

Del síntoma a la predicción: rechazo escolar y dolor crónico en la psicósomática infanto-juvenil entre interocepción, mentalización y confianza epistémica

(Un puente entre teoría psicoanalítica y modelos contemporáneos)

Autor: Dr. Fco. Muñoz-Martín¹

Exmiembro Titular didacta de la APM,IPA y EFP. Miembro Honorífico del IEPP.
Premio Jaime Tomás del IEPPM. Miembro Honorífico de SEPYPNA.

Resumen

El rechazo escolar asociado a dolor crónico constituye un “nudo clínico” donde convergen el sufrimiento corporal persistente, la desregulación emocional, la organización familiar y el dispositivo escolar, con frecuentes itinerarios médicos prolongados y efectos iatrogénicos por invalidación o sobre-medicalización. Este artículo propone un puente teórico-técnico entre la psicósomática de orientación psicoanalítica y modelos contemporáneos basados en codificación predictiva, articulando tres ejes: (a) interocepción como lectura (y predicción) de señales corporales; (b) mentalización como capacidad de representar estados internos (propios y ajenos) incluyendo el cuerpo vivido; y (c) confianza epistémica como apertura selectiva a aprender de la comunicación social y clínica. Se plantea que, en ciertos cuadros de dolor crónico con rechazo escolar, el síntoma funciona como predicción encarnada de amenaza (física y relacional) con alta “precisión” subjetiva: el cuerpo anticipa daño, la mente queda capturada por señales internas y el sistema (familia-escuela-sanidad) refuerza inadvertidamente la expectativa de incapacidad. Sobre esta base se formula un modelo integrador y testable que describe (1) condiciones de vulnerabilidad (apego, trauma relacional, pensamiento operatorio/escasa simbolización, historias de invalidación), (2) mecanismos de mantenimiento (evitación experiencial, miedo-evitación del dolor, ganancias secundarias relacionales, descoordinación institucional), y (3) dianas clínicas (recalibración

¹ Autor de correspondencia: fcomm@cop.es
La autoría declara no tener conflictos de interés.
No se recibió financiación específica para este trabajo.

interoceptiva, mentalización del dolor, reparación de la confianza epistémica, y retorno gradual a la escolaridad). Se integran algunas viñetas clínicas y se sugieren tablas/figuras para un manuscrito orientado a publicación y a la práctica clínica interdisciplinar. ([ScienceDirect+4thelancet.com+4PubMed+4](#). 2024)

Palabras clave: rechazo escolar; dolor crónico; psicósomática infanto-juvenil; interocepción; mentalización; confianza epistémica; codificación predictiva; psicoanálisis.

Abstract

School refusal associated with chronic pain is a clinical “knot” where persistent bodily suffering, emotion dysregulation, family organization, and school demands converge—often following prolonged medical pathways and invalidating interactions. This paper offers a theoretical-technical bridge between psychoanalytic psychosomatics and contemporary predictive-processing models by integrating (a) interoception (bodily sensing and prediction), (b) mentalizing (representing self/other internal states, including embodied states), and (c) epistemic trust (selective openness to socially communicated knowledge). We argue that, in some youths, chronic pain and school refusal are maintained by high-precision threat priors: the body “predicts” harm and incapacity, attention becomes locked onto internal signals, and the family-school-healthcare system inadvertently reinforces avoidance. We propose a testable integrative model describing vulnerabilities, maintenance mechanisms, and treatment targets (interoceptive recalibration, mentalizing the pain experience, restoring epistemic trust, and graded school reintegration). Clinical vignettes and suggested tables/figures are provided to support publication-ready formatting and interdisciplinary clinical translation. ([Investigación Monash+4PubMed+4Discovery UCL+4](#). 2024)

Keywords: school refusal; chronic pain; pediatric psychosomatics; interoception; mentalization; epistemic trust; predictive processing; psychoanalysis.

RÉSUMÉ

Le refus scolaire associé à la douleur chronique est un « nœud » clinique où convergent souffrance physique persistante, dérèglement émotionnel, organisation familiale et

exigences scolaires, souvent à la suite de parcours médicaux prolongés et d'interactions invalidantes. Cet article propose un pont théorique et technique entre la psychosomatique psychanalytique et les modèles contemporains de traitement prédictif en intégrant (a) l'interoception (perception et prédiction corporelles), (b) la mentalisation (représentation des états internes de soi/des autres, y compris les états incarnés) et (c) la confiance épistémique (ouverture sélective aux connaissances communiquées socialement). Nous soutenons que, chez certains jeunes, la douleur chronique et le refus scolaire sont maintenus par des menaces antérieures de haute précision : le corps « prédit » le mal et l'incapacité, l'attention se focalise sur les signaux internes, et le système familial-scolaire-sanitaire renforce involontairement l'évitement. Nous proposons un modèle intégratif vérifiable décrivant les vulnérabilités, les mécanismes de maintien et les cibles thérapeutiques (recalibrage intéroceptif, mentalisation de l'expérience de la douleur, restauration de la confiance épistémique et réintégration scolaire progressive). Des vignettes cliniques et des tableaux/figures suggérés sont fournis pour faciliter la mise en forme prête à la publication et la traduction clinique interdisciplinaire. Investigación (Monash+4PubMed+4Discovery UCL+4. 2024)

Mots-clés : refus scolaire ; douleur chronique ; psychosomatique pédiatrique ; interoception ; mentalisation ; confiance épistémique ; traitement prédictif ; psychanalyse.

Introducción

El rechazo escolar (o, en términos más amplios, los problemas de asistencia escolar) no es un diagnóstico unitario, sino una constelación heterogénea de trayectorias donde confluyen motivos de evitación, refuerzos familiares, contextos escolares y factores del desarrollo. En la literatura contemporánea se recomienda distinguir y formular el problema por función (qué mantiene la no asistencia) y no sólo por etiqueta, para evitar

intervenciones genéricas que fracasan o cronifican la situación. ([Investigación Monash+1](#). 2019)²

Cuando el rechazo escolar aparece ligado a dolor crónico (cefaleas, dolor abdominal funcional, dolor musculoesquelético, dolor regional complejo, etc.), el sistema clínico suele polarizarse: o bien se interpreta el síntoma como “orgánico” y se persigue la etiología de manera interminable, o bien se “psicologiza” con rapidez (“es ansiedad”, “no quiere ir”), generando rupturas de alianza y desconfianza en el dispositivo asistencial. La noción de síntomas físicos persistentes (persistent physical symptoms) busca precisamente superar esa dicotomía, al describir síntomas somáticos distressantes que persisten meses o más “independientemente de su causa” y con alta discapacidad asociada. ([thelancet.com+1](#). 2024). Este marco propone entender los síntomas corporales persistentes como un fenómeno transversal donde pueden coexistir componentes funcionales, médicos y emocionales; por ello prioriza el impacto clínico (malestar y limitación funcional) y orienta la intervención más allá del dualismo orgánico/psicológico.

