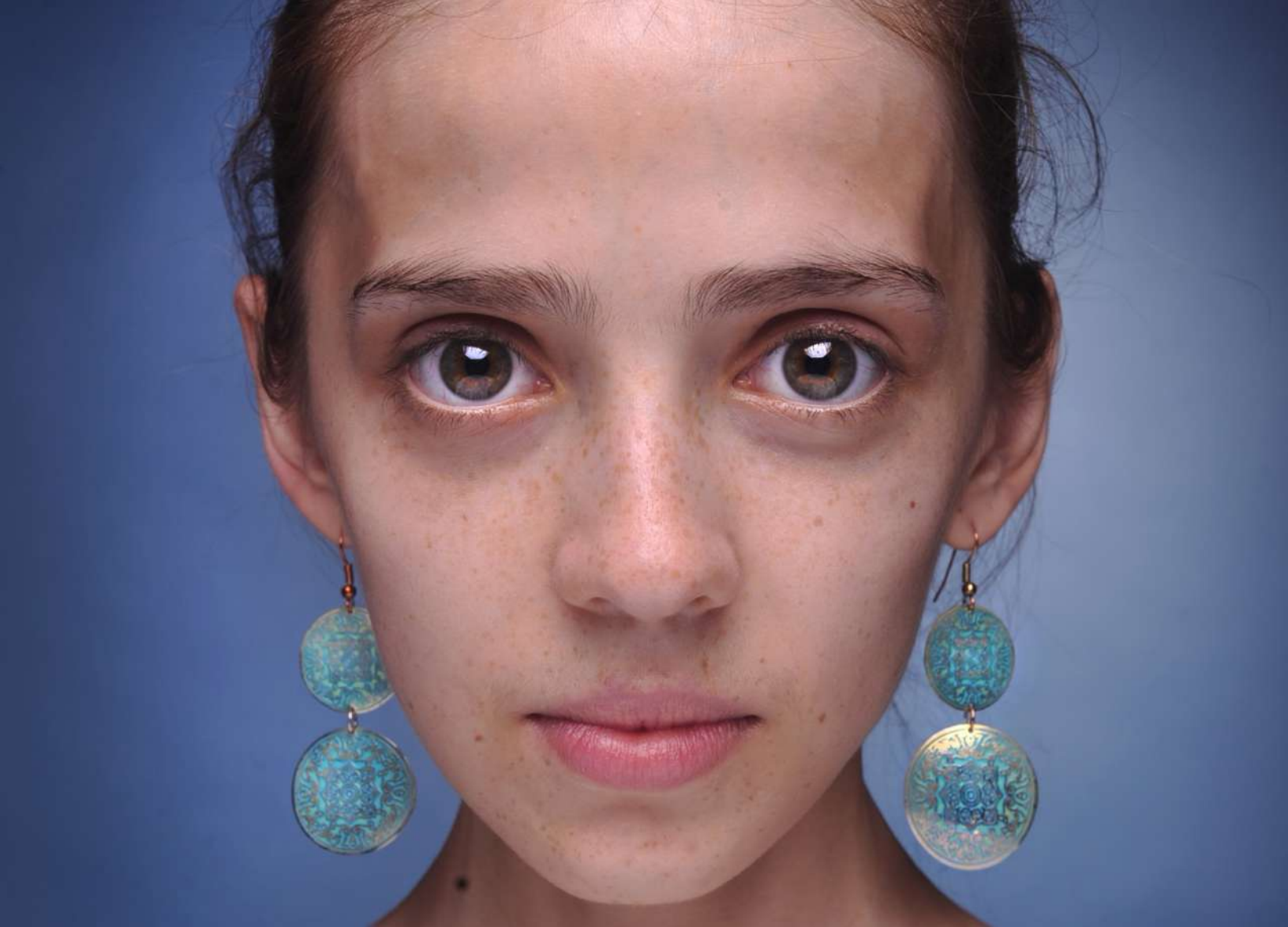




Trastornos psicosomáticos. Módulo IV



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA XIX. TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIA

Introducción

A lo largo de este tema veremos los principales cuadros psicosomáticos que aparecen en la primera y segunda infancia. Nos parece un tema de especial relevancia, ya que sabemos que los primeros años de vida de un/a niño/a son fundamentales para la correcta estructuración de su psiquismo, lo cual marcará la manera su manera de relacionarse con los/as demás y su manera de posicionarse en la vida.

