

Dra. Margarita Aznar Bolaño

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LICENCIADA EN PEDAGOGÍA
Miembro de la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica
Psicoterapeuta acreditada por la EFPA y la FAPyMPE

C/ LOMBÍA 7, B AJO 8 28009 MADRID
TFS: 91 309 12 93 / 620 610 372

**EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN EL
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN
NIÑOS. EL PAPEL DEL PSICÓLOGO.**

**INTERDISCIPLINARY APPROACH TO THE
TREATMENT OF CHILD COELIAC DISEASE. THE
ROLE OF PSYCHOLOGIST.**

M. Aznar Bolaño

Publicado en:

AZNAR, M.(2000): El trabajo interdisciplinario en el tratamiento de la enfermedad celíaca en niños. El papel del psicólogo. *Revista Pediátrika*. Madrid. Nº 7. Vol. 20. 25-30.

RESUMEN

En los últimos tiempos se están analizando los factores interpersonales y ambientales de las enfermedades que presentan alta prevalencia. Factores como los estilos de vida, los hábitos, la experiencia de enfermedad, etc., se presentan como elementos importantes del proceso de curación. Son de especial relevancia en el caso de las enfermedades crónicas. Es necesaria la incorporación de diferentes profesionales para la intervención en las enfermedades y, por lo tanto, se precisa un enfoque interdisciplinario.

Este artículo desarrolla cuál sería el trabajo del psicólogo en la enfermedad celíaca en niños. Cuáles serían las características de su papel. Cómo y cuándo se produciría su intervención. Se analizan los diferentes momentos de la enfermedad con el fin de ayudar a detectar indicadores de problemas en los pacientes y/o familias.

Palabras clave: Enfermedad Celíaca. Interdisciplinariedad. Psicólogo. Prevención Secundaria.

SUMMARY

Lately environmental and interpersonal factors have been taken into account in current prevalence diseases. Factors such as lifestyle, habits, disease experience, etc, are presented as important elements in the healing process. They are specially relevant in chronic diseases. It has become necessary to consult different professionals to treat the diseases; so it is important an interdisciplinary approach.

This article tries to describe what would be the task of a psychologist in child coeliac disease. The role of this professional: when and how he would intervene. The different phases of the disease are described in order to explain the psychological frequent problems that, both patients and their families face.

Key words: Coeliac Disease. Interdisciplinary approach. Psychologist. Secondary Prevention

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Dra. Isabel Polanco y demás miembros del Servicio de Gastroenterología y Nutrición del Hospital Infantil Universitario de la Paz, por su colaboración y apoyo para la realización de este trabajo.

1. SALUD E INTERDISCIPLINARIEDAD

Estamos asistiendo en los últimos años a un cambio en la concepción de la salud-enfermedad que afecta al abordaje de las diferentes patologías y al papel de los diferentes profesionales de la salud.

Uno de los aspectos que están en cuestión es la concepción biomédica de la salud. Tenemos que remontarnos a Descartes para situar el origen de la dualidad mente cuerpo. Aquel pensamiento tuvo el mérito de permitir un desarrollo fundamental del conocimiento del cuerpo y de las enfermedades sin las censuras religiosas de siglos anteriores, pero instaló una inoperante dicotomía que fue alejando progresivamente el concepto de la salud de lo que ya se encontraba en la concepción tradicional de la medicina, desde Hipócrates (Laín Entralgo, 1972), es decir, la visión del enfermo como una globalidad (1).

"La Epidemiología ha venido a dar cuenta de que el modelo biomédico con su atención exclusiva a las causas biológicas del enfermar humano, supuso un avance importante en la detección y el control de las enfermedades de más alta prevalencia que hace años eran la causa más importante de mortalidad (Taylor, 1986). Pero este lugar en la prevalencia se ha modificado sustancialmente y de la investigación se desprende la multicausalidad de la etiología de las nuevas enfermedades mortales. Así, los estilos de vida, los hábitos, la proliferación de "nuevas" adicciones, el hábitat, el tipo de trabajo, la experiencia de enfermedad, etc., se convierten en importantísimos factores que juegan un relevante papel en la salud/enfermedad; aparecen nuevas demandas de atención generadoras de nuevos grupos de enfermos, como los crónicos, que inevitablemente plantean nuevos problemas y retos, como el de la autonomía y la calidad de la vida; la experiencia de enfermedad y el comportamiento concomitante son diversas y a la vez determinantes para cualquier proceso morboso" (2).

