



Mi Universidad

Cuadro comparativo.

Nombre del Alumno: Espinoza Morales Fernanda Judith.

Nombre del tema: Cuadro comparativo.

Parcial: Primero.

Nombre de la Materia: Seminario de tesis.

Nombre del profesor: Morales Gómez Nayeli.

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería.

Cuatrimestre: Octavo.

N° y nombre del posible tema.	¿Qué me gusta?	¿Qué no me gusta?	¿Qué tanto conozco del tema?	Tiempo que dispongo.	Referencias bibliográficas.
El factor genético asociado al TDAH.	Como el comportamiento se ve alterado, como se diagnóstica, como suele confundirse con mal comportamiento o incluso con el autismo.	Tengo que investigar sobre el comportamiento infantil y meterme al mundo de la pediatría.	Considero que lo conozco básico. He leído revistas, incluso he visto casos reales de los cuales me he podido guiar. Además de la experiencia propia.	7 meses en total.	
Depresión en hombres jóvenes de 19 a 24 años y como puede afectar	No es un tema muy común, por lo general se habla más sobre la depresión en mujeres.	He visto muy poca información y posiblemente si realizo alguna entrevista, no pueda reunir información suficiente debido a la falta de expresividad del usuario.	Lo básico, he leído lo que es la depresión en general, las consecuencias, factores de riesgo, especialistas.	7 meses.	
Depresión y psicosis postparto en madres adolescentes.	Como la madre desarrolla estos comportamientos después del parto y como puede afectar su vida diaria, como afecta a la familia, y al bebé.	No me encanta la idea de meterme al mundo de la maternidad.	Igualmente, lo básico, conceptos muy pequeños, algunos síntomas, comportamiento en general, algunos factores que causan este tipo de conducta.	7 meses.	
Esquizofrenia en niños.	Me interesa la forma en la que se distorsiona la realidad, como toman un comportamiento diferente, las dificultades en la familia, posibles familiares que hayan heredado esta patología.	No me interesa mucho hablar sobre niños.	Muy poco, la esquizofrenia es algo más complejo desde mi punto de vista, sin embargo, sé algunos conceptos básicos, y he visto entrevistas reales.	7 meses.	
Trastorno de la ansiedad en adolescentes de 15 a 18 años.	Como afecta la conducta del individuo. Las ideas que se generan en la mente, el desgaste emocional y físico.	No me gustan los adolescentes.	Considero que sé lo básico, conceptos, síntomas, factores de riesgo, tratamiento, posibles trastornos o enfermedades que puedan adquirir.	7 meses.	

TEMA 1: EL FACTOR GENÉTICO ASOCIADO AL TDAH.

Cada organismo posee un genoma que contiene a información biológica necesaria para construir y mantener un ejemplo viviente de ese organismo. La mayor parte de los genomas está compuesta por ácido desoxirribonucleico (DNA), a excepción de algunos genomas virales en los que la información genética se encuentra contenida en moléculas de ácido ribonucleico (RNA). (Guíza Vázquez, J. J., & Sánchez Anzaldo, F. J., 2012.).

Las principales funciones de un genoma consisten en almacenar la información genética, duplicarla para transmitirla de una generación a otra (replicación), permitir su expresión y su capacidad para sufrir cambios que lleven a evolución. La información contenida en un gen es leída por proteínas que se unen al genoma en posiciones adecuadas e inician una serie de reacciones genéticas que se conocen como expresión genética. La molécula de ADN debe duplicarse para que, al dividirse la célula, cada descendiente reciba la misma información genética; a este mecanismo se le conoce como autoduplicación o replicación. (Guízar Vázquez, J. J., & Salamanca Gómez, F., 2012).

Todas las células tienen cromosomas, los cuales se encuentran en el núcleo en número constante para cada especie. Cada célula somática normal en la especie humana tiene 46 cromosomas, lo que constituye su número diploide o par de cromosomas ($2n$). Los gametos solo tienen 23 cromosomas, que es el número haploide o simple (n) en el humano. De los 23 pares, 22 se encuentran tanto en las células masculinas como en las femeninas y se llaman autosomas, y el otro par, denominados cromosomas sexuales o gonosomas, son dos cromosomas X en la mujer (46, XX), y un X y un Y en el varón (46, XY). La mutación genética también puede restar

capacidades y supervivencia, adaptación o de estructura a un organismo respecto a su ambiente o frente a sus semejantes. En tales trastornos los padres llevan genes con mutaciones determinantes para la aparición del padecimiento en el hijo, aun cuando algunas veces ellos no presenten en la enfermedad, como es el caso a los que se deben a genes autosómicos recesivos. (Vázquez., J. J., Cervantes Paredo, A., & López López, M., 2012).