En el caso de existir fallas y conflictos que hayan permanecidos latentes sin resolverse, acabarán manifestándose en algún momento de su vida.

I. Descripción

Los niños cuando son muy pequeños y aún no han adquirido el habla, nos muestran su malestar relacional de manera corporal, ya que es la única herramienta que tienen para defenderse hasta el momento, de ahí que pensemos que la somatización en los/as adultos/as supone una regresión a una etapa de nuestra vida muy primaria donde apenas contábamos con mecanismos defensivos. Podemos decir por tanto que en la infancia, el paso de lo psíquico a lo corporal es mucho más rápido que en las personas adultas, siendo considerados los niños y particularmente los lactantes como seres psicosomáticos.

Es la figura del pediatra, más que la del psicólogo o psiquiatra, la que se enfrenta de primera mano con estos cuadros, de ahí la importancia de crear una correcta coordinación con profesionales de otras ramas sanitarias para el mayor beneficio terapéutico del paciente.

La mayor parte de los estudios psicosomáticos en la infancia se han realizado a partir de datos recogidos de personas adultas, con las cuales se ha llevado a cabo la reconstrucción de su vida, con la que se ha podido constatar la relación de los síntomas y los conflictos que presentaba en ese momento de su vida.

Los datos referentes a la incidencia y epidemiología de los trastornos psicosomáticos en la infancia no se conocen con exactitud, llegando incluso a considerar normales ciertos cuadros como es el cólico del tercer mes.

Hoy en día sabemos que la teoría y práctica que aplicamos en la clínica a las personas adultas en psicoterapia no es equivalente al niño, de ahí la importancia de conocer las características diferenciales propias de esta etapa tan trascendental a la vez que vulnerable de la vida.

II. Características específicas

En lo que respecta a trastornos psicosomáticos en la infancia es importante tener en cuenta que



un cierto número de estas alteraciones aparecen sólo en ciertos momentos del desarrollo y suponen la manifestación de conflictos vinculados a determinadas fases.

Un mismo síntoma puede tener diferente significado dependiendo del

momento evolutivo en el que éste surja, por lo que será necesario indagar por qué motivo el/la niño/a ha "elegido" el dicho síntoma en este momento específico.

Vincularemos por tanto el síntoma que el/la pequeño/a paciente traiga a consulta con la fase específica de su desarrollo así como con el momento personal que se este atravesando en la dinámica familiar y en su entorno en general y las reacciones que en éstos provoqué.

Como hemos mencionado con anterioridad, son muchas las formulaciones teóricas que consideran que los trastornos psicosomáticos que surgen en los/as pacientes adultos/as constituyen una regresión que a su vez conllevan una resomatización de los conflictos psicológicos que ya habían sido mentalizados.

La presencia de una alteración psicosomática en el/la niño/a, debe servirnos de indicador para poder detectar precozmente que hay algo que está perturbando la normalidad de éste/a en lo que respecta a su organización psíquica y relación con sus padres.

II.1. Relación madre-hijo

Dentro de las características específicas de este tipo de psicoterapia, nos parece necesario hablar de la relación existente entre madre e hijo, ya que cuando nos encontremos un paciente con síntomas de esta índole será lo primero que debemos abordar.

