



Digestivo

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO/RECURRENTE pág. 205

COLESTASIS pág. 219

Puntos clave

En el trastorno por dolor abdominal psicosomático el síntoma físico posee una función defensiva ante un conflicto psíquico: cuando el síntoma está presente, la angustia desaparece.

El diagnóstico de sospecha y el primer abordaje terapéutico debe ser establecido desde el inicio de los síntomas por el pediatra de atención primaria.

Una adecuada anamnesis y exploración orgánica y psicopatológica, así como la entrevista con el niño y la familia, son fundamentales para el diagnóstico de dolor abdominal de origen psicosomático.

Es fundamental el conocimiento de las posibles causas orgánicas de dolor abdominal para la evaluación de su posible origen psicosomático, ya que es necesario descartar organicidad.

Es fundamental evitar decir "es hereditario" o "no es nada" ya que refuerza las culpabilizaciones, el miedo a padecer una enfermedad desconocida y la descalificación del profesional sanitario.

El dolor que se presenta en el trastorno por dolor de origen psicosomático es un dolor real con características que pueden ser similares al dolor de causa orgánica, siendo la simulación poco frecuente en la edad pediátrica.

Dolor abdominal de origen psicosomático

GEMMA OCHANDO^a, M. CARMEN MILLÁN^a Y ANTONIO PEREDA^b^aUnidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.^bUnidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

ochando_gem@gva.es; mamiol@hotmail.com; aperedap@medynet.com

Definición y concepto

En la actualidad no existe consenso sobre los trastornos somatomorfos en la infancia¹. La décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, (DSM-IV) los definen como un grupo de trastornos cuya característica común es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental².

Los cuadros somatomorfos pueden clasificarse en: *a)* aquellos cuyos factores psicológicos están asociados a los síntomas físicos o disfunciones (trastorno de conversión, trastorno por somatización); *b)* aquellos cuyos factores psicológicos influyen en el desarrollo de enfermedad física (los trastornos clásicamente psicosomáticos: colitis ulcerosa, asma), y *c)* aquellos cuyos síntomas físicos constituyen la manifestación principal del trastorno mental (trastornos de alimentación)³.

En la etapa infantil, la clínica psicosomática representa una forma prevalente de "expresión del sufrimiento emocional". El trastorno psicosomático aparece cuando los afectos o las emociones no pueden expresarse normalmente y cuando la energía que permanece encerrada en el organismo de forma crónica produce una disfunción en los órganos².

En definitiva, en la somatización, el mecanismo defensivo es básico, de supervivencia (ante la angustia producida por un conflicto psíquico), y tiene como resultado un trasvase de lo

psíquico a lo somático, escogiendo uno o varios órganos privilegiados por su valor simbólico o su minusvalía fisiogenética previa². El síntoma posee una función defensiva: cuando el síntoma está presente, la angustia desaparece⁴.

Las entidades nosológicas en las que se podrían incluir el dolor abdominal son (tabla 1):

1. Trastorno de somatización: presencia de síntomas somáticos múltiples y recurrentes (al menos 6 meses), que producen deterioro significativo en los hábitos diarios del niño o adolescente, que no puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o consumo de tóxico o fármaco y que no se produce de manera intencional⁵⁻⁸.

2. Trastorno somatomorfo por dolor: cuando el síntoma predominante es dolor y los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su etiología o mantenimiento⁵⁻⁸.

3. Hipochondría: preocupación o miedo a tener alguna enfermedad basándose en la interpretación personal de determinados signos físicos o sensaciones corporales⁶.

La mayoría de los niños con trastornos somatomorfos no cumplen todos los criterios requeridos en las clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-IV) para dichos trastornos⁹. Al mismo tiempo, el diagnóstico se realiza por exclusión, lo que conlleva una serie de problemas (que la enfermedad física no se haya manifestado todavía, que no se conozca suficientemente, que los medios técnicos no sean apropiados o que tenga un origen orgánico, aunque exacerbado, por aspectos psicológicos)¹.

