

Alopecia y Psicossomática

J. J. Bastard Caral, M. Juanola Codina, L. Teixidó Masip, J. Parés, T. Garupaera

RESUMEN

El trabajo que presentamos se configura como una aproximación al trastorno de la alopecia infantil y a cómo ésta se incluye dentro de los trastornos psicossomáticos.

Ello nos ha llevado, irremediamente, a la necesidad de tener presente el concepto de conversión y el conflicto teórico de la elección del órgano y su posible significación simbólica.

Para la consecución de tal objetivo presentamos una breve revisión de los diferentes abordajes teóricos actuales en psicossomática, así como el estudio de 30 casos clínicos.

Todo ello nos lleva a presentar un apartado a modo de conclusiones, donde se articula una breve reflexión sobre la necesidad de realizar un abordaje que rompa con la dualidad cartesiana y, así, entender al individuo como un todo indivisible, donde psique y soma sean solamente teóricos, sin olvidar la multifactorialidad social, cultural, antropológica, etc., que envuelve al ser humano.

Palabras clave

Alopecia — Psicossomática — Infancia

ALOPECIA Y PSICOSOMÁTICA

En cualquier comunicación, parece necesari-

rio hacer referencia previa al enunciado que le da título.

En este caso nos moveremos entre dos conceptos, el primero de los cuales, es decir la alopecia, ha sido incluido básicamente dentro de lo que llamamos trastornos psicossomáticos.

El segundo de los términos, la psicossomática, será interpretado conceptualmente en base a la óptica teórica o al engranaje conceptual desde los cuales o en los cuales observamos y trabajamos.

Ello querrá decir que, necesariamente, deberemos hacer referencia a aquellos aparatos teóricos de los cuales se desprenden los diferentes conceptos de trastornos o enfermedades psicossomáticas. Por tanto, dedicaremos un breve apartado al comentario superficial de las diferentes visiones de este término.

Sin embargo, y antes de entrar en ello, por poco suspicaces que seamos, es seguro que aparece en la mente de todos el eterno conflicto de la psicossomática. Este conflicto se organiza no solamente en función del marco teórico que sustenta el propio concepto de psicossomática, sino que básicamente se configura alrededor de un tema principal: la elección del órgano y la posible significación simbólica del conflicto, significación que la alteración lesional o funcional del órgano podría representar.

Inmediatamente, ello nos remite al olvidado y a menudo menospreciado concepto de conversión.

Parece evidente que, actualmente, se acepta que la diferencia entre conversión histórica

y trastorno psicossomático radica en la alteración o no alteración del órgano y en la simbolización que ello podría comportar. Por lo tanto, aunque pueda parecer anacrónica la referencia a estas cuestiones, si pretendemos ser medianamente sinceros en la explicitación del origen de este proyecto, deberemos decir necesariamente que optamos por el beneficio de la duda y por el escepticismo que, como sabemos, son los promotores del afán de investigación y conocimiento científico.

Continuando con la explicitación del proyecto diremos que, muy probablemente, las ciencias humanas, y entre ellas no solamente la psicología sino también la psiquiatría, cometen a menudo el error de buscar el soporte en paradigmas de las ciencias naturales. El método de éstas —el de las ciencias naturales— no hará más que distorsionar el objeto de estudio de las otras —de las ciencias humanas— si éstas se limitan a mimetizarlo.

En otros términos, debemos insistir en que la ciencia no se define por su método sino por su objeto. De lo contrario caeríamos en la circularidad definitoria del método científico, en la cual la ciencia se define por usar el método científico y el método científico es el usado por la ciencia.

Ello nos lleva, inevitablemente, a entrar en la cuestión de los no observables y así, intentar esclarecer la confusión entre los posibles métodos usables en ciencias humanas —los cuales no siendo los mismos que los de las ciencias naturales no tienen por qué ser considerados no científicos— y la filosofía.

Es por ello, que cuando hablamos de simbolismos no podemos ser tan banales como para decir que éste se limite a la explicitación de conflictos intrapsíquicos, olvidando los factores sociales, culturales, políticos... que intervienen en la multidimensionalidad que articula la configuración del individuo y el movimiento interactivo de éste con el ambiente.

Por otra parte, creemos que el hecho de estar en un ámbito diferente al de las «ciencias exactas», difícilmente nos puede hacer ser tan ingenuos como para pensar que, aceptando la intervención del mundo psíquico en el mun-

do somático, las diversas formas de somatización carezcan absolutamente de significado.