La existencia de la interacción entre lo psíquico y lo biológico es tradicionalmente conocida, no olvidemos el efecto placebo, pero en los últimos años las investigaciones están documentando más estas cuestiones. Se está desarrollando el campo de la psiconeuroinmunología con importantes hallazgos. "Se ha observado, por ejemplo: que la percepción subjetiva del dolor influye en la cantidad de medicación que se requerirá para controlarlo (Cassel, 1982); que el estrés producido por un simple examen académico es capaz de alterar negativamente, de forma altamente significativa, importantes variables inmunológicas (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1986); que estímulos inmunológicamente neutros pero emocionalmente intensos son capaces de producir reacciones alérgicas y que virus latentes dan lugar a enfermedades manifiestas, o que algunas verrugas pueden desaparecer bajo hipnosis (Ader, Cohen y Felten, 1987); que simples sesiones de psicoterapia de grupo, en fin, parecen suficientes no sólo para mejorar la calidad de vida de enfermas con cáncer de mama metastático sino también para alargar el doble su longitud de vida (Spiegel, Bloom, Kraemer y Gotheil, 1989), etc"(1). Otras investigaciones muestran como la ansiedad prequirúrgica influye en el postoperatorio en el consumo de analgésicos, número de días de hospitalización y dolor (3).

Todas estas reflexiones apuntan a la necesidad de asumir de forma operativa el talante biopsicosocial de la concepción de la salud expuesta por la O.M.S. en 1948 (4). Las causas que inciden en el estado de salud-enfermedad son multifactoriales: Las características biológicas, en interjuego con la realidad social y el modo de afrontar las vicisitudes vitales van a condicionar la aparición primero y el desenvolvimiento después de una enfermedad. Por lo tanto la incidencia desde los diferentes campos de intervención, el trabajo interdisciplinario, va a propiciar un mejor abordaje de las enfermedades. Al mismo tiempo el papel jugado por el paciente va a influir en el pronóstico del problema de una manera determinante.

No es el objetivo de este trabajo profundizar en las razones por las que resulta muchas veces tan difícil la interdisciplinariedad, pero apuntaremos algunas cuestiones.

Desde el campo de la medicina estamos asistiendo a unos avances tecnológicos que están provocando la necesidad de una especialización que, a veces, dificulta incluso la visión global biológica del enfermo (5). Por otro lado, no existe una experiencia de trabajo en equipo con psicólogos, ni muchas veces una conciencia de que esta interdisciplinariedad vaya a aportar algo.

Desde el campo de la psicología hemos hecho también contribuciones a la dificultad de esta integración. Por un lado el psicologismo reactivo de algunas posiciones que puede haber favorecido una resistencia mayor para el trabajo interdisciplinario. Otro problema ha sido la dificultad de trasladar a investigaciones contrastadas las afirmaciones que se han ido haciendo a lo largo de este último siglo acerca de la interconexión de los aspectos biológicos psicológicos y sociales del individuo. Este es un defecto que una ciencia nueva como es la psicología está solventando en los últimos años como hemos visto. Por último ha habido una cierta dificultad en trasladar un mensaje claro acerca de cuales son nuestros recursos de intervención con los pacientes y acerca de la valoración de los resultados obtenidos.

"La psicología clínica se ha ocupado tradicionalmente de investigar los trastornos psicológicos no sólo para poder llegar a entenderlos, sino también para poder desarrollar métodos eficaces de tratamiento. Pero además, aunque en este caso ya no sea tan conocido por todos, otro de sus objetivos tradicionales ha sido el de investigar tanto los trastornos funcionales que cursan con síntomas de naturaleza físico, así como las experiencias de enfermedad, esto es, las experiencias psicológicas que acompañan siempre a las enfermedades cuya patogenia fundamental es de tipo biológico o físico; experiencias psicológicas que, por su parte, son de muy diversa naturaleza y condición y que influyen bien en la aparición de la enfermedad física en cuestión, bien en su mantenimiento, bien en su evolución, bien en su tratamiento"(6).

