

Dolores abdominales recurrentes en atención primaria: estudio del dolor abdominal recurrente funcional

C.L. Sanz de la Garza^{a,b}, S. Gámez Guerrero^a, E. Serrano Guerra^b y J.R. Gutiérrez Casares^a

^aUnidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

^bCentro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 458-468)

En la práctica clínica diaria gran número de padres acuden con sus hijos a las consultas de pediatría por dolores abdominales que cursan de forma recurrente. La experiencia clínica acumulada ha demostrado que una vez realizadas las pruebas diagnósticas pertinentes, la mayoría de estos cuadros no presentan causa orgánica que los justifique y por ello son denominados dolores abdominales recurrentes funcionales. La aparatosidad de estos cuadros clínicos suele llevar a los padres a solicitar consultas médicas urgentes, realizar numerosas pruebas complementarias y, en los casos graves, a ingresos hospitalarios durante tiempo prolongado que no suelen demostrar eficacia terapéutica y suponen un riesgo añadido para la salud mental de estos niños. En la mayoría de los casos están implicados elementos psíquicos que son determinantes en el inicio y mantenimiento de los dolores, por lo que es imprescindible un abordaje mixto psicopediátrico que preserve en todo momento la continuidad terapéutica. Por todo ello se ha considerado conveniente revisar los aspectos psiquiátricos y psicológicos implicados en esta enfermedad.

Palabras clave:

Dolor abdominal. Niño. Trastornos del comportamiento infantiles. Rol de enfermo. Trastornos somatoformes.

RECURRENT ABDOMINAL PAIN IN GENERAL PRACTICE: STUDY OF FUNCTIONAL RECURRENT ABDOMINAL PAIN

Pediatricians find that in daily clinical practice they are frequently visited by parents with children that have recurrent abdominal pain. Clinical experience has demonstrated that, after performing all relevant diagnostic tests, no medical condition justifying such investigations is involved in more than half of these disorders. Consequently, these disorders are called functional recurrent abdominal pain. The dramatic nature of their children's symptoms of

ten leads parents to seek urgent medical consultations and ask for additional complementary tests; in serious cases, these disorders can lead to prolonged hospitalization with no proven therapeutic efficacy and which pose an additional risk for the child's mental health. In most patients, psychological factors are involved which play a key role in the onset and persistent nature of abdominal pains. Consequently, a psychopediatric approach preserving therapeutic continuity should be adopted. For these reasons, we consider a review of the psychiatric and psychological aspects involved in this disorder to be opportune.

Key words:

Abdominal pain. Child. Child behavior disorders. Sick role somatoform disorders.

INTRODUCCIÓN

Cualquier persona que tenga contacto habitual con la atención pediátrica puede observar la importancia y frecuencia de los dolores abdominales en la población infantil.

En los servicios de urgencias pediátricas se atienden por lo general niños con dolor abdominal recurrente (DAR) acompañados en algunos casos de mareo, náuseas y sudoración. Los padres de estos niños suelen permanecer junto a ellos en las consultas, ansiosos de recibir una causa que explique este trastorno. La aparatosidad, recurrencia e impredecibilidad de estos dolores generan un gran sufrimiento en los niños y sus familias, que solicitan valoración y tratamiento urgentes.

El abordaje exclusivamente médico de estos trastornos lleva a realizar múltiples pruebas diagnósticas, ensayar varios tratamientos farmacológicos y precisar ingresos hospitalarios, siendo la eficacia terapéutica global muy limitada.

Respecto al pronóstico, es posible comprobar cómo muchos niños con DAR presentan una curación inicial

Correspondencia: C.L. Sanz de la Garza.
Avda. Damián Téllez Lafuente 6, 3º C. 06010 Badajoz.

Recibido en junio de 2000.

Aceptado para su publicación en septiembre de 2000.

pontánea, pero acuden tiempo después a las consultas con dolores recurrentes en diferentes localizaciones corporales, sobre todo en la cabeza.

Estos trastornos plantean un doble dilema, diagnóstico y terapéutico, y cualquier intervención que se realice en estos niños resulta esencial tanto para la evolución como para el pronóstico.

El conocimiento de algunos aspectos psicológicos y psiquiátricos de esta enfermedad puede evitar muchos sufrimientos y angustias en estos niños, sus familias y sus terapeutas.

Por ello se ha creído conveniente revisar aquellos aspectos más útiles para pediatras y psiquiatras, que son los responsables de abordar este trastorno de forma coordinada.

HISTORIA

La mayoría de las investigaciones realizadas sobre la naturaleza del DAR comenzaron tras la Segunda Guerra Mundial. Los primeros estudios de interés fueron realizados por John Apley, que se interesó por el estudio de los niños con DAR y las diferencias existentes con otros niños sin este trastorno. Estudió una muestra de 1.000 niños procedentes de escuelas primarias y secundarias de la ciudad de Bristol, y observó que 8-10% padecían dolor abdominal recurrente. Tras analizar la relación de algunas variables personales y familiares con este trastorno pudo observar la alta incidencia de este trastorno al inicio del período escolar predominando en el sexo femenino, la notable incidencia de quejas abdominales en los familiares de los niños afectados, la evidencia negativa de una asociación entre los dolores y una causa física, y la existencia de una asociación entre dolores abdominales y alteraciones emocionales en estos niños¹.

Investigaciones posteriores se han encaminado a la caracterización de las familias, el entorno social y el paciente con el objetivo de establecer hipótesis biológicas, psicológicas y sociales que explicaran dicho trastorno y permitieran diseñar abordajes terapéuticos adecuados².

DEFINICIÓN

De acuerdo con la primera descripción de Apley, utilizada en la mayoría de los manuales de pediatría, el DAR se caracteriza por la existencia de al menos tres ataques de dolor abdominal, de una intensidad suficiente como para afectar la actividad habitual del niño, durante un período no inferior a 3 meses comprendidos en el último año³.

Se clasifican en dos tipos en función de la causa: DAR funcionales que representan la expresión somática de un trastorno emocional y DAR orgánicos determinados por una enfermedad médica.

Los factores psíquicos y orgánicos de los dolores pueden coexistir en ambos tipos de DAR, por lo que resulta imprescindible analizar cuál es el factor responsable último de éstos.

Aunque no se haya identificado causa orgánica cada tipo tiene unas características clínicas específicas, descri-

tas posteriormente, que es necesario conocer para no abusar de la etiqueta funcional.

EPIDEMIOLOGÍA

Los DAR aparecen en 10-25% de los niños y adolescentes⁴. En un estudio realizado con población escolar infantil se observó que la prevalencia anual de este trastorno aumenta a la edad de 9 años y disminuye progresivamente a partir de los 17 años⁵. Es un trastorno más frecuente en mujeres y en la edad escolar⁶.

En un estudio reciente con adolescentes escolares se observó que casi tres cuartas partes del total referían quejas de dolor abdominal. En 13-17% de los adolescentes las quejas eran semanales y afectaban a sus actividades escolares en un 21% del total⁷.

