



# Mi Universidad

## Cuadro comparativo

*Nombre del Alumno: Sonia Palomeque Ochoa.*

*Nombre del tema: Transtorno depresivo mayor, ansiedad generalizada en el adulto mayor, depresión postparto, déficit de atención e hiperactividad.*

*Parcial: III*

*Nombre de la Materia: Psicología médica*

*Nombre del profesor: Edwin Yoani López Montes*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

*Semestre: I*

*Lugar y Fecha de elaboración: Tapachula, Chiapas a 22 de noviembre de 2023.*

CARACTERISTICAS/CRITERIOS	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	DEPRESION PRENATAL Y POSPARTO	ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR	TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD (TDAH)
DEFINICION	<p>“La depresión mayor es un trastorno del estado del ánimo que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutaban, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 o más días”(OMS).</p>	<p>Se define como un episodio de depresión mayor que es asociado temporalmente al parto, con un inicio dentro de los 12 meses siguientes al parto.</p>	<p>El TAG se caracteriza por angustia y preocupación excesiva por una serie de eventos y actividades que suceden alrededor de la persona que la padece, la preocupación y la ansiedad son difíciles de controlar.</p>	<p>Trastorno del neurodesarrollo (disfunción ejecutiva) que se caracteriza por defecto en el control inhibitorio y dificultades con la memoria de trabajo, caracterizado por inatención, desorganización e hiperactividad e impulsividad, presentándose en diferentes escenarios de la vida, provocando dificultades en su funcionamiento cognitivo, educacional y laboral.</p>
ETIOLOGIA	<p>Las causas se han descrito como <b>multifactoriales</b>, asociados con el inicio, mantenimiento y recurrencia de la depresión. Se ha propuesto una sólida interacción entre vulnerabilidad biológicas, psicológicas y ambientales en la depresión. Esta descripción se ha relacionado entre las variables genómicas con enfoque al sistema monoaminas (serotonina 5-hidroxi-triptamina (5 HT)-norepinefrina (NE)-dopamina (DA).</p>	<p>Durante el embarazo y puerperio cerca del 80% de las mujeres padecen algún tipo de alteración. El embarazo (periodo prenatal) se ha asociado a cambios en distintas áreas de la vida, que pueden favorecer la aparición de trastornos depresivos. 38% de las mujeres sufren de depresión durante o después del embarazo.</p>	<p>La enfermedad obstructiva crónica se relaciona con una prevalencia de hasta 46%. Diabetes mellitus tipo 2 se relaciona en un 56% con el descontrol glucémico.</p>	<p>Es un trastorno de etiología heterogénea, multifactorial y compleja, en el que una serie de vulnerabilidades biológicas interactúan entre sí y con factores ambientales, de adversidad psicosocial, la psicopatología en padres y las experiencias adversas en la niñez.</p>

	<p><b>Factores psicosociales:</b> Experiencias adversas en la infancia, dificultades crónicas, red social limitada</p> <p><b>Factores Psicológicos:</b> Visión negativa de sí mismo, Visión negativa de sus experiencias, Visión negativa del futuro.</p>			
<b>CUADRO CLINICO</b>	<p>1.- Pérdida de confianza o disminución de la autoestima. 2.- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. 3.- Cualquier tipo de alteración del sueño. 4.- Cambio en el apetito. 5.- Cambio en la actividad psicomotriz. 6.- Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa.</p>	<p>1.- Sentimiento de tristeza 2.- manifiestan no tener esperanza durante todo el día, 3.- sensación de pérdida del interés o placer, 4.- disminución o pérdida del apetito, 5.- insomnio o hipersomnia, 6.- percepción de inquietud o enlentecimiento en sus actividades, fatiga o pérdida de energía durante el día, 7.- desatención de las actividades importantes y pensamientos de muerte sin un plan estructurado; generando disfunción social.</p>	<p>1.- Intranquilidad o impaciencia. 2.- Fatigabilidad fácil. 3.- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco. 4.- irritabilidad. 5.- Tensión muscular 6.- Alteraciones del sueño (dificultad para iniciar o mantener el sueño.</p>	<p>1.- Patrón persistente de falta de atención o hiperactividad-impulsividad o ambos. 2.- Comienzo típicamente en la niñez temprana o media. 3.- Los síntomas interfieren con el funcionamiento académico, ocupacional o social.</p>
<b>TEMPORALIDAD</b>	Al menos 2 semanas.	Los síntomas deben estar presentes casi a diario durante al menos 2 semanas.	Por al menos 6 meses.	Por lo menos 6 meses.
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>DSM-5</b> , Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5/ <b>CIE-10</b> , Clasificación Internacional de Enfermedades	<b>DSM-5</b> , Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5/ <b>CIE-10</b> , Clasificación Internacional de Enfermedades	<b>DSM-5</b> , Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5/ <b>CIE-10</b> , Clasificación Internacional de Enfermedades	<b>DSM-5</b> , Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5/ <b>CIE-10</b> , Clasificación Internacional de Enfermedades