Lectura rápida



Definición y concepto

Las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV definen los trastornos somatomorfos en la infancia como un grupo de trastornos en los que la característica común es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.



Epidemiología/ prevalencia

Los trastornos psicosomáticos son una de las formas clínicas de expresión más común de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Entre las quejas somáticas, el dolor abdominal supone un 5% en los niños y un 30% en las niñas¹⁰, y se ha encontrado una proporción varones/mujeres de 1/5. La edad de inicio de los síntomas se sitúa entre los 3 y los 5 años, con un pico de inflexión entre los 7 y los 9 años de edad². En la práctica clínica, fundamentalmente en atención primaria, se tiende a buscar una causa orgánica a las quejas somáticas en la edad pediátrica, por lo que los datos de prevalencia y/o derivación a servicios especializados son variables, según las fuentes consultadas.

En un estudio realizado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (SMIJ) del Hospital Infantil La Fe de Valencia, en 100 niños y adolescentes con quejas somáticas, se encontró una proporción del 30% de dolor abdominal recurrente, del 19% de cefaleas y mareos, del 15% de palpitaciones, del 9% de dificultad de deglución, del 9% de marcha inestable, del 6% de visión borrosa, del 2-3% de artralgias y del 3% de síntomas menstruales².

No se ha podido relacionar la presencia de dolor abdominal de origen psicosomático con un de-

terminado nivel socioeconómico¹¹. Algunos estudios relacionan el dolor abdominal en la infancia con un aumento del riesgo de presentar otra enfermedad psiquiátrica comórbida (principalmente, ansiedad y depresión)^{11,12} y consideran los episodios de dolor abdominal de repetición como un factor predictivo de enfermedad psiquiátrica en la edad adulta¹¹⁻¹³. Apley decía que “un pequeño dolor de barriga no evoluciona a un dolor grande de barriga, pero puede conducir a un sufrimiento por ansiedad o depresión”¹³.

Factores de riesgo

El diagnóstico de confirmación del trastorno de somatización/trastorno por dolor somatomorfo corresponde al paidopsiquiatra, pero el diagnóstico de sospecha debe establecerlo, desde el inicio de los síntomas, el pediatra de atención primaria. Para ello, puede valerse de una serie de signos y síntomas en la familia y en el niño que harán sospechar del posible origen psicosomático del dolor abdominal.

En la mayoría de los trastornos psicosomáticos existen unos factores favorecedores o predisponentes que pueden desencadenar enfermedad en una personalidad vulnerable, así como la presencia de unos factores precipitantes y otros factores mantenedores que pueden cronificar el proceso (fig. 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos (basados en el manual DSM-IV)

	Trastorno de somatización	Trastorno somatomorfo indiferenciado	Trastorno somatomorfo no especificado	Trastorno por dolor	Hipocondría
A	Historia de múltiples síntomas físicos, inicio antes de los 30 años y persiste durante varios años Deben cumplirse todos los siguientes criterios: 4 síntomas dolorosos 2 gastrointestinales 1 síntoma sexual 1 seudoneurológico	Uno o más síntomas físicos	Incluye los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios para un trastorno somatomorfo específico	El síntoma principal es el dolor en una o más zonas del cuerpo	Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos
B		Provoca un deterioro significativo de la actividad del individuo			
C	No explicado o no justificado totalmente por un enfermedad médica o efecto de una sustancia			Los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor	Persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas
D		Los síntomas no son intencionados o simulados			
E		La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental			
F	Persiste durante varios años	Duración ≥ 6 meses	Duración < 6 meses	Agudo < 6 meses, crónico > 6 meses	Duración ≥ 6 meses

