

PSICOSOMÀTICA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

INTRODUCCIÓN:

Las reacciones somáticas pasajeras son frecuentes en el niño y adolescente, pero no han tenido tiempo para organizarse como en los adultos bajo la forma de trastornos psicossomáticos sobre la base de una personalidad psicossomática.

Definición:

Un niño o un adolescente puede presentar un trastorno psicossomático cuando estando sometido a una situación estresante responde simultáneamente a dos niveles;

- 1) **Nivel psicológico;** La situación provoca una reacción emocional ansiedad, tristeza, cólera...)
- 2) **Nivel somático;** El estrés activa el sistema nervioso autónomo provocando un cambio en el funcionamiento por ejemplo espasmos, hipersecreciones, etc. Si el estímulo estresante persiste puede ocasionar un cambio de estructura en los órganos, ejemplo úlcus duodenal, colitis etc.

El niño y el adolescente pueden ser conscientes o no de la relación existente entre la aparición de la sintomatología y los estímulos externos.

- 1) El trastorno predominante es una pérdida o un cambio del funcionamiento psíquico surgiendo la enfermedad psíquica.
- 2) En el plano de la etiología los factores psicológicos estarán implicados en los síntomas según lo siguiente:
 - a) Existencia de una relación temporal entre un estímulo del entorno y la aparición o exacerbación del síntoma
 - b) El síntoma permite a la persona evitar ciertas actividades que no le son gratas (beneficios secundarios)
 - c) El síntoma le permite al paciente recibir de su entorno un soporte que no recibiría en ausencia del mismo (beneficios secundarios)
- 3) El síntoma no es voluntario, es decir, no hay simulación.
- 4) El síntoma no puede ser explicado por una enfermedad física o un mecanismo psicopatológico conocido.

Los trastornos psicossomáticos siempre deben ser considerados bajo los dos aspectos sería incorrecto afirmar que el problema es puramente psicológico o a la inversa que es simplemente físico.

EPIDEMIOLOGÍA:

La prevalencia de los trastornos psicossomáticos en la infancia y adolescencia no es bien conocido el motivo principal estriba en que el término "trastorno psicossomático" está mal definido. Algunos autores estiman que la proporción es de 1/10 durante el período que va del nacimiento a los 18 años es decir de cada 10 niños o adolescente hay 1 que padece algún tipo de trastorno psicossomático, y los más frecuentes serían las cefaleas, las abdominalgias, la anorexia, el insomnio y la enuresis.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DEL TRASTORNO:

Los trastornos psicossomáticos no se manifiestan de la misma manera en el niño o adolescente que en el adulto, el lactante y el niño en la primera infancia sería un ser esencialmente psicossomático porque se produce un paso rápido sin intermediarios de lo psíquico a lo físico porque las capacidades de mentalización están menos desarrolladas y los mecanismos de defensa menos elaborados. Las derivaciones automáticas de los conflictos y de la angustia en relación al cuerpo es reemplazada por otras formas de reacción, por ejemplo paso al acto, neuroticismo...

Los trastornos psicossomáticos aparecen en relación con etapas definidas del desarrollo y, o como reacción a situaciones estresantes.

Con relación a etapas definidas del desarrollo:

- Aprendizaje del control de los esfínteres (3-4 a.)----constipación
- Autonomía con relación a la madre (3-4 a.)-----asma
- Inicio de escolaridad (6-8 a.)-----cefaleas
- Pubertad (12-14 a.)-----anorexia

En relación a situaciones estresantes

- Familiares-----conflicto entre los padres
- Sociales-----dificultades para afrontar situaciones nuevas.

El concepto de organización psicossomática definiéndolo por unas características precisas no puede ser aplicado en la infancia (pensamiento operativo alexitimia), además en el niño los trastornos psicossomáticos suelen ser transitorios o pasajeros.

TRASTORNOS FUNCIONALES Y TRASTORNOS LESIONALES.

