

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

SEMESTRE CURSANTE:

5TO. SEMESTRE, UNIDAD 1.

MATERIA:

PSIQUIATRIA.

NOMBRE DEL TRABAJO:

RESUMEN DE DEPRESION.

FECHA DE ENTREGA:

15/09/2021

NOMBRE DEL DOCENTE:

DR. SAMUEL ESAU FONSECA FIERRO.

NOMBRE DE LA ALUMNA:

GLADIS JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.

DEPRESION.

Definición; La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.

Factores de riesgo;

- ✚ Historia familiar de depresión.
- ✚ Pérdida significativa reciente.
- ✚ Enfermedades crónicas.
- ✚ Eventos altamente estresantes.
- ✚ Violencia domestica
- ✚ Cambios significativos en el estilo de vida.
- ✚ Embarazo en mujeres con antecedente de depresión.
- ✚ Alcoholismo y otras dependencias a sustancias.

Diagnóstico clínico; En los pacientes con factores de riesgo realizar las siguientes preguntas de escrutinio:

¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba?

¿Se ha sentido triste o desesperanzado?

¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?

- Valorar síntomas PSICACES (nemotecnia)*.
- Investigar Criterios de CIE-10.
- Valorar riesgo suicida.

Manejo en el primer nivel de atención.

1. Iniciar manejo con antidepresivo ISRS (inhibidor selectivo de recaptura de serotonina).
2. De no existir respuesta adecuada después de 6 semanas y a dosis terapéuticas cambiar el esquema (otro antidepresivo).
3. Los pacientes que no respondan a la estrategia o se compliquen con riesgo de suicidio referir a un segundo nivel de atención.

Manejo en el segundo nivel de atención.

1. Ratificar el diagnóstico.
2. Descartar comorbilidad (psicosis, demencias, bipolaridad, etc.) y/o intercurencia con otras enfermedades no psiquiátricas (diabetes mellitus

descompensada, lupus eritematoso sistémico, artritis, hipotiroidismo, esclerosis múltiple, etc.).

3. Descartar otras causas no psiquiátricas de depresión.
4. Descartar depresión refractaria.
5. Realizar ajustes necesarios en el esquema farmacológico.
6. En caso de no respuesta al esquema terapéutico referir al tercer nivel de atención.

Manejo de la depresión refractaria.

- Adicionar fármacos que refuercen el efecto antidepresivo tales como: Litio, metilfenidato, anticonvulsivantes, antipsicóticos, hormonas tiroideas, utilización de dos antidepresivos simultáneamente.
- Si no hay respuesta valorar envío al tercer nivel de atención.

Tratamiento no farmacológico

- Se recomienda psicoeducación desde el inicio del tratamiento.
- Después de la fase aguda valorar la incorporación del paciente a un manejo psicoterapéutico.

Síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión PSICACES (mnemotecnia).

P- Psicomotricidad disminuida o aumentada.

S- Sueño alterado (aumento o disminución).

I- Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute).

C- Concentración disminuida.

A- Apetito y peso (disminución o aumento).

C- Culpa y autorreproche.

E- Energía disminuida, fatiga.

S- Suicidio (pensamientos).

Se elabora diagnóstico de depresión, si presenta humor depresivo (o pérdida del interés) y 4 de los anteriores síntomas la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas. Además si estos síntomas han afectado negativamente su rendimiento (personal, laboral, académico, familiar, social).

Criterios Diagnósticos de la CIE-10.

- A. Duración, a las menos dos semanas. No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
- B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Humor depresivo de un

carácter claramente anormal para el sujeto presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

- C. Además deben estar presentes uno o más de los síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de 4. Pérdida de confianza y estimación de si mismo y sentimientos de inferioridad. Reproches hacia si mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivos e inadecuada. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisiones y vacilaciones. Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición. Alteraciones del sueño de cualquier tipo. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
- D. Puede haber o no síndrome somático. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos. Pérdida importante del interés o de la capacidad de disfrutar actividades que previamente eran placenteras. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia de enlentecimiento motor o agitación. Pérdida marcada del apetito. Pérdida de peso del al menos 5% en el último mes. Notable disminución del interés sexual.

Criterios de gravedad del trastorno depresivo.

- Leve: presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.
- Moderado: están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. La persona probablemente tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas.
- Grave: deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.

La Subescala de depresión del HAD forma parte de la escala de ansiedad y depresión para hospital (HAD). Es un cuestionario auto-aplicable, publicada en 1983, compuesta por dos subescalas, una que mide ansiedad y la otra depresión, es una escala corta, comprensible y fácil de contestar. Diseñada especialmente para aplicarse en pacientes de hospitales no psiquiátricos. En ella los conceptos de ansiedad y depresión se encuentran separados, en enunciado que se alternan a lo largo de todo el cuestionario, en donde por ejemplo, uno de ellos detecta ansiedad y la siguiente depresión. A cada enunciado se le asigna un valor numérico del 0 al 3 de acuerdo con la gravedad del síntoma que mide.

Torres y cols., encontraron una buena sensibilidad para un punto de corte de 8 tanto para los ítems de ansiedad como para los de depresión. Tiene una correlación entre las puntuaciones tales del IDB (Inventario para Depresión de Beck) y el HAD para medir depresión de $r=0.78$ y una $p>0.001$. Sensibilidad de 0.97. Especificidad de 0.96.

Bibliografía: Gobierno federal. (0). Diagnostico y tratamiento del transtorno depresivo en el adulto. 15/09/2021, de Guía de Referencia Rapida Sitio web: https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/imss_161_09_grr.pdf