La intervención del mundo psíquico con el mundo somático no es aquí presentada en la dualidad cartesiana, sino que responde a una necesidad analítica, observar los dos niveles y la interacción que ambos mantienen. Es necesario, sin embargo, esclarecer que cuando hablamos de dos niveles lo hacemos solamente en un sentido científico y por lo tanto no real, ya que ambos, y en el ámbito de la realidad, no son dos, sino una única unidad indivisible, y sólo desligable en base a un interés práctico.

Si concretizamos en nuestro objeto de trabajo, es decir, la alopecia, es necesario primeramente mencionar que se trata de un tema de difícil estudio por el poco tratamiento científico al que ha estado sometido, inclusive a nivel internacional y desde todos los niveles: del más biológico al más intrapsíquico.

Es por este motivo que el desarrollo de este trabajo consiste en una introducción a los mencionados conceptos psicossomáticos y en un análisis de 30 casos clínicos.

Es imprescindible explicar que la motivación del presente trabajo no es un análisis estadístico exhaustivo de los mencionados casos de alopecia, sino que éstos son usados para permitir una mayor y progresiva aproximación al tema. Aproximación que no hará más que intentar la apertura a nuevas y más profundas lecturas del objeto: alopecia y psicossomática.

CONCEPTO DE ALOPECIA

Etimológicamente sabemos que alopecia proviene del latín *alopecia*, que significa pérdida total o parcial del pelo. Al tiempo este término proviene del griego *alopekia*, cuyo significado es el mismo y que deriva de la palabra *alopex*, que significa lobo, animal que pierde el pelo con mucha frecuencia.

Desde una perspectiva psiquiátrica se ha dicho que la alopecia total podría responder a traumas emocionales, mientras que la alope-

cia peládica correspondería a una configuración más compleja en la cual podríamos encontrar sujetos que presentan una falta de independencia, de decisión y de agresividad y presencia de madres hiperprotectoras.

También podemos recurrir a la noción de abandono o pérdida real o simbólica, en la que, según algunos autores (E. Wittkower), la pelada equivaldría a la neurosis de duelo.

El estudio de Mehlman y Griesmer sobre 20 casos revela la presencia de pérdidas afectivas reales o simbólicas, destetes traumáticos, abandonos posibles o reales, así como ansiedad neurótica con fondo de sintomatología de abandono y pérdida, nacimiento de hermanos y pérdida de relaciones significativas.

APARATO TEÓRICO

Tal como hemos mencionado en la introducción, haremos ahora referencia a las diferentes visiones actuales que dan soporte teórico al estudio de los trastornos psicossomáticos.

Ello, sin embargo, no comporta el olvido de los planteamientos psicoanalíticos con relación a este tema; planteamientos que han ido evolucionando y que, precisamente, por ya bastante conocidos, no haremos referencia a los mismos.

En la actualidad, pues, podemos decir que las posiciones teóricas son las siguientes:

- La psicología psicossomática.
- La escuela agresológica.
- La medicina psicossomática.
- La psicossomática según la escuela de Lacan.
- La corriente existencialista.
- La escuela psicossomática de París.

Al analizar estas teorías vemos que, excepto en el caso de la escuela agresológica, la cual se mueve en el paradigma E-R y encuentra su soporte colateral en el concepto de stress, existe en el resto un núcleo común: la presencia o no de significado del síntoma.

Es éste, pues, y tal como hemos indicado,

el concepto alrededor del cual giran los planteamientos psicossomáticos.

Si por un momento intentamos olvidar este núcleo como elemento fundamental y nos planteamos que cualquier objeto tiene diferentes niveles de lectura, es decir, metalenguajes, podemos también pensar que cualquiera de las teorías o microteorías, a las que hemos hecho referencia, tiene su propia coherencia si y sólo si es coherente consigo misma.

En otros términos, declinándonos o no por un marco teórico concreto, observamos un absoluto respeto por cualquier nivel de lectura que mantenga la indicada coherencia interna.

Así pues, que la escuela agresológica haga una lectura paradigmática de E-R o de E-O-R, no querrá decir que dicha lectura sea errónea, pero sí que no es completa, ya que el objeto individuo se configura en una complejización que por sí misma niega la posibilidad de la verdad absoluta.

