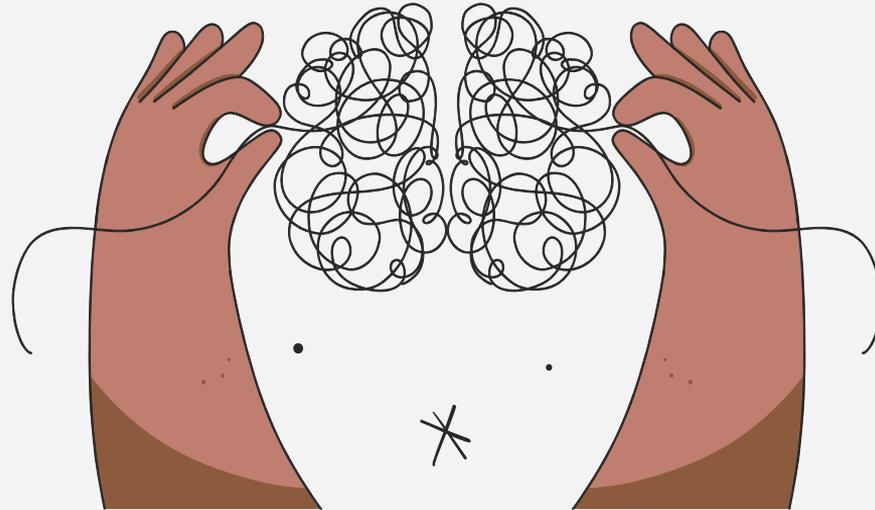


Ayudantía 2 "Neurociencia clínica"

Docente: Rocío Mayol
Ayudante: María Ignacia Fernández



TEMARIO

01

Depresión.

02

Farmacodependencia.

03

Trastornos ansiosos.

04

Considerar textos obligatorios.

Preguntas formulario

1

Con respecto a las bases biológicas de la depresión y la ansiedad generalizada
¿Qué zonas cerebrales están alteradas?

2

¿Cuál es el rol del eje HHA y el hipocampo en la depresión?

3

¿Cuál es la importancia de la hormona ACTH en el eje HHA e hipocampo en la depresión?

4

¿En la depresión se puede dar la hipersomnía y el insomnio al mismo tiempo?

5

¿Cuál es la diferencia del trastorno de pánico y los trastornos ansiosos?

6

Información fundamental de los textos



01

Trastornos del ánimo

¡Recordemos!

→ Caracterizados por la existencia de alteraciones emocionales. La **emoción** refiere a un movimiento afectivo en respuesta a estímulos externos/internos. Son momentáneos y de gran intensidad. Por otro lado, el **estado de ánimo** es duradero en el tiempo.

La tristeza patológica tiene manifestaciones cognitivas, somáticas y conductuales.

Lo principal es la alteración del estado de ánimo (distímico, maniaco, depresivo).

Existen trastornos depresivos y bipolares.

Depresión mayor: tristeza profunda, pérdida de interés persistente por actividades o situaciones que antes resultaban placenteras. Afecta a nivel físico, emocional, cognitivo y comportamental.



01

Trastornos del ánimo

¡Recordemos!

Según DSM-V

→ **Bipolar tipo I y II:** diferencial es el episodio maníaco.

→ **Ciclotímico:** oscilaciones crónicas del estado de ánimo (duración mayor o igual a 2 años)

→ **Depresivo**

- **Desregulación perturbador del estado de ánimo:** irritabilidad severa, arrebatos conductuales fuera de proporción (inicio antes de los 10 años)
- **Depresivo mayor:** estado de ánimo deprimido, anhedonia, alteraciones somáticas, cognición y funcionalidad afectada (mayor a 2 semanas)
- **Depresivo persistente (distimia):** Ánimo crónicamente deprimido, síntomas más leves que depresión mayor pero más duraderos.
- **Disfórico premenstrual:** síntomas afectivos, somáticos y conductuales durante la fase lútea del ciclo.