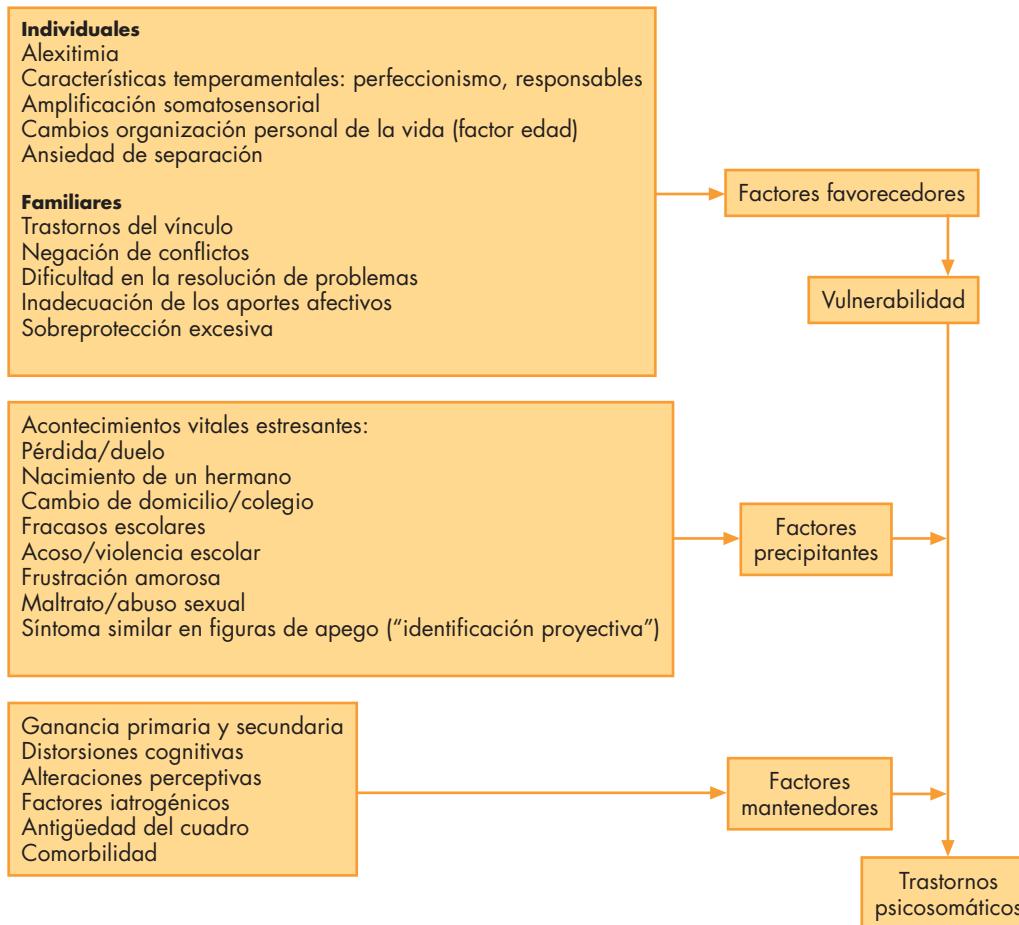


Figura 1. Factores de riesgo favorecedores, precipitantes o mantenedores en los trastornos psicosomáticos.

Factores favorecedores o predisponentes

Individuales

La dificultad para la expresión del lenguaje, o alexitimia, propia de estas edades conlleva una dificultad en la vía de descarga de las tensiones internas¹⁴, las características temperamentales del niño (perfeccionistas, responsables, "buenos en todo", tendentes a negar los conflictos, tímidos, ansiosos), el fenómeno de "amplificación somatosensorial" propio de la edad (tendencia a amplificar las sensaciones somáticas y percibir las como dolorosas), o el factor edad (algunos trastornos aparecen a una edad y desaparecen posteriormente cuando la personalidad puede expresarse por otros medios) son factores que deben alertarnos en la valoración de un niño o adolescente con dolor abdominal recurrente para sospechar su posible origen psicosomático¹⁵. La ansiedad de separación de la figura materna es un factor altamente relacionado con el dolor abdominal de origen psicosomático; muchos niños presentan dolor en determinados procesos de separación de la madre (ir al colegio o a dormir) por miedo a que, durante esta separación, pueda ocurrirle algo a sus progenitores.