Teniendo en cuenta, sin embargo, que, tal como hemos dicho, no nos parece necesario aceptar que la psicología científica tenga que moverse necesariamente en esquemas científicos mimetizados de las ciencias naturales, que, por tanto, no podemos considerar como más científica la psicología de ámbito conductual que la que se desprende de paradigmas psicodinámicos, y que, precisamente por llamarse psicología, el objeto inconsciente puede ser tan definible como el objeto conducta, hará falta aceptar que las diversas microteorizaciones no responden a otra cosa que a diferentes parcializaciones del objeto, y que no por ello no deben ser consideradas como contradictorias, sino, probablemente como todo lo contrario, es decir, como complementarias.

Retomando, pues, el recorrido por las diferentes teorías actuales de la psicossomática encontramos conceptos como los planteados desde el enfoque de la medicina psicossomática, planteamientos en los que el conflicto intrapsíquico es considerado como la causa de la enfermedad psicossomática y en los que la relación transferencial médico-paciente es considerada como la base de la cura.

Encontramos desde estos planteamientos

hasta los propuestos por Lacan, cuya teoría se articula en torno al concepto de epistemosomática. A través de él encontramos una negación del uso de la biología en el estudio de las somatizaciones en la medida en que la objetivización científica excluye al sujeto, y, por tanto, la investigación deberá llevarse a cabo en base al análisis epistemológico del discurso sobre el cuerpo.

Tal como hemos indicado, ninguna de estas dos últimas teorías niega la presencia del significado del síntoma sino que casi la reafirma.

Continuando en este ámbito, nos quedarían dos planteamientos teóricos actuales por revisar: uno el de la escuela de París, el otro la corriente existencialista.

La presencia de ésta, en tanto que teoría surgida de un ámbito filosófico, puede ser considerada por algunos sectores de la psiquiatría y psicología actuales, como poco creíble o poco científica. Pero no podemos olvidar que cualquier teoría científica tiene su origen en una corriente filosófica.

Así, si repasamos aunque sea superficialmente los conceptos que desde él se postulan, veremos que y tal como hemos dicho en nuestra introducción, desde el mismo se promueve la ruptura de la dualidad cartesiana. De este modo encontramos conceptos como el de «no posesión del cuerpo», es decir, yo no tengo un cuerpo sino que soy un cuerpo, el cual permitirá la realización de nuestras relaciones con el mundo, relaciones que constituyen la existencia.

También dentro de este ámbito encontramos propuestas como el romper con las teorías psicógenas de la enfermedad psicósomática, planteando una vivencia somática y psíquica en un todo indivisible. Igualmente en esta corriente algunos autores señalan la necesidad de analizar la somatización de la vivencia de estar enfermo en la personalización de «yo estoy enfermo».

En síntesis, los existencialistas nos hablarían de distintas maneras de estar en el mundo, acompañadas en el organismo por regímenes funcionales específicos. El hombre en una si-

tuación determinada no encuentra otras formas de expresión que las que su vivencia específica le permite. Así no encontraríamos una significación simbólica vehiculada por el lenguaje, sino una significación en relación con la corporeidad necesaria de cada vivencia: ira, placer, odio, amor, etc.

Pasemos ahora a los planteamientos de la escuela de París. Su teorización viene a proponer que la aparición de la somatización se produce cuando el sujeto no es capaz de tratar mentalmente las contradicciones que pesan sobre él, lo cual comportaría una falta de representación mental de los conflictos. Por ello, nos hablarán del pensamiento operatorio (distinguir de Piaget) típico de las somatizaciones, el cual se caracteriza precisamente por un discurso exacto cuando el sujeto se refiere a su enfermedad, discurso desprovisto de angustia, con cierta indiferencia afectiva, pobreza de la vida fantasmática y carencia de vida onírica, vida onírica que cuando está presente muestra una ausencia de simbolización y de los mecanismos típicos del sueño (condensación, desplazamiento, etc.).

Por lo tanto, en las afecciones psicósomáticas habría un déficit de descarga pulsional por falta de funcionamiento de las defensas. A veces, sin embargo, este mal funcionamiento sólo irá referido a ciertas partes de la estructura mental, lo cual produciría una angustia residual que podría comportar la somatización.

A pesar de ello, las estructuras neuróticas compensadas no están exentas de la somatización desde el momento en que por factores internos o externos puedan descompensarse.