El médico siempre se mueve en el difícil equilibrio de encontrar la distancia óptima en el trato con el paciente. Lo suficiente cerca para ayudar a alguien que sufre y necesita confiar en su saber y lo suficiente lejos para que su implicación no comprometa su eficacia. El papel del psicólogo no es mejorar lo que el médico hace en este terreno, el médico tiene que seguir teniendo el mismo papel para el paciente; lo que el psicólogo aporta es ampliar el campo de las intervenciones. Todos los recursos que dispongamos para detectar y resolver problemas que se puedan originar en los pacientes serán una

medida de prevención de las patologías y complicaciones que puedan sobrevenir. La intervención psicológica complementa la tarea realizada por el equipo médico.

El papel del psicólogo en la intervención con el paciente pretende "elaborar la comprensión por parte de éste de su sintomatología y proceso de enfermedad, de modo que pueda metabolizar mejor sus conflictos emocionales y ansiedades derivadas, resolviendo sus actitudes negativistas, regresivas o paranoides. Intentando modificar su actitud de sujeto pasivo a agente y colaborador activo en la lucha contra su enfermedad"(7).

En resumen estamos ante la necesidad de desarrollar modelos de trabajo que contemplen la salud como biopsicosocial y que desde ese punto de vista vayan integrando el papel de diferentes profesionales en un trabajo interdisciplinario que tenga como objetivo la intervención con un paciente para conseguir que él ponga en juego y/o que desarrolle su capacidad de contribuir a la resolución de su problema.

2. LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS: LA ENFERMEDAD CELÍACA

El abordaje integral de la salud es especialmente prioritario en el campo de las enfermedades crónicas donde se conjuga la necesidad de atender a las nuevas necesidades que ha originado la enfermedad en sí misma, junto con propiciar que se minimicen los efectos que en el individuo y/o su familia provoca atravesar por una situación cronicada, introduciendo criterios saludables.

La presencia de una enfermedad crónica en la infancia repercute ineludiblemente en todo el grupo familiar (8) y marca el desarrollo de ese grupo. Es un factor de riesgo para un desenvolvimiento saludable no sólo del enfermo sino también de los padres y los hermanos (9).

El niño se encuentra en un proceso de formación de su personalidad, el efecto de una enfermedad se deja sentir en su desarrollo, por el impacto emocional de la experiencia y además incluso en el caso de que no esté comprometida la supervivencia porque el cambio de lugares que genera esta situación, contribuye a la aparición de actitudes no muy saludables como puede ser la sobreprotección(10).

La enfermedad celíaca ejemplifica lo que estamos exponiendo acerca de las enfermedades crónicas porque favorecer las condiciones para que se mantenga la dieta sin gluten es la manera de contribuir a la salud de los pacientes(11). Al mismo tiempo la existencia de una limitación de por vida en un terreno como es el de la comida puede influir en la aparición de otras patologías.

El control médico periódico de la enfermedad celíaca es de gran importancia para el seguimiento de las dificultades que pueden surgir. A su vez permite resituarse cada cierto tiempo frente a la enfermedad y ayuda a mantener los criterios saludables. En los pacientes diagnosticados hace varios años hemos encontrado muy bajo el sentimiento de miedo de los enfermos (10) y esto, que es positivo por un lado y se relaciona con la

naturaleza de la enfermedad, puede favorecer el relajamiento de control de la ingesta de gluten. En muchos casos esta intervención periódica permite comprobar una buena actitud por parte de los pacientes y/o familias y una saludable relación con la enfermedad.

3. EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA CONSULTA DE ENFERMEDAD CELÍACA

Las primeras tareas en un equipo consisten en conocer cómo es la intervención del psicólogo y clarificar cuales son los criterios para su intervención: En que circunstancias se produciría la derivación por parte del equipo y cuales son los objetivos que persigue su intervención.