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDA/H) es una alteración neuroconductual que suele diagnosticarse por primera vez durante la niñez y se caracteriza por falta de atención, tendencia a la distracción, inquietud e hiperactividad, con o sin impulsividad. La manifestación del TDA/H se verifican en todos los ambientes de un niño (hogar, escuela, circunstancias sociales), en tanto que otros tipos de problemas solos suceden en situaciones particulares. (Schultz, J. M., & Videbeck, S. L., 2017).

El TDA/H puede desencadenar otros trastornos sino se atiende a tiempo, por ejemplo, la ansiedad. La ansiedad está presente siempre, pero tiene una intensidad variable y se traducen la exageración de las inquietudes en la vida cotidiana; además, a menudo está encubierta por otros trastornos de humor y la conducta. (Sosa., A. P., 1998.).

TEMA 2: DEPRESIÓN EN HOMBRES JÓVENES DE 19 A 24 AÑOS.

La depresión es un estado afectivo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, culpa y autoestima baja. Puede ser una alteración crónica o manifestarse en la forma de un cuadro agudo, muchas veces relacionado con la pérdida. Un episodio depresivo mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o la pérdida del interés o placer derivados de casi todas las actividades durante por lo menos dos semanas, además de un mínimo de cuatro síntomas depresivos adicionales. Entre estos se encuentran las modificaciones del apetito, el peso o el sueño, la disminución de la energía o la actividad, los sentimientos de culpa o falta de valía, la disminución de la concentración, o la ideación o las actividades suicidas. La etiología de los trastornos depresivos es multifactorial y está compuesta por una mezcla de factores, entre ellas, destacan los factores genéticos, estructura y función cerebral alteradas, sobreproducción de hormonas liberadora de corticotropina y factores ambientales como el estrés, medicamentos y otras enfermedades. (Schultz, J. M., & Videbeck, S. L., 2017).

El trastorno depresivo persistente es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por ánimo triste de curso crónico y de inicio temprano e insidioso (es decir, en la infancia, la adolescencia o la edad adulta temprana). El inicio temprano (es decir, antes de los 21 años) se asocia con un mayor riesgo de trastornos de personalidad comórbidos y trastornos por consumo de sustancias. La causa de la distimia, aunque no está clara, es probablemente multifactorial. Biopsicosocial: historia familiar, factores psicológicos, estrategias de afrontamiento, factores genéticos, estresores sociales.

La presencia de la depresión durante la adolescencia es que se da debido a la remodelación de la estructura psíquica que se produce como consecuencia de los cambios biológicos, sociales y psicológicos masivos, ya que, en esta época de la vida, el individuo debe romper con los lazos del pasado (incluyendo antiguas identificaciones con figuras adultas), para forjar una nueva imagen de sí mismo. Los hallazgos sobre la presencia de depresión en la adolescencia son reafirmados también en las lecturas clásicas sobre el tema quienes indican que durante esta etapa, existe un duelo del joven por el cuerpo, por la identidad y por los padres infantiles; al parecer, esta etapa está llena de perturbaciones y momentos de crisis, donde una de las principales tareas es la definición de la identidad y del rol sexual, que son tareas que suman al adolescente en una serie de preguntas y de encrucijadas que por momentos, le pueden poner en situación de movimiento. (Pardo, A., Sandoval, D., A., & Umbarila, Z. D., 2004).

La depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, se ha reportado que en Estados Unidos la prevalencia del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida corresponde al 21.3% en mujeres y 12.7% en hombres. En Colombia, se observa que la prevalencia de la depresión en la población general es de 25.1% y en particular para la ciudad de Bogotá es de 19.7%. Este estudio sugiere que, en Colombia, el 10.3% del grupo de hombres tiene depresión leve, un 3.4% moderada, y 0.6% depresión severa, cifras menores a lo observado en el grupo de las mujeres, donde el 14.7% presenta depresión leve, el 5.3% depresión moderada y el 1.3% depresión severa. En los adolescentes mayores, es muy frecuente que se presenten somatizaciones en los casos en que existe un síndrome depresivo, como es el caso de los episodios de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o propensión al cansancio muscular, la fatiga mental, incapacidad de concentrarse y realizar ejercicios de memoria. (Balcázar

Nava, P., Bonilla Muñoz, M. P., Santamaría López, J. E., Gurrola Peña, G. M., & Trejo González, L., 26 de 07 de 2007).