CURSO Y PRONÓSTICO

El pronóstico del DAR es por lo general poco esperanzador, y confirma en la mayoría de los estudios la continuidad de los síntomas dolorosos a lo largo de los años⁸.

Los diferentes estudios corroboran la persistencia del síntoma en 50-75% de los casos por un período de 5 años⁹.

En un seguimiento durante 3 años de 74 niños con dolores psicógenos, preferentemente cefaleas y dolores abdominales, se observó que el 70% mejoraba o permanecía asintomático, el 10% empeoraba y el 14% referían una ligera mejoría¹⁰.

Estudios prospectivos posteriores han indicado que aquellos niños con DAR suelen presentar molestias gastrointestinales recurrentes en la edad adulta⁹.

Sin embargo, en un estudio realizado por Apley se observaron evidencias contradictorias respecto a la presencia de síntomas gastrointestinales en la edad adulta. Según lo encontrado en este estudio, se pudo observar una asociación entre DAR infantil y enfermedades médicas en los padres, siendo el dolor un buen predictor de trastornos psiquiátricos pero no de molestias gastrointestinales en la edad adulta¹¹.

El DAR presenta peor pronóstico cuando los síntomas tienen una duración mayor de 6 meses, aparecen antes de los 5 años de edad, el niño es varón y/u otros miembros de la familia padecen trastornos funcionales. No obstante, el pronóstico es más favorable si el trastorno es abordado por un pediatra emocionalmente próximo, que recomiende una valoración psiquiátrica en los casos resistentes¹².

ETIOPATOGENIA

Se han descrito varias teorías biológicas y psicológicas que se complementan y pueden explicar la génesis y el mantenimiento de este trastorno.

Teorías neurobiológicas

Se han postulado muchos mecanismos neurobiológicos para explicar la génesis del dolor. Los receptores de la sensibilidad dolorosa están situados en la piel, vísceras y

estructuras profundas, y son los agentes térmicos, mecánicos y sobre todo químicos los responsables de su estimulación. Las fibras nerviosas conducen los impulsos procedentes de estos receptores por las vías espinotalámica y espinoreticular en dirección al tálamo y la corteza cerebral. La sensibilidad dolorosa está modulada por distintos centros superiores e influencias exteriores que actúan sobre las astas posteriores de la medula.

Algunos agentes químicos que intervienen en la inhibición de la transmisión nociceptiva son los opioides endógenos como las encefalinas, endorfinas y dinorfinas. Los centros de origen de esta vía descendente inhibitoria pueden ser estimulados por colaterales emitidas por las vías ascendentes que conducen los estímulos dolorosos a la corteza cerebral, de modo que el mismo dolor se frenaría a sí mismo por un mecanismo de retroalimentación biológica. Esta regulación indica el alcance de la variabilidad de la sensibilidad dolorosa y su vivencia en los distintos individuos.

Se cree que en las familias en las que el síntoma doloroso se transmite de generación en generación existe una cierta carga genética que podría influir en la neuromodulación de estos filtros del dolor¹³.

Teorías psicológicas

Sistémicas

Las actitudes y comportamientos de los padres influyen de forma notable en el desarrollo del psiquismo de sus hijos, y en algunos casos son decisivos para el establecimiento de la somatización como el mecanismo de defensa más utilizado por el individuo a lo largo de su vida.

En las familias de niños que somatizan es más frecuente encontrar otros miembros con síntomas somáticos similares y antecedentes de enfermedad psiquiátrica.

En un estudio donde se compararon las familias de niños con DAR de causas orgánica y funcional, se encontró una mayor incidencia de trastornos por somatización y otros cuadros psiquiátricos en los familiares de los niños con DAR funcional¹⁴.

De modo general, puede decirse que los niños con DAR funcional viven en familias con mayor estrés psicológico y trastornos de salud que aquellos con causa orgánica establecida y presentan mayores grados de ansiedad y depresión que los niños controles sanos¹⁵.

El DAR puede ser expresión del patrón comportamental de un niño ante situaciones de estrés y, en definitiva, el reflejo de modelos aprendidos familiares¹⁶. La presencia de sintomatología similar en las familias de los niños que somatizan puede actuar como elemento distractor de la atención del niño hacia las sensaciones corporales, hipótesis que se ha corroborado tras comparar niños con DAR funcional y niños con DAR secundario a anemia¹⁷.

El refuerzo parental de los síntomas puede desempeñar un papel en el desarrollo y mantenimiento de los sínto-

mas. Así, en un estudio con niños que sufrían DAR se observa que los padres responden con frecuencia a estos síntomas concediendo al niño mayor atención y privilegios de lo habitual¹⁸.

Las familias de los niños somatizadores suelen tener mayores grados de ansiedad y depresión y buscan con mayor frecuencia la atención médica. La combinación de síntomas psiquiátricos del niño y la angustia de los padres se ha descrito como desencadenante de la búsqueda de atención médica.

En estas familias puede observarse la existencia de un patrón de comportamiento común resultado de los conflictos en las relaciones íntimas y la gran cohesión entre los familiares en temas relacionados con la salud. La combinación de falta de cuidado y enfermedad infantil puede determinar el desarrollo de estrategias inadecuadas para neutralizar la ansiedad como la somatización¹⁹.

En la resistencia de algunas familias a una comprensión psicológica del trastorno subyace la hipótesis de una utilidad del síntoma para propósitos psicológicos familiares. La gran implicación de las familias en la patoplastia de la somatización infantil puede comprenderse mejor tras conocer los llamados "mitos familiares". Se definen así todas aquellas creencias o actitudes compartidas por los miembros de una familia que atañen a cada uno de ellos y a sus relaciones en la vida familiar. Estas creencias permiten perpetuar patrones familiares de interacción que evitan abordar asuntos psicológicos desagradables²⁰.

Una de las claves para reconocer la presencia de mitos familiares enmascarados es la unanimidad y preocupación con que las familias de estos niños niegan las implicaciones psicológicas de los síntomas somáticos. La somatización permite a los miembros de una familia que revelen estos secretos de modo simbólico negando su existencia en un plano consciente. La mayoría de estos secretos se relacionan con temáticas de orden sexual o vinculados con ansiedades por la pérdida de objeto²¹.

Cognitivo-conductuales

Recientemente se está dando gran énfasis al estudio de estilos cognitivos relacionados con aquellos síntomas físicos que son reflejo de la somatización de la angustia.

Se dice que los individuos que somatizan suelen presentar una tendencia a atribuir causas orgánicas a los síntomas físicos, mientras que la mayoría de los individuos atribuyen los síntomas físicos frecuentes a estados emocionales²².

Psicoanalíticas

El dolor tiene una función organizadora de la imagen corporal de gran utilidad para el desarrollo psicológico en la infancia.