Los T. psicossomáticos deben ser contemplados en el contexto general de la expresión de los afectos. Las emociones se acompañan de variaciones somáticas, endocrinas, y neurovegetativas.

En condiciones normales las manifestaciones somáticas son pasajeras pero en algunos casos las tensiones internas engendran trastornos somáticos duraderos, sea porque el estado tensional sea intenso y prolongado o porque el sujeto es incapaz de metabolizar de forma satisfactoria.

REACCIONES NORMALES:

Son un conjunto de cambios que se manifiestan cuando el sujeto se ve perturbado afectivamente.

TRASTORNOS FUNCIONALES:

Se manifiestan por las modificaciones de ciertas funciones por ejemplo espasmos del sollozo, hipersecreción gástrica.

La investigación sobre fisiología y patología del sistema neurovegetativo ha demostrado que los desequilibrios del sistema simpático y parasimpático entrañan sintomatología polimorfa que en su fase inicial son independientes de las alteraciones estructurales.

Los trastornos no están organizados, los síntomas presentados por el sujeto no permiten identificar un cuadro nosográfico conocido, los exámenes clínicos no evidencian lesiones causales.

TRASTORNOS LESIONALES:

Son las enfermedades psicósomáticas propiamente dichas. Bajo la repetición de manifestaciones funcionales puede aparecer una lesión anatómica por ejemplo la úlcera péptica, la colitis ulcerosa.

Las alteraciones estructurales pueden convertirse en profundas e irreversibles.

La enfermedad psicósomática es una enfermedad orgánica bien constituida en la que no faltan ni los síntomas clínicos ni la confirmación por los exámenes complementarios, radiológicos o biológicos.

La prueba anatómica de la lesión es regularmente aportada por la investigación clínica.

Los diferentes niveles de manifestación somática de los estados afectivos aparecen de forma gradual, constituyen un proceso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- 1) Conversión**
- 2) Hipocondria**
- 3) Simulación**
- 4) Trastornos autoprovocados**

1) Conversión:

Es la transposición de un conflicto psíquico y de la tentativa de resolución en síntomas motores o sensitivos. La ansiedad producida por un conflicto inconsciente se convierte en un síntoma somático de tal forma que la ansiedad disminuye.

No existe un cambio estructural, no hay lesión orgánica. Los síntomas psíquicos tienen una significación simbólica inconsciente. Las reacciones de conversión vienen referidas a una personalidad histérica o a una neurosis.

2) Hipocondria:

Se caracteriza por las preocupaciones excesivas relacionadas con el cuerpo y la salud física, se basa en una interpretación errónea de sensaciones corporales. El paciente múltiples exámenes complementarios para poder detectar una lesión que no existe.

Los niños o adolescentes hipocondríacos que se preocupan exageradamente de un trastorno real o imaginario de su funcionamiento corporal es a menudo indicio de un trastorno neurótico (frecuentemente depresivo) y en más escasas ocasiones de un estado psicótico subyacente (rasgos paranoides).

3) Simulación:

Es el hecho de mimetizar una sintomatología dolorosa o de otro tipo sin que el sujeto tenga ningún trastorno. El ejemplo clásico es el del niño que no quiere ir al colegio y simula una enfermedad. Suele ser un mecanismo de evitación que si se utiliza frecuentemente denota un trastorno del comportamiento subyacente o un estado neurótico.

4) Trastornos autoprovocados:

Se trata de la creación de un síntoma por motivaciones psicológicas frecuentemente para llamar la atención o evitar una situación desagradable.

En la terminología anglosajona se denominan falsos trastornos.

Comentario general:

En la teoría la delimitación entre simulación, conversión, hipocondria y trastornos psicósomáticos, está bien definida pero en la práctica clínica su diferenciación puede conllevar dificultades.