Por lo tanto, deberemos pensar que en estas estructuras neuróticas que se descompensan, no habría lo que propiamente se entiende por pensamiento operatorio, es decir, no encontraríamos en ellas tanta pobreza fantasmática, ni ausencia de vida onírica, ni la presencia del resto de características de pensamiento operatorio.

Así, tendremos que diferenciar estas estructuras de aquellas descritas por Kreisler (escuela de París), y caracterizadas precisamente por

el pensamiento operatorio, las cuales son denominadas como estructuras de comportamiento, inorganizaciones estructurales severas, etc.

De este modo, si es precisamente la falta de elaboración simbólica lo que las caracteriza, no es lo que caracteriza a las estructuras neuróticas que en ciertos momentos se descompensan. Podremos, pues, postular que éstas no carecen de simbolización ni de falta de vida onírica. Ello nos llevará, con más razón aún, a no poder despreciar la posible significación de las somatizaciones.

Nos veríamos, pues, nuevamente obligados a referirnos a la polémica de la elección del órgano, polémica en la que no abundaremos ahora, y que comentaremos brevemente en las conclusiones que les presentamos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE 30 CASOS DE ALOPECIA

Tal como hemos mencionado en la introducción, este trabajo no pretende en ningún momento presentar unos resultados concluyentes a nivel estadístico. Por lo tanto, los 30 casos estudiados no son más que una breve casuística, cuya función no es otra que la de permitir una primera aproximación teórico-práctica a nuestro objeto de estudio.

Es por este motivo que la muestra ha sido extraída al azar del archivo del departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital Infantil de la Residencia del Valle de Hebrón de Barcelona.

El estudio de los 30 casos nos ofrece los siguientes resultados:

De estos 30 casos, el 12 % presentan alopecia total; el resto, alopecia areata.

Los sujetos estudiados están en el intervalo de edad comprendido entre 1 y 10 años, observándose una mayor frecuencia en las edades de 3, 4, 5 y 6 años, con una diferencia remarkable, puesto que para éstos se obtienen un 17, 14, 20 y 17 % respectivamente. El resto de las edades no supera el 8 % siendo la más baja del 3 %. Las medidas de tendencia

central indican una media de edad de 5,25 años, con una desviación de 2,12 años.

En cuanto a la variable sexo hay una clara dominancia del sexo masculino, con un 67 % del total.

Estudiando el lugar que ocupan en la fratria, observamos que en el 44 % de los casos se trata del segundo hijo.

En referencia a los antecedentes familiares, hemos encontrado que sólo en un 15 % de los casos alguno de los familiares próximos había presentado alguna forma alopecica, mientras que en un 100 % de los casos, los familiares no han presentado ninguna forma de trastorno psicósomático.

Observamos también que sólo en un 11 % de los casos hay antecedentes personales de manifestaciones psicósomáticas, como asma bronquial, alergias, eczemas.

La anamnesis de los 30 casos indica que en la práctica totalidad el embarazo y parto son normales; el desarrollo psicómotriz y del lenguaje también.

Igualmente, los coeficientes intelectuales se sitúan dentro del intervalo de la normalidad.

Se observa también la ausencia de comicidad en un 97 % de los sujetos.

El control esfinteriano es normal en un 65 % de los casos, apreciándose un 5 % de encopreticos y un 30 % de enuréticos, los cuales se distribuyen en partes iguales en enuresis primaria y secundaria.

En cuanto al factor desencadenante, a pesar de que en algunos de los casos no ha sido recogido, se ha podido constatar que en la mayoría de ellos se relacionaban con el factor «escuela», con una incidencia del 53 % del total. El resto se distribuye de la siguiente forma: 13 % nacimiento de hermanos; otro 13 % se relacionaba con la separación de los padres, y en un 19 % el desencadenante consistía en situaciones agresivo-traumáticas (accidentes, shocks emocionales...).

Lo mismo ha sucedido con el análisis de los síntomas asociados, es decir, aunque éstos no estaban recogidos en todas las historias analizadas, se ha encontrado como significativo la presencia de sintomatología ansiosa, como

por ejemplo cefalalgias, abdominalgias, tics, icticilomanía.

El análisis de los datos nos muestra hasta ahora que la mayoría de los aspectos estudiados se sitúan dentro de la normalidad.

Aparece, sin embargo, y de forma altamente significativa un 77 % de trastornos del sueño. Éstos incluyen pesadillas, terrores nocturnos, insomnios, etc.