Los dolores abdominales recurrentes se relacionan estrechamente con ciertas fases del desarrollo psicosexual del niño que pueden verse modificadas por la influencia

de un ambiente familiar perturbado. Cuando se valora este trastorno es necesario fijarse en aquellos factores que contribuyen a la expresión del dolor abdominal.

Un clima familiar caracterizado por actitudes marcadamente seductoras recuerdan al término de "terrorismo del sufrimiento" descrito por Ferenczi: "Vínculo patógeno del niño con su familia, en el que se ve obligado a allanar todos los desórdenes que reinan en ella". En este contexto, el dolor abdominal tendría una función de lucha contra las actitudes de los padres y demanda de tranquilidad y ternura²³.

Los dolores abdominales reaparecen con frecuencia al tercer año de vida. Esta etapa es esencial para la organización psicosexual infantil y se caracteriza por el establecimiento de la organización sádico-anal, el predominio de la pulsión de control, la confrontación del sadismo y erotismo anal mediante la oposición actividad o control y la pasividad, siendo la mucosa intestinal el órgano más cargado de significación sexual. En etapas posteriores estos dolores pueden representar un signo de regresión hacia la organización pregenital sádico anal.

Psicosomáticas

Los niños y adolescentes no suelen estar en condiciones de simbolizar sus conflictos a través del lenguaje, por lo que utilizan el lenguaje somático para manifestar sus reclamaciones. Desde la medicina psicosomática es importante tener en cuenta no sólo los trastornos que afectan al niño desde fuera, sino también los producidos por los problemas que el niño tiene consigo mismo. El conflicto se somatizará con gran facilidad cuando permita descargar la estructura neurótica de la relación entre padres e hijo.

En estos sujetos predomina el conocido pensamiento operatorio caracterizado por la incapacidad de elaborar y vehicular la carga ligada a los afectos y las emociones por las funciones mentales, tomando rápidamente el camino somático. El proceso psicológico subyacente que pone de relieve esta tendencia a la somatización es la alexitimia, es decir, un constructo hipotético de personalidad caracterizado por la dificultad para identificar y describir sentimientos; para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales activadas por estímulos emocionales; por la falta de procesos imaginativos y por un estilo cognitivo concreto centrado en la realidad²⁴.

Los familiares de niños con DAR suelen presentar con mayor frecuencia trastornos gastrointestinales. Esto podría sugerir la hipótesis de una continuidad sintomática familiar sustentada sobre una organización psicosomática de carácter.

Otros elementos implicados

Personalidad y temperamento. Las evidencias existentes confirman que el temperamento, la personalidad y los conflictos en las relaciones sociales son determinantes para el desarrollo de la somatización.

Las alteraciones de la personalidad se han descrito en niños con gran cantidad de problemas, entre los que se incluye la somatización. Los niños "somatizadores" suelen ser concienzudos, sensibles, inseguros, obsesivos, ansiosos y suelen tener dificultades en la relación con otros niños²⁵.

En algunos estudios se observa que estos niños tienen una mayor tendencia a evitar nuevas situaciones y presentan mayores dificultades temperamentales que los controles sanos²⁶.

Los estudios realizados hasta el momento sobre niños somatizadores, temperamento y relaciones sociales permiten entrever la relevancia de los rasgos de personalidad en el desarrollo y mantenimiento de esta enfermedad.

Acontecimientos vitales. Los niños con DAR y sus madres suelen presentar preocupaciones relacionadas con la pérdida y la muerte²⁷.

Aquellos niños y adolescentes con DAR que acuden a las consultas ambulatorias suelen presentar una mayor incidencia de acontecimientos vitales estresantes, siendo en algunos casos el abuso sexual un factor desencadenante y mantenedor del trastorno²⁸.

En un estudio sobre quejas somáticas referidas por niños que habían sido atendidos en la misma clínica un año antes por dolor abdominal se pudo concluir que aquellos niños cuyos padres padecían síntomas somáticos solían referir mayor número de quejas somáticas con independencia de los acontecimientos vitales, y que altos grados de acontecimientos vitales negativos se asociaban a un mayor número de quejas somáticas exclusivamente en los niños con baja autoestima. Estos resultados revelan la influencia de la tendencia familiar a la somatización, los acontecimientos vitales y el desarrollo psicológico en la aparición de los dolores funcionales²⁹.

Las dificultades escolares se han nombrado por lo habitual como desencadenantes de sintomatología somática en niños con procesos funcionales, aunque se cree que derivan de los problemas emocionales y sociales de estos niños (Wynick et al, comunicación personal).

La aparición de este trastorno en escolares confirma la hipótesis causal establecida por algunos autores como Bain que señaló: "Un gran número de pacientes con dolor abdominal recurrente y otros síntomas somáticos empiezan en septiembre después de empezar el colegio"³⁰.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Ante la variada expresión clínica de este trastorno se ha creído conveniente utilizar la clasificación realizada por Sirol que tiene en consideración los aspectos clínicos, psicológicos y psicopatológicos de este trastorno³¹.

Jaqueca abdominal

Se presenta en forma de crisis de dolor abdominal recurrente, de predominio diurno acompañados de náuseas y/o vómitos, que aparecen sin desencadenantes aparen-

tes cuando la cefalea está ausente y son lo bastante impresionantes que conducen por lo habitual a la hospitalización³². Es frecuente encontrar historia de migraña en los familiares de primer grado. Esta jaqueca abdominal se convierte en verdadera jaqueca en la edad puberal y coincide clínicamente con la del adulto.

Estreñimientos funcionales

Se pueden expresar como dolores abdominales variables en intensidad, siendo sus aspectos clínicos y fisiopatológicos distintos. El estreñimiento crónico y la colitis espasmódica comparten un contexto psicológico particular que merece una descripción clínica más detallada.

Estreñimiento crónico

Se trata de niños que presentan dolor abdominal y estreñimiento de curso crónico que alternan con diarreas por irritación cólica. Los familiares suelen estar alarmados con el estreñimiento y centran todos sus esfuerzos en evitarlo. Todos los propósitos para reducir el mismo como el abuso de laxantes, supositorios o irrigaciones llevan a irritación cólica o rectal que perpetúa el trastorno.

Colitis espasmódica

Son crisis de estreñimiento doloroso de corta duración, con principio y final abruptos determinados por la descarga fecal. Suele afectar a niños con buen estado de salud, sorprendidos en su actividad habitual, por cuadros de dolor intensos en quienes la exploración clínica y analítica es rigurosamente normal.

Los estreñimientos funcionales suelen aparecer en medios familiares obsesionados por el estreñimiento donde la

defecación es sometida a coacción. Los padres preguntan al niño varias veces al día sobre la frecuencia de deposiciones e incluso pueden espiar el número, calidad y cantidad de las deposiciones. Con el objetivo de tranquilizar su preocupación respecto a la enfermedad, los padres privan al niño de la elaboración imaginaria realizada durante la defecación convirtiéndolo en acto público. El niño que se ve descubierto y alentado, persiste en su negativa a defecar alimentada por estas actitudes parentales sobreprotectoras.