La somatización podría ser definida como **todo trastorno somático con componente psicológico, con o sin modificación anatomopatológica transitoria o prolongada.**

En sentido estricto el término somatización englobaría los trastornos psicósomáticos de tipo funcional (sin lesión anatomopatológica), y los

Trastornos psicofisiológicos o Trastornos somotomorfos de la literatura anglosajona serían los de **tipo lesional** es decir con lesión anatomopatológica demostrable.

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

ALIMENTARIOS:

Anorexia
Mericismo
Bulimia
Obesidad

DIGESTIVOS:

Cólicos
Vómitos
Dolores abdominales
Úlcus gastroduodenal
Rectocolitis úlcero-hemorrágica

ELIMINATORIOS:

Enuresis
Encopresis
Constipación
Diarrea

RESPIRATORIOS:

Asma
Espasmos del sollozo
Hiperventilación

NEUROLOGICOS:

Dolores
Migrañas
Cefaleas
Insomnio

ENDOCRINOLÓGICOS:

Retardo del crecimiento
Diabetes

CUTÁNEOS:

Eczema
Pelada
Psoriasis

-ESPASMOS DEL SOLLOZO:

Es trastorno frecuente entre 1 y 4 años pero puede iniciarse a la edad de 6 meses y prolongarse hasta los 6 años.

Afecta mas a los varones que a las hembras afectaría al 4-5% de la población general.

Descripción clínica:

Se caracteriza por una pérdida de conciencia breve secundaria a la anoxia cerebral, apareciendo cuando el niño reacciona de forma brusca e intensa a un acontecimiento externo.

Forma azul o cianótica
||
Existen dos formas —————||
||
Forma blanca o pálida

a) Forma azul o cianótica:

Es la mas frecuente (80%) de los casos. Suele afectar a niños activos y oposicionistas. Las crisis se desencadenan por una crisis de cólera, el niño frustrado se enfurece y solloza, la respiración se acelera, finalizando en una apnea en inspiración forzada, la cianosis aparece y el niño pierde la conciencia durante unos segundos.

b) Forma blanca o pálida:

Es la menos frecuente (20%). Se suele presentar en niños pasivos, inhibidos, dependientes, a menudo el desencadenante de la crisis es el dolor, el llanto o la tristeza, durante la crisis el niño no llora pero emite un grito breve, su respiración se detiene palidece y cae en síncope.

La pérdida de conciencia puede acompañarse de convulsiones de las extremidades y de giro de

los globos oculares en las dos formas descritas, las crisis son breves de unos segundos de duración a un minuto.

Un niño suele hacer el mismo tipo de crisis siempre pero puede suceder que a la larga se alternen los dos tipos de crisis en el mismo niño.

La electroencefalografía ha demostrado:

a) Ausencia de signos neurológicos asociados (de tipo epiléptico), la ausencia de secuelas neurológicas aspecto que preocupa e inquieta al medio familiar.

b) La existencia de signos típicos de anoxia cerebral. Asfixia debida al bloqueo respiratorio en la forma cianótica e isquemia debida a la parada cardíaca en la forma pálida.

Aspectos psicodinámicos:

Los espasmos de sollozo se manifiestan a menudo en un contexto afectivo,

Niño emotivo y llorón en la forma pálida.

Niño dominador en la forma cianótica.

Una regañina, una emoción intensa, un dolor súbito, una frustración, una demanda destatendida, un llanto intenso, generan una reacción de shock.

La pérdida de conciencia constituiría el equivalente a un mecanismo de huida que le permitirían suprimir las emociones intensas y desagradables al mismo tiempo que el entorno responsable de su displacer.

El espasmo del sollozo puede también constituir una tentativa mas o menos consciente de controlar o manipular el ambiente. La familia, madre, padre a menudo creen que el niño puede morir con la aparición de una crisis y acceden a todas sus demandas lo cual convierte al niño en mas dominante y caprichoso.

Tratamiento:

1) Examen completo que descarte causas orgánicas, tales como la epilepsia.