Familiares

La alteración en el proceso del vínculo en la primera infancia es un factor importante en el desarrollo de la enfermedad psicosomática en períodos más tardíos (los problemas en la esfera alimentaria y del sueño en la primera infancia suponen un factor de riesgo de padecer enfermedad psicosomática en épocas más tardías), la inadecuación de los aportes afectivos (madres hiperprotectoras, dominantes, posesivas rechazadoras, rígidas o perfeccionistas) o familias con dificultad en la resolución de conflictos que sobredimensionan los problemas de sus hijos con rasgos de teatralidad, en ocasiones, y con tendencia a negar los problemas.

Factores precipitantes

Acontecimientos vitales estresantes o life events

Las situaciones de pérdida o duelo de un ser querido, el nacimiento de un hermano, los fracasos escolares, la frustración amorosa, las situaciones de acoso o violencia escolar o las situaciones de maltrato o abusos, entre otras muchas, pueden suponer el origen y/o el mantenimiento de un inicio de episodios de dolor abdominal¹⁶⁻¹⁸.

Lectura rápida



En la etapa infantil, la clínica psicosomática representa una forma prevalente de "expresión del sufrimiento emocional"; el trastorno psicosomático aparece cuando los afectos o las emociones no pueden expresarse normalmente y cuando la energía que permanece encerrada en el organismo, de forma crónica, produce una disfunción en los órganos. El síntoma posee una función defensiva: cuando el síntoma está presente, la angustia desaparece.

Las entidades nosológicas en las que se podría incluir el dolor abdominal son: a) trastorno de somatización; b) trastorno somatomorfo por dolor, y c) hipochondría.

Factores de riesgo

En la mayoría de los trastornos psicosomáticos existen unos factores favorecedores o predisponentes (la dificultad en la expresión del lenguaje y el fenómeno de amplificación somatosensorial propios de la edad, el temperamento perfeccionista, los trastornos en la primera infancia en la esfera alimentaria y del sueño, la sobreprotección o la carencia afectiva), que pueden desencadenar una enfermedad en una personalidad vulnerable, así como la presencia de unos factores precipitantes (*life events* o la presencia de un síntoma similar en alguna figura cercana) y otros factores mantenedores (ganancia de beneficios por el padecimiento de una enfermedad, contactos médicos previos desafortunados y la antigüedad del cuadro), que pueden cronificar el proceso.



Lectura rápida



Protocolo diagnóstico

Para el diagnóstico de la etiología del dolor abdominal es fundamental la realización de una buena anamnesis y una exploración clínica orgánica y psicopatológica, recogiendo datos en la historia clínica sobre el desarrollo evolutivo, así como las relaciones familiares y sociales. El dolor abdominal debe entenderse dentro de un modelo asistencial biopsicosocial. Se debe evaluar la presencia de acontecimientos estresantes y evitar la repetición de pruebas complementarias innecesarias.

La entrevista con el niño y adolescente es fundamental en la detección del dolor abdominal de origen psicosomático, y es necesario el establecimiento de un buen nivel de empatía con el paciente y la familia, que permita un grado de confianza en el profesional sanitario.



Mecanismo de “identificación proyectiva”

La existencia de dolor abdominal en algún familiar cercano (*ulcus*, neoplasia gástrica) puede precipitar la aparición de un síntoma similar en el niño^{4,17,19,20}.

Factores mantenedores

La presencia de una ganancia de beneficios por el hecho de presentar una enfermedad, la antigüedad del cuadro, así como los contactos médicos previos negativos, pueden provocar el mantenimiento del síntoma y una evolución tórpida de éste, por lo que es fundamental que, desde los primeros contactos, se oriente el diagnóstico.

Protocolo diagnóstico

Para el diagnóstico de la etiología del dolor abdominal es fundamental la realización de una buena anamnesis y una exploración clínica orgánica y psicopatológica, en que se recojan datos en la historia clínica sobre el desarrollo evolutivo (embarazo, parto, establecimiento del vínculo en primera infancia, escolarización, antecedentes patológicos), relaciones familiares (con figuras parentales y resto de hermanos, antecedentes de patología familiar) y sociales (socialización y relaciones con compañeros y profesores). El dolor abdominal debe entenderse dentro de un modelo asistencial biopsicosocial. Se debe evaluar la presencia de acontecimientos estresantes, como la pérdida de un ser querido, la separación de los padres, el nacimiento de hermanos, el cambio de domicilio o colegio, las humillaciones por parte de compañeros o las situaciones de acoso o fracaso escolar. Estos factores pueden estar presentes en la mayor parte de los casos, pero no son necesarios ni imprescindibles para el desarrollo de enfermedad psicosomática.