Dolores abdominales funcionales

Es la forma de expresión clínica más frecuente del dolor abdominal recurrente. El niño presenta dolores abdominales localizados por lo general alrededor del ombligo, que pueden durar horas o días y afectan su actividad escolar. Estas crisis de dolor suelen llevar al niño a colocar la mano en la zona periumbilical, tumbarse y mostrar la facies desencajada. Sin embargo, su estado general no suele verse afectado y no presenta fiebre ni alteraciones en la exploración clínica y/o analítica. El dolor aparece antes o durante las comidas, al acostarse o al marcharse al colegio, y puede guardar alguna relación con situaciones escolares o familiares conflictivas. Puede tener una función protectora de las presiones externas y de las tendencias internas más o menos deseadas que están en disarmonía con el medio familiar. Los padres suelen estar muy preocupados y a menudo consideran al niño como un enfermo necesitado de atención y protección.

ENFERMEDAD DUAL Y DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Es difícil establecer una relación directa entre los trastornos psiquiátricos estructurados y el DAR. Este trastorno puede incluirse en un espectro de trastornos que van desde las variantes normales hasta los trastornos de conversión³³.

En uno de los pocos estudios realizados con diagnósticos estructurados según la clasificación psiquiátrica DSM-III se encontraron diagnósticos psiquiátricos en el cien por cien de los casos. La única salvedad que debe considerarse en este estudio es la ausencia de grupo control y el sesgo de selección, ya que todos los niños habían sido derivados a un servicio de psiquiatría y la mitad de ellos habían estado ingresados por el dolor³⁴.

En otro estudio se compararon 18 niñas y 13 niños remitidos a una clínica gastroenterológica pediátrica por presentar síntomas de DAR con un grupo control de sus clases valorando el funcionamiento escolar, familiar, ambiental, acontecimientos vitales, rasgos conductuales y sociales. Se observó que los trastornos psiquiátricos según el DSM-III eran más frecuentes en niños ansiosos, expuestos a sucesos traumáticos y con historia de dolor abdominal (tabla 1).

DIAGNÓSTICO

El proceso diagnóstico del DAR infantil constituye un reto muy importante para la pediatría clínica.

TABLA 1. Diagnósticos DSM-III en pacientes pediátricos con dolor abdominal recurrente

Diagnóstico	Número*	Porcentaje
Trastornos adaptativos con...		
Humor ansioso	3	8,3
Sintomatología emocional mixta	5	13,9
Humor depresivo	1	2,8
Trastorno de ansiedad por separación	4	11,1
Trastorno por ansiedad excesiva	4	11,1
Trastorno por evitación	1	2,8
Trastornos por dolor psicógeno	6	16,7
Distimia	2	5,5
Trastorno depresivo mayor	1	2,8
Trastornos por déficit de atención	4	11,1
Duelo normal	2	5,5
Trastornos relacionados con circunstancias vitales	1	2,8
Ausencia de diagnóstico	2	5,5
Total	36	99,9

*Tres pacientes tenían dos diagnósticos y 1 paciente, tres. Modificada de Wasserman et al⁸.

Si bien la aparatosidad y urgencia de la sintomatología exigen un abordaje rápido, no hay que apresurarse en establecer una hipótesis diagnóstica sin haber valorado todos los elementos implicados. Las primeras consultas del niño con DAR son fundamentales y determinan el pronóstico de este trastorno.

Aunque el médico es consciente que la mayor parte de estos cuadros tienen una base funcional, teme con frecuencia omitir estudios imprescindibles para encontrar una base orgánica que lo justifique.

Estas últimas, aunque poco frecuentes, son muy variadas en su conjunto: genitourinarias (malformaciones congénitas, litiasis renal, infecciones urinarias, enfermedad inflamatoria pélvica, dismenorrea, quiste ovárico, endometriosis, torsión testicular, etc.), gastrointestinales (malformaciones congénitas o adquiridas, estreñimiento, intolerancia a la lactosa, celiaquía, enfermedad péptica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis por *Helicobacter pylori*, parasitosis, enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis crónica, divertículo de Meckel, enfermedad tumoral, hepatitis, colelitiasis, etc.), hematológicas (leucemia, linfoma, anemia drepanocítica, anemia falciforme, talasemia, etc.) y otras (púrpura de Schönlein-Henoch, epilepsia abdominal, diabetes mellitus, hiperlipemias, porfiria, intoxicación por plomo, etc.)³⁵.

De igual modo, en el planteamiento diagnóstico inicial el médico puede dudar entre un enfoque orgánico con la enorme cantidad de pruebas diagnósticas de las que se dispone, o psicológico ante la incertidumbre de estar omitiendo diagnosticar una enfermedad orgánica grave³⁶.

Por lo tanto, es recomendable establecer una estrategia inicial en la que se contemplen las pruebas diagnósticas justas evitando así el encarnizamiento diagnóstico, y no olvidar los aspectos psicológicos del trastorno. Asimismo deben evitarse actitudes de desprecio y minimización de la enfermedad.

Estrategia diagnóstica

Es imprescindible establecer una estrategia diagnóstica que consta de: *a*) una historia clínica y exploración física; *b*) una evaluación psicológica del niño y su familia, y *c*) un número limitado de exploraciones complementarias, unas elementales y otras orientadas según los datos obtenidos.

Todo lo anterior permite realizar una orientación diagnóstica inicial del DAR hacia: *a*) DAR orgánico, y *b*) DAR funcional.

Con el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas, se está encontrando una base orgánica a algunos procesos en los que inicialmente se había descartado esta etiología. Por ello, es necesario ser prudentes y no clasificar como funcional todo aquello que no se explique tras un estudio medicoquirúrgico habitual; en definitiva, no establecer el diagnóstico únicamente por exclusión, sino a partir de una serie de datos positivos que apoyen su diagnóstico³⁷.

Entrevistas y tests diagnósticos

Entrevista con el niño

La entrevista individual con el niño debe explorar las limitaciones y desventajas derivadas del dolor abdominal. Es muy importante realizar un examen estándar del estado mental del niño para explorar la presencia de síntomas ansiosos y/o depresivos, y valorar las expectativas del niño sobre la escuela y sus deseos futuros.

Entrevista con la familia

Es necesario realizar una entrevista con los familiares, preferentemente los padres, para confirmar los síntomas descritos por el niño y explorar los elementos psicológicos arraigados en la familia en torno al sufrimiento físico.

Tests psicológicos

Son de utilidad para explorar de forma estructurada los distintos elementos implicados en la aparición y mantenimiento del DAR (tabla 2).

Diagnóstico diferencial

Dolor abdominal recurrente de etiología funcional

Algunos datos que orientan a la etiología funcional son la edad de inicio, las características del dolor, los antecedentes personales y el temperamento y la exploración física.