3.1. Cómo intervenir: Los elementos del cambio

Los padres son una parte integrante fundamental del proceso al tratarse de la intervención con pacientes infantiles.

Una de las primeras cuestiones que se abordan en el trabajo del psicólogo con los pacientes y/o padres es situarles la intervención. Cuando el médico les indica que vean al psicólogo pueden vivirlo como "que además de tener un problema de salud, su problema genera problemas psicológicos" y esto es una nueva carga. Es muy importante modificar este malentendido. Es de gran utilidad explicarles el aspecto preventivo de la intervención (sea secundaria o terciaria) porque les tranquiliza y facilita que asuman protagonismo y capacitación en el desenvolvimiento de su enfermedad. Esto es muy claro en la enfermedad celíaca. Transmitir la idea de intervención preventiva no es lo mismo que hablar de "Apoyo psicológico".

Cualquier intervención del psicólogo consiste en colocarse en un lugar de comprensión de las dificultades del paciente y/o familia. Desde ese lugar de escucha se puede incidir en su capacidad de modificar la realidad porque se les transmite su responsabilidad en las dificultades que surgen, pero no se les culpabiliza. La culpabilización generaría dos respuestas posibles o bien el rechazo ante la intervención o efectos más perniciosos en el problema que se presentaba, complejizándolo aún más. Se les transmite también que el equipo va a apoyarle en los problemas que surjan y le va a dar cobertura para resolverlos, pero él/ellos pueden hacer mucho por su salud.

En la enfermedad celíaca se hace necesario situar en su justa importancia la relativa gravedad del problema, pero combinándolo con entender la complicación y situación traumática que puede generar para la familia. Hace falta transmitir con rotundidad la supresión de la ingesta de gluten, pero combinándolo con entender las dificultades que esto les supone.

3.2. Cuándo intervenir: Las diferentes edades en la enfermedad y las diferentes necesidades

Existen varios momentos diferenciados en la enfermedad celíaca:

- 1) *El diagnóstico de probable enfermedad celíaca:* El período de aparición de los síntomas, la realización de la primera biopsia y el diagnóstico de probable enfermedad celíaca con la supresión de la ingesta de gluten en la dieta.
- 2) *El período de diagnóstico de probable enfermedad celíaca.* El período que transcurre hasta la confirmación del diagnóstico. Se produce la mejoría y recuperación del enfermo.
- 3) *Confirmación del diagnóstico:* El período del diagnóstico definitivo de la enfermedad con la segunda biopsia, la provocación y la tercera biopsia.

En un porcentaje elevado de casos el diagnóstico de probable enfermedad celíaca se establece entre el primer y segundo año de vida, esto genera una uniformidad en los casos en cuanto a los momentos de la enfermedad en relación con las edades de los niños. Por eso añadiríamos dos momentos más relacionados con la edad:

- 4) *De la confirmación del diagnóstico a la adolescencia.*
- 5) *La adolescencia.*

Cada uno de estos momentos está caracterizado por diferentes necesidades y por la presencia de indicadores que pueden alertarnos de la necesidad de intervención:

- 1) *El diagnóstico de probable enfermedad celíaca:* Se produce el impacto del diagnóstico. Según cual sea la expectativa previa de los padres acerca de la gravedad del problema, puede producir alivio momentáneo o sensación de confusión (10). Se produce también el impacto de la primera biopsia. Realizar una biopsia, analizar una muestra de tejido, desde el desconocimiento provoca fuertes fantasías de malignidad.

Intervención: En esta etapa tiene un valor fundamental la información(12). Es preciso situar en su justa importancia la enfermedad.

En esta etapa es el momento de poner los cimientos de una buena relación con la enfermedad(13). Las Asociaciones de Celíacos representan un buen complemento comunitario para poder desarrollar estos aspectos (14) (15).

- 2) *El período de diagnóstico de probable celíaca*: En general se produce una mejoría rápida del cuadro, que tiene el efecto de tranquilizar.