Un estado de ánimo depresivo también afecta el comportamiento. Cuando estamos deprimidos, tendemos a retraernos, sentirnos abatidos y quejarnos con facilidad. Las personas depresivas son un poco realistas al pensar que los demás no agradecen su conducta; sus estados de ánimo pesimistas y negativos pueden activar el rechazo social. La depresión es natural cuando se experimenta un estrés grave: la pérdida del empleo, el divorcio o rechazo, o sufrir cualquier experiencia que altera nuestro sentido de quiénes somos y por qué somos seres humanos valiosos. Las personas propensas a la depresión responden a los sucesos negativos con reflexión intensa y culpa dirigida hacia sí mismos. Su autoestima fluctúa con más rapidez, presentando elevaciones y disminuciones de acuerdo con las amenazas.

TEMA 3: DEPRESIÓN Y PSICOSIS POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES.

El especificador de inicio en el posparto se aplica a los trastornos que se manifiestan durante las cuatro semanas posteriores al parto. Los cambios fisiológicos pueden explicar ciertas transformaciones en la esfera mental. Sin embargo, no constituyen la única condición que explica la presencia de síntomas mentales durante el posparto. También otros factores, como los psicosociales y ambientales, condicionan la proclividad de la mujer a presentar dichos síntomas. El post partum blues se define como una forma leve y transitoria de depresión que aparece entre el tercero y el séptimo día posparto, con una duración generalmente corta. Se trata de la alteración del estado de ánimo posparto más común, con una prevalencia de 75 a 80%. La depresión posparto sin psicosis, se estima que este trastorno se presenta en 10 a 15% de las mujeres en el período de posparto; este síndrome dura más tiempo que el post partum blues y tiene un mayor impacto en la familia. La depresión posparto con psicosis se encuentra presente en 1 a 2 por 1.000 mujeres. Generalmente, los síntomas inician entre la segunda y la tercera semana posparto, con una correlación con los trastornos bipolares de 70 a 80% y una tasa de recurrencia de 30 a 50%. (Oviedo Lugo, G. F., & Mondragón, V. J. 2006).

La depresión posparto, clínicamente se caracteriza por un cuadro depresivo severo, indistinguible del trastorno depresivo mayor no psicótico que ocurre en mujeres en otros periodos de su vida; cuyo inicio es característicamente insidioso, asociando ansiedad excesiva y síntomas neurovegetativos. Las estrategias de tratamiento que mejor funcionan son multifactoriales. Incluyen educación, psicoterapia, apoyo de grupo, derivación a

asociaciones de autoayuda y nacionales y asesoramiento conjunto si la relación con la pareja es problemática. En la psicosis postparto, las ideas delirantes suelen centrarse en el niño, e incluyen ideas de que el niño está muriendo, de que el niño tiene poderes especiales, o atribuciones divinas o diabólicas. Frecuentemente se presentan alucinaciones auditivas que indican a la madre que lesione o mate al niño o a sí misma. El tratamiento es básicamente farmacológico; se recomienda iniciar antipsicóticos típicos o atípicos, como el uso de moduladores del afecto. (Alba González, B., López Tello, V., Merino Salán, M., Fernández Fernández, P., Alonso del Rivero Hernández, V. d., & Fernández Díaz, M. N., 30 de 09 de 2017).

La psicosis posparto puede presentarse como un estado maníaco, depresivo o mixto entre los pacientes con trastorno bipolar. Las mujeres con trastorno bipolar tienen un alto riesgo de recidiva en el embarazo y después del parto, que puede presentarse como psicosis posparto. Respecto a la lactancia materna se establece que solo pacientes con cuadros leves o moderados se les autorice la misma. La DPP es una enfermedad caracterizada por presentar ánimo deprimido y anhedonia con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal. La depresión materna en el año posterior al parto es una complicación frecuente pero insuficientemente detectada. (Villanea., C. F., Agosto de 2018).