El papel que la madre ejerce sobre su hijo/a tanto en los meses que dura el embarazo como en los que se suceden después del parto es fundamental. Se establece un vínculo muy especial entre madre e hijo, en el cual la madre destina prácticamente todo su tiempo al cuidado y protección del recién llegado.

En los meses de embarazo y tras el parto se produce un estado de simbiosis entre la madre y el bebé, primero de manera física, ya que el bebé forma parte de la madre y después de manera más simbólica, de manera que ambos estén íntimamente unidos en entidades independientes y diferenciadas.

Poco a poco la madre debe ir dejando espacio al bebé para separarse del todo y que sean dos personas completamente diferenciadas. Puede ocurrir que la madre tenga muchas angustias en cuanto a la separación de su hijo y esto le lleve a mantener ese estado de perfecta simbiosis, lo cual supone que en muchas ocasiones la madre

descarga y desplaza sus propias ansiedades sobre el cuerpo de su hijo, produciéndose en ese momento la somatización de éste como mecanismo defensivo.

En la práctica clínica es bastante común ver como en el momento que se resuelve la sintomatología del niño, la madre comienza a padecerse su mismo cuadro.

Otro aspecto fundamental en la vinculación madre-hijo es la manera que la madre tiene de comunicarse con su hijo/a. En este caso es necesario explorar todos los datos referentes a la existencia de deseo de maternidad, cómo fue el embarazo, el parto, como se encuentra la relación de pareja, vínculo entre el padre y el hijo, etc., para poder entender que pasa con respecto a la comunicación,

Hay madres que por sus propios conflictos psíquicos debidos a experiencias que probablemente hayan vivido en sus familias de origen, no son capaces de expresar afecto hacia el bebé o están tan preocupadas por hacerlo todo bien, que su propia exigencia no les deja ver la manera adecuada de expresarse con su hijo, lo que condicionará el tipo de relación que se establezca entre ambos en el futuro.

Otro enfoque que también se tiene muy en cuenta para trabajar en este campo es la terapia sistémica o familiar. Desde este punto de vista, se considera que el trastorno psicosomático que presenta el/la paciente constituye el resultado de la interacción entre los distintos miembros de la familia y la dinámica que éstos desarrollan entre sí.

En cualquier caso, cuando nos encontremos con este tipo de pacientes siempre debemos descartar, con la colaboración de los/as pediatras, la existencia de causas orgánicas que estén provocando los síntomas. Descartada la existencia de éstas, buscaremos la comprensión de la estructura psíquica del/la niño/a junto con la relación vincular con su madre y las dinámicas familiares que incluyan a los/as otros/as miembros/as.

III. Primera infancia

A continuación, vamos a abordar los trastornos psicosomáticos más importantes que surgen en la primera infancia, así como las características definitorias.

III.1. Trastornos psicosomáticos del lactante

Spitz y L. Kreisler han sido dos figuras muy importantes que han aportado a la psicoterapia infantil gran cantidad de conocimientos que hoy en día podemos emplear para entender toda la dinámica psicosomática en torno a la infancia.

En líneas generales, podemos afirmar que las alteraciones psicosomáticas en este período de la vida manifiestan los conflictos existentes en la relación madre-hijo. Las dificultades que van a surgir en esta etapa van a estar relacionadas con las funciones básicas para la vida, tales como la alimentación, el sueño, la excreción y la respiración.

El funcionamiento básico del cuerpo de un/a niño/a debe ser investido por la figura materna que se encargará en los primeros meses de vida de éste de aportarle alimento,

protección, cuidado, afecto, etc. Si este investimento no es suficiente o no se realiza de una manera adecuada para que se desarrollen correctamente estas funciones fisiológicas

tan necesarias para la vida humana, surgirá un trastorno psicosomático como expresión del problema relacional existente. En definitiva, el trastorno psicosomático no está informando de que algo no está funcionando de manera sana y es necesario repararlo o repercutirá en el psiquismo del infante.