Se debe evitar la repetición de pruebas complementarias innecesarias, ya que esto refuerza el miedo en estos pacientes y sus familias de presentar una enfermedad tan grave “que ni los médicos encuentran cuál es”²².

La entrevista con el niño o adolescente y la familia es fundamental en la detección del dolor abdominal de origen psicosomático. Es necesario establecer un buen nivel de empatía con el paciente, invitarle a que hable acerca de su vivencia del dolor, sus miedos, sus fantasías, ya que éstas pueden ser el origen de su enfermedad. Para evaluar, en la consulta, dichas vivencias se puede solicitar que realice unos dibujos temáticos: dibujo de familia (para valorar las relaciones familiares, si incluye a todos los miembros, las características que les confiere a cada uno de ellos), dibujo de un miedo, dibujo de la enfermedad o de un deseo.

Una vez evaluado, el paciente se debe reevaluar, si cumplen los criterios diagnósticos según las clasificaciones DSM-IV o CIE-10, para el diagnóstico de trastorno por dolor, trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado o no especificado o hipochondría, en relación con la presencia o no de los síntomas, su duración y la afección social, familiar y escolar presentada (fig. 2).

Protocolo terapéutico

La intervención terapéutica en los procesos psicosomáticos no es sencilla y requiere una habilidad en el tratamiento del niño y del adolescente, así como el conocimiento profundo de los fundamentos fisiopatológicos, clínicos y la exploración de dichos procesos patológicos. Es fundamental el conocimiento de las posibles causas orgánicas de dolor abdominal para la evaluación de su posible origen psicosomático, ya que para poder confirmarlo es necesario descartar su origen orgánico.

Por ello, el primer abordaje de los pacientes con dolor abdominal de origen psicosomático debe llevarse a cabo en atención primaria por el pediatra¹⁷, y es fundamental una adecuada orientación diagnosticoterapéutica desde el inicio del seguimiento a fin de evitar la tendencia a la cronificación del proceso y la desconfianza en el profesional sanitario. Este abordaje consistirá en (fig. 3):

1. Escuchar al niño y el valor del síntoma somático para la familia, haciéndole entender que se comprende su afección como algo real y no simulado.

2. Se debe evitar:

– Decir que “es hereditario”, ya que refuerza las culpabilidades familiares.

– Decir que “no es nada”, ya que la preocupación familiar es muy importante y la descalificación al profesional “por no entender” lo que le pasa al niño es lo habitual^{20,21}.

3. Explicar en qué consiste el dolor abdominal de origen psicosomático, considerándolo como una vía de descarga de tensiones internas, deshacer ideas erróneas sobre salud y enlazar el síntoma (dolor abdominal) con otras afecciones anteriores (cefaleas, dolor en extremidades, mareos, palpitaciones).

4. Sensibilizar acerca de los posibles aspectos emocionales que pueden estar favoreciendo o manteniendo el proceso haciendo comprender a los padres que el proceso debe ser entendido bajo un modelo biopsicosocial. Si los padres aceptan la posibilidad de que determinados