El hecho de encontrar como único dato significativo éste, no nos permite determinar un tipo de personalidad concreta que explique, desde una perspectiva psicológica, la aparición de determinados síntomas; en este caso la alopecia.

Aunque esto pueda ser cierto, no podemos, sin embargo, dejar de mencionar que la alopecia en sí ha sido poco estudiada en profundidad desde los diferentes niveles, del más biológico al más psicológico, exceptuando los estudios a los que hemos hecho referencia en la introducción.

Basándonos en ellos podemos decir que desde el punto de vista más psicodinámico, la alopecia se entendería como resultado o consecuencia de pérdidas afectivas simbólicas o reales, falta de independencia y dificultades en la canalización de la agresividad, presencia de madres hiperprotectoras, y también de ansiedad neurótica.

Teniendo en cuenta estas premisas mencionadas, diremos que en el análisis de los 30 casos aparecen como variables significativas las siguientes:

- Sexo
- Edad
- Trastornos del sueño
- Factor desencadenante que podríamos asociar de la siguiente forma:

En relación a que predominen madres hiperprotectoras y falta de independencia en los sujetos nos puede permitir considerar como significativo el hecho de que la alopecia aparezca con una clara dominancia en sujetos masculinos (recordemos que se trata de un 67 %) y que igualmente aparezca con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre

los 3 y los 6 años (que corresponden a un 70 % del total).

Podemos interpretar, aunque tal vez especulativamente, que se trata de sujetos altamente dependientes, como también lo explicaría el 77 % de trastornos del sueño. Éstos, de origen psicógeno, pueden considerarse como signo de dependencia en relación con la figura materna, lo cual podría comportar la presencia de un yo poco estructurado y, al tiempo, un déficit de elaboración de los conflictos con relación a esta figura.

Otro aspecto a mencionar como significativo es el hecho de que el factor desencadenante que aparezca en un tanto por ciento más elevado (57 %) sea el relacionado con la escuela, tanto en el sentido de inicio de la escolarización, inicio de curso, reinicio de las clases, después de vacaciones, etc. Todo ello relacionado con la separación de las figuras afectivamente significativas.

Esto nos podría llevar a pensar de manera especulativa en la relación de dependencia que estos niños mantienen con la figura materna, con la consiguiente angustia de separación, falta de individualización, debilidad yoica, sentimientos de culpa, dificultades de adaptación, etc.

El hecho de que esta dependencia sea elevada, comporta también la existencia de una ambivalencia afectiva, y, por tanto, de una agresividad importante que, por mal elaborada, puede inducir a una culpabilización seguida, a veces, de una autoagresión.

Podemos, pues, intuir una falta de elaboración simbólica de los conflictos, la cual puede fácilmente llevar a la somatización como mecanismo incorrecto de descarga de la ansiedad.

Por lo tanto, deberemos tener presente que, tal como propone la Escuela de París, probablemente resulta dificultoso por el momento encontrar en la somatización una significación simbólica. En estos términos, no podemos decir que la somatización A corresponda, o sea el significante del conflicto A'.

Ello no hará más que reforzar que la somatización es significativa de un conflicto.

CONCLUSIONES

Resulta altamente complejo presentar un apartado a modo de conclusiones cuando el trabajo realizado no es más que una primera aproximación teórico-práctica a un objeto.

Por ello, más que hablar de conclusiones deberemos referirnos a las cuestiones que surgen al respecto, las cuales no hacen más que posibilitar la investigación.

De este modo, deberíamos aceptar que si la psicósomática implica la no simbolización, la alopecia será psicósomática si y solo si implica no simbolización.

Por lo tanto, lo primero que podemos preguntarnos es: ¿Realmente la alopecia comporta la ausencia de significado? ¿El trastorno psicósomático en sí mismo carece de la referida simbolización de los conflictos? ¿Podemos atrevernos a pensar que detrás de un significante no hay un significado?

Obviamente, responder que detrás de un significante no hay un significado, sería negar la significación en sí misma, la comunicación, la simbolización, y, en suma, la capacidad intrínseca del ser humano.

Así pues, por qué no plantearnos dos niveles teóricos, y solamente teóricos. El nivel mental y el nivel somático.

En el primer nivel podemos suponer que hay un tratamiento mental del conflicto, cuya correcta o incorrecta canalización también tendrá su corporeidad. En otros términos y a nivel de ejemplificación, podríamos decir que una estructura neurótica compensada tendrá una Gestalt «X»; una patología neurótica determinada implicará una Gestalt «Y».

