



Universidad del Sureste Escuela de Medicina

CUADRO COMPARATIVO

**MATERIA
MEDICINA PALEATIVA**

**DOCENTE:
DRA. DOMINGUEZ SILVA ANA LAURA**

**PRESENTA
KAREN PAOLA MORALES MORALES
MICHELLE JUNUEM MALDONADO HERNANDEZ
ANDRES ALONSO CANCINO GARCIA
NYMSSI MICHELL GONZALEZ REQUENA**

Comitán de Domínguez, Chiapas a 21 de abril del 2021

CUADRO COMPARATIVO

	Ansiedad	Depresion
Introduccion	<p>La ansiedad puede definirse como un sentimiento de aprensión causado por la anticipación del peligro inminente e inevitable que puede ser externo o interno o como un miedo intenso a una situación u objeto no definido. En la enfermedad terminal cualquier factor, desde los síntomas hasta el diagnóstico, el pronóstico, las exploraciones complementarias o los tratamientos, se puede percibir como una amenaza.</p>	<p>Los síntomas de componente neuropsicológico y psiquiátrico como el distrés y, en concreto, la depresión son a la vez causa y consecuencia del sufrimiento de los enfermos con cáncer avanzado. En cada individuo, frente al dolor físico, trabajan sistemas de adaptación profundos y complejos que pueden permitir convivir con ese síntoma e incluso aceptarlo.</p>
Definicion	<p>Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como las alteraciones conductuales asociadas.</p>	<p>Trastornos depresivos: son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo</p>
Epidemiologia	<p>La prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes con cáncer es incierta y varía según los estudios, oscilando según la bibliografía entre un 20 y un 90%.</p>	<p>Cerca de un tercio de los enfermos oncológicos padece un trastorno psiquiátrico transitorio de adaptación. Únicamente entre el 10 y el 25% se describe un cuadro de depresión mayor (si bien estas cifras oscilan entre menos del 5% a más del 50%, según las fuentes). El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico del grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (se implican cambios claros en el afecto, cognición y funciones neurovegetativas).</p>

características	Asociada con tensión muscular, vigilancia en relación con el peligro futuro y comportamientos cuatelosos o evitativos.	El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.
clasificación	Trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra disfunción médica, otro trastorno de ansiedad especificado, trastorno de ansiedad no especificado.	Depresión mayor, depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno inducido por una sustancia o medicamento, trastorno por afección médica
Factores de riesgo	<p>Temperamentales: afectividad negativa (neuroticismo) o inhibición conductual, historia familiar de timidez, aislamiento social, mutismo selectivo (principalmente niños tienen dificultad de lenguaje receptivo).</p> <p>Genéticos y fisiológicos: persona con un familiar de primer grado mayor susceptibilidad a desarrollar una fobia específica, inhibición conductual (gran influencia genética) mutismo y trastorno de ansiedad social.</p> <p>Ambientales: inhibición social por parte de los padres modelo ejemplar en niños, sobreprotección de los padres, pérdida de los padres, separación, maltrato físico, abusos sexuales.</p>	<p>Temperamentales: irritabilidad crónica principalmente en niños con historias psiquiátricas complicadas. individuos con trastornos por consumo de alcohol o drogas.</p> <p>Genéticos y fisiológicos: niños con irritabilidad crónica no episódica pueden diferenciarse de los niños con trastorno bipolar basándose en el riesgo familiar. Familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo tienen mayor predisposición</p> <p>Ambientales: acontecimientos adversos en la infancia (acontecimientos vitales estresantes).</p>
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Palpitaciones • Taquicardia. • Sudación. 	Psicológicos <ul style="list-style-type: none"> • Desánimo • Ausencia de sentido

	<ul style="list-style-type: none"> • Temblor o sacudidas. • Sensación de ahogo o falta de aliento. • Sensación de atragantarse. • Opresión o malestar torácico. • Náuseas o dolores abdominales. • Inestabilidad, desmayo o mareo. • Desrealización (sensación de irrealidad) o Despersonalización (sensación de separarse de sí mismo). • Miedo a perder el control o enloquecer. • Miedo a morir. • Parestesias. • Escalofríos o sofocaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indefensión • Anhedonia • Pérdida de la autoestima • Indecisión • Falta de concentración • Pensamiento sobre la muerte • Ideación suicida. <p>Somáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malestar general • Dolor • Llanto • Astenia • Cansancio • Insomnio o hipersomnia • Enlentecimiento psicomotor • Hipoxemia • Náuseas • Disminución de la libido
Diagnostico	<p>El diagnóstico de ansiedad a menudo se determina por una entrevista clínica, el uso de instrumentos de evaluación añade especificidad al diagnóstico y facilita la monitorización del progreso en el tratamiento. Se han utilizado diversos instrumentos para medir la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. Las escalas verbales numéricas de intranquilidad, nerviosismo o inquietud son un método válido para hacer despistaje. El cuestionario HADS sirve para confirmar la sospecha y para seguir la evolución del paciente</p>	<p>Se determina con estas etapas:</p> <p>Sospecha: síntomas físicos y síntomas no somáticos.</p> <p>Cribado: técnicas como una simple escala visual o preguntas claras y simples como: ¿te encuentras deprimido? o ¿crees que estas deprimido?, visualización de expresiones diferentes con una relación con el estado psicológico de la depresión.</p> <p>Diagnostico de certeza: fundamentado con el diagnostico por medio del criterio de un psiquiatra experto en el trato con pacientes deprimidos y con cáncer avanzado</p>

Tratamiento

Un primer nivel del tratamiento es intentar eliminar las fuentes de ansiedad que dependen del equipo a través de la información sobre la situación médica y sus implicaciones, corrigiendo también ideas erróneas en relación con la enfermedad, el tratamiento o el proceso de la muerte.

Apoyo psicológico:

- Entrenamiento en técnicas de relajación y respiración.
- Técnicas o medidas de bienestar: baño o masaje (toques o masajes pueden ser muy útiles).
- Ofrecer ambientes e imágenes agradables. Recuerdo positivo (de experiencias agradables) a través de fotos, narraciones, etc.
- Escuchar música (musicoterapia).
- Terapia ocupacional, que utiliza la distracción, al igual que la arteterapia.
- Imaginación guiada, que consiste en una técnica de relajación que incluye la visualización y la distracción.

Farmacológico:

Benzodiazepinas, Neurolépticos y Antihistamínicos

Control de factores desencadenantes

Es conveniente marcarse objetivos en el control de los síntomas derivados de la enfermedad, sobre todo del dolor, ya que el alivio de estos síntomas puede ayudar a la recuperación anímica del paciente

Apoyo psicológico

En la psicoterapia es fundamental la empatía con el enfermo, llegar a conectar, hacer ver que se habla un mismo idioma y que se comprenden los problemas interiores, existenciales, que padece.

El **tratamiento farmacológico antidepresivo** alcanza respuestas en dos de cada tres pacientes que lo cumplen.

Fármacos específicamente antidepresivos:

Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas, inhibidores específicos de la recaptación de la serotonina, inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y de noradrenalina, Estimulantes noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos, Inhibidores selectivos y reversibles de la monoaminoxidasa (IMAO).