2) Informar a los padres que se trata de un trastorno benigno que desaparece espontáneamente y que no deja secuelas. Si los padres se muestran menos inquietos e ignoran las crisis pueden llegar a desaparecer.

3) Sugerencias para prevenir las crisis de síncope por ejemplo soplando en la cara del niño.

-HIPERVENTILACIÓN:

Consiste en aceleración y aumento de amplitud de los movimientos respiratorios. Este trastorno motiva consulta urgente.

Con la hiperventilación la facies enrojece y puede llegar a la cianosis, e incluso pueden aparecer petequias en dedos y orejas producidas por la alcalosis respiratoria. En situaciones extremas se produce tetania secundaria a la hipocalcemia.

Diversos tipos de emociones pueden provocar la hiperventilación, tristeza, alegría, cólera, miedo, produciendo una respuesta del sistema nervioso autónomo, pero no nos es posible determinar con exactitud los mecanismos fisiológicos que desencadenan la hiperventilación.

Diagnóstico diferencial con otros trastornos:

-Disnea secundaria a un trastoreno cardíaco y respiratorio.

-La hiperventilación por la cetosis del niño diabético.

-La intoxicación por salicilatos.

Tratamiento:

- 1) Tratar de conseguir que el paciente detenga momentáneamente la respiración o que respire en una bolsa de papel que contiene el dióxido de carbono espirado, al inspirar el CO₂ se corrige la alcalosis respiratoria y se activa el reflejo de Hering-Breuer que estabiliza la eficacia del ritmo respiratorio.
- 2) En ocasiones y si el caso lo requiere puede estar indicado un tratamiento con ansiolíticos.
- 3) Si las crisis se repiten debe profundizarse en el estudio psicológico del niño o adolescente para poder tratar correctamente el trastorno que desencadena las crisis.

-ASMA.

El asma bronquial es un acceso episódico de dificultades respiratorias causadas por una hiperactividad del sistema parasimpático. La disnea se manifiesta por una respiración sibilante recurrente con prolongación de la espiración.

El asma del niño difiere sensiblemente de la del adulto, la crisis debuta súbitamente, la disnea es intensa y rápida, sin tos y frecuentemente con fiebre incluso en ausencia de complicaciones. La crisis a menudo acontece de noche y puede durar de unos minutos a unas horas. La dificultad respiratoria puede ser leve o llegar a tal punto de gravedad que precise respiración asistida. Los niños asmáticos presentan a menudo otros trastornos psicósomáticos como eczemas y otros problemas cutáneos.

Epidemiología:

Su prevalencia se sitúa entre el 1-2% de la población infantil, los niños la padecen en más que las niñas. Este trastorno se presenta con carácter de urgencia en los niños de menos de 1 año. El 20-30% de los casos debutan antes de los dos años y la mayoría de los casos antes de los 5 años, habitualmente en el curso del tercer año. Los síntomas disminuyen notablemente o desaparecen en una gran mayoría de niños asmáticos alrededor de los 15 años.

Factores psicológicos:

El factor psicológico interviene a menudo en el asma, puede desencadenar y aumentar las crisis de asma. Algunos autores han opinado sobre los factores intrapsíquicos del niño, factores patógenos en el medio, especialmente en los padres y factores ligados a la interacción entre niño y padres. La ansiedad puede intervenir directamente afectando la secreción y la constricción de los bronquiolos o indirectamente induciendo la hiperventilación. Por otro lado la ansiedad producida por la crisis de asma puede potenciar los factores fisiológicos aumentando la severidad y la duración de la crisis.

Todo ello engendra un clima de ansiedad que puede favorecer o provocar las crisis siguientes, creándose un auténtico círculo vicioso, asma-angustia-asma.

Aspectos psicodinámicos:

Las teorías psicodinámicas han estudiado y teorizado sobre la relación madre/nieto asmático.

Algunos autores han hablado del concepto madre asmatógena, se trataría de una madre sobreprotectora que quiere proteger al niño de todo daño posible pero esta actitud suele esconder una agresividad frente al niño, se trataría de una formación reactiva.