En adolescentes con dolor crónico se ha documentado deterioro escolar que incluye absentismo, descenso del rendimiento y conflictos con el centro, con necesidad de indicadores clínicos que integren asistencia y desempeño. Además, el funcionamiento escolar puede verse influido por variables familiares: catastrofismo parental, conductas protectoras y dinámicas de refuerzo inadvertido de la evitación. ([ScienceDirect+1](#). 2008)

² En vez de separar los síntomas corporales en cajones rígidos —“**funcional**” (sin lesión clara), “**médico/orgánico**” (ligado a una enfermedad identificable) o “**psicológico**” (por ansiedad o depresión)—, este enfoque propone verlos como parte de un **continuo**.

En la práctica clínica, esas categorías suelen **mezclarse**:

- Un/a adolescente con una **enfermedad médica real** puede tener dolor o fatiga que se mantiene o se agrava por **estrés, miedo, hipervigilancia** o depresión.
- Un síntoma “funcional” (p. ej., dolor abdominal funcional) puede ir acompañado de **ansiedad**, y esa ansiedad no lo hace “menos real”: lo hace más persistente y más incapacitante.
- Una base ansioso-depresiva puede expresarse en el cuerpo (dolor, náusea, mareo), sin que eso implique que el síntoma sea “inventado”.

Entonces, la idea central es: lo más importante para decidir qué hacer no es “¿de qué cajón viene?”, sino **cuánto sufrimiento causa y cuánta discapacidad genera** (escuela, sueño, vida social, familia), porque eso es lo que hay que tratar y rehabilitar, evitando discusiones simplistas del tipo “es orgánico vs es psicológico”

Este artículo propone que el punto ciego no está sólo en “la causa del dolor” sino en cómo el cuerpo y el entorno aprenden a predecirlo: la experiencia dolorosa se vuelve una hipótesis privilegiada (“si voy al instituto, mi cuerpo colapsa”), y el rechazo escolar se convierte en la conducta más coherente con esa predicción. Para articular un puente psicoanálisis ↔ modelos contemporáneos, se integran tres ejes:

1. Interocepción: el sistema de percepción de estados internos corporales y su rol en la experiencia subjetiva y emocional. ([PubMed+1](#). 2013)
2. Mentalización: capacidad de representar estados mentales (incluidos afectos y sensaciones corporales) en uno mismo y en otros; base de regulación y vínculo terapéutico. ([Discovery UCL+1](#).2014)
3. Confianza epistémica: apertura selectiva a aprender de la comunicación social; factor transdiagnóstico para alianza, cambio y generalización. ([PLOS+2PMC+2](#). 2021)

El objetivo es ofrecer una formulación teórico-técnica “publicable” y clínicamente operativa para contextos psicossomáticos infanto-juveniles, centrada en rechazo escolar + dolor crónico, con implicaciones para evaluación, intervención y coordinación intersistémica.

De la psicossomática psicoanalítica a la predicción encarnada

Psicossomática de orientación psicoanalítica: cuerpo, simbolización y vínculo

En la tradición psicoanalítica, el síntoma psicossomático no se reduce a “somatización” como ficción, sino que se concibe como una modalidad de inscripción del conflicto y/o del déficit de simbolización: el cuerpo “habla” cuando la representación falla. La escuela psicossomática francesa (Marty y colaboradores) introdujo conceptos como pensamiento operatorio y fallas de mentalización/simbolización, describiendo sujetos con afecto poco representado que recurren a vías somáticas ante sobrecargas emocionales. En otra línea,

McDougall subraya que ciertos síntomas corporales pueden funcionar como “teatro del cuerpo” cuando el teatro psíquico no puede sostener escenas afectivas.

En clave técnica, esto implica que el trabajo clínico no es “convencer” de que el dolor es psicológico, sino crear condiciones de representabilidad: sostén (Winnicott), función continente (Bion), elaboración de afecto y conflicto, y reconstrucción de sentido sin forzar interpretaciones prematuras. Aquí aparece el primer puente con la ciencia contemporánea: la representabilidad puede entenderse como capacidad de modelar estados internos (del cuerpo y del vínculo) con suficiente granularidad ³ para no necesitar descarga somática.

Modelos contemporáneos: codificación predictiva, “interoceptive inference” y dolor.

En neurociencia cognitiva, los marcos de procesamiento predictivo proponen que el cerebro (y el organismo) no “reciben” pasivamente el mundo: generan predicciones (modelos generativos) y actualizan según errores de predicción, modulados por la “precisión” asignada a señales y expectativas. ([PubMed+2PubMed+2.2010](#))

Aplicado al cuerpo, la idea de “interoceptive inference” sugiere que la vivencia emocional y corporal emerge de inferencias activas sobre aferencias interoceptivas: sentir no es sólo detectar señales, sino interpretarlas bajo hipótesis previas. ([PubMed+1.2013](#))

En dolor, esta perspectiva converge con hallazgos sobre el peso de expectativas, atención y aprendizaje: placebo/nocebo y modulaciones cognitivas muestran que el dolor es una construcción neurocognitiva influida por predicción y significado. ([PubMed+2PubMed+2.2014](#))

Un marco clínico especialmente útil para cuadros persistentes es el modelo de síntomas físicos persistentes como desregulación perceptiva, donde factores biológicos y

³ La granularidad se refiere al nivel de detalle o finura en la información o en la estructura de un sistema, es decir, el grado en que un conjunto de datos se descompone en unidades más pequeñas y específicas (granos), permitiendo una mayor o menor precisión, desde lo agregado a lo individual

psicosociales interactúan y donde el problema no es “inventar síntomas”, sino un sesgo de procesamiento/interocepción que mantiene la experiencia somática. ([PubMed+1.2018](#))

Del conflicto/defecto a la precisión de la predicción

La traducción integradora que proponemos es la siguiente:

- El psicoanálisis describe qué no pudo representarse y cómo el síntoma porta valor relacional y defensivo.
- La codificación predictiva describe cómo esa solución se estabiliza: priors⁴ de amenaza corporal, asignación de alta precisión a señales internas ambiguas, y bucles de evitación que “confirman” el modelo (“si evito el cole, baja el dolor → el cole era peligroso”).
- La clínica relacional (mentalización + confianza epistémica) describe la condición de posibilidad del cambio: sin un otro confiable, el sistema no re-aprende.