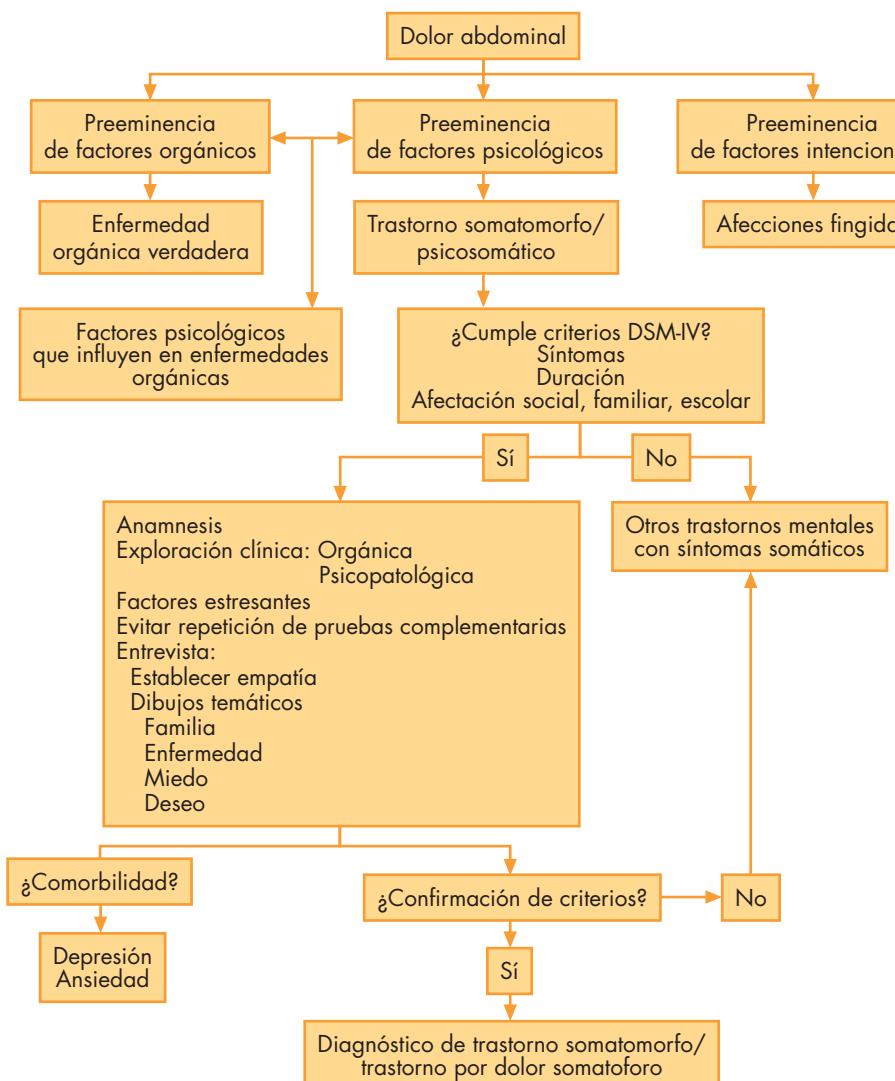


Figura 2. Protocolo diagnóstico.

factores estresores o de personalidad del niño pueden motivar dicha enfermedad la resolución del proceso suele ser favorable¹².

5. Animar a los padres a:

- No dramatizar la situación cuando aparezcan los síntomas.
- Evitar alarmismo y requerimientos médicos urgentes.
- Animar a la familia a una espera de tiempo prudencial que tranquilice al niño.
- Escuchar y hablar con el niño, animándole a que hable de sus emociones o preocupaciones²¹.

6. Remitir a los servicios especializados en SMIJ ante:

- Comorbilidad con otros procesos psicopatológicos que compliquen el abordaje del niño (generalmente depresión y ansiedad)^{11,22}.
- Gravedad del proceso que precise este tipo de apoyo.

– Alteraciones relacionales con el profesional de pediatría (presiones, descalificaciones) por dificultades de comprensión del proceso psicosomático por parte de los padres.

– Alteración en la relación entre padres e hijo, que dificulte el abordaje del paciente en la consulta.

– Rígidez y dificultad de abordaje tras 3-4 semanas con las normas citadas anteriormente.

7. El seguimiento del niño debe establecerse de forma conjunta entre los servicios de atención primaria y especializada, la derivación a la unidad de SMIJ no debe ser un alta por parte del profesional de pediatría²¹.

8. Intervención en atención especializada: incluirá sesiones de psicoterapia y psicoeducación (individual, familiar y grupal), terapia cognitivo-conductual con técnicas en resolución de problemas, apoyo psicosocial (asociaciones de autoayuda, actividades lúdico-educativas) y tratamiento farmacológico (ansiolíticos, antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), si fuera necesario²⁰⁻²⁴.