La detección temprana de la DPP permite plantear intervenciones que permitan un control del caso y la prevención de las complicaciones ocasionadas por la falta o incorrecto cuidado del niño en busca de la calidad de vida y bienestar del bebé. La depresión materna genera consecuencias negativas en el niño ya que su desarrollo neuronal durante el período perinatal está afectado

por el contexto en el que se encuentra y por las experiencias cotidianas con su cuidador. En niños de madres depresivas se observan alteraciones en el comportamiento con mayor frecuencia en el llanto y dificultades para ser calmados, mayor presencia de afectos negativos, dificultades en el aprendizaje, evitación del contacto visual con la madre, así como el establecimiento de apegos inseguros y alteraciones en el desarrollo psicomotor y la socialización del niño. (Orozco., W. N., s.f.).

En EUA, Baginsky realizó una comparación para ver la diferencia en el porcentaje de incidencia de depresión postparto entre adolescentes y adultos, y reporta 47% adolescentes y 13% adultos. Mientras que Nunes¹⁴ menciona que el porcentaje de prevalencia de depresión postparto es de 26% en adolescentes de EUA. Barra encontró que en Chile se presenta la depresión postparto 40% después del control postnatal, 20% al destete, 5% aparece al año postparto. Mientras que Poo⁵ para el mismo país menciona que la depresión postparto se presenta 10% en mujeres de 15 años en adelante. Para Wolf, las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica. En sus hijos hay prematuridad y bajo peso al nacer, abuso, negligencia parental y problemas conductuales. (Ramírez Meza, F., Cruz Bello, P., & Gómez Torres, D., 11 de 11 de 2013).

TEMA 4: ESQUIZOFRENÍA EN NIÑOS.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que usualmente se manifiesta en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. Se caracteriza por la desorganización parcial de las funciones de la personalidad, regresión en el desarrollo, tendencia al abandono de los contactos interpersonales y el repliegue en un mundo interno subjetivo de ideas, frecuentemente caracterizadas por alucinaciones o delirios. La esquizofrenia difiere de las enfermedades mentales de origen orgánico definido en el hecho de que no genera demencia ni trastornos de memoria, de orientación o de tipo intelectual comparables a los que se observan en las enfermedades de origen orgánico. Las alucinaciones auditivas son particularmente comunes en la esquizofrenia, si bien todas las funciones sensoriales pueden estar involucradas. La pérdida de la verificación de la realidad, en su forma más leve, también está presente en los delirios, que se deben a la malinterpretación subjetiva de las observaciones del mundo circundante. (ALANEN., 2003)

La prevalencia a lo largo de la vida se estima que es alrededor del 0.6-1.9%. Su distribución por género es similar en hombres y mujeres. La edad de aparición difiere en hombres y mujeres, siendo más temprana en hombres entre los 10 y 25 años de edad, y en mujeres entre los 25 y 35 años de edad, con un segundo pico de debut en la edad madura en estas últimas, después de los 40 años de edad. Se han encontrado una gran cantidad de genes candidatos y cromosomas involucrados, entre los que destacan: DISC 1, GRM 3, COMT, NRG 1, RGS 4 Y G72; y 1q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, y 22q, entre otros. Se han encontrado datos por medio de estudios de imagen y necropsias en los

cuales se encuentra disminución de la densidad axonal, dendrítica y por ende sináptica, además de pérdida de volumen cortical con subsecuente dilatación ventricular. Se entiende que el proceso patológico mental en la esquizofrenia inicia desde la infancia, teniéndose la teoría que se trata de una enfermedad en la que se involucra el neurodesarrollo, por lo cual los primeros signos y síntomas premórbidos se presentan en niños tranquilos, pasivos o introvertidos, con pocas amistades, llegan a excluir totalmente la sociabilidad, siendo caracterizados por personalidades esquizotípica o esquizoide. (Andrade., 2020.)

La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AACAP) define la esquizofrenia de inicio muy temprano (EIMT) como la que se inicia antes de los 12 años, y cuando lo hace antes de los 18 años la denomina esquizofrenia de inicio temprano (EIT). Subtipos (según el DSM IV):

- Tipo paranoide: los delirios o las alucinaciones auditivas son la característica más destacada.
- Tipo desorganizado: predominan el habla y la conducta desorganizada, el deterioro del pensamiento y el afecto plano o inapropiado.
- Tipo catatónico: presencia de alteraciones motoras, que se pueden acompañar de negativismo.
- Tipo indiferenciado: ninguna de las características sobresale del resto como en los otros subtipos.
- Tipo residual: se encuentra ausencia de síntomas positivos, pero persisten los negativos. (Cervantes., 2020)