Rechazo escolar y dolor crónico: estado de la cuestión y problemas típicos

Definiciones operativas: SAP, rechazo escolar y evaluación por función

La literatura recomienda hablar de *School Attendance Problems* (SAPs) y diferenciar tipos (p. ej., rechazo escolar vs. absentismo por otras razones), así como formular por función y contexto. El trabajo de Heyne y colaboradores sistematiza esa diferenciación y su utilidad clínica. ([Investigación Monash+1.2019](#))

A nivel de evaluación funcional, el *School Refusal Assessment Scale* (SRAS) identifica dimensiones mantenedoras (p. ej., evitación de afecto negativo, escape social/evaluativo, búsqueda de atención, recompensas tangibles). ([Taylor & Francis Online+1. 2010](#))

⁴ "Priors" (plural de *prior*) se refiere principalmente a un cargo eclesiástico de superior en órdenes religiosas, un "primero" o "anterior" en rango, pero también, en estadística Bayesiana, a creencias o conocimientos previos a un análisis de datos, y en inglés, simplemente a algo que es "previo" o "anterior" a otra cosa, como "prior art" (arte previo).

Para adolescentes existen medidas multidimensionales como SCREEN, y recientemente se ha explorado su uso para contextualizar rechazo escolar en jóvenes con dolor crónico. ([PubMed+1](#). 2005)

Dolor crónico y escuela

El dolor crónico en jóvenes se asocia con deterioro de la vida escolar (asistencia, rendimiento, participación y relación con el centro). En un trabajo clásico, Logan y colaboradores describen patrones de impedimento escolar en adolescentes con dolor crónico e insisten en evaluar tanto absentismo como desempeño y respuesta institucional. ([ScienceDirect+1](#).2008)

En paralelo, la investigación sobre familia sugiere que las respuestas parentales (protección, catastrofismo, acomodación) pueden incrementar discapacidad y específicamente afectar funcionamiento escolar, reforzando la evitación por miedo o por alivio inmediato. ([PubMed+1](#). 2012)

En el plano psicológico, modelos como el “fear-avoidance” adaptado a población pediátrica conectan catastrofismo → miedo → evitación → discapacidad, lo cual encaja directamente con la lógica del rechazo escolar. ([PubMed+1](#).2012)

Intervenciones y brechas

Las revisiones sistemáticas sobre programas para SAPs muestran una diversidad de enfoques, con predominio de intervenciones cognitivo-conductuales, trabajo familiar y coordinación con escuela, aunque con heterogeneidad en calidad y componentes. ([ScienceDirect+1](#).2005)

En dolor crónico pediátrico, las terapias psicológicas muestran evidencia (reducción de dolor/discapacidad en ciertos contextos) y han proliferado formatos presenciales y online (p. ej., iCBT), aunque el desafío sigue siendo la generalización a la vida escolar real y la alineación escuela-familia-sanidad. ([PubMed+1](#).2014)

Modelo integrador propuesto

Pregunta de investigación (para un artículo teórico-técnico)

¿Cómo se co-construye y mantiene el rechazo escolar en jóvenes con dolor crónico cuando el síntoma funciona como predicción interoceptiva de amenaza, en contextos de mentalización frágil y baja confianza epistémica; y qué dianas clínicas se derivan de esa formulación?

Vamos a formular una hipótesis:

En un subgrupo de pacientes infanto-juveniles, el binomio dolor crónico + rechazo escolar se mantiene por un circuito de predicción encarnada: (1) señales interoceptivas ambiguas se interpretan bajo priors de amenaza/colapso, (2) la mentalización insuficiente impide transformar sensación → afecto → significado → petición, y (3) la desconfianza epistémica (por invalidación previa, conflicto familiar-institucional o “odisea diagnóstica”) bloquea el aprendizaje social necesario para recalibrar el modelo; el sistema refuerza entonces evitación escolar como “solución” de corto plazo.

Tres ejes y sus conexiones clínicas

1) Interocepción: del registro corporal a la “precisión” del dolor

La interocepción no es sólo “sentir el cuerpo”; incluye cómo el organismo integra señales internas con expectativas. Los métodos de medición interoceptiva en desarrollo son heterogéneos y su evaluación exige prudencia (tareas fisiológicas, autoinforme, observación), especialmente en infancia. ([PubMed+1.2025](#)) Además, la interocepción subjetiva se relaciona con dificultades de identificación/descripción emocional (alexitimia), dependiendo del instrumento utilizado. Esto es clínicamente relevante: el joven puede describir con precisión dolor y fatiga, pero carecer de léxico afectivo y de causalidad situacional. ([PLOS+1.2024](#))

Hipótesis clínica: en algunos casos, la “precisión” otorgada a señales internas (dolor, náusea, mareo) supera la precisión otorgada a información social tranquilizadora (médicos, docentes, terapeuta). El síntoma entonces “gana” la competencia por la realidad.

2) Mentalización: del dolor como “cosa” al dolor como “estado” (con historia y contexto)

La mentalización permite sostener que “mi cuerpo duele y hay algo que me pasa”, sin tener que elegir entre orgánico/psicológico. En términos psicoanalíticos, esto es sostener una zona transicional donde la vivencia corporal puede convertirse en representación y relato, en lugar de descarga. En psicoterapia, la mentalización es también un mecanismo transversal de cambio, y su presencia en el terapeuta es crucial para que el paciente recupere la capacidad para actuar intencionadamente, tomar decisiones y generar cambios, ya sea a nivel personal (capacidad de autodeterminación, lograr metas) o en un sentido más amplio (influir en el mundo, ser un "agente"). ([Discovery UCL+1.2014](#))

Hipótesis clínica: cuando la escuela activa vergüenza, evaluación o separación, y el joven no puede mentalizar esos afectos, el cuerpo se vuelve la vía “más verdadera” de expresión. El dolor no es una mentira: es el idioma disponible.