Intervención: Es importante detectar indicadores de mala aceptación de la enfermedad o de excesivo impacto emocional de los padres. Hay que estar atentos a las transgresiones a la dieta. Las transgresiones por parte de los padres y/o de los niños en esta edad, generalmente dos a seis años, están relacionadas con las dificultades de aceptación de la enfermedad por parte de los padres.

En general, detrás de la mayoría de los problemas que surgen se encuentra una deficiente aceptación del problema, inicialmente de los padres, al ser diagnosticado a edades tan tempranas (9). La falta de aceptación de la enfermedad por parte de los padres es un factor predictivo de la implicación de los hijos con la dieta.

Esta falta de aceptación puede suponer en los casos extremos la negación del problema, que incide directamente en la ingesta de gluten. Sin ser tan extrema esta falta de aceptación, la presencia de sentimientos intensos de pena o de culpa sin elaborar propician actitudes ambiguas que favorecen que el niño reciba mensajes poco contundentes y que sea él el que transgrede la dieta. Por último también podemos considerar deficiente aceptación del problema el caso de familias que siguen adecuadamente todas las indicaciones médicas y de alimentación, pero que se detecta una sensación de esfuerzo muy alto.

- 3) *Confirmación del diagnóstico*: Hay padres que esperan esta etapa para confirmar el diagnóstico y les provoca la inquietud normal. Hay otros padres que verbalizan que esta etapa es un trámite para ellos porque están convencidos del diagnóstico positivo, y tienen perfectamente asumida la enfermedad, pero no es tan real esta percepción como a ellos les parece. Suele quedar una sensación profunda de esperanza de que no se confirme el diagnóstico lo que conduce a sentirse más impactados de lo que pensaban cuando se confirma. "La conveniencia o no de realizar una provocación con gluten deberá valorarse individualmente"(14). En los casos en que existen resistencias o postergación de la provocación habrá que valorar cual es su origen. A veces la excesiva preocupación por el impacto de las biopsias o de la provocación en el niño indican una importante implicación emocional en los padres.

Intervención: Detectar el impacto emocional del proceso de confirmación del diagnóstico, el impacto de las biopsias y valoración de la provocación.

Con respecto a la provocación, los padres se plantean la cuestión de "sí mentir al niño o no". Sienten que están traicionándole o, por el contrario, les genera mucho malestar "revocar" la indicación de no tomar gluten como si fuera a pensar el niño que son arbitrarios. En general esto obedece a lo que planteábamos más arriba del impacto de la confirmación del diagnóstico, pero también es conveniente clarificar algunos aspectos.

En los últimos años se ha producido el aumento de la edad en la que se somete a provocación a los niños de los cuatro años de antes, a alrededor de los seis en

adelante que es el criterio actual. Esto tiene repercusión con respecto a la madurez del niño y entonces a la cuestión de la claridad ante el proceso de provocación. En general un niño de seis años con un buen vínculo familiar puede entender la situación y puede ser informado del proceso, pero en algunos casos no estará indicado. Cada familia tiene que encontrar el modo que estime más adecuado y que les haga sentirse mejor, sin ser forzados. En este tema no hay un patrón uniforme saludable, lo será aquel en que la familia se sienta más cómoda.

- 4) *De la confirmación del diagnóstico a la adolescencia:* Este período es, en general, un tiempo de estabilidad y de progresivo manejo autónomo del chico con la enfermedad celíaca.

Intervención: Al encontramos con un problema de salud que complejiza la crianza es importante la detección precoz de conflictos que aún no teniendo que ver con la enfermedad van a añadir factores de riesgo a la situación. Es una etapa también de prevención para la adolescencia. Los indicadores más importantes de esta etapa son:

A) Situaciones en las que las pruebas practicadas pongan de manifiesto que hay transgresiones.

B) Situaciones en las que la revisión evidencie una mala relación con la comida, algún tipo de síntoma psicológico o situaciones de transgresión de la dieta: excesiva "flexibilidad" con la dieta.

