: Debate. 1990.
24. Watzlawick P. El lenguaje del cambio. Barcelona: Herder. 1980.
25. Foerster H. On constructing a reality. En P. Watzlawick (Ed.). *The invented reality*. New York: WW Norton and Co., 1984; p 41-61.
26. Fish R, Weakland J, Segal L. La táctica del cambio. Barcelona: Herder. 1984.
27. Watzlawick P, Weakland J, Fish R. *Cambio*. Barcelona: Herder. 1974.
28. De Shazer S. Pautas de terapia breve. Barcelona: Paidós. 1986.
29. Weiner-Davis M. Divorce busting: A revolutionary and rapid program for staying together. Nueva York: Simon y Schuster. 1992.
30. White M, Epston D. Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós. 1993.
31. Herrero de Vega M. Un estudio sobre el proceso de cambio terapéutico. El manejo de casos "atascados" en terapia sistémica breve. Tesis doctoral no publicada. 2006.
32. Rodríguez-Arias J L, Venero M. *Terapia Familiar Breve*. Madrid: CCS. 2006.

Correspondencia:

Nieves Schade Y.

Dirección postal Universidad de Concepción

casilla 54-C

Teléfono: (41) 220.39.48

E-mail: nschade@udec.cl