3) Confianza epistémica: el permiso interno para aprender de otros

La confianza epistémica describe la capacidad de considerar el conocimiento del otro como relevante, generalizable y aplicable al self. Su opuesto no es sólo “desconfianza”, sino también credulidad rígida y oscilante. Existen medidas psicométricas como el ETMCQ para evaluar posturas epistémicas. ([PLOS+1.2021](#)) En psicoterapia, se ha propuesto que mentalización y confianza epistémica son ingredientes activos: sin reparación de la postura epistémica, la intervención técnica (exposición, pautas escolares, psicoeducación del dolor) puede ser vivida como intrusión o invalidación. ([PubMed+1.2024](#))

Hipótesis clínica: la “odisea” de pruebas, derivaciones y mensajes contradictorios puede erosionar la confianza epistémica (“nadie sabe”, “me culpan”, “me quieren sacar del medio”), estabilizando el síntoma como única certeza.

Viñetas clínicas

Nota ética: las viñetas están deformadas y construidas como compuestos clínicos plausibles para ilustración técnica.

Viñeta 1: “El lunes como amenaza interoceptiva” (adolescente, cefalea crónica)

A., 14 años, inicia cefaleas diarias tras un cambio de centro. Los lunes por la mañana presenta náusea y dolor pulsátil; el pediatra descarta causas agudas, se pauta tratamiento sintomático y se recomiendan hábitos. El instituto comienza a registrar absentismo. En casa, la madre reorganiza su trabajo para “vigilar” a A. y evita confrontaciones. A. describe el dolor con detalle (“me explota la frente”) pero se bloquea ante preguntas sobre conflictos (“no sé”). En sesión, ante la palabra “examen”, baja la mirada y aumenta la tensión en cuello. El terapeuta nota que cada intento de “reasegurar” (“no es peligroso”) desencadena irritación: “¡Tú no lo sientes!”

Formulación integrada:

- *Interocepción:* señales benignas (tensión, activación autónoma) predicen “migraña incapacitante” con alta precisión.
- *Mentalización:* vergüenza y miedo evaluativo no representados → cuerpo como vía.
- *Confianza epistémica:* mensajes previos vividos como invalidación → cierre al aprendizaje (“nadie entiende”).
- *Mantenimiento:* evitación escolar reduce activación → refuerzo negativo; escuela intensifica presión → aumenta amenaza.

Intervención puente: validar el dolor como experiencia real, construir un lenguaje común (“tu cuerpo hace predicciones”), introducir monitorización interoceptiva no persecutoria, y diseñar retorno gradual al centro con acuerdos específicos.

Viñeta 2: “Dolor abdominal y separación” (preadolescente, dolor funcional)

N., 11 años, dolor abdominal recurrente desde hace 9 meses, empeora en la puerta del colegio. Pruebas normales. El padre interpreta “te están tomando el pelo”; la madre teme

“algo grave” y busca nuevas opiniones. N. se calma si la madre se queda en casa; si se menciona ir al cole, aparece urgencia intestinal. N. no refiere bullying, pero en juego simbólico aparece una escena repetida: un personaje pequeño queda solo en un pasillo largo.

Lectura psicoanalítica-predictiva: el síntoma articula separación y seguridad. La predicción somática (“si me separo, mi cuerpo se desordena”) protege del afecto intolerable. El trabajo técnico consiste en traducir “pasillo largo” a representación emocional sin forzar insight, mientras se reduce acomodación familiar y se pacta exposición gradual en coordinación con tutoría.

Viñeta 3: “El instituto como laboratorio de nocebo⁵” (dolor musculoesquelético y conflicto institucional)

R., 16 años, dolor musculoesquelético generalizado tras lesión deportiva. La familia entra en conflicto con el centro por adaptaciones; la escuela sospecha “absentismo estratégico”. Cada reunión termina con más tensión. R. llega a consulta con carpeta de informes y un discurso hiper-técnico (operativo), pero sin afecto. Al proponer un plan gradual, responde: “Eso ya lo dijeron; luego me obligan; y me rompo”. El dolor aumenta tras correos escolares.

Hipótesis: el sistema escolar se volvió estímulo condicionado de amenaza; el intercambio institucional activa nocebo (expectativas de daño y coerción) y erosiona confianza epistémica. El tratamiento requiere tanto trabajo intrapsíquico como reparación del vínculo sistema-sistema (clínica ↔ escuela), con mensajes consistentes.

Implicaciones para evaluación y práctica clínica

⁵ El efecto nocebo es cuando una persona experimenta efectos secundarios negativos, síntomas o empeora su condición, no por la acción química de un tratamiento o sustancia, sino porque cree o espera que ocurran, siendo el "gemelo maligno" del efecto placebo (que produce efectos positivos). Proviene del latín nocere (dañar) y se basa en la expectativa negativa, generando respuestas físicas reales como dolor de cabeza, fatiga o problemas digestivos, aunque el tratamiento sea inerte.

Principios técnicos (evitar trampas iatrogénicas)

1. No dicotomizar (“o es orgánico o es psicológico”): sostener doble pertenencia cuerpo-mente.
2. Validar sin fijar: reconocer realidad del dolor sin cristalizar identidad de enfermo.
3. Formulación compartida: convertir la explicación en herramienta de agencia, no en veredicto.
4. Coherencia institucional: alinear pediatría, salud mental y escuela para no competir por la verdad.

Estos principios están alineados con enfoques contemporáneos de síntomas persistentes y con la idea de que el síntoma se mantiene por bucles de procesamiento, aprendizaje y contexto. ([thelancet.com](https://www.thelancet.com)+1.2024)

Batería de evaluación sugerida y dianas clínicas (enfoque multifuente)

Cuando el rechazo escolar se presenta asociado a dolor crónico, la evaluación clínica necesita salir del formato “entrevista individual + diagnóstico” y transformarse en una evaluación multifuente y multinivel. Multifuente significa, como mínimo, recoger información del/la menor, de cuidadores y del centro escolar (y, cuando procede, de pediatría o unidades de dolor). Multinivel implica que lo que observamos no es solo “un síntoma” sino un circuito: el cuerpo (dolor), la mente (interpretación y afectos), el vínculo (cómo se responde al dolor) y la institución escolar (cómo se gestiona la asistencia y la demanda).