Edad de inicio. Es más frecuente una etiología funcional en niños menores de 12-14 años y/o en aquellos con inicio de la sintomatología después de los 4 años. Por el

TABLA 2. Tests psicológicos de diagnóstico y exploración en el dolor abdominal recurrente

Síntomas somáticos e incapacidad del niño
Children Somatization Inventory ³⁸
Child Behavior Checklist ³⁹
Functional Disability Inventory ⁴⁰
Ajuste emocional y comportamental del niño
Child Behavior Checklist ³⁹
Child Depression Inventory ⁴¹
State Trait Anxiety Inventory for Children ⁴²
Acontecimientos vitales
Family Inventory of Life Events ⁴³
Life Events Questionnaire ⁴⁴
Competencia del niño
Self Perception Profile for Children ⁴⁵
Health Resource Inventory ⁴⁶
Funcionamiento familiar
Symptom Checklist 90 ⁴⁷
Marital Adjustment Test ⁴⁸
Family Relationship Index ⁴⁹
Family Expressiveness Questionnaire ⁵⁰
Aprendizaje social
Illness Behavior Encouragement Scale ⁵¹

contrario, es más dudosa la funcionalidad en mayores de 12-14 años y/o en aquellos que se inician los síntomas antes de los 4 años.

Características del dolor. El dolor de base funcional es un dolor de tipo cólico, comienzo insidioso o gradual, localización mesogástrica o periumbilical, presentación paroxística y aparición periódica, sin relación clara con las comidas o el ejercicio, capaz de interrumpir la actividad normal del niño durante el día pero no de despertarlo durante el sueño, y que se presenta por un mínimo de 3 meses. Puede acompañarse de síntomas vegetativos y están desencadenado por acontecimientos vitales estresantes.

Antecedentes personales y temperamento. En los DAR funcionales es frecuente encontrar antecedentes de cólicos en los primeros meses, estreñimiento, aerofagia, encopresis o enuresis, trastornos de la alimentación y cefaleas. Se trata de niños con temperamento excitable-efusivo o ansioso-tímido-aprehensivo y problemas de adaptación escolar y/o familiar. Existe a veces una ganancia secundaria con el síntoma como el absentismo escolar y la sobreprotección familiar.

Antecedentes familiares y entorno. Es frecuente observar antecedentes familiares de DAR, cefalea, colon irritable o

enfermedad grave, y situaciones escolares o familiares problemáticas como mal rendimiento escolar, mala relación con compañeros, muerte o separación de familiares, cambio de domicilio y problemas económicos.

Exploración física. La exploración física debe ser cuidadosa y exhaustiva. Habitualmente resulta normal o aparecen molestias discretas e inespecíficas a la palpación abdominal, que con frecuencia desaparecen cuando se distrae al niño. No existe impresión de enfermedad grave.

Cuando un cuadro de DAR no se aproxima a las características anteriores, hay que ser prudentes en clasificar su etiología como funcional.

Dolor abdominal recurrente de etiología orgánica

Es esencial descartar aquellas causas orgánicas más frecuentes que provocan el trastorno.

La distensión colónica por estreñimiento es la causa orgánica más frecuente de DAR. Algunos alimentos pueden precipitar este trastorno en un niño con cierto grado de malabsorción secundaria a intolerancia a la lactosa, insuficiencia pancreática o enfermedad celíaca. Asimismo, alergias alimentarias o abuso de bebidas carbonatadas con cafeína pueden provocar un dolor intermitente.

Se han descrito algunas peculiaridades que pueden diferenciar el dolor orgánico del psicógeno. De forma general, se dice que el dolor de causa orgánica suele presentarse clínicamente como inconsistente, con localización fija periférica que se extiende hacia la espalda y suele dificultar el sueño. No se acompaña de otros síntomas no intestinales como fatiga, mareo o cefalea.

Otros indicadores de organicidad en el dolor abdominal recurrente se resumen en la tabla 3³.

Exámenes complementarios

Como complemento de los puntos anteriores, se realizan una serie de pruebas complementarias básicas, encaminadas a descartar las causas orgánicas más habituales del DAR. Sólo se realizan pruebas complementarias más específicas cuando por la historia y exploración iniciales o por la evolución del proceso, se sospeche una determinada etiología orgánica.

Existen varios niveles en la petición de estas pruebas complementarias, con discretas variaciones de unos centros a otros, y que pueden resumirse en la tabla 4.

Tras una historia clínica y exploración física precisas y exhaustivas, y la realización de las pruebas complementarias incluidas en el primer nivel, se llega en la mayoría de los casos a una adecuada aproximación diagnóstica, decantándonos por una etiología funcional en caso de características clínicas concordantes y negatividad de las pruebas complementarias, u orgánica en caso de características clínicas no concordantes con funcionalidad y/o positividad de pruebas complementarias.

TABLA 3. Indicadores de organicidad en el dolor abdominal recurrente

Anamnesis
Dolor
Asimétrico, no central o referido
Irradiado a la espalda, hombro, clavícula o miembros inferiores
De comienzo brusco y duración breve
De inicio nocturno y/o antecedentes familiares de úlcera péptica → ¿Úlcera péptica?
Que se agrava antes de la defecación o mejora después de la misma → ¿Origen colónico?
Con vómitos y distensión → ¿Malrotación?
Con diarrea → ¿Enfermedad inflamatoria intestinal?
Con sangre en heces → ¿Colitis?
Paravertebral → ¿Obstrucción pielouretal o cálculos renales?
Con síntomas urinarios → ¿Infección urinaria?
Que empeora tras la ingestión de leche → ¿Intolerancia a la lactosa?
Relacionado con la menstruación → ¿Menarquía?
Exploración
Dolor
Con alteración del crecimiento y/o pérdida de peso
Asociado con fiebre, exantemas o artralgias
Retraso del crecimiento o fisuras anales o apéndices cutáneos → ¿Enfermedad de Crohn?
Hipertensión → ¿Tumor secretor de catecolaminas?
Ictericia → ¿Enfermedad hepática?
Masa testicular → ¿Tumor?

Modificada de Lissauer et al³.

Algoritmo diagnóstico

Todas las indicaciones señaladas previamente para el diagnóstico diferencial se resumen en el siguiente algoritmo diagnóstico que puede ser de gran utilidad para el pediatra de atención primaria (fig. 1).

TRATAMIENTO

Una vez realizados los pasos diagnósticos señalados y siempre que la exploración mental pueda confirmar la etiología funcional del DAR es imprescindible evitar la repetición de exploraciones médicas salvo que se encuentren nuevos hallazgos que los indique.

Desde este momento la colaboración entre pediatra, médico general y psiquiatra infantil es necesaria para el tratamiento de este trastorno.

Una exploración psiquiátrica más minuciosa permite definir claramente los síntomas, problemas y conflictos emocionales del niño y confirmar la presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos estructurados.

