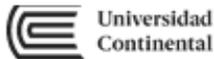


GUÍA N° 11



PSICOPATOLOGÍA I

GUIA DE TRABAJO - SEMANA N°II PSICOPATOLOGÍA I

Sección:
Docente: Ps. Ávila Benito Carlos
Unidad: III Semana: 11

Apellidos: ESPINOZA LEON
Nombres: KELLYCAROL

INSTRUCCIONES: Los alumnos investigaran sobre los tratamientos para los trastornos de Ansiedad y lo desarrollaran en la presente guía.

Nota: Recuerden que el trabajo se debe entregar al inicio de clases.

Tratamientos para los trastornos de Ansiedad.

¿QUE ES ANSIEDAD?

Significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "angustia", "angor", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo (Diccionario de la Real Academia)".

La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

Tratamiento Farmacológico

EL tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas, evitar las secuelas y restaurar la funcionalidad pre mórbida en el paciente; todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación.

Considerar estas pautas antes de prescribir tratamiento farmacológico:

- Edad del paciente

GUÍA N° 11

- Tratamiento previo
- Riesgo de intento suicida o abuso
- Tolerancia
- Posibles interacciones con otros medicamentos
- Posibilidad de estar embarazada
- Preferencia del paciente
- Costos.

A todo paciente que inicie tratamiento farmacológico se debe informar sobre: posibles efectos secundarios, síntomas de abstinencia tras interrupción del tratamiento, no inmediatez del efecto, duración del tratamiento y necesidad del cumplimiento.

La evidencia en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) sugiere que:

El uso de las azapironas ha mostrado resultados contradictorios como tratamiento de primera línea en el TAG. Se necesitan estudios a largo plazo para demostrar que estos medicamentos son eficaces.

Los antidepresivos han mostrado ser eficaces. Paroxetina e imipramina presentan eficacia y tolerabilidad similar. No se han encontrado diferencias en términos de abandono entre imipramina, venlafaxina y paroxetina. Los efectos adversos de los antidepresivos descritos disminuyen a los 6 meses en los pacientes que continúan con la medicación. La interrupción brusca del tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) se asocia con efectos adversos como mareo, cefalea, náuseas, vómito, diarrea, trastornos de movimiento, insomnio, irritabilidad, alteraciones visuales, letargo, anorexia y estados de desánimo. Las Benzodiazepinas (BZD) (alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam) han demostrado ser eficaces. Primariamente reducen más los síntomas somáticos que los psíquicos. El uso de BZD se asocia a un mayor riesgo de dependencia, tolerancia, sedación, accidentes de tráfico y efectos de su retirada (ansiedad de rebote)

La interrupción del tratamiento conlleva un riesgo de recaída del 20% al 40% entre 6 y 12 meses después de la interrupción del mismo.

Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.

GUÍA N° 11

Trastorno por hipersensibilidad social en infancia.

El síntoma predominante es la tendencia del niño a evitar el contacto con personas desconocidas, lo que interfiere en su vida social. La anomalía debe presentarse al menos durante 6 meses para realizar el diagnóstico

La necesidad de eludir el contacto con desconocidos se acompaña del deseo de tener relaciones personales con los familiares y amigos, relaciones que suelen ser entrañables y cariñosas. La ansiedad del niño hace que se muestre tímido y aturdido frente a personas poco conocidas siendo incluso incapaz de hablar o saludar. Típicamente, el niño se siente muy angustiado cuando los familiares le presionan para que tenga dichos contactos.

Es un trastorno que suele comenzar a partir de los dos años y medio, cuando desaparece la ansiedad ante el extraño. Lo más frecuente es que aparezca al inicio de la escolarización. Los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje pueden predisponer al padecimiento del trastorno.

Trastorno de ansiedad de separación:

Consiste en una ansiedad excesiva cuando el niño tiene que separarse de sus padres o de las figuras vinculares principales. Se diagnostica cuando la ansiedad es muy intensa o no es apropiada para la etapa del desarrollo.