En el caso de los pacientes pediátricos la aparición de los síntomas es frecuentemente precedida por trastornos en el desarrollo y se ha descrito una

mayor frecuencia de coeficiente intelectual bajo, déficits cognoscitivos y síntomas negativos intensos; asimismo existe mayor prevalencia de los subtipos indiferenciado y desorganizado de la enfermedad en niños y adolescentes. El proceso de evaluación clínica de un paciente pediátrico con esquizofrenia incluye una historia clínica apoyada por entrevistas diagnósticas como el K-SADS-PL o el MINIKid, y una vez confirmado el diagnóstico, por escalas específicas de gravedad como el Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) la escala Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia (PANSS). En México existen pocos centros de atención a la salud mental de niños y adolescentes, los cuales atienden a la mayoría de casos de esquizofrenia. En dichos centros el manejo integral de la esquizofrenia debe incluir a los programas de detección temprana, el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicosocial. (Enríquez Sánchez & Ochoa Madrigal, 2020)

Los niños maltratados y traumatizados tienen una mayor probabilidad de padecer psicopatología durante su vida. Se ha propuesto un vínculo causal entre el abuso infantil y la psicosis, en particular las alucinaciones en la vida adulta, pero la evidencia hasta la fecha no es concluyente. La deficiencia nutricional intrauterina puede aumentar el riesgo de esquizofrenia en la vida adulta. La evidencia de un aumento de dos veces para la esquizofrenia en los niños nacidos de las madres más desnutridas. n con un mayor riesgo de esquizofrenia. Un estudio reciente sugiere que, en comparación con los controles sanos, los pacientes con primer episodio de esquizofrenia (vírgenes a tratamiento antipsicótico) muestran un nivel significativamente más bajo de actividad física, hábitos alimenticios más pobres y una mayor prevalencia de fumadores. Los primeros estudios genéticos de esquizofrenia de inicio en la adultez (EIA) y esquizofrenia de inicio en la infancia (EII), examinaron a los familiares de pacientes para probar la hipótesis de que los trastornos del

espectro esquizofrénico y las anomalías neurobiológicas relacionadas con la esquizofrenia, mostraban transmisión familiar. (León., 2012)

TEMA 5: TRASTORNO DE LA ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por preocupación excesiva, constante y persistente sobre distintos factores o acontecimientos, que se vuelve de difícil control y que se acompañan de síntomas somáticos. La ansiedad está caracterizada por excitación sostenida, vigilancia y aprensión, que da como resultado patrones específicos de conductas defensivas y respuestas autónomas las cuales van a depender de la naturaleza de la amenaza y el contexto situacional. Factores de riesgo: ser mujer, edad mayor de 30 años, antecedente personal de trastorno depresivo mayor, o antecedentes familiares de trastorno del humor o ansiedad. Las principales características diagnósticas del TAG comprenden ansiedad y preocupación la mayoría de los días sobre diferentes situaciones como familia, trabajo escuela, y que son difíciles de controlar; estas preocupaciones se acompañan de síntomas físicos de tensión como dificultad en la concentración, tensión muscular, alteraciones en el sueño, fatigabilidad; además de síntomas autonómicos como puede ser taquicardia o hiperventilación. (Myers & Twenge)

La ansiedad por separación es una reacción adaptativa del desarrollo en niños de edades entre 9 y 18 meses hasta los 2 años y medio de edad. El miedo, se presenta como una respuesta apropiada ante una amenaza conocida, y la ansiedad, como una respuesta a una amenaza vaga o conflictiva.

Es más frecuente en los niños pequeños que en los adolescentes, y la prevalencia no presenta diferencias significativas entre sexos. El síntoma fundamental del trastorno de ansiedad por separación es la ansiedad extrema precipitada por miedo a la separación real o imaginaria de figuras importantes de apego, del hogar o de otros entornos familiares. Se distingue de otros trastornos de ansiedad por la naturaleza de los estímulos que desencadenan la angustia, las cogniciones experimentadas y/o los comportamientos resultantes. (Andrade., K. G., 2020.)