En la práctica, esta evaluación se puede organizar de manera especialmente útil a partir de cuatro dominios o ejes de trabajo, que además conectan directamente con el modelo “del síntoma a la predicción”:

1. interocepción/predicción,
2. mentalización,
3. confianza epistémica, y
4. sistema (familia–escuela–sanidad).

La razón es sencilla: en muchos casos, el dolor no solo “aparece”, sino que el organismo lo anticipa. El menor aprende (a veces sin palabras) que determinados contextos —por ejemplo, el lunes, el trayecto al colegio, el aula o la evaluación— se asocian a amenaza y desregulación corporal. La evitación (no ir) produce un alivio inmediato que confirma la hipótesis del sistema (“menos escuela = menos dolor”), reforzando el patrón. La evaluación debe, por tanto, identificar *qué señales aparecen, qué significan, qué relaciones las modulan y qué respuestas las mantienen*.

1) Interocepción y predicción: “¿Qué anuncia el cuerpo antes de no ir?”

En este dominio, el foco no está en “si el dolor es real” (lo es), sino en cómo se organiza la experiencia corporal y qué papel tiene en la decisión de no asistir. Un indicador típico es la hipervigilancia corporal: el menor está continuamente escaneando sensaciones (tensión, náusea, latido, cefalea incipiente), como si su cuerpo fuese un detector de catástrofes. Otro patrón frecuente es el llamado, coloquialmente, “*lunes-malaise*”: el deterioro corporal marcado al inicio de la semana o en la franja previa a la entrada escolar, con mejoría parcial en fines de semana, vacaciones o tardes. También puede observarse un efecto nocebo escolar, donde la sola anticipación del contexto escolar (mensajes, correos del centro, hablar del examen) actúa como disparador fisiológico y perceptivo del dolor.

Aquí conviene usar preguntas guía muy concretas y orientadas a secuencia, por ejemplo:

- “¿Qué señales aparecen justo antes de decidir no ir?”
- “Si tu cuerpo tuviera que predecir lo que va a pasar en el colegio, ¿qué predice?”
- “¿Qué cambia en el dolor cuando decides quedarte en casa?”

Estas preguntas buscan algo clínicamente crucial: reconstruir la microsecuencia de anticipación (señal → interpretación → conducta) para que el síntoma deje de ser un “hecho bruto” y se convierta en un fenómeno observable y modificable.

Dianas técnicas en este dominio:

- Monitorización compasiva (no persecutoria): registrar patrones sin convertir el registro en ritual de control.

- Psicoeducación predictiva: explicar que el cuerpo puede aprender a “predecir amenaza” y que eso es reversible.
- Exposición interoceptiva graduada: si procede, entrenar tolerancia a ciertas sensaciones (tensión, aceleración, molestia) para reducir evitación y miedo al síntoma, siempre dentro de un plan y sin forzar.

2) Mentalización: del “me duele” a “me duele y me pasa algo”

En el segundo dominio, evaluamos la capacidad del/la menor para representar estados internos. En rechazo escolar con dolor crónico es común encontrar un lenguaje somático rico (“me explota”, “me quema”, “me sube”) pero con muy poco afecto nombrado, o un colapso narrativo: ante preguntas sobre contexto, emociones o relación, la respuesta es “no sé”, “da igual”, “nada”, y la conversación vuelve al cuerpo.

Otra señal clínica típica (sobre todo en infancia) es el juego repetitivo o temáticamente fijo: escenas de separación, evaluación, humillación o amenaza se repiten sin elaboración. En adolescentes, lo equivalente puede ser un discurso “operativo” (muchas explicaciones técnicas de informes médicos) pero escasa conexión con experiencia subjetiva.

Aquí las preguntas guía son deliberadamente metafóricas y mentalizantes, para abrir representabilidad sin imponer una causalidad:

- “Si el dolor pudiera hablar, ¿qué diría?”
- “Si el dolor tuviera un mensaje para el colegio o para alguien allí, ¿cuál sería?”
- “¿Qué emoción crees que aparece justo antes del dolor, aunque sea muy pequeña?”

Dianas técnicas en este dominio:

- Mentalización del dolor: construir el puente sensación → emoción → significado → acción posible.
- Simbolización: ayudar a convertir la experiencia corporal en relato, imagen o escena representable.
- Trabajo con vergüenza/miedo: dos afectos centrales en rechazo escolar (evaluación social, exposición, separación).

- Sostén (contención): sin seguridad relacional, el esfuerzo de mentalizar puede vivirse como invasión o como invalidación.

3) Confianza epistémica: “¿En quién puedo aprender sobre mi cuerpo sin sentirme invadido?”

Este dominio es especialmente decisivo en cuadros con itinerarios médicos largos o conflictos con el centro. La señal clínica más frecuente es la frase (o su equivalente): “nadie entiende”. A veces aparece como desconfianza rígida (mistrust): “los médicos no saben”, “el colegio no escucha”, “tú también vas a decir que es ansiedad”. Otras veces aparece como oscilación entre credulidad y mistrust: en una etapa se agarra a una explicación única como salvación; cuando falla, cae en descreimiento total.

En términos clínicos, esto se traduce en una alianza frágil: cualquier propuesta (plan de reintegración, intervención familiar, explicación del dolor) se vive como amenaza de coerción, manipulación o minimización. Por eso, antes de “intervenir”, hay que evaluar el estado de la confianza epistémica y sus rupturas previas.

Preguntas guía útiles:

- “¿Cuándo una explicación te ayuda... y cuándo te invade?”
- “¿Qué tendría que pasar para que sintieras que alguien te entiende de verdad?”
- “¿Qué es lo peor que imaginas que podría pasar si aceptas una explicación que no sea 100% médica?”

Dianas técnicas en este dominio:

- Reparar ruptura (cuando la hay): nombrar explícitamente el historial de invalidación o desencuentro.
- Consistencia: mensajes coherentes entre profesionales, familia y escuela.
- Ostensión (señales de relevancia personal): comunicar de un modo que el menor experimente como auténtico, no como “manual”.
- Acuerdos claros: pactos concretos (qué se hará, cuándo, cómo se evaluará), porque la ambigüedad erosiona la confianza.

4) Sistema familia–escuela–sanidad: “¿Quién decide?, ¿quién refuerza?, ¿quién desorganiza?”