01

Trastornos del ánimo: depresivo



Presencia de AL MENOS CINCO o más. DOS SEMANAS, cambio en funcionamiento previo. Al menos un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

- o Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades.
- o Pérdida importante de peso
- o **Insomnio o hipersomnia (PREGUNTA 4 DE FORMULARIO).**
- o Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
- o Fatiga o pérdida de energía
- o Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva
- o Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- o Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas sin plan o con plan.
- o Deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes.

INTERVENCIÓN: psicoeducación, farmacológico, psicoterapéutico. Indagar SIEMPRE en ideación suicida, planificación, ver intervenciones interdisciplinaria, redes de apoyo, cartas de compromiso. Autolesiones.

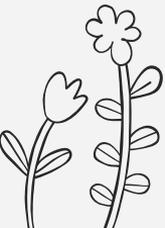


2 ¿Cuál es el rol del eje HHA y el hipocampo en la depresión?

Estructuras cerebrales involucradas: hipocampo, amígdala, cortex cingulado anterior, cortex prefrontal dorsolateral, cortex órbito frontal.

Recordar que existirá una disfunción en **serotonina (5-HT)** y **noradrenalina (NA)** (neurotransmisores involucrados en la comunicación entre neuronas, transmiten señales eléctricas y químicas a lo largo del SN).

→ Si disminuye la serotonina hay efectos en la impulsividad, agresividad, apetito libido. Si es a nivel de noradrenalina afecta la atención, motivación y mayor respuesta al estrés que podría tener implicancias en la sintomatología de depresión (desánimo, lentitud cognitiva, pérdida de interés).



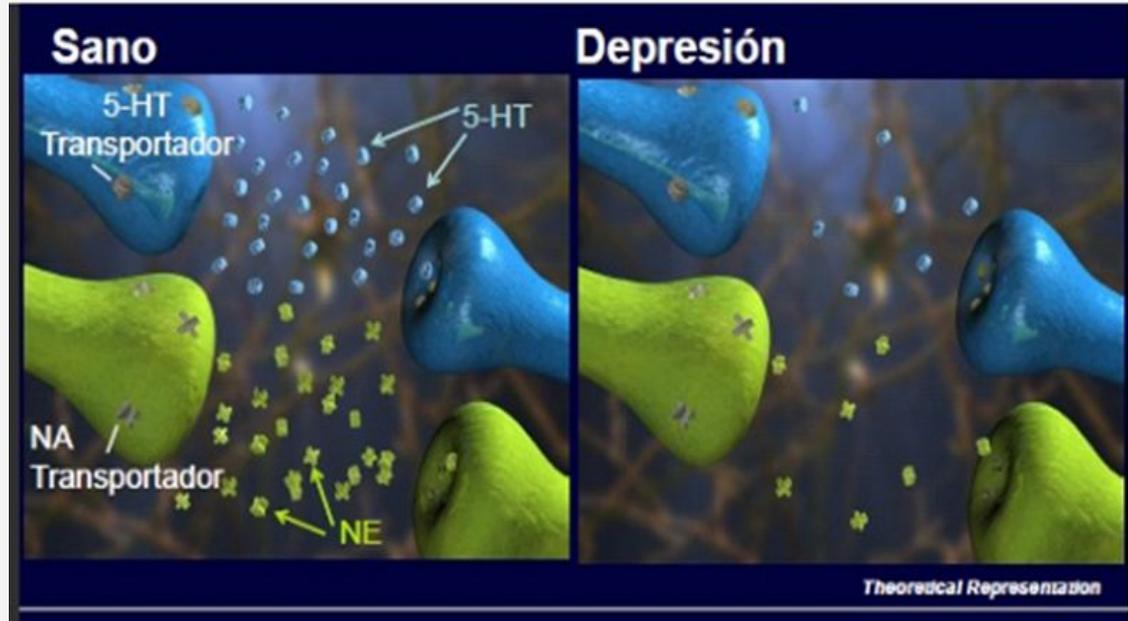
2

¿Cuál es el rol del eje HHA y el hipocampo en la depresión?