III.2. Insomnio del primer trimestre

El sueño constituye una de las necesidades básicas de nuestro cuerpo. Necesitamos dormir pues de lo contrario la privación de sueño acabaría con nuestra vida. Cuando no pasamos una buena noche, al día siguiente lo notamos en nuestro cuerpo y nuestro estado emocional.

Es muy común que durante los primeros seis meses de vida del/la niño/a aparezca insomnio, apareciendo normalmente entre el segundo y tercer mes. El hecho de que el recién nacido presente insomnio influye en toda la dinámica familiar, en un momento donde se comienzan a instalar las rutinas y todos los miembros comienzan a adaptarse a la nueva situación.

Cuando nos encontremos con este síntoma es necesario que exploremos los cambios que se están produciendo en la familia, cómo se organizan los padres para compaginar la paternidad junto con su actividad laboral, actividades que realizan con el recién llegado y con los/as otros/as hijos/as en caso de que los haya.

Es posible que el insomnio que presenta el/la niño/a tenga relación con las angustias de la madre. Frecuentemente nos encontramos con madres primerizas asustadas ante la idea de que el bebé muera mientras duerme, lo que ocasiona que se levante reiteradas veces en la noche, despertando al bebé para comprobar que éste sigue vivo.

El momento de dormir a un/a niño/a tiene que ser un momento tranquilo para la figura materna. Si ésta se encuentra nerviosa o alterada, este estado va a ser transmitido al pequeño/a, al cual le resultará muy complicado conciliar el sueño. El bebé aprenderá que el momento de dormir no es un momento placido, si no todo lo contrario, por lo que lo evitará produciéndose este tipo de insomnio.

En la mayoría de los casos este insomnio tiene buen pronóstico siendo fácilmente abordable. En caso contrario, provocará complicaciones que se verán más adelante manifestándose en otras áreas de la vida del niño

III.3. Cólicos de los tres primeros meses

El cólico del lactante supone un trastorno muy frecuente y conocido que se caracteriza por chillidos y agitación en el niño/a después de las comidas, pudiendo durar hasta la siguiente toma que tenga que hacer.



No existe ninguna causa física que lo justifique, desapareciendo estos cólicos de forma repentina y sin explicación alguna en torno al segundo o tercer mes.

Algunos estudios han relacionado estos cólicos con la presencia de tensión

en la familia, especialmente en padres primerizos, que pueden responder a las demandas de su hijo/a de manera ansiosa, lo que es percibido por éste, que a su vez reacciona ante dicha tensión.

Este trastorno psicossomático preocupa mucho a los padres y puede llegar a desorganizar el núcleo, siendo un temor muy normal el que su hijo/a puede tener alguna causa física que le este provocando los cólicos.

En la mayoría de los casos, la solución de estos cólicos pasa por tranquilizar a los padres, animarlos a que alimenten de manera adecuada al niño/a (no en exceso ni de manera caótica) y que disfruten del momento de la alimentación.

III.5. Alteraciones alimenticias del segundo semestre

Las alteraciones que sufren los/as niños/as dentro del segundo semestre son mericismo y anorexia.

Comenzaremos a explicar el mericismo.

- Mericismo: El mericismo consiste en un vómito provocado. El/la niño/a parece rechazar una parte importante de la alimentación que le es suministrada, pero una porción de ella es empleada para rumiarla. El mericismo aparece sobre todo cuando el/la niño/a se encuentra solo. Parece que esta rumiación es tan importante para el/la niño/a que incluso llega a perder interés por lo que le rodea.

Desde un punto de vista psicoanalítico podemos explicar este trastorno psicossomático como una especie de juego, en el que el/la niño/a lleva a cabo una experiencia repetitiva de la pérdida o rechazo del objeto, en este caso la porción de comida, y su reencuentro posteriormente.

Este trastorno es considerado como uno de los más graves dentro de los cuadros psicossomáticos de los lactantes especialmente en lo que tiene que ver con el desinterés que muestra por su entorno llegando a relacionarse con el aislamiento típico de los autistas.