Se describe al niño asmático como, dependiente, sumiso, estas características favorecerían la aparición de crisis. También puede ocurrir que las crisis asmáticas impidan la autonomía del niño y este se refugia en la protección y cuidados de la madre reforzando la dependencia y la inseguridad del niño.

Las relaciones madre-niño suelen ser ambivalentes. La madre manifiesta actitudes de aceptación y de rechazo, y el niño se mueve entre la dependencia y la autonomía. Clínicamente se puede observar que:

-Las crisis asmáticas con frecuencia se desencadenan en los niños ante la separación de la madre, o simplemente ante la amenaza de que esta se produzca y desaparecen ante la presencia de una persona querida por el niño.

-La separación del niño asmático de su familia (parentectomia) ha tenido y puede tener un efecto terapéutico inmediato.

Personalidad de los padres:

Se han practicado múltiples estudios y la conclusión es que no se puede hablar de un perfil psicológico específico de los padres de niños asmáticos.

Personalidad de los niños:

No se puede afirmar que existan diferencias significativas entre el perfil psicológico de niños asmáticos y niños que no lo sean, si se puede relacionar en algunos casos la severidad del asma con los problemas emocionales de los niños.

Esquemáticamente podríamos hablar de dos grupos.

1/ Los niños con cierto trastornos psicoafectivos evidentes y reacciones alérgicas poco intensas que responden bien a la terapéutica cuando son separados de sus padres y hospitalizados durante un tiempo.

2/ Los niños con escasos trastornos psicoafectivos y reacciones alérgicas intensas y que la respuesta terapéutica al separarlos de la familia es apenas imperceptible.

Tratamiento:

Se evaluarán.

-Los factores fisiológicos

-Los factores psicológicos (ansiedad, conflictos neuróticos, dificultades familiares) que intervienen como desencadenantes de las crisis.

La psicoterapia que atienda los trastornos en la dinámica familiar y la personalidad del niño, se considera el tratamiento indicado en los casos que tras una correcta evaluación no se resuelven únicamente con el tratamiento médico.

-DIARREA:

Las diarreas funcionales son a menudo desencadenadas por un estado de tensión, ansiedad aguda, por ejemplo situaciones en que el niño o el adolescente están sometidos a un alto nivel de exigencias o a situaciones nuevas.

Para el diagnóstico se debe eliminar la enfermedad orgánica intestinal y las gastroenteritis debidas a factores bacteriológicos y biológicos.

En algunos casos es posible con la ayuda de los padres disminuir la ansiedad del niño y del adolescente ante situaciones de estrés.

CONSTIPACIÓN:

La constipación funcional o psicógena puede iniciarse entre 2 y 5 años época del aprendizaje de la regulación de esfínteres, puede ser ocasional o crónica.

Tratamiento:

1) En el plano médico es esencial hacer el diagnóstico diferencial con la constipación de origen orgánico.

Puede ser útil utilizar laxantes y enemas temporalmente para romper el círculo vicioso de la dinámica establecida entre padres e hijo.

2) En el plano psicoterapéutico las entrevistas implicaran a los padres en especial a la madre, se aconseja el dejar de preocuparse de forma prioritaria sobre la eliminación y permitir al niño que manipule la pintura y el barro para disminuir el control obsesivo de las tendencias anales.

ABDOMINALGIAS:

Los dolores abdominales funcionales son un síntoma muy frecuente en la edad escolar. Si la abdominalgia es real se suele acompañar de la brusca aparición de palidez facial.

Este trastorno suele presentarse entre los 6 y los 12 años y más en niños que en niñas.

Suelen desencadenarse por tensiones que provienen del entorno, por ejemplo separación de la madre, rivalidad fraterna etc.

Las abdominalgias se encuentran frecuentemente en dos contextos:

a/ Fobias escolares, que traducirían la dificultad del niño de separarse de la madre y de iniciar el proceso de socialización y de competición.

b/ Fobias alimentarias que implicarían, falta de apetito, rechazo de algunos alimentos, o miedo a engordar.