Durante las entrevistas individuales y familiares se deben abordar las dudas, ansiedades de los familiares y las reacciones ante el dolor, creando un clima distendido donde puedan contenerse sus miedos y preocupaciones.

Una vez que se comunique a los familiares y al niño la ausencia de patología orgánica o psiquiátrica estructurada, debe informárseles de la posibilidad que el niño esté experimentando una alteración emocional o situación de tensión³³.

Debe realizarse una planificación terapéutica que permita abordar síntomas físicos, problemas psicológicos, conflictos emocionales y trastornos psiquiátricos (fig. 2).

Algunos autores aconsejan tratamientos psicoterapéuticos específicos para el DAR que se comentan a continuación.

Tratamientos cognitivo-conductuales

Se han realizado varios estudios con pequeñas muestras de niños con este trastorno aplicando técnicas cognitivo-conductuales.

En un estudio de niños con DAR derivados desde atención primaria a los servicios de psicología clínica infantil se utilizó una terapia combinada de autocontrol del dolor, disminución de la atención al síntoma, uso de técnicas de relajación y suplementos dietéticos de fibra en la dieta. Los resultados de esta técnica fueron satisfactorios observando mejoría del dolor y menor absentismo escolar⁵³.

En otro estudio realizado con niños con DAR remitidos por los pediatras y médicos generales a terapia psicológica se aplicaron técnicas cognitivo-conductuales grupales en aquellos que se ajustaban mejor a intervención grupal que individual, y se observaron mejorías sintomáticas significativas⁵⁴.

Sanders et al⁵⁵ compararon pacientes con este trastorno con edades comprendidas entre los 7-14 años, la eficacia

TABLA 4. Pruebas complementarias

Primer nivel (básico)
Hemograma con recuento y fórmula leucocitaria
Velocidad de sedimentación eritrocitaria
Bioquímica sanguínea: glucemia, ionograma, transaminasas, amilase, colesterol, triglicéridos y proteínas totales
Sedimento y cociente calcio/creatinina en orina
Urocultivo
Estudio de heces: coprocultivo, parásitos, sangre oculta
Ecografía abdominal y/o radiografía simple de abdomen
Prueba tuberculínica
Serología <i>Helicobacter pylori</i> (incluida en algunos protocolos)
Segundo nivel (si persistencia de la clínica, según orientación diagnóstica)
Test de hidrógeno espirado con sobrecarga de azúcares
Tránsito gastrointestinal superior ± enema opaco
Endoscopia digestiva superior
Electroencefalograma
Urografía intravenosa ± cistografía, colecistografía, pruebas de función renal, pruebas para descartar alergia gastrointestinal y celiaquía, aglutinaciones, valoración psicológica (incluidas en algunos protocolos)
Tercer nivel (excepcionalmente según orientación diagnóstica)
Rectosigmoidoscopia, colonoscopia
Gammagrafía abdominal con ⁹⁹ Tc
TAC abdominal
Plumbemia, catecolaminas y porfirinas en sangre y orina
Test del sudor
pH-metría, biopsia intestinal
Radiografía de tórax
Laparoscopia

TAC: tomografía axial computerizada.

de una intervención cognitivo-conductual familiar y el tratamiento pediátrico estándar. Ambos tratamientos mejoraron la intensidad del dolor y la conducta dolorosa, pero aquellos niños tratados con terapia cognitivo-conductual mostraron una mayor desaparición del dolor y una menor interferencia en sus actividades habituales tras 6-12 meses de seguimiento.

Tratamientos sistémicos

En aquellas familias donde se identifique la implicación de un mito familiar en el desarrollo del dolor es fundamental evitar la tentación de confrontar desde un principio la naturaleza del trastorno con los padres. El pediatra debe privarse de la satisfacción inicial de estar en lo correcto y tratar cuidadosamente los aspectos psicológicos de este trastorno.

A continuación se señalan algunas reglas básicas para el abordaje de estos dolores.

No hay que apresurarse en dar explicaciones de lo que realmente está pasando cuando las familias no están preparadas para escucharlas. Aunque estas familias se resisten en un primer momento a una referencia psicológica al trastorno, en posteriores consultas permiten explorar gradualmente los elementos psíquicos siempre que el abordaje inicial no sea demasiado directo.