A menudo los/as lactantes que sufren este cuadro deben ser ingresados durante un breve período de tiempo en un hospital para que el personal sanitario se encargue de su cuidado.

- Anorexia: La anorexia durante el segundo semestre son muy comunes, siendo en la mayoría de los casos benignas y fácilmente tratadas. La anorexia simple (cuando no va acompañada de más síntomas) normalmente surge como reacción al destete o a una modificación en el horario de las comidas.

La importancia de este cuadro reside en el oposicionismo que manifiesta el/la niño/a. La madre normalmente se angustia ante el riesgo de que su hijo/a no aumente de peso, por lo que trata de forzar a éste/a a que coma frente a lo cual la reacción del niño es oponerse y no comer.

Este cuadro psicossomático surge en el segundo semestre de vida, momento en el cual el/la niño/a sabe distinguir ya a su figura materna de otras personas de su entorno. Algunos autores piensan que el origen de este cuadro está en que la alimentación supone para el/la niño/a una amenaza al considerarla un resto de la madre.

Un dato que nos parece interesante mencionar es que no se ha podido relacionar esta anorexia del primer semestre con la anorexia que surge en los años de adolescencia.

IV. Segunda infancia

Comenzaremos ahora con los trastornos psicosomáticos más frecuentes en la segunda infancia. Hemos dividido este epígrafe según las funciones básicas, pues pensamos que así facilitamos tu correcta comprensión del tema.

IV.1. Síndromes digestivos

Desde un enfoque psicoanalítico pensamos que los trastornos digestivos tienen enorme trascendencia en la relación que vamos a desarrollar con los demás y los mecanismos defensivos que vamos a crear.

El alimento no es sólo alimento como objeto material en sí, también supone una fuente de apoyo y afecto o de todo lo contrario, dependiendo de las características que hayan regido esa alimentación.

Como trastorno digestivo hemos elegido los dolores abdominales psicógenos y el estreñimiento, los explicaremos a continuación.

- Dolores abdominales psicógenos: Este tipo de dolores surgen especialmente en la adolescencia. Con frecuencia son tratados únicamente de manera médica e incluso son intervenidos quirúrgicamente pensando que sus dolores son causados por apendicitis.

Parece que estos dolores tienen relación con un conflicto en la dependencia, produciéndose estos dolores normalmente en períodos de separación de la madre (momento de ir al colegio). Otros autores consideran que este cuadro psicosomático puede ser un síntoma conversivo con contenido simbólico inconsciente que mediante una psicoterapia de corte psicoanalítico podemos explorar.

- Estreñimiento: Normalmente aparece entre los 2 y los 5 años. Si el estreñimiento se vuelve crónico puede durar hasta 10 días y finalizar con una defecación muy dolorosa para el/la niño/a. Mediante psicoeducación es posible enseñar a madre e hijo en esta función.

Los estudios revelan que normalmente las madres de estos/as niños/as son mujeres con conflictos referentes a la analidad y la expresión libre de tendencias “sucias”.

Otros autores sugieren que el estreñimiento en el/la niño/a también puede ser una regresión especialmente cuando el antecedente ha sido el nacimiento de un/a nuevo/a hermano/a.

Ciertos casos de retención muestran miedo inconsciente a perder una parte de su cuerpo.

IV.2. Síndromes de la eliminación

- Enuresis: Existen dos tipos de enuresis. Hablamos de enuresis primaria cuando nunca el/la niño/a nunca ha adquirido el control del esfínter y secundaria cuando si se ha desarrollado, pero ha habido una regresión y se deja de controlar, es este segundo tipo el que más nos interesa y con más frecuencia recibiremos en nuestras consultas.