El trastorno de ansiedad social y mutismo selectivo, se relaciona con el trastorno de ansiedad social, aunque es una entidad separada. La prevalencia en la población general oscila entre el 0.5% al 2%, siendo la variabilidad poblacional secundaria a diferencias en la edad, el umbral para el diagnóstico y un ligero predominio en las mujeres. Está caracterizado por una falta de lenguaje verbal cuando el paciente se encuentra con personas desconocidas o que no forman parte de su núcleo familiar. Suele presentarse entre los 3 y 5 años y la detección suele estar retrasada hasta que el niño ingresa a la escuela, esto en el contexto de un desarrollo del lenguaje normal. El tratamiento suele ser multimodal con psicofármaco y psicoterapia. A niños en preescolar se recomienda terapia cognitivo conductual individual como primera línea de tratamiento. (Cervantes., N. J.,2020).

La timidez es la ansiedad social marcada por la cohibición y la preocupación acerca de lo que piensen los demás (Anderson y Harvey, 1988;

Asendorpf, 1987; Carver y Scheier, 1986). Nos sentimos más ansiosos cuando estamos: Con personas importantes, de estatus elevado; personas cuyas impresiones de nosotros nos importan; en un contexto de evaluación, como cuando tenemos una primera entrevista; cohibidos (como le pasa con frecuencia a las personas tímidas) con nuestra atención enfocada en nosotros mismos y en qué impresión dejamos; enfocados en algo esencial para nuestra autoimagen, como cuando un profesor universitario presenta su investigación ante sus colegas en una convención profesional; en situaciones novedosas o no estructuradas, como en el primer baile de la escuela o en la primera cena formal, donde no estamos seguros de las reglas sociales. Las personas tímidas y ansiosas sobrepersonalizan las situaciones, lo cual es una tendencia que engendra preocupación ansiosa y, en casos extremos, paranoia. Son propensos en especial al efecto del reflector: sobrestiman el grado al que otras personas los observan y evalúan. (Ugalde., 2020)

Peplau definió cuatro niveles de ansiedad:

Leve: Se trata de un tipo normal de ansiedad que tiene como consecuencia un incremento de la motivación, el aprendizaje y la resolución de los problemas. Los estímulos se perciben y se procesan con facilidad.

Moderada: El campo perceptual del individuo se estrecha; escucha, observa y capta en menor grado. La persona tal vez no conceda atención a los estímulos ambientales, pero reconoce objetos que se le muestren y puedan aprender con la ayuda de otro individuo.

Grave: La persona se enfoca en detalles pequeños o desvinculados. El campo de percepción muestra reducción intensa. El sujeto no es capaz de resolver problemas o de utilizar el proceso de aprendizaje.

Pánico: La persona está desorganizada, puede ser incapaz de actuar o hablar, puede mostrar hiperactividad y agitación, y ser peligrosa para sí misma. (Ulloa Flores, Suaer Vera, & Apiquian Guitart, 2011)

Bibliografía.

Guíza Vázquez, J. J., & Sánchez Anzaldo, F. J. (2012.). *Genética clínica. Diagnóstico y manejo de las enfermedades hereditarias.* (Vol. 3.). (J. A. Pérez., Ed.) México.: Manual moderno. Recuperado el 17 de 01 de 2023

Guízar Vázquez, J. J., & Salamanca Gómez, F. (2012). *Genética clínica. Diagnóstico y manejo de las enfermedades hereditarias.* (Vol. 3.). (J. A. Pérez., Ed.) México.: Manual moderno. Recuperado el 17 de 01 de 2023

Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2017). *ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA. Planes de cuidados.* (M. M. Moreno., Ed., & G. E. Coter, Trad.) México.: Manual Moderno. Wolters Kluwer, Health. Lippincot Williams y Wilkins. Recuperado el 17 de 01 de 2023

Sosa., A. P. (1998.). *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA.* México.: Trillas. Recuperado el 17 de 01 de 2023

Vázquez., J. J., Cervantes Paredo, A., & López López, M. (2001). *Genética clínica. Diagnóstico y manejo de las enfermedades hereditarias.* (3. ed., Vol. tercera edición.). (J. A. Pérez., Ed.) México.: Manual moderno S.A de C.V. Recuperado el 12 de 01 de 2023

Balcázar Nava, P., Bonilla Muñoz, M. P., Santamaría López, J. E., Gurrola Peña, G. M., & Trejo González, L. (26 de 07 de 2007). Evaluación de la depresión en hombre y mujeres preuniversitarios. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.*, 99, 100. Recuperado el 17 de 01 de 2023, de <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/83178254/nnp074a->