La ansiedad de separación es un fenómeno normal a partir de los 4-5 meses. A partir de los tres años los niños tienen la capacidad de percibir que separarse no es para siempre ya que pueden tener una representación mental de la madre durante su ausencia. En condiciones normales las manifestaciones normales de ansiedad de separación van disminuyendo entre los 3-5 años.

- Los sistemas clasificatorios coinciden en cuáles son los síntomas que caracterizan este trastorno:
- Preocupación o malestar excesivos al separarse de su hogar o de las figuras vinculares principales.
- Miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo, miedo a que ocurra algo que pueda resultar en una separación (miedo a ser secuestrado o a extraviarse).

GUÍA N° 11

- Resistencia a ir a la escuela o a cualquier otro sitio (no poder dormir alejado de sus padres o fuera de su casa).
- Resistencia a estar solo.
- Tener pesadillas repetidas con contenidos de raptos, accidentes, pérdidas.

Las preocupaciones excesivas dan lugar a un típico modelo de relación inadaptado cuya expresión puede variar con la edad (en los niños pequeños tiene un carácter más vago e inespecífico) y que implica: síntomas somáticos en forma de dolores abdominales, vómitos, cefaleas, náuseas, palpitaciones, temblor, vértigos, lipotimias, síntomas conductuales en forma de evitación de las situaciones temidas y búsqueda de proximidad, cogniciones anormales en forma de temores exagerados a que puedan ocurrir catástrofes.

Son niños pegajosos en el contacto que suelen seguir a las figuras vinculares principales en todo momento. Sus miedos tienen repercusión funcional en forma de bajo rendimiento académico y menor implicación en actividades extraescolares que los niños normales.

Es un trastorno que suele iniciarse antes de los 6 años, tiende a disminuir a partir de los 12 y se descarta que exista después de los 18 años. Afecta a un 3-5% de los niños y a un 2-4% de los adolescentes.

Suele asociarse a otros trastornos de ansiedad como la ansiedad excesiva o generalizada o las fobias específicas. Algunos de estos niños son más temerosos a situaciones vitales variadas a pesar de que estos temores no constituyan entidades diagnósticas específicas.

La evolución del trastorno es variable y depende de la edad de comienzo y la presencia o ausencia de otros factores asociados. Suele tener un curso con exacerbaciones en situaciones de presión o transición. Hay un grupo de niños en los que el trastorno tuvo un inicio más precoz que termina remitiendo sin secuela. No obstante, la evolución del trastorno puede derivar en otros trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión pre-puberal. De hecho, es el trastorno de ansiedad más frecuentemente asociado con este trastorno. También puede derivar en desarrollos anómalos de la personalidad; una gran cantidad de pacientes adultos con trastorno límite de la personalidad, uno de los trastornos de personalidad más relevante en la clínica, manifiestan haber tenido síntomas de ansiedad de separación desde su más tierna infancia.

GUÍA N° 11

Se consideran factores de peor pronóstico el inicio más tardío, la existencia de psicopatología en la familia, cuando el niño presenta un absentismo escolar de más de un año y cuando el trastorno se asocia a otros trastornos psiquiátricos

Intervenciones para los trastornos en la infancia y adolescencia.

Existen numerosos tipos de intervenciones para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Éstas suelen incluir tanto intervenciones psicosociales como psicofarmacológicas¹². En la mayoría de los casos se propone proceder secuencialmente con intervenciones de carácter psicosocial y recurrir a la medicación sólo en aquellos casos más graves en los que el tratamiento psicoterapéutico se muestra insuficiente; éstas deben incluir:

- Actividades destinadas a disminuir todas las situaciones estresantes que se hubiesen identificado en el proceso de evaluación (disfunción familiar u otro tipo de situación de desventaja social). Aunque estas intervenciones en ocasiones no son suficientes, merecen ser tenidas en cuenta y puestas en práctica, pues, en caso de no hacerlo, el pronóstico del trastorno será más sombrío. Muchas de las actividades son de tipo informativo y educativo.
- Mejorar la comunicación, tanto individual como de los miembros de la familia entre sí; fomentar la expresión de sentimientos y la comunicación de estados afectivos de una forma modulada.
- Métodos cognitivo-conductuales.
- Métodos físicos de tratamiento, medicación.