Los estudios psicológicos sobre la enuresis lo consideran como una manera de descargar orina que sustituye a otras formas posibles como la agresividad y/o el placer erótico. La teoría más extendida es que este síntoma supone una oposición hacia los padres y una manipulación a todo el entorno familiar, de ahí que esta regresión suceda tan a menudo con la llegada de un nuevo hermano a la familia.

- Encopresis: La encopresis supone la evacuación de heces en lugares no adecuados, como la ropa interior, lugares de la casa, etc. Al igual que la enuresis, la encopresis también puede ser primaria o secundaria, dependiendo de si ha existido o no previo control sobre el esfínter.

La encopresis primaria aparece con frecuencia en familias mal integradas en la sociedad, con poco control y normas de disciplina. Los niños de estas familias aparecen como violentos e impulsivos. El abordaje terapéutico de la enuresis primaria pasa por enseñar a los padres la importancia de los horarios y rutinas para un correcto aprendizaje de esta función.

En cambio, la enuresis secundaria se produce a menudo como consecuencia de una frustración (nacimiento de un/a nuevo/a hermano/a, alejamiento de la madre, entrada al colegio, etc.). En estos casos, a diferencia de la enuresis primaria, suele producirse un aprendizaje muy precoz y exigente del esfínter. En este cuadro es relevante abordar la relación madre-hijo, así como acercar más al padre en caso de que este se encuentre alejado emocionalmente.

IV.3. Síndromes respiratorios

- Espasmos del sollozo: Este trastorno psicossomático aparece normalmente en el segundo año y tiende a desaparecer en el quinto. Los/as niños/as que lo presentan tienden a mostrarse emotivos, temerosos o todo lo contrario, muy activos y tiránicos.

Este cuadro surge tras una reprimenda, una contrariedad o cualquier acontecimiento que provoqué en el/la niño/a una rabieta repentina junto con crisis de llanto y después de un período de disnea dejan de respirar llegando incluso a estar sin respiración durante treinta segundos.

Los padres describen este trastorno como si fuera un episodio convulsivo y lo comparan con los típicos ataques de rabieta. Es necesario descartar este cuadro de la epilepsia, la diferencia



fundamental reside en los antecedentes que lo provocan.

El espasmo del sollozo supone la expresión de los conflictos existentes entre la madre y el hijo, relativos al incremento de la autonomía de éste y la dificultad para afrontar por sí solo los

cambios afectivos que se suceden. La pérdida de conciencia se considera una forma de supresión de las emociones que le resultan insoportables.

El tratamiento de este trastorno psicossomático pasa por asegurarle a la madre que su hijo está sano y no se encuentra en peligro de muerte. Si conseguimos suprimir en la madre este miedo es muy probable que este cuadro tan llamativo remita definitivamente.

IV.4. Síndromes neurológicos

- Dolores: En cuanto al cuadro de dolor los más destacados son los abdominales y de miembros. El dato más relevante es la elevada incidencia de miembros de la familia del/la niño/a que también presentan dolores similares, llegando incluso a un 70% de los casos.

Parece ser que los dolores no orgánicos repetidos siguen en el/la niño/a un modelo familiar de reacciones al estrés o la angustia.

Normalmente estos dolores aparecen en niños/as con edades comprendidas entre los 8 y los 11 años. Los rasgos característicos de éstos/as son sensibilidad, nerviosismo, inhibición. En los estudios que se han llevado a cabo se ha visto que existe un componente muy frecuente, la madre suele presentar algún tipo de trastorno psicosomático o angustias hipocondríacas.

- Insomnio: Estos trastornos son bastante frecuentes entre el segundo y tercer año de vida. El insomnio refleja los miedos y temores del/la niño/a a perder el control en el sueño y por tanto de sus funciones (como es el control de esfínteres) lo que podría conllevar perder el amor de su madre.