Lectura rápida



Protocolo terapéutico

El primer abordaje de los pacientes con dolor abdominal de origen psicosomático debe realizarse en atención primaria por el pediatra, y es fundamental una adecuada orientación diagnosticoterapéutica desde el inicio del seguimiento, a fin de evitar la tendencia a la cronificación del proceso y la desconfianza en el profesional sanitario. Dicho abordaje consistirá en:

1. Escuchar al niño y el valor del síntoma somático para la familia.
2. Evitar decir: "es hereditario" o "no es nada".
3. Deshacer ideas erróneas sobre salud y enlazar el síntoma con posibles afecciones anteriores relacionados.
4. Sensibilizar sobre los posibles aspectos emocionales que pueden favorecer o mantener el proceso a fin de intentar modificarlos.
5. Animar a los padres a no dramatizar, evitar alarmismo, no amenazar, escuchar y hablar con el niño de sus emociones o preocupaciones.
6. Remitir a psiquiatría infantil ante: comorbilidad, gravedad del proceso, alteración en la relación padres-hijo y/o profesional sanitario-padres, y dificultad de abordaje tras 3-4 semanas.
7. Intervención en psicopediatría: psicoterapia, psicoeducación, apoyo psicosocial y tratamiento farmacológico, si precisa.



Bibliografía recomendada

Ajuriaguerra J. Enfermedades psicosomáticas. Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Mason; 1990. p. 733-67.

Pedreira JL, Palanca I. Los trastornos psicosomáticos en la infancia y adolescencia. Rev Psiquiatr Psicol Niño Adolesc. 2001;3:26-51.

En estas 2 citas bibliográficas se realiza un análisis exhaustivo de las enfermedades psicosomáticas más frecuentes en la infancia y la adolescencia, así como de los factores que condicionan su aparición.

López Ibor JJ, coordinador. CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.

López Ibor JJ, coordinador. DSM-IV TR para atención primaria: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2004.

En estas 2 citas bibliográficas se recogen los criterios diagnósticos admitidos internacionalmente para el diagnóstico del dolor abdominal de origen psicosomático.