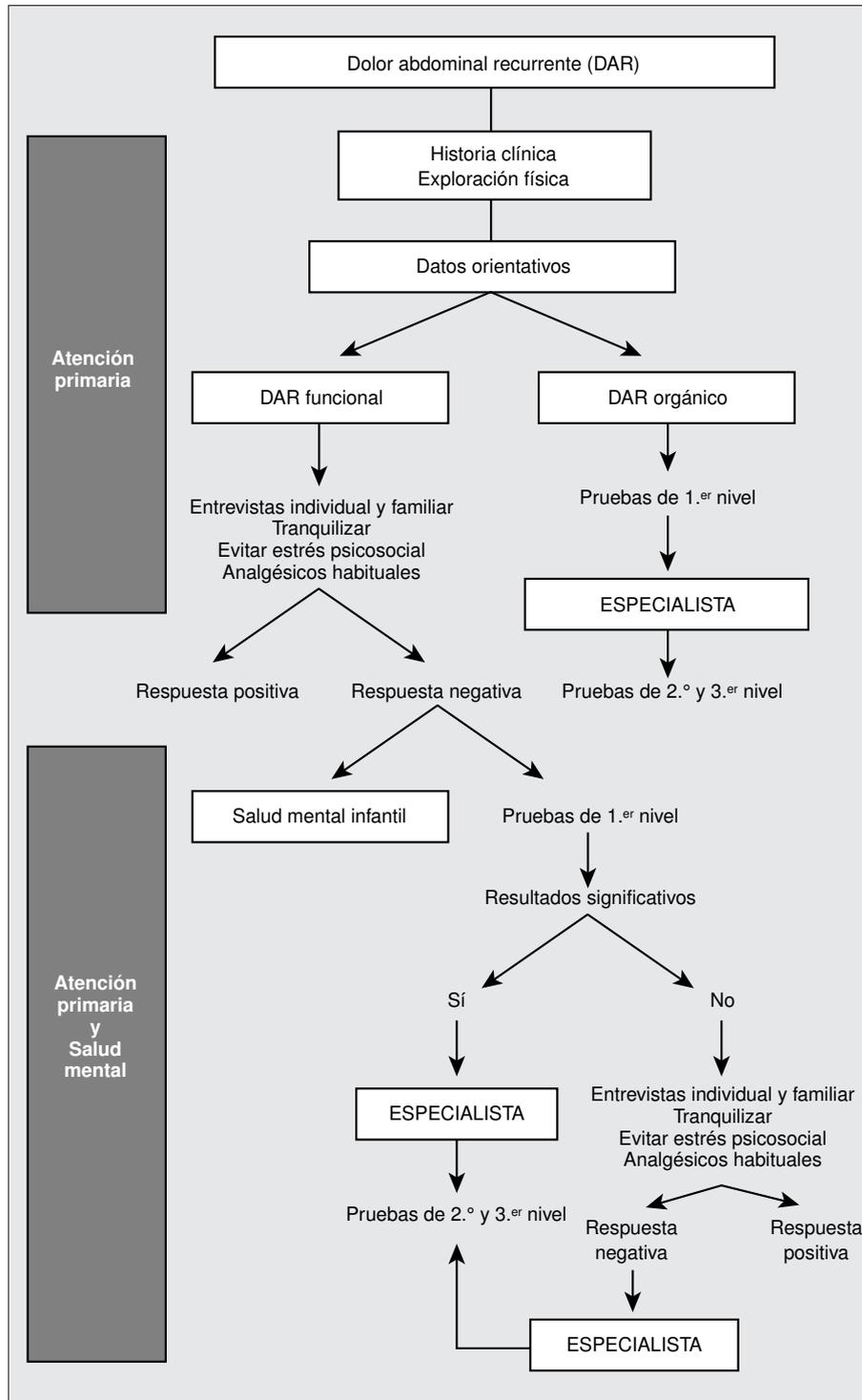


Figura 1. Diagnóstico diferencial del dolor abdominal recurrente.

Es necesario obtener información sobre el niño de diversas fuentes. Entrevistas individuales con los padres, hermanos, abuelos, profesores y compañeros de clase pueden suministrar información clarificadora sobre este trastorno.

Cuando el niño empieza a mejorar, debe evitarse la tentación de comunicar a los familiares la realidad del trastorno. A medida que aumente la confianza de la familia

en el terapeuta, debe aprovecharse para establecer una comunicación empática con el fin de ayudar a la familia a sentirse bien abordando el problema.

Realizar una discusión abierta sobre los elementos orgánicos de este trastorno puede ser muy útil para consolidar la confianza familiar en el terapeuta y permitir abordar otros elementos causales⁵⁶.

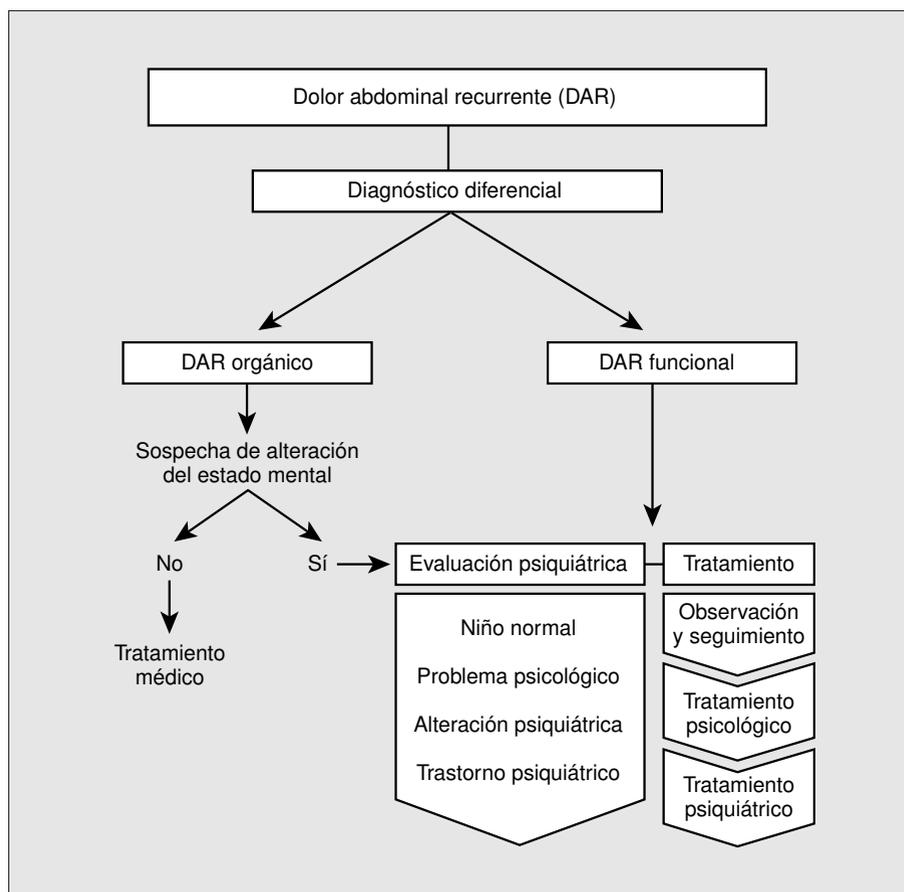


Figura 2. Planificación terapéutica en el dolor abdominal recurrente. Modificada de Gutiérrez Casares et al⁵².

Tratamientos psicoanalíticos

Los dolores abdominales equivalen a un *acting* con valor de demanda de intervención médica. El enfoque terapéutico de estos niños se ajusta a las pautas habituales utilizadas en psiquiatría infantojuvenil. Puede variar el enfoque en función de los trastornos emocionales asociados e incluye técnicas psicoterapéuticas de orientación analítica focales cuyo objetivo es la reconstrucción de un pasado con carencias en un presente que se restituye. Asimismo se abordan cuestiones relacionadas con la ambivalencia materna hacia el paciente³¹.

CONCLUSIONES

Como se ha podido observar, los dolores abdominales recurrentes representan una entidad médica de especial relevancia que precisa de un abordaje multidisciplinario y una continuidad de cuidados. La relación existente entre estos dolores y otros similares de diferente localización en edades adultas refleja el valor pronóstico de una intervención adecuada en edades tempranas.

Por todo ello creemos que el pediatra debe llevar a cabo un abordaje de los aspectos médicos y psíquicos de este trastorno, valorar la intervención de los especialistas en salud mental cuando lo crea necesario y asegurar en todo momento la continuidad terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apley J, Nalsh N. Recurrent abdominal pains: A field survey of 1.000 school children. *Arch Dis Child* 1958; 33: 165-170.
2. Garber J, Van Slyke DA, Walker LS. Concordance between mothers' and children's report of somatic and emotional symptoms in patients with recurrent abdominal pain or emotional disorders. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26: 381-391.
3. Lissauer T, Clayden G. Gastroenterología. En: Lissauer T, Clayden G, eds. *Texto ilustrado de Pediatría*, 1.ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1998; 123-137.
4. Schraff L. Recurrent abdominal pain in children: a review of psychological factors and treatment. *Clin Psychol Rev* 1997; 17: 145-166.
5. Oster J. Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children and adolescents. *Pediatrics* 1972; 50: 429-435.
6. Green M. Diagnosis and treatment: psychogenic, recurrent, abdominal pain. *Pediatrics* 1967; 40: 84-89.
7. Hyams JS, Burke G, Davis PM et al. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community based study. *J Pediatr* 1996; 129: 220-225.
8. Wasserman AI, Whittington PF, Rivera FP. Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 179-184.
9. Christensen MF, Mortensen O. Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. *Arch Dis Child* 1975; 50: 110-114.
10. Friedman R. Some characteristics of children with "psychogenic" pain. *Clin Pediatr* 1972; 11: 331.
11. Apley J, Hale B. Children with recurrent abdominal pain: how do they grow up? *BMJ* 1973; 3: 7-9.