<p style="text-align: center;"><b>FACTORES DE RIESGO</b></p>	<p><b>Factores de riesgo no modificables:</b> Edad, intento de suicidio, antecedente de autolesionarse, minoría sexual, antecedentes de suicidio en familiares, antecedentes de problemas legales.</p> <p><b>Factores de riesgo modificables:</b> Ideas suicidas activas, desesperanza, síntomas psicóticos, ansiedad, impulsividad, afrontamiento al estrés, y condiciones comorbidas como el uso de sustancias como el alcohol, desorden de estrés postraumático, desordenes de personalidad del tipo B, dolor crónico por condiciones médicas, cáncer.</p> <p><b>Factores de riesgo en niñas, niños y adolescentes:</b> Biológico, Familiar, Psicológico y Social.</p>	<p><b>Principales factores de riesgo:</b> antecedente de trastorno previamente al embarazo, depresión anteriormente y carecer de mecanismos de apoyo eficaces.</p> <p>Intentos de suicidio previos, violencia intrafamiliar, conflictos de pareja, bajos ingresos, edades extremas de la madre, abuso de sustancias (alcohol/drogas).</p> <p>Ningún control prenatal, no tener planes a futuro, embarazos no deseados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Sexo femenino.</li> <li>2.- Enfermedades crónico-degenerativas.</li> <li>3.- Vivir solo, viudo o divorciado.</li> <li>4.- Baja escolaridad.</li> <li>5.- Eventos estresantes a lo largo de la vida.</li> <li>6.- Limitación física en actividades de la vida diaria.</li> </ol>	<p>Diferentes factores genéticos influyen en el curso del TDAH, en las diferentes etapas de la vida.</p>
<p style="text-align: center;"><b>TAMIZAJE</b></p>	<p><b>En adultos:</b> El PHQ-9 se considera una medida de detección de la depresión mayor en entornos de atención primaria.</p> <p><b>En pediatría:</b> El <b>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</b> se debe utilizar este instrumento al inicio del diagnóstico.</p>	<p><b>Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.</b> (EPDE) es la herramienta de detección de depresión recomendada para el periodo perinatal.</p> <p>Se recomienda aplicar el inventario de BECK.</p>	<p><b>Inventario de Ansiedad Geriátrica "GAI" y GAI-SF</b> (versión corta).</p> <p><b>No</b> se recomienda utilizar el inventario de ansiedad de Beck ya que tiene el inconveniente de ser poco sensible para personas mayores.</p>	<p><b>Cuestionario de Conner</b>, para profesores, padres y escuela, para detectar NNA con TDAH.</p>