Finalmente, el dominio sistémico identifica los patrones de mantenimiento que no están “dentro” del menor sino en el entorno. Aquí aparecen dos grandes fenómenos:

1. Acomodación: respuestas familiares y escolares que, buscando proteger, terminan reforzando el circuito evitativo (recogidas inmediatas, exenciones sin plan, reducción total de demandas, exceso de monitorización).
2. Conflicto institucional y mensajes contradictorios: familia vs escuela, pediatría vs salud mental, “no es nada” vs “hay que hacer más pruebas”. El menor aprende, entonces, que el mundo adulto no ofrece una verdad confiable y que el cuerpo es la única certeza.

Pregunta guía central:

- “¿Quién decide cuándo se va al cole?”
Y preguntas complementarias:
- “¿Qué hace cada uno cuando aparece el dolor?”
- “¿Qué acuerdos hay con el centro y cómo se cumplen?”
- “¿Qué pasa cuando se intenta volver: qué lo impide exactamente?”

Dianas técnicas en este dominio:

- Contrato de reintegración (triádico): familia–escuela–clínica con roles definidos.
- Coordinación: reducir contradicciones y unificar mensajes.
- Objetivos medibles: asistencia parcial, tolerancia a síntomas, objetivos académicos mínimos y realistas.

A partir de esa formulación por dominios, es útil complementar la entrevista con instrumentos psicotécnicos que ayuden a “objetivar” funciones y seguimiento, siempre sin convertir el proceso en un examen.

**Propuesta de intervención “puente” por fases
(psicoanálisis ↔ modelos contemporáneos)**

La intervención, cuando el foco es rechazo escolar con dolor crónico, se beneficia de una estructura por fases. No porque sea lineal en la vida real (suele haber idas y vueltas), sino porque evita un error muy frecuente: empezar por la exposición escolar cuando todavía no hay base de seguridad ni confianza.

Fase 1. Alianza, ostensión y reparación de la confianza epistémica

El primer trabajo es reconstruir un “suelo” relacional y comunicativo. Esto implica:

- Reconocer explícitamente el patrón de invalidación o desgaste previo: “han pasado muchas cosas, es lógico desconfiar”.
- Establecer un marco estable y predecible (frecuencia, objetivos, coordinación, criterios médicos de seguridad).
- Señalar relevancia personal (ostensión): “lo que te pasa tiene sentido para ti; no es un capricho ni una etiqueta”.

Aquí, la técnica psicoanalítica (contención, manejo de transferencia, tolerancia a ambivalencia, escucha del sentido del síntoma) se vuelve, en términos contemporáneos, en la creación de un canal de aprendizaje social seguro. Sin ese canal, cualquier plan escolar se vivirá como coerción (“me obligan”) o como invalidación (“no me creen”).

Fase 2. Mentalización del dolor (interoceptiva y relacional)

Una vez que el vínculo sostiene, se trabaja el cuerpo como experiencia mentalizable:

- Construir un vocabulario afectivo-corporal (dolor + miedo + vergüenza + enfado, etc.).
- Trabajar micro-secuencias: disparador escolar → señal corporal → interpretación → conducta (evito).
- Facilitar narrativas no culpabilizantes: “tu cuerpo aprendió esto; ahora puede desaprenderlo”.

El objetivo es que el dolor deje de ser “cosa que manda” y pase a ser una señal con historia, contexto y alternativas.

Fase 3. Recalibración predictiva mediante experiencia correctiva

Aquí entra el componente de aprendizaje: actualizar predicciones no se logra solo hablando, sino viviendo experiencias graduadas donde el sistema comprueba que “puedo ir un poco y no colapso”, o “puedo estar con molestias sin que eso signifique peligro”.

- Plan de reintegración gradual: micro-asistencias y objetivos concretos (no “todo o nada”).
- Exposición graduada a contextos (trayecto, aula, evaluación) y, si procede, a sensaciones (interoceptiva) para disminuir evitación.
- Coordinación con escuela para reducir señales nocebo (amenazas, mensajes ambiguos, sanciones confusas) y aumentar señales de seguridad (acuerdos consistentes y previsibles).

Fase 4. Trabajo con familia y sistema escolar: evitar refuerzos inadvertidos

Finalmente, se consolida el cambio en el ecosistema:

- Identificar acomodaciones: recogidas inmediatas, exenciones sin plan, hipermonitorización del dolor.
- Entrenar respuestas parentales que sostengan autonomía sin invalidar (acompañar sin rescatar).
- Contrato triádico con métricas: asistencia parcial, tolerancia a síntomas, objetivos académicos mínimos y seguimiento periódico.

Método clínico: Evaluación

La evaluación del rechazo escolar asociado a dolor crónico debe concebirse, más que como un “momento diagnóstico”, como un procedimiento clínico multifuente y multinivel. *Multifuente* significa recabar información, como mínimo, del/de la menor y de sus cuidadores, e incorporar datos del centro escolar (tutoría/orientación) y del circuito sanitario implicado (pediatría, unidad de dolor, salud mental). *Multinivel* implica que el fenómeno observado no es únicamente un síntoma (dolor) ni únicamente una conducta (no asistir), sino un circuito de mantenimiento en el que interactúan: (a) el cuerpo (señales interoceptivas y dolor), (b) la mente (interpretaciones y afectos), (c) el vínculo (respuestas

familiares y alianza clínica) y (d) la institución escolar (demandas, acomodaciones, mensajes, clima).

