



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA (ATAQUE DE ANSIEDAD)

Laura Fuentes Rodríguez, Martina Fernández Leiva, María del Rocío Tovar Ternerero.

celesteneron@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El niño que padece de ansiedad, suele vivir con un sentimiento casi constante de aprensión, como si algo terrible fuera a sucederle. Sobre este "fondo ansioso" pueden sobrevenir episodios agudos, auténticos ataques de angustia, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo (enfermedad, ingreso en la escuela, traslado de domicilio, etc.) o interno. No obstante, para los ataques de ansiedad no parecen guardar relación con ningún hecho, a diferencia de las fobias, que suelen tener alguna relación con alguna experiencia, como ir a la escuela, ingresar en un hospital, etc. Los ataques generalmente se producen durante la noche, inmediatamente antes o después de acostarse y son más frecuentes bajo la forma de los llamados "terrores nocturnos"; los cuales suelen cursar con amnesia posterior. En otras ocasiones, las menos frecuentes, se presentan caminando por la calle y si no se tratan, puede que el paciente llegue a confinarse en su casa. Los ataques de ansiedad tienen un desarrollo típico; el niño comienza a tener miedo sin que sepa explicar por qué, llegando a encontrarse en ocasiones realmente aterrorizado, con diaforesis en cara, con estrabismo en ojos, temblores generalizados y con una sensación de ángor y de muerte próxima que le hacen aferrarse a la madre desesperadamente. Se trata lo más frecuentemente de manifestaciones de comienzo brusco, que duran varios minutos, hasta media hora, que pueden tomar formas polimorfas y aunque los ataques de ansiedad son bastantes comunes, hay veces que estos se pueden confundir con afectaciones cardiacas. El diagnóstico más frecuente es el de cardiopatía. Los síntomas más comunes en los ataques de ansiedad son: trastornos cardiacos, trastornos respiratorios, y trastornos digestivos, mareos, parestesia, temblores y sacudidas, transpiración e hiperestesia, terrores repentinos; como si algo malo estuviera a punto de sucederles, agitaciones, vértigos, cefaleas y migrañas, náuseas y vómitos e insomnio, taquicardia, apnea, sudación, rubor o palidez, parestesia y dependencia. Estas crisis agudas de ansiedad pueden o no ser más que episódicas con remisión sintomática posterior, o pueden organizarse de una forma psiconeurótica que, pasada la sintomatología aguda, se prolonga por una ansiedad latente que puede posteriormente evolucionar hacia una estructuración neurótica. También ocurre que a veces las reacciones de ansiedad no son tan intensas y graves y el insomnio es tan prolongado que los padres y el niño presentan síntomas emocionales básicos de las reacciones de ansiedad.

ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA (ATAQUE DE ANSIEDAD)

BREVE HISTORIA CLÍNICA / ANTECEDENTES PERSONALES

Niño de 10 años .Natural de Málaga. Estudiante de 5 de primaria. Está en seguimiento por la unidad de Salud Mental Infanto –Juvenil desde los 6 años. Presenta sintomatología compatible con Trastorno de la Actividad y de la Atención .Vive con sus padres y hermana melliza en el domicilio familiar. Nació pretérmino por problemas durante el parto (Estrangulación por cordón umbilical) que llevo a ingreso en UCI (unidad cuidados intensivos) pediátrica.

Desde el inicio de su trastorno, las consultas han sido frecuentes, con una periodicidad mínima de 2 días por semana y con asistencia a Hospital de Día y aula Hospitalaria de USMIJ (Unidad de salud mental infanto-juvenil).

ANTECEDENTES FAMILIARES

Posible enfermedad en abuelos.

MOTIVO DE CONSULTA

Niño de 10 años diagnosticado de TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) que acude al servicio d urgencias por presentar: aumento de la impulsividad y agresividad en los últimos dos días con frecuentes ataques de ansiedad. Se encuentra en tratamiento con Atomoxetina y hasta hace dos semanas con Risperidona. Hablan con USMIJ quienes aconsejan acudir a urgencias para valoración por psiquiatra de guardia.

Acude a grupos de TDAH. Apropiado rendimiento escolar desde que toma medicación.

El niño refiere que ha tenido problemas con un compañero de su clase, que le pega y lo observa en los aseos .No quiere ir a clase en las últimas semanas.