Si la familia hace comprender al niño, con una actitud afectiva pero firme, que debe afrontar las situaciones de estrés, en muchas ocasiones se puede evitar que se consolide el trastorno psicossomático. Si por el contrario se trata al niño como enfermo con excesivas precauciones alimentarias o psicosociales existe el riesgo de cronificación.

ULCERA PEPTICA:

La prevalencia en niños y adolescentes es baja y se sitúa en un 4/10000 de las consultas pediátricas.

Los factores etiológicos son diversos, señalaremos;
Factores psicofisiológicos y factores psicológicos.

-F. Psicofisiológicos:

Los pacientes ulcerosos presentan una hipersecreción de ácido clorhídrico y pepsina que actúan como factores erosionantes sobre la mucosa gástrica por otro lado existe una disminución de la resistencia de la mucosa gástrica. La reactivación visceral se caracteriza a la vez por una inhibición de la motilidad gástrica y un aumento de la secreción gástrica.

-F. Psicológicos:

Existe una relación entre las funciones digestivas y la vida afectiva, los niños y adolescentes que presentan úlceras pépticas se caracterizarían desde el punto de vista psicológico por un conflicto de dependencia, lo que significa que tienen una gran necesidad de ser dependientes, de encontrar seguridad y afecto pero que no pueden satisfacer esta necesidad y al mismo tiempo la agresividad hacia el entorno no se exterioriza y se reprime.

El niño o adolescente con relación a la no-resolución de su conflicto de dependencia, permanecería inmaduro con dificultades de autonomía y de afirmación del yo.

COLITIS ULCEROSA:

Puede aparecer a cualquier edad pero hay tres períodos en que se da con mayor frecuencia, entre 1 y 3 años etapa del aprendizaje de la regulación de esfínteres, entre 6 y 8 años etapa de inicio de escolaridad, y entre 11 y 13 años período puberal. El trastorno es mas frecuente en niñas que en niños.

Este trastorno no es muy frecuente en Europa pero si lo es en Estados Unidos. Formaría parte de las llamadas enfermedades de civilización.

La colitis ulcerosa es un trastorno grave, se diagnostica a partir de una historia de diarrea de larga duración, de hemorragias intestinales y rectales y de dolores intestinales intensos. La colitis ulcerosa influye sobre el estado general del paciente y los períodos de remisión alternan con las agravaciones súbitas. El pronóstico es peor en niños que en adultos.

Los factores etiológicos:

-F. psicofisiológicos.

El funcionamiento del colon está afectado por el estrés y los conflictos psicológicos pasando por el cortex cerebral, hipotálamo y sistema nervioso autónomo. Los factores que influyen sobre la aparición y evolución de la colitis ulcerosa no son específicas. La hipótesis más común es la de que la autoprotección del intestino está perturbada, ya sea porque el sistema autoinmunitario no funciona adecuadamente sea porque se produce un desequilibrio de bacterias normalmente presentes qal mismo tiempo que una hipersensibilidad a estos microorganismos. Las lesiones intestinales serán la consecuencia de la producción, por el organismo de anticuerpos que atacaran las células del colon.

-F. psicológicos;

a) La aparición de los primeros síntomas coinciden a menudo con un estrés psicológico ya sea una separación o una pérdida de una persona afectivamente significativa o sea un miedo importante a perder la seguridad afectiva. La pérdida puede ser real o imaginaria.

b) La personalidad del niño o adolescente se caracteriza por la inhibición, la pasividad y la dependencia. Esta dinámica relacional no es específica de la colitis ulcerosa y seria el punto de partida de los trastornos psicósomáticos del niño y del adolescente.

c) La personalidad de base revela un funcionamiento de tipo obsesivo-compulsivo presentan una hipersensibilidad al estrés y una gran labilidad neurovegetativa se mostraran muy emotivos en sus comportamientos pero muestran escasamente sus sentimientos, aislamiento afectivo hay preocupaciones obsesivas sobre los malos olores, la higiene corporal el orden y la limpieza de los objetos y la sexualidad suele ser vivida como algo sucio durante la adolescencia.