SEROTONINA (5-HT)

NORADRENALINA (NA)

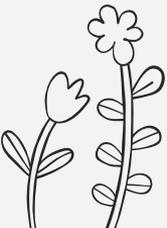
Fijarse en espacio sináptico dentro del proceso de recaptación de neurotransmisores. Por un lado tiene menor liberación y por otro lado puede ser retirada del espacio sináptico muy rápido.



2 ¿Cuál es el rol del eje HHA y el hipocampo en la depresión?

Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) → SISTEMA NEUROENDOCRINO ENCARGADO DE LA REGULACIÓN EN RESPUESTA AL ESTRÉS. Aumenta el cortisol y catecolaminas)

→ **Respuesta:** Existe una disfunción del hipocampo, lo que contribuiría al deterioro cognitivo y la alteración neuroendocrina (AUMENTO DE CORTISOL Y CATECOLAMINAS). Si hay exceso de cortisol podría ser que esté implicado en la **atrofia del hipocampo**. Si esto pasa pierde la eficacia para inhibir el eje HHA. Se hiperactiva- aumenta el estrés y síntomas.



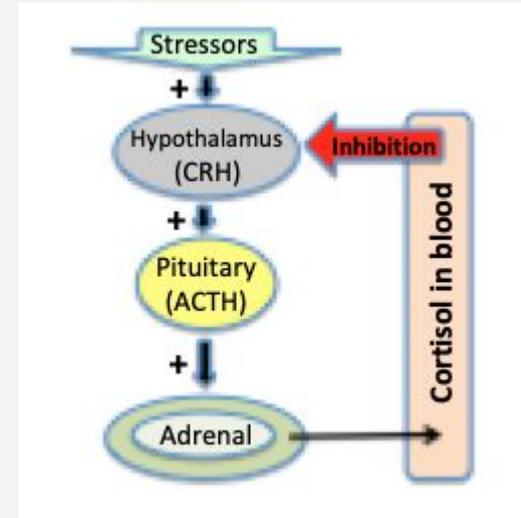
3

¿Cuál es la importancia de la hormona ACTH en el eje HHA e hipocampo en la depresión?

→ La hormona **ACTH** (**adrenocorticotropina**): estimula el cortisol. Es decir la respuesta al estrés. Se produce en la hipófisis. Adreno→ neurotransmisores involucrados en la acción de adrenalina-noradrenalina.

AUMENTA ACTH DURANTE ESTRÉS Y TENSIÓN → **HIPERACTIVA LA ESTIMULACIÓN.**

1. Estresores (estímulos que generan estrés).
2. Hipotálamo (libera corticotropina).
3. Hipófisis o pituitaria (libera ACTH)
4. ACTH libera cortisol al torrente sanguíneo
5. Cortisol en sangre, reacción frente a situaciones estresantes.
6. Inhibición (retroalimenta negativamente). Inhibe el hipotálamo y la hipófisis para que dejen de producir CRH y ACTH regulando el cortisol.



5

¿Cuál es la diferencia del trastorno de pánico y los trastornos ansiosos?

Trastorno ansioso: NO EXISTE CORRELACIÓN entre estímulo ansiogénico y la respuesta ansiosa, puede persistir en el tiempo.

Base biológica de la sintomatología: relacionada a activación eje amígdala. hipotálamo. Activación del SN autónomo.

→ **SNS (simpático):** síntomas físicos de aumento de frecuencia cardiaca, presión arterial, respiración acelerada, etc... Su objetivo es preparar las respuestas de lucha o huida.

→ **SNP (parasimpático)** inhibido en fases agudas de ansiedad. Su función es regular las funciones corporales durante el descanso, promueve la calma y relajación. OPUESTO al SNS.

Trastorno de pánico: Es imprevisto y recurrente, es SÚBITO la expresión máxima es en minutos. Puede ocurrir durante un estado de ansiedad.

• **Síntomas (físicos):** palpitaciones, golpeteo del corazón, sudoración temblor y MIEDO A MORIR.

• Hay un miedo constante a que ocurra nuevamente, Intenta evitar situaciones.





Sesión: Trastornos Psiquiátricos: Trastornos del ánimo: Depresión