- 5) *La adolescencia:* La experiencia clínica nos muestra las dificultades que presenta en la adolescencia el seguimiento de la dieta sin gluten en los pacientes con enfermedad celíaca y las complicaciones que genera. El deterioro físico, la influencia en el crecimiento en esta época fundamental, así como efectos en el comportamiento que, aunque es difícil establecer en esta etapa en que medida son atribuibles a la ingesta de gluten, no obstante, están ampliamente contrastados(16). Por otra parte, la actitud ante la dieta en esta etapa va a tener influencia en el comportamiento ante la misma en la edad adulta. Estos son problemas que nos encontramos en la adolescencia, pero en muchos casos y, sobre todo, en los más complejos, se han ido fraguando a lo largo de la crianza.

Intervención: Detectar la presencia de transgresiones en la dieta, indicios de trastornos alimentarios, actitudes de ocultamiento de la enfermedad ante los amigos y en general cualquier indicador de desajuste personal o familiar.

La adolescencia es el momento en el que el individuo se sitúa ante lo que va a ser su vida. Hasta ese momento estaba en desarrollo físico y psicológico. En esta etapa el adolescente toma conciencia de que se está produciendo el resultado final: Esa va a ser su altura, su cuerpo, su forma de ser, sus características personales en una palabra, y, entonces, tiene que producirse una elaboración y aceptación del adulto que se está formando. El adolescente con enfermedad celíaca tiene que aceptar su limitación entre otras múltiples cuestiones y esto explica que sea una etapa convulsa incluso en chicos que hayan llevado muy bien todo el proceso en la infancia.

Por otro lado para cualquier padre también se pone en juego la aceptación del hijo que se ha formado, así como la necesidad de aceptar que progresivamente el chico va a llevar las riendas de su vida. A los padres les cuesta este proceso de separación e intentan unas veces ejercer un control frente a lo que ya se les va de las manos, mientras que otras veces se retiran demasiado pronto cuando el adolescente necesita su intervención activa, aunque nunca lo vaya a reconocer. A veces en la relación padres-hijo de un paciente con enfermedad celíaca giran todos los temas con respecto a la enfermedad, cuando ésta no es la única cuestión que está sucediendo.

"La transgresión, y más aún, la transgresión sistemática y continuada, tenemos que entenderla como un síntoma, como un indicador o señal...tendremos que encontrar cual es el problema que está denunciando en el adolescente o joven. Si es consecuencia del proceso vital que está atravesando. Si es un indicador de relación alterada con el hecho de padecer la enfermedad celíaca. Si se enmarca en una problemática más amplia del adolescente consigo mismo, con el medio que le rodea y con la manera en que este medio ambiente sitúa, a su vez, el problema de la enfermedad celíaca, en particular, y de ser persona que se va haciendo autónoma en general"(17).

3.3. Objetivos de la intervención del psicólogo

Haciendo un resumen de lo que hemos expuesto podemos decir que varios son los objetivos de la intervención del psicólogo atendiendo a las diversas necesidades:

- 1) Explorar las posibles motivaciones de los casos que presenten transgresiones a la dieta.
- 2) Detectar la presencia de dificultades en la aceptación de la enfermedad celíaca por parte del niño o la familia.
- 3) Valorar precózmamente la aparición de desajustes personales o familiares.
- 4) Establecer el seguimiento de los casos que se encuentran en los momentos especialmente significativos de la enfermedad.
- 5) Realizar intervenciones en encuadres breves focales.
- 6) Canalizar hacia otros recursos (preventivos o terapéuticos) las situaciones cuya complejidad lo requiera.
- 7) Realizar un seguimiento y evaluación de los pacientes en los que se haya intervenido.

4. Conclusión

El trabajo interdisciplinario tiene que basarse en el conocimiento del alcance y utilidad de los diferentes recursos con los que se cuenta y los diferentes profesionales implicados en la intervención.

Muchas de las cuestiones que se han planteado en este trabajo son extrapolables a otras enfermedades en general y a las enfermedades crónicas en particular, con las especificaciones particulares de cada una.