Desde el punto de vista psicológico el tratamiento puede tomar diferentes formas:

a) Psicoterapia de soporte al niño y a los padres para disminuir el estrés y el impacto psicológico secundario a la propia enfermedad.

b) Psicoterapia intensa de orientación dinámica con el niño y la madre estará indicada si existe una relación conflictiva entre ellos.

INSOMNIO:

El sueño es una función vital en el desarrollo del niño y del adolescente. Los trastornos son numerosos y se presentan bajo diferentes aspectos.

- Dificultades en relación al acostarse; oposición, rituales, fobia.
- Insomnio verdadero; durante el adormecimiento, durante la noche y al levantarse.
- Angustias nocturnas, terrores nocturnos, despertar ansioso, sueños angustiosos.

Todos estos fenómenos indican una perturbación del ritmo natural del sueño. Consideramos importante comprender mas allá de los aspectos electrofisiológicos las dimensiones psicoafectivas del sueño lo cual implica ciertas actitudes por parte del niño o adolescente.

- a) El sueño suscita imágenes de desaparición y de alguna manera una muerte provisional.
- b) La capacidad de separarse de personas de su entorno, principalmente de la figura materna, el adormecimiento evoca sentimientos de separación, de pérdida de abandono, de soledad.
- c) La capacidad de renunciar a sus actividades a sus intereses a sus preocupaciones, el sueño constituye una pérdida de control.

Si el niño o el adolescente no es capaz de sobreponerse a los diferentes tipos de ansiedad podrá presentar trastornos del sueño. Los trastornos pueden ser temporales, reaccionales a acontecimientos externos o de larga duración indicando una perturbación interna mas o menos grave.

El tratamiento se llevará a cabo en relación a la etiología del trastorno.

CEFALEAS:

Las cefaleas funcionales aparecen más frecuentemente en niños mayores y adolescentes en tres períodos, a los 6-7 años inicio de escolaridad, a los 10-13 años inicio de la segunda etapa escolar y a los 17-18 años.

Son etapas de cambios en el plano afectivo, intelectual y social, donde se exige que el niño afronte nuevas experiencias y que progrese en autonomía y responsabilidad. La cefalea funcional puede ser interpretada como una respuesta más o menos inconsciente al problema exterior vivido por el niño o por el adolescente. La cefalea podrá ser la inhibición dolorosa del acto de pensar y permite obtener beneficios secundarios del entorno.

Cefaleas de tensión:

Son las que aparecen en un contexto de tensión, se trata de niños adolescentes que están sometidos por parte del entorno familiar a un alto nivel de exigencia en el rendimiento escolar. Guardan relación con el curso escolar.

Cefaleas por ansiedad:

Son las que aparecen en un contexto de ansiedad y no guardan relación con la escolaridad, se presentan con horarios variables, mas o menos arbitrarias y en muchas ocasiones son exageradas y dramatizadas. Los niños y adolescentes intentan evitar una situación desagradable. Son utilizadas como mecanismo de manipulación obteniendo beneficios secundarios. Los padres



suelen ser ansiosos con alta preocupación por la salud física.
Los dos tipos de cefaleas se acompañan de insomnio, inhibición intelectual y ocasionan absentismo escolar. Es frecuente que presenten rasgos fóbicos y/o obsesivos.

El tratamiento analgésico como única solución conlleva el riesgo de no tener en cuenta los aspectos psicoafectivos.

Las recomendaciones a los padres son fundamentales.

La psicoterapia estaría indicada en los pacientes que la cefalea funcional sea un síntoma dentro de un proceso neurótico que entrañaría una importante disminución del funcionamiento social y escolar.