El padre que es quien le acompaña refiere que últimamente su hijo presenta múltiples alteraciones de conducta (rabieta), así como problemas de sueño (incapacidad para dormir solo), realiza demandas que preocupan enormemente a su padre (“voy a coger un cuchillo para hacerme daño”).Además relata que en la última semana ha presentado continuos episodios de llantos y de cefaleas (padre padece de migraña).

En casa los padres se encuentran desbordados y preocupados por las conductas y situación de sus hijos, desde que se iniciaron las clases. Refieren estar muy preocupados por la hermana, vives episodios muy difíciles de digerir a su edad.

ENFERMEDAD ACTUAL (EXPLORACIÓN FÍSICA Y PSÍQUICA)

El paciente se encuentra sudoroso, nervioso, consciente, orientado, colaborador, abordable. Impresiona de ánimo triste. Fascies hipotímica. Problemas de insomnio con múltiples terrores infantiles (incapaz de dormir sólo) Cierta inquietud psicomotriz. Alteraciones del apetito, en ocasiones pérdida alterna con episodios de atracones .Tendencia a la impulsividad. No alteraciones de la esfera psicótica en el momento actual. No pensamientos de muerte.

ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA (ATAQUE DE ANSIEDAD)

En la última semana notan episodios de lloro, se esquiva en la habitación, se golpea contra la pared. Bastante más inquieto que en días anteriores. Quejas de dolor de cabeza frontal, pulsátil. Previamente al dolor de cabeza lo notan más inquieto. Después del dolor le da sueño.

INFORME DE LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Se realiza analítica de hemograma, bioquímica y perfil tiroideo, se encuentran dentro de los valores normales.

Se le realiza un TAC de urgencias sin hallazgos patológicos.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Trastorno mixto ansioso –depresivo vs alteración de conducta

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Alteración de conducta (ataque de ansiedad).

TRATAMIENTOS, TERAPIAS APLICADAS

El paciente toma tratamiento:

- Concerta 36 MG 30 comprimidos liberación prolongada 1/24hrs.
- Paliperidona 3MG ,28 comprimidos liberación modificada 1/24 hr.
- Plenur 400 MG 100 comprimidos recubiertos 1/3 hrs.
- Zypresa 235 MG 28 comprimidos recubiertos 1/24 hrs.

PLAN DE ACTUACIÓN

Deberá seguir acudiendo a consulta en USMIJ con periodicidad de 2-3 veces por semana, donde se llevara a cabo un tratamiento individualizado. Se recomienda que realice cualquier actividad para disminuir su nivel de ansiedad.

EVOLUCIÓN

Tras administrarle un Tranxilium pediátrico 5 mg y Olanzapina de 10 MG.

Se recomienda a los padres que deben supervisar de forma estrecha a su hijo. Si aparece nueva descompensación se aconseja a los padres acudir al servicio de urgencias de pediatría.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

El miedo es algo que se encuentra a lo largo de la vida del ser humano.

Que los niños padezcan de ansiedad no significa que sea algo patológico, ya que ello significa que el niño va evolucionando satisfactoriamente y va siendo consciente de sus límites y los de los recursos que dispone, es decir, va siendo consciente de su propia individualidad.

ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA (ATAQUE DE ANSIEDAD)

Pero hay que diferenciar entre los miedos evolutivos y los trastornos de la ansiedad, ya que estos últimos no desaparecen solos, sino todo lo contrario, estos van en aumento dificultando un desarrollo normal, ya que pueden aparecer otros trastornos, tanto en el aprendizaje como a nivel emocional.

Varios estudios que relacionan los niveles de ansiedad con el aprendizaje, nos dice que no solo los niveles altos de ansiedad influyen en el aprendizaje, ya que niveles bajos de ansiedad interfieren de igual manera que los niveles altos en el aprendizaje. Esto nos viene a decir que el funcionamiento neurocognitivo y los niveles de ansiedad tienen una relación bidireccional.

Es por ello que una detección precoz de dicho padecimiento, ayudará a prevenir complicaciones futuras. Además, en la mayoría de los casos, al ser una detección precoz, se tratará con tratamiento psicológico, evitando tratamiento farmacológico; dejando este recurso como recurso para síntomas que resultan muy severos.

BIBLIOGRAFÍA

- DSM IV –TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. López-Ibor, Juan; Valdés, Manuel Editorial Barcelona: MASSON España Año 2002
- Psicopatología Infantil Básica Autor Rodríguez Sacristán, Jaime (Director) Madrid: Ediciones Pirámide. España 2000.
- Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes World Health Organization Editorial Médica Panamericana. España. 2001.