[libre.pdf?1649059070=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEvaluacion de la depresion en hombres_y.pdf&Expires=1674025889&Signature=IC4AqB2YTvmUZ5xkvv1~57fsE25xA0J2mmpHRCuo6--QD8w0W/Xu1I2m](#)

Myers, D. G., & Twenge, J. M. (s.f.). *Psicología social*. (Décimo tercera. ed.). (H. serrano., Ed., G. Padilla Sierra, & S. Olivares Bari, Trans.) México.: Mc Graw Hill. Recuperado el 18 de 01 de 2023

Pardo, A., Sandoval, D., A., & Umbarila, Z. D. (2004). Adolescencia y depresión. *Colombiana de psicología*, 13, 18 y 19. Recuperado el 18 de 01 de 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf>

Psiquiatría., C. E. (2020). *Compendio de psiquiatría clínica*. (J. C. Ramos., Ed.) México.: AILANCYP. Recuperado el 17 de 01 de 2023.

Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2017). *ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA. Planes de cuidados*. (M. M. Cotera., Trad.) México.: Manual moderno. Wolters Kluwer, Health. Lippincot Williams y Wilkins. Recuperado el 17 de 01 de 2023

Alba González, B., López Tello, V., Merino Salán, M., Fernández Fernández, P., Alonso del Rivero Hernández, V. d., & Fernández Díaz, M. N. (30 de 09 de 2017). Actualización en depresión postparto. *Revista Oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud*, 1(3), 180. Recuperado el 18 de 01 de 2023

Orozco., W. N. (s.f.). PSQUIATRÍA. DEPRESIÓN POSTPARTO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX.*, 641 y 642. Recuperado el 18 de 01 de 2023

Oviedo Lugo, G. F., & Mondragón, V. J. (2006). Trastornos afectivos postparto. *Universitarias médica.*, 47(2), 132, 133 y 137. Recuperado el 18 de 01 de 2023

Ramírez Meza, F., Cruz Bello, P., & Gómez Torres, D. (11 de 11 de 2013). Revisión bibliográfica sobre la depresión postparto en madres adolescentes. *Revista HORIZONTES.*, 80. Recuperado el 18 de 01 de 2023

Villanea., C. F. (Agosto de 2018). Psicosis postparto. *Revista médica sinergia.*, 3(8), 9 y 11. Recuperado el 18 de 01 de 2023

ALANEN., Y. (2003). *LA ESQUIZOFRENIA. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente.* (Primera. ed.). (M. E. Sanz., Trad.) Madrid, España.: H. Karnak htd. Jansse-Cilag, S. A. Recuperado el 18 de 01 de 2023

Enríquez Sánchez, H., & Ochoa Madrigal, M. G. (16 de 10 de 2020). Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. *Revista de la facultad de medicina (México).*, 62(4). Recuperado el 18 de 01 de 2023, de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422019000400009

León., E. (2012). CLÍNICA DE LA ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. *CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA.*

SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA., 4. México. Recuperado el 18 de 01 de 2023

Andrade., K. G. (2020.). *COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA.* (primera. ed.). (J. C. Ramos., Ed.) México.: AILANCYP. Recuperado el 19 de 01 de 2023

Cervantes., N. J. (2020). *COMPENDEIO DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA.* (Primera. ed.). (J. C. Ramos., Ed.) México.: AILANCYP. Recuperado el 19 de 01 de 2023

León., E. (2012). *CLÍNICA DE LA ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.*, 4. México. Recuperado el 18 de 01 de 2023

Myers, D. G., & Twenge, J. M. (s.f.). *Psicología social.* (Décimo tercera. ed.). (H. Serrano., Ed., G. Padilla Sierra, & S. OlivaresBari, Trans.) México.: Mc Graw Hill. Recuperado el 19 de 01 de 2023

Psiquiatría., C. E. (2020.). *Compendio de Psiquiatría Clínica.* (Primera. ed.). (J. C. Ramos., Ed.) México.: AILANCYP. Recuperado el 18 de 01 de 2023

Schultz., J. M., & Videbeck, S. L. (2017.). *ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA. Planes de cuidados.* (Primera. ed.). (M. M. Moreno., Ed., & G. E. Coter., Trad.) México.: Manual Moderno. Recuperado el 19 de 01 de 2023

Ugalde., J. J. (2020). *COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA*. (Primera. ed.).
(J. C. Ramos., Ed.) México.: AILANCYP. Recuperado el 19 de 01 de 2023