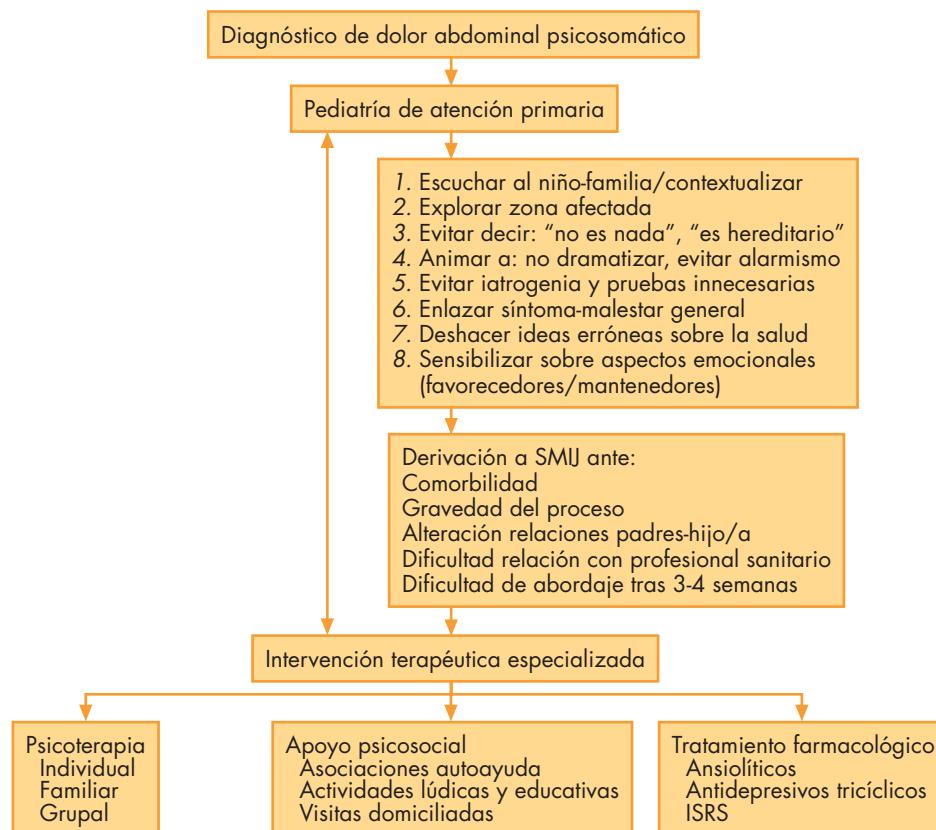


Figura 3. Protocolo terapéutico. SMIJ: unidad de salud mental infanto-juvenil. ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

Epidemiología

1. ●● Pedreira JL, Palanca I. Los trastornos psicosomáticos en la infancia y adolescencia. Rev Psiquiatr Psicol Niño Adolesc. 2001;3:26-51.
2. ● Loño J, Ochando G. Trastornos somatomorfos en la infancia. Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2002;19:30-5.
3. Garralda ME. A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. Br J Child Psychiatr. 1992;161:759-73.
4. Martínez-Pina A. Patología psicosomática en la clínica médica y psicológica. Barcelona: Viladot; 1979.
5. Loño J, Ochando G, Peris S, Mompó L. Trastorno somatomorfo por dolor persistente a través de los dibujos de los niños. Rev Psiquiatr Infanto Juvenil. 2004;21:123.
6. ● American Psychiatric Association. Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales: DSM-IV. Barcelona: Toray-Masson; 1995.
7. López Ibor JJ, coordinador. CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
8. López Ibor JJ, coordinador. DSM-IV TR para atención primaria: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2004.
9. Eminson DE. Somatising in children and adolescents. 1. Clinical presentations and aetiological factors. Adv Psychiatr Treat. 2001;7:266-74.
10. Pedreira JL, Sardiner E. Prevalencia de trastornos mentales de la infancia en atención primaria pediátrica. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatría. 1996;24:173-90.
11. Campo JV, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, Di Lorenzo C, et al. Recurrent abdominal pain, anxiety and depression in primary care. Pediatrics. 2004;113:817-24 (EPI).
12. Crushell E, Rowland M, Doherty M, Gormally S, Harty S, Bourke B, et al. Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain. Pediatrics. 2003;112:1368-72.
13. Hotopf M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. BMJ. 1998;316:1196-200.
14. Sifneos PE. Alexithymia: past and present. Am J Psychiatry. 1996;153:137-42.
15. ●● Ajuriaguerra J. Enfermedades psicosomáticas. Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Mason; 1990. p. 733-67.
16. Alfén G. One hundred cases of recurrent abdominal pain in children: diagnostic procedures and criteria for a psychosomatic diagnosis. Acta Paediatr. 2003;92:43-9.
17. Eminson DM. Somatising in children and adolescents. 2. Management and outcomes. Adv Psychiatr Treat. 2001;7:388-98.
18. Minne Fekkes MSC, Frans IM, Pijers MD, Verllve-Vanhorick P. Bullying behaviour and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. J Pediatr. 2004;144:17-22.
19. ● Campo JV. Somatization in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1994;33:1223-34.
20. ● Tomás J, Pedreira JL. Condicionantes psicosomáticos y su tratamiento en la infancia y la adolescencia. Barcelona: Laer-tes; 2002.
21. ● Pedreira JL. Protocolos de salud mental infantil para atención primaria. Madrid: Aran-ELA; 1995.
22. Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J. Have there been in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. Pediatrics. 2005;115:434-42.
23. García-Campayo J. Trastornos somatomorfos. Nuevas fronteras en psiquiatría. Barcelona: SCM; 2002.
24. Bixquert-Jiménez M, Bixquert-Plà L. Tratamiento con antidepresivos en los trastornos funcionales digestivos. Gastroenterol Hepatol. 2005;28:485-92.