Para ordenar la complejidad sin caer en reduccionismos, proponemos organizar la evaluación alrededor de cuatro dominios clínicos que, a su vez, se derivan del eje integrador del manuscrito (*interocepción–mentalización–confianza epistémica–sistema*). Esta organización tiene una ventaja práctica: cada dominio incluye (1) indicadores observables, (2) preguntas guía para entrevista, y (3) dianas técnicas que enlazan directamente con la intervención. Ver TABLA 1

1. Interocepción/predicción. En este dominio no se discute la “realidad” del dolor, sino cómo se organiza la anticipación corporal del daño o del colapso y su relación con la decisión de no asistir. Se exploran patrones como hipervigilancia corporal, malestar anticipatorio (p. ej., deterioro marcado al inicio de semana o en franja pre-escolar) y “nocebo escolar” (incremento sintomático desencadenado por señales del contexto escolar: hablar del examen, recibir un correo, entrar al edificio). La entrevista se centra en secuencias: *señal* → *significado* → *decisión* → *alivio*, porque ese alivio inmediato suele consolidar la evitación.
2. Mentalización. Aquí se evalúa la capacidad del/de la menor para representar estados internos, especialmente el tránsito entre sensación y afecto. Son frecuentes el lenguaje somático sin afecto (“me duele y ya”), el colapso narrativo (“no sé”, “da igual”) y, en edades menores, el juego repetitivo con temas de separación, humillación o amenaza. El objetivo no es “interpretar rápido”, sino abrir gradualmente representabilidad: que el dolor pueda transformarse en relato, escena o emoción tolerable.
3. Confianza epistémica. Este dominio es crítico cuando existen itinerarios sanitarios prolongados o vivencias de invalidación. Indicadores típicos son “nadie entiende”, oscilación entre credulidad y desconfianza, y alianza terapéutica frágil (cualquier propuesta se vive como coerción o minimización). Evaluar confianza epistémica permite decidir el ritmo: en algunos casos, el trabajo inicial no es exposición escolar sino reparación de rupturas, consistencia y acuerdos claros.
4. Sistema (familia–escuela–sanidad). Se identifican patrones de acomodación y refuerzo inadvertido (recogidas inmediatas, exenciones sin plan, hipermonitorización), conflictos institucionales y mensajes contradictorios entre

adultos. Una pregunta guía estructurante es: “¿Quién decide cuándo se va al cole?”. Esto permite mapear el reparto real de agencia y responsabilidad, y detectar dónde el sistema confirma la predicción de amenaza (por ejemplo, “si duele, entonces no se puede”) sin quererlo.

La evaluación puede beneficiarse de instrumentos psicotécnicos breves para objetivar función, seguimiento y respuesta a la intervención, sin convertir el proceso en una “auditoría” del síntoma.

Tabla 1

Dianas clínicas según el eje interocepción–mentalización–confianza epistémica (aplicable a rechazo escolar y dolor crónico)

Dominio	Indicadores clínicos (ejemplos)	Preguntas guía (entrevista)	Dianas técnicas (orientación de intervención)
Interocepción / predicción	Hipervigilancia corporal; malestar anticipatorio (“lunes-malaise” o franja pre-escolar); efecto nocebo escolar	“¿Qué señales aparecen antes de decidir no ir?” “¿Qué predice tu cuerpo que va a pasar?” “¿Qué cambia en el dolor cuando decides quedarte?”	Monitorización compasiva (no persecutoria); psicoeducación predictiva; exposición interoceptiva graduada (si procede)
Mentalización	Lenguaje somático sin afecto; colapso	“Si el dolor pudiera hablar, ¿qué diría?”	Mentalización del dolor; simbolización; trabajo

Dominio	Indicadores clínicos (ejemplos)	Preguntas guía (entrevista)	Dianas técnicas (orientación de intervención)
	narrativo (“no sé”); juego repetitivo o discurso operativo sin conexión emocional	“¿Qué emoción aparece justo antes, aunque sea pequeña?” “¿En qué escenas sube más?”	con vergüenza/miedo; sostén/contención clínica
Confianza epistémica	“Nadie entiende”; oscilación credulidad–desconfianza; alianza frágil; sensibilidad a invalidación	“¿Cuándo una explicación te ayuda y cuándo te invade?” “¿Qué tendría que pasar para sentirte entendido/a?”	Reparar rupturas; consistencia de mensajes; ostensión (relevancia personal); acuerdos claros y verificables
Sistema (familia–escuela–sanidad)	Acomodación; conflicto institucional; mensajes contradictorios; “deriva” asistencial	“¿Quién decide cuándo se va al cole?” “¿Qué hace cada uno cuando aparece el dolor?” “¿Qué acuerdos hay con el centro?”	Contrato de reintegración; coordinación triádica; objetivos medibles (asistencia parcial, tolerancia a síntomas, mínimos académicos)

Nota. La tabla organiza indicadores, preguntas y dianas técnicas para una evaluación multifuente. Se recomienda triangular la información entre menor, cuidadores, escuela y sistema sanitario para reducir contradicciones, evitar iatrogenia y orientar un plan de intervención por fases.

El valor de este enfoque integrador es doble. Primero, ofrece una formulación que evita el reduccionismo: el dolor se reconoce como experiencia real y, a la vez, se comprende como fenómeno modulable por aprendizaje, contexto y relación. Segundo, operacionaliza dianas clínicas que pueden ser evaluadas y estudiadas: cambios en postura epistémica, aumento de mentalización del dolor, reducción de evitación y mejora de asistencia escolar.

El modelo también genera predicciones para investigación aplicada:

1. Jóvenes con mayor desconfianza epistémica (mistrust) podrían mostrar menor adherencia a planes de reintegración, mediada por rupturas de alianza. ([PLOS+1.2021](#))
2. Perfiles de interocepción subjetiva y alexitimia podrían moderar el tipo de intervención (más trabajo de simbolización vs. más exposición). ([PLOS+1.2024](#))
3. La coordinación escuela-familia podría actuar como intervención “anti-nocebo”, reduciendo predicciones de amenaza asociadas al contexto escolar, en línea con marcos de expectativa/predictive coding en dolor. ([PubMed+1.2014](#))

Limitaciones: como manuscrito teórico-técnico, la propuesta requiere validación empírica y adaptación a marcos culturales y educativos concretos (incluyendo normativa española sobre absentismo, NEAE y adaptaciones). Aun así, su utilidad clínica reside en convertir el conflicto cuerpo-mente en una agenda de trabajo: representar, confiar, reaprender.

Conclusiones

El rechazo escolar asociado a dolor crónico puede entenderse como el resultado de un circuito donde el síntoma opera como predicción corporal de amenaza, reforzada por evitación, por fragilidad de mentalización y por erosión de confianza epistémica. El puente psicoanálisis ↔ modelos contemporáneos permite sostener una clínica no dicotómica: la técnica relacional (contención, transferencia, simbolización) y la técnica basada en aprendizaje (exposición gradual, reintegración escolar) se vuelven complementarias cuando se orientan a recalibrar interocepción, ampliar mentalización y reparar la posibilidad de aprender del otro. En el contexto del IEPPM, esta integración favorece un enfoque verdaderamente psicosomático: interdisciplinar, clínicamente sensible y metodológicamente articulable.