Es común que el/la niño/a se despierte a mitad de la noche y acude a la habitación de sus padres, ya sea para vigilar sus actividades o bien para comprobar que están vivos. En esta etapa debemos tener muy presente también el complejo de Edipo, momento en que el/la niño/a deja de ser ese ser único y especial para la madre para darse cuenta de que existen otros a su alrededor que también tienen un lugar privilegiado, como es su figura paterna.

No esta de más que cuando se nos presente en consulta un caso de este tipo, exploremos en los padres sus dificultades para dormir.

IV.5. Síndromes endocrinos

- Retraso del crecimiento psicógeno: Los/as niños/as que padecen este cuadro presentan una talla y un peso muy inferior al normal para su edad. Este trastorno pone en evidencia la importancia que tienen las carencias afectivas a la hora de producirse un correcto desarrollo físico.

El tratamiento de este cuadro pasa por situar al niño/a en un entorno donde este cubierto de afecto de forma constante, siendo espectacular el cambio en su desarrollo.

Este cuadro aparece en niños/as no deseados/as y rechazados/as por su madre de forma casi consciente.

V. Evaluación

La evaluación de los trastornos psicossomáticos en la infancia pasa por observar los síntomas físicos



que presenta el/la niño y que nos contarán los padres en consulta.

Siempre será necesario descartar la existencia de un problema orgánico que este provocando los síntomas que el/la niño/a refiere, por lo que la coordinación con

el/la pediatra consideramos fundamental.

En todas las consultas infantiles, con independencia de la edad del niño/a, los padres serán una pieza clave en la intervención. Nuestra evaluación pasa por obtener gran cantidad de información sobre la historia de su hijo/a así como de ellos mismos, leyendo entre líneas para ver que posibles conflictos intrapsíquicos pueden estar repercutiendo en la figura del niño.

VI. Abordaje terapéutico

A lo largo de este tema hemos realizado una división entre los trastornos psicossomáticos que surgen en la primera y la segunda infancia. En este apartado realizaremos el mismo procedimiento para explicar en líneas generales cual es la intervención psicodinámica para este tipo de cuadros y algunas conclusiones generales que pueden ser de tu interés.

VI.1. Primera infancia

La psicoterapia infantil es muy amplia y compleja, de ahí la importancia de formarnos adecuadamente para poder entender lo que nos están expresando los/as niños mediante sus síntomas.

Cuando llevemos a cabo psicoterapia con un/a niño/a que presente un cuadro psicossomático como los hemos visto en este tema, lo primero que debemos abordar es la relación existente entre

la madre y el hijo. Debemos tratar el vínculo presente entre ambos, pues en esta etapa de la vida es fácil entender a la madre y su hijo con una unidad.

Explorando la relación madre-hijo iremos viendo los conflictos existentes a nivel oral, que son los que con más probabilidad se muestran en este momento de la vida, al ser una etapa donde el principio de placer se encuentra íntimamente ligada a la incorporación de alimentos. Indagaremos en los conflictos psíquicos presentes en la madre en relación con su figura materna, el miedo a la separación, la soledad, etc.

Debemos tener muy en cuenta que las alteraciones psicósomáticas que hemos visto a lo largo de este tema suponen un signo precoz para posible patología en el futuro, de ahí la importancia que tiene que podamos tratarlas adecuadamente para evitar un daño mayor en el psiquismo del niño/a con posterioridad.

VI.2. Segunda infancia

Una vez más, incidimos en la importancia de abordar los síntomas que presenta el/la niño/a desde una perspectiva amplia, sin dejarnos cegar por el cuadro en sí y viendo más allá, tratando de buscar el significado oculto de dicha perturbación.

Es adecuado plantear un enfoque multidisciplinar, no solamente en el contexto público, también desde el contexto privado, donde psicólogos/as podamos tener un contacto fluido con los/as pediatras y los/as psiquiatras, asegurándonos de esta manera un correcto y beneficioso trato para el/la paciente.