12. Avery ME, First LR. *Pediatric Medicine*, 1.^a ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989.
13. Busbaum AI, Fields HL. Endogenous pain control systems: Brainstem spinal pathways and endorphin circuitry. *Ann Rev Neurosci* 1984; 7: 309-338.
14. Routh DK, Ernst AR. Somatisation disorder in relatives of children and adolescents with functional abdominal pain. *J Pediatr Psychol* 1984; 9: 427-437.
15. Walker LS, Green JW. Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families? *J Pediatr Psychol* 1989; 14: 231-243.
16. Apley J. *The child with abdominal pains*, 2.^a ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1975.
17. Bennet Osborne R, Hatcher JW, Richtsmeier AJ. The role of social modelling in unexplained pediatric pain. *J Pediatr Psychol* 1989; 14: 43-61.
18. Walker LS, Garber J, Greene JW. Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: a comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness and psychiatric disorders. *J Abnorm Psychol* 1993; 102: 248-258.
19. Craig TKF, Drake H, Mills K, Boardman AP. The South London somatisation study II: influence of stressful life events and secondary gain. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 248-258.
20. Ferreira AJ. Family myth and homeostasis. *Arch Gen Psychiatry* 1963; 9: 457-463.
21. Avery NC. Family secrets. *Psychoanal Rev* 1982; 69: 471-486.
22. Robbins JM, Kirmayer LJ. Attributions of common somatic symptoms. *Psychol Med* 1991; 21: 1029-1045.
23. Hirsch M. Two forms of identification with the aggressor according to Ferenczi and Anna Freud. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1996; 45: 198-205.
24. Taylor GJ, Baglay M, Ryan DP, Parker JDA. Validation of the Alexithymia Construct: a measurement-based approach. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 290-297.
25. Garralda ME. A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 759-773.
26. Davison IS, Faull C, Nicol AR. Research note: temperament and behaviour in six years old with recurrent abdominal pain: a follow up. *J Child Psychol Psychiatry* 1986; 27: 539.
27. Kriechman AM. Siblings with somatoform disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 226-231.
28. Garralda ME, Bailey D. Psychosomatic aspects of children's consultations in primary care. *Arch Psychiatry Neurol Sci* 1987; 236: 319-322.
29. Walker LS, Garber J, Green JW. Somatic complaints in pediatric patients: a prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence and parental somatic symptoms. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 1213-1221.
30. Bain HW. Chronic vague pain in children. *Pediatr Clin North Am* 1974; 21: 991-1000.
31. Sirol F. Los dolores abdominales recurrentes de la última infancia y de la adolescencia. En: Lebovici S, Diatkine R, Soule M, eds. *Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente T 4*, 1.^a ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1990; 289-295.
32. Simon DN, Russell G. Abdominal migraine: A childhood syndrome defined. *Cephalalgia* 1986; 6: 223-228.
33. Lewis M. Recurrent nonorganic pain: current concepts. En: Goldberg IS, Gabriel HP, Lewis M, eds. *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*, 1.^a ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991; 1037-1041.
34. Astrada CA, Licamele WL, Walsh TL, Kessler ES. Recurrent Abdominal pain in children and associated DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 667-688.
35. Cruz M, Amat L, Claret I. Dolor abdominal. En: *Tratado de Pediatría*, 7.^a ed. Barcelona: Espaxs, 1994; 1089-1105.
36. Hamilton JR. Dolor abdominal recidivante. En: Nelson, *Tratado de Pediatría*, 14.^a ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1992; 1202-1203.
37. Molina Arias, Polanco Allué I. Dolor abdominal recurrente. En: Argüelles Martín F, Polanco Allué I, eds. *Manual de Gastroenterología Pediátrica*, 2.^a ed. Granada: Comares, 1996; 151-161.
38. Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation for the Children's Somatization Inventory. *J Consult Clin Psychol* 1991; 3: 588-595.
39. Achenbach TM, Edlebrock C. *Manual for the Child Behavior Checklist and revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont. Department of Psychiatry, 1983.
40. Walker LS, Greene JW. The Functional Disability Inventory: measuring a neglected dimension of child health status. *J Pediatr Psychol* 1991; 16: 39-58.
41. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr* 1980; 46: 305-315.
42. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1973.
43. Mc Cubbin HI, Patterson JM, Wilson LR. *Family Inventory of Life Events*. En: Larsen A, Muxen M, Wilson M, eds. *Family inventories*. St Paul: University of Minnesota, 1982.
44. Masten AS, Garmezy N, Tellegen A, Pellegrini DS, Larkin K, Larsen A. Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *J Child Psychol Psychiatry* 1988; 29: 745-764.
45. Harter S. The perceived competence scale for children. *Child Development* 1982; 53: 87-97.
46. Gesten EL. A health resources inventory: The development of a measure of the personal and social competence of primary-grade children. *J Consult Clin Psychol* 1976; 44: 775-786.
47. Derogatis LR, Rickets K, Rock AE. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new report scale. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 280-289.
48. Locke H, Wallace K. Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living* 1959; 21: 251-255.
49. Holahan CJ, Moos RH. The quality of social support: Measures of family and work relationships. *Br J Clin Psychol* 1983; 22: 157-162.
50. Halberstadt AG. Family socialization of emotional expression and nonverbal communications styles and skills. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 827-836.
51. Walker LS, Zeman JL. Parental response to child illness behavior. *J Pediatr Psychol* 1992; 17: 49-71.
52. Gutiérrez-Casares JR, Perez Rodríguez A, Martínez Rey T. Dolor abdominal recurrente & Psiquiatría. 1.^{er} Foro de Pediatría Extrahospitalaria en Extremadura. Badajoz, 1998.
53. Finney JW, Lemanek KL, Cataldo MF, Katz HP, Fuqua RW. Pediatric psychology in primary health care: brief targeted therapy for recurrent abdominal pain. *Behav Ther* 1989; 20: 283-91.
54. Sanders MR, Reggetz M, Morrison M, Bor W, Gordon G, Dadds M. Cognitive-behavioural treatment of recurrent nonspecific abdominal pain: an analysis of generalisation, maintenance, and side effects. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 294-300.
55. Sanders Mr, Sheperd RW, Cleghorn G, Woodford H. Treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive behavioural family intervention and standard pediatric care. *J Consult Clin Psychol*; 62: 306-314.
56. Richsteimeier AJ, Waters DB. Somatic symptoms as a family myth. *Arch J Dis Child*; 1984; 138: 855-856.