BIBLIOGRAFÍA (formato APA 7)

Addabbo, M., & Milani, L. (2025). *Measuring interoception from infancy to childhood: A scoping review*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 173, 106161. [PubMed+1](#)

Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.

Büchel, C., Geuter, S., Sprenger, C., & Eippert, F. (2014). Placebo analgesia: A predictive coding perspective. *Neuron*, 81(6), 1223–1239. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.02.042> [PubMed+1](#)

Campbell, C., Kumpasoğlu, G. B., & Fonagy, P. (2024). Mentalizing, epistemic trust, and the active ingredients of psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 52(4), 435–451. <https://doi.org/10.1521/pdps.2024.52.4.435> [PubMed+1](#)

Campbell, C., Tanzer, M., Saunders, R., Booker, T., Allison, E., Li, E., O’Dowda, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2021). Development and validation of a self-report measure of epistemic trust. *PLOS ONE*, 16(4), e0250264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250264> [PLOS](#)

Clark, A. (2013). Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science. *Behavioral and Brain Sciences*, 36(3), 181–204. <https://doi.org/10.1017/S0140525X12000477> [PubMed+1](#)

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.372> [repository.tilburguniversity.edu+1](https://www.repository.tilburguniversity.edu/)

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.

Fisher, E., Law, E., Palermo, T. M., & Eccleston, C. (2014). Systematic review and meta-analysis of psychological therapies for children with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 763–782. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu008> [PubMed+1](#)

Friston, K. (2010). The free-energy principle: A unified brain theory? *Nature Reviews Neuroscience*, 11, 127–138. <https://doi.org/10.1038/nrn2618> [PubMed+1](#)

Gallé-Tessonneau, M., & Gana, K. (2019). Development and validation of the School Refusal Evaluation Scale for Adolescents (SCREEN). *Journal of Pediatric Psychology*, 44(2), 153–163. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy061> [Insa+1](#)

Henningsen, P., Gündel, H., Kop, W. J., Löwe, B., Martin, A., Rief, W., Rosmalen, J. G. M., Schröder, A., van der Feltz-Cornelis, C. M., & Van den Bergh, O. (2018). Persistent physical symptoms as perceptual dysregulation: A neuropsychobehavioral model and its clinical implications. *Psychosomatic Medicine*, 80(5), 422–431. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000588> [PubMed+1](#)

Heyne, D., Gren-Landell, M., Melvin, G. A., & Gentle-Genitty, C. S. (2019). Differentiation between school attendance problems: Why and how? *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 8–34. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.03.006> [Investigación Monash+1](#)

Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1993). Measuring the function of school refusal behavior: The School Refusal Assessment Scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 85–96. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2201_9 [Taylor & Francis Online](#)

- Leduc, K., Normandin, L., & otros. (2024). School refusal in youth: A systematic review of ecological factors. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(4), 1044–1062. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01469-7> [PubMed+1](#)
- Li, E., y cols. (2023). Epistemic trust: A comprehensive review of empirical insights and clinical implications. [Revisión en acceso abierto]. [PMC](#)
- Li, X., Guessoum, S. B., Ibrahim, C., Lefèvre, H., Moro, M.-R., & Benoit, L. (2021). [Revisión sobre síntomas somáticos y rechazo escolar]. *Psychosomatic Medicine*, 83, 715–723. [PubMed+1](#)
- Logan, D. E., Simons, L. E., Stein, M. J., & Chastain, L. (2008). School impairment in adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 9(5), 407–416. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.12.003> [ScienceDirect+1](#)
- Logan, D. E., Simons, L. E., & Carpino, E. A. (2012). Too sick for school? Parent influences on school functioning among children with chronic pain. *Pain*, 153(2), 437–443. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.11.004> [PubMed+1](#)
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 121–140. [Taylor & Francis Online+1](#)
- Luyten, P., De Meulemeester, C., & Fonagy, P. (2020). Psychodynamic psychotherapy for patients with functional somatic disorders. *American Journal of Psychotherapy*. [psychiatryonline.org+1](https://www.psychiatryonline.org)
- Lyon, A. R., y cols. (2009). Confirmatory factor analysis of the School Refusal Assessment Scale-Revised. [Artículo en acceso abierto]. [PMC](#)
- Löwe, B., Rosmalen, J. G. M., Burton, C., & otros. (2024). Persistent physical symptoms: Definition, genesis, management. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00623-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00623-8) [thelancet.com+1](https://www.thelancet.com)
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Payot.
- McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps*. Gallimard.
- Palermo, T. M. (2000). Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 21(1), 58–69. [PubMed+1](#)
- Palermo, T. M., Valrie, C. R., & Karlson, C. W. (2014). Family and parent influences on pediatric chronic pain: A developmental perspective. *American Psychologist*. [PubMed+1](#)
- Palermo, T. M., y cols. (2016). Internet-delivered cognitive-behavioral treatment for adolescents with chronic pain and their parents: A randomized controlled multicenter trial. *Pain*. [PubMed+1](#)

Pérez-Marco, M., González, C., Fuster-Rico, A., & Vicent, M. (2025). A systematic review of intervention programs for school attendance problems. *Children and Youth Services Review*, 169, 108091. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2024.108091> [ideas.repec.org+1](https://ideas.repec.org/)

Seth, A. K. (2013). Interoceptive inference, emotion, and the embodied self. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(11), 565–573. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.09.007> [PubMed+1](#)

Simons, L. E., & Kaczynski, K. J. (2012). The fear avoidance model of chronic pain: Examination for pediatric application. *The Journal of Pain*, 13(2), 149–158. [PubMed+1](#)

Stewart, C. E., y cols. (2025). Measuring and contextualizing school refusal in pediatric chronic pain: SCREEN measure and school functioning. [Artículo indexado]. [PubMed+1](#)

Van Bael, K., Scarfo, J., Suleyman, E., Katherveloo, J., Grimble, N., & Ball, M. (2024). A systematic review and meta-analysis of the relationship between subjective interoception and alexithymia. *PLOS ONE*, 19(11), e0310411. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310411> [PLOS+1](#)

Wiech, K. (2016). Deconstructing the sensation of pain: The influence of cognitive processes on pain perception. *Science*, 354(6312), 584–587. <https://doi.org/10.1126/science.aaf8934> [PubMed+1](#)

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.