Es muy importante, además de una sólida formación, conocer las características y peculiaridades del colectivo de enfermos con el que se está interviniendo, porque esto permite afinar en las intervenciones aumentando la eficacia de las mismas.

Los progresos en el conocimiento de una enfermedad van encaminados en primer lugar a la disminución de las consecuencias graves de la misma: la eliminación de la mortalidad y la disminución de la morbilidad; conforme el conocimiento avanza son nuevas las metas a conseguir y es mayor la diversidad de recursos con los que intervenir.

5. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bayés, R. y Barreto, P. Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinaria. *Clinica y salud*. 1992. Nº 1.
- (2) García, M. A. y Olabarría, B.: Desarrollos y necesidades de la psicología clínica: Aplicaciones en la sanidad pública española. *Clinica y salud*. 1996. Nº 1.
- (3) Moix Queraltó, J.: Efectos de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación. *Clinica y salud*. 1995. Nº 2
- (4) Wenstein, L. *Salud y Autogestión*. Dosbé. Madrid. 1978.
- (5) Pérez García, P.: La función de contención. Una práctica interdisciplinaria en el hospital en *Clinica y Salud*. 1992. Nº 1.
- (6) Belloch, A. Y Olabarría, B.: El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clinica y salud*. 1993. Nº 2. P
- (7) Pérez García, P., De Felipe Oroquieta, J., Sanz Herrero, B., Yagüe Ariza, L.F. De la Torre Gordo, C.: Psicología Clínica de Enlace e Interconsulta en el Hospital General. *Clinica y salud*. 1995. Nº 3 .
- (8) Nieto Barrera, M. La familia y el niño con enfermedad crónica en *Vox Pediátrica*. 1995 Vol 3 Nº 1 Mayo (33-38).
- (9) Lozano, J.F. y Blanco, A.: Problemas emocionales y de salud experimentados por los progenitores de niños asmáticos. *Clinica y salud*. 1996. Año 7. Vol 7. Nº 3
- (10) Aznar, M., Amor, A., Goñi, S. Acuña M.D. Estudio sobre influencias de la Enfermedad Celíaca en el desarrollo psicológico de niños celíacos y sus familias. en *Pediátrika*. 2000. Barcelona. Suplemento 1.43-53.

Dra. Margarita Aznar Bolaño

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LICENCIADA EN PEDAGOGÍA
Miembro de la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica
Psicoterapeuta acreditada por la EFPA y la FAPyMPE

C/ LOMBÍA 7, B AJO 8 28009 MADRID
TFS: 91 309 12 93 / 620 610 372

- (11) Aznar, M. Y Amor, A.: Prevención de repercusiones psicológicas en la enfermedad celíaca en *Enfermedad Celíaca. Actualidades en gastroenterología y hepatología*. Procus Science.Barcelona.1996. Vol. 20. 89-92
- (12) Salas M.R. Cómo, quién, cuándo y dónde se informa a los padres de la deficiencia de su hijo. *II Jornadas Orientación Familiar*. Fundación Mapfre. 1996. 115-136.
- (13) Aznar, M. y Amor, A. La prevención como estrategia de abordaje en una enfermedad crónica: La enfermedad celíaca en *Pediatrika*. Barcelona. 1996. Nº 1. Vol 16. 33-37.
- (14) Polanco, I. Enfermedad Celíaca en *Pediatrika*. 2000. Barcelona. Suplemento 1. 5-21
- (15) Cullen, K. :La familia y el niño con cáncer en *Vox Pediátrica*. 1995.Vol 3. Nº 1. Mayo. 49-57
- (16) Cinquetti, M., Trabucchi,C.,:Gluten-free diet and psychological problems in the adolescent whith coeliac disease en *Changing Features and Coeliac Disease*. Tampere. 1998; 139.
- (17) Aznar, M. : (1996) Adolescencia y transgresiones en *Revista Mazorca*. F.A.C.E. Nº4. Diciembre. 14-15

Correspondencia:

M. Aznar Bolaño
C/ Lombía 7 Bajo 8
28009 Madrid
e-mail: maraznar@correo.cop.es