Este tipo de cuadros es necesario abordarlos desde un enfoque amplio. El vínculo con la figura materna es muy importante pero no lo único que puede estar influyendo en el síntoma. Tenemos que ver a fondo la dinámica familiar, relaciones con los iguales, entorno social y académico, etc.

Bibliografía básica

- Alexander, F. (1950). Medicine and psychotherapy: Some general considerations.
- Amigo, I., Fernández, C. Pérez, M. (2003). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Editorial Pirámide
- Andrade, V. (2001). Psicósomática: El cuerpo como camino. Editorial Kairós.
- Callabed, J. (1997). Las enfermedades psicósomáticas y su relación con la familia y la escuela. Barcelona: Ediciones Laertes.
- Caprara, G. V. & Speltini, G. (2003). Psicología de la salud. McGraw-Hill.
- Cashman, M.A. Trastornos del sueño en niños y adolescentes. Martínez Roca (1991)
- Chiozza, L. (1996). ¿Por qué enfermamos? Madrid: Editorial Alianza
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science-196
- Fernández- Torres, B., Márquez-Espinos, C., De las Mulas, M. (1999). Dolor y enfermedad. Revista Sociedad Española de Dolor.
- Groddeck, G. (2006). Obras escogidas. Barcelona: RBA.
- Haynal, A. (1980). Manual de medicina psicósomática. Barcelona: Toray-Masson.
- Luban-Plozza, B. (1997). El enfermo psicósomático en la práctica. Barcelona: Editorial Herder
- Marty, P. (1990). La psicoterapia de los estados psicósomáticos. Amorrortu.

Bibliografía complementaria

- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Psicología de la salud: modelos, conceptos y métodos. Barcelona: Masson.
- Crispo, R. (2003). Trastornos del comer. Barcelona: Ediciones Herder.

- Gaddini, R. (1991). Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicossomático en "Lecturas de los psicossomático". Buenos Aires: Lugar Editorial.
 - García, H.H, Winnicott y las enfermedades psicossomáticas. (1996). Actas VII encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott. Montevideo, Uruguay.
 - González, M. T. (2011). Psicología médica. Editorial Médica Panamericana.
- Dermatología y Psiquiatría. Grimalt, F. y Cotterill, J. A. (2002) Madrid: Editorial Grupo Aula Médica
- Kreisler, L., Fain, M. & Soulez-Larivière, C. (1984). Psicossomática del niño. Buenos aires: Amorrortu.
 - Manuales Diagnósticos DSM-5 (Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados). y CIE-11 (Trastornos somatomorfos y factores psicossociales en la enfermedad médica).
 - McDougall, J. (1991). Teatros del cuerpo: Psicoterapia del acting out psicossomático. Buenos Aires: Paidós.
 - Marty, P. (1991). La psicossomática del adulto. Buenos Aires: Amorrortu.
 - Nasio, J. D. (2008). Mi cuerpo y sus imágenes. Barcelona: Paidós.
 - Rof Carballo, J. (1984). Teoría y práctica psicossomática. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer
 - Ruiz Ruiz, M., Fernandez-Baca, P., Busb, G. (1992). Psicoterapia en la familia de los pacientes psicossomáticos. Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Málaga. Anales Psiquiatría. Volumen 8 nº 2.
 - Santed M.A, Sandín, B., Chorot Paloma, Olmedo M. (1984). Artículo Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 3.
 - Sobel, D y Ornstein, R. (2000). Manual de salud del cuerpo y de la mente. Barcelona: Kairós
 - Tordjman, G. (2002). Cómo comprender las enfermedades psicossomáticas. Barcelona: Gedisa.

Cuestiones

1. Características específicas de los trastornos psicosomáticos en la infancia.
2. Alteraciones alimenticias en la primera infancia.
3. Explica brevemente los trastornos de la eliminación que pueden darse en la segunda infancia y a qué pueden deberse.

**Texto realizado por Enrique de la
Torre M.
ISFAP**