Por lo tanto, podríamos atrevernos a postular que el cuerpo siempre es significante de un significado.

Si esto es así, y trabajando en la dualidad cartesiana, deberíamos pensar que la falta de tratamiento mental implicaría la ausencia de significado —aunque no de significante—, puesto que la somatización existe.

Pero, si de una vez por todas, nos atrevemos a romper con la dualidad cartesiana —base de la rigidificación científica que obstruye,

tanto por su contenido como por su uso político, el conocimiento—, y aceptamos al individuo como un todo, tal como propone entre otras la óptica existencialista, aceptaremos también la necesaria e imprescindible corporeidad de las vivencias, y por tanto, la existencia de un lenguaje del cuerpo.

Deberemos hablar entonces de la posibilidad de la somatización como significante, que siempre encierra un significado.

Ello nos lleva de nuevo al eterno conflicto de la elección del órgano. Este conflicto sólo tiene razón de ser si aceptamos la posible significación de la somatización, significación que incluso la propia escuela de París, que arguye la ausencia de tal significado, acepta al tiempo la falta de conocimiento sobre el tema y la necesidad de abrir una investigación tanto social, antropológica, mítica, etc. que permita aislar los posibles significados del lenguaje del cuerpo.

Es evidente, sin embargo, que existe una diferencia entre el concepto de signo y de símbolo, en tanto que el primero articularía su significante en base a una supuesta arbitrariedad.

Pero, ¿cómo entonces nos podríamos permitir el lujo de enlazar significantes con significados y con símbolos? Podremos hacerlo solamente de una forma, aceptando la construcción del símbolo a través del individuo y de la sociedad, y así, aceptar que el individuo establece significaciones simbólicas a través de los significantes.

En otros términos nos preguntaremos:

¿Por qué un sujeto padece una alopecia y no cualquier otro trastorno de tipo psicósomático?

Ello nos llevará necesariamente a aproximarnos al simbolismo del cabello en sí, simbolismo que deberemos entender tanto individual como social, antropológica, cultural e incluso políticamente. Y ello tanto a nivel macro como microsial, entendiéndolo como núcleo microsial más pequeño la familia.

A modo ilustrativo, en el caso de las alopecias podemos hablar de los distintos aspectos en los cuales el cabello adquiere una signifi-

ción. En este sentido, el cabello tiene una significación sociopolítica en las diversas estructuras y coyunturas sociales. Ya desde la historia antigua un tipo de peinado podía representar la pertenencia a un estatus determinado. También en el mundo contemporáneo podemos observar este fenómeno, así, un tipo de peinado puede representar desde la pertenencia a ideologías específicas —desde las más paramilitares hasta las más seudorrevolucionarias— hasta la pertenencia a grupos juveniles de identificación, sectas religiosas, etc.

En suma, se trataría, pues, a este nivel macrosocial de la representación de un valor sociomoral a través del cabello, y, por qué no a través del cuerpo, el cual, en su propia corporeidad, interactiva con el mundo, articula la existencia,

Tampoco olvidaremos el simbolismo sexual del cabello, ni la significación cultural, ni la propia significación popular expresada a través de los refranes.

De esta forma, la conclusión a la que po-

dríamos llegar se configura en la necesidad de abrir una vía de investigación en el ámbito semiótico, entendiendo éste como el estudio de signos y símbolos desde los diversos niveles sociales (macro y microsociales), pasando por el individuo, y ello, promoviendo siempre la imprescindible interdisciplinariedad que permita la aproximación a un objeto tan complejo como el ser humano.

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA, de J.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson, 4.ª Ed. Barcelona, 1980.
- DEJOURS, C., MARTY, P. y HERZBERG-POLONIECKA, R.: *Les questions theoriques en psychosomatique*. *Encycl. Med. Chir.*, París. «Psychiatrie», 37400 C 10, 7-1980.
- EY, H.: *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Toray-Masson, 8.ª ed. Barcelona, 1980.
- KREISLER, L.: *La desorganización psicósomática en el niño*. Ed. Herder, Barcelona, 1985.
- MOREL, P., LE HEUZEY, M. F. y PRINGUEY, D.: *La pelade: une maladie psychosomatique? Rôle des évènements vitaux*. «*Rev. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*», n.º 4, abril 1983.