	<p>Se debe realizar el <b>Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)</b> a todos los niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Escalas de tamizaje utilizadas en niños y adolescentes:</p> <p><b>CES-DC</b>  <b>MFQ</b>  <b>DSRS</b>  <b>KADS</b>  <b>PHQ-A</b>  <b>SDQ</b></p>			
<p><b>TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO</b></p>	<p><b>Terapia Cognitivo Conductual (TCC)</b> en formato individual grupal.</p> <p><b>Terapia interpersonal (TIP)</b> por grupo de edad y sexo.</p>	<p><b>Terapia Cognitivo Conductual (TCC)</b> se centra en distorsiones cognitivas, las emociones negativas y los comportamientos resultantes.</p> <p><b>Terapia interpersonal (TIP)</b> se enfoca en la comunicación y las interacciones con otros para fortalecer las relaciones.</p>	<p><b>Terapia Cognitivo Conductual (TCC)</b> que tiene como objetivo reducir los síntomas de ansiedad al modificar las conductas mal adaptativas. Efectividad entre personas mayores y adultos en edad laboral.</p>	<p><b>Terapia Cognitivo Conductual (TCC)</b>, incluye una serie de técnicas relativamente de fácil aplicación, para ser utilizadas en el entorno del NNA.</p>
<p><b>TX FARMACOLOGICO</b></p>	<p>En <b>adultos</b>: Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina (<b>ISRS</b>): Fluoxetina, sertralina o paroxetina.</p> <p><b>Pediatría</b>: <b>Fluoxetina</b>, para niños de 8 años o más.  <b>Sertralina</b>, en adolescentes.</p>	<p><b>Inhibidores de la recaptura de serotonina(ISRS)</b>: fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram.</p> <p><b>Antidepresivos tricíclicos</b>: amitriptilina.</p> <p><b>Inhibidores de la recaptura de noradrenalina-dopamina (NDRI)</b>: bupropion.</p>	<p>Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) Se recomienda en el tratamiento del TAG en la persona mayor el uso de Sertralina y citalopram como mejor opción por su costo/beneficio y perfil de bioseguridad.</p>	<p>Se debe iniciar tratamiento al momento del diagnóstico con: Metilfenidato de liberación inmediata (tres tomas al día) controlado y vigilancia estrecha.</p>

		<p><b>Inhibidores de la recaptura de serotonina-noradrenalina (IRSN):</b> venlafaxina, duloxetina.</p> <p>FLUOXETINA-LITIO</p>		
<b>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</b>	<p><b>Medicamentos:</b> Isotretinoína, corticoesteroides, Y estimulantes.</p> <p><b>Sustancias de abuso:</b> Marihuana, solventes, anfetaminas, cocaína.</p> <p><b>Infecciones:</b> SIDA, Mononucleosis, Influenza.</p> <p><b>Trastornos neurológicos:</b> Migraña, epilepsia, lesión cerebral traumática.</p> <p><b>Sistema endocrino:</b> Enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, Hipopituitarismo, Trastornos de la Tiroides.</p>	<p>El embarazo (periodo prenatal) se ha asociado a cambios en distintas áreas de la vida, que pueden favorecer la aparición de trastornos depresivos.</p>	<p><b>Cardiovascular:</b> Angina, arritmias, infarto al miocardio.</p> <p><b>Endocrino y metabólico:</b> Hipertiroidismo.</p> <p><b>Neurológico:</b> Enfermedad de Parkinson.</p> <p><b>Respiratorio:</b> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.</p> <p><b>Gastrointestinal:</b> Síndrome de intestino irritable.</p> <p><b>Otras:</b> Anemia.</p>	<p>Problemas médicos, auditivos y visuales.</p> <p>Problemas emocionales y psiquiátricos.</p> <p>Problemas familiares y psicosociales.</p> <p>Problemas del habla y lenguaje.</p> <p>Problemas académicos/aprendizaje</p>
<b>SEGUIMIENTO</b>	<p>Mantener el tratamiento farmacológico, por 6 meses más, a partir de la mejoría del 50% de la sintomatología. Y prolongado por 12 meses en caso de: depresión recurrente, distimia.</p>	<p>Se recomienda aplicar el inventario de Beck y la EDPE a las mujeres en cualquier etapa de la gestación.</p> <p>Tras la obtención del puntaje del inventario de Beck y la EDPE se debe canalizar a la paciente a un servicio de terapia cognitivo conductual, para prevenir la depresión perinatal y en caso de no resultar efectiva la</p>	<p>Control médico a los 15 días inicialmente y después cada mes.</p> <p>Intervención terapéutica: relajación clásica, intervención cognoscitivo conductual. Una vez compensado el cuadro, se recomienda insertar en grupos de autoayuda.</p>	<p>Tratamiento con Metilfenidato: Citar de 2 a 6 semanas de inicio de tratamiento para valorar respuesta.</p> <p>TCC cita mensual hasta completar 1 años y reevaluar.</p>

		terapia deberá canalizarse a 3er nivel de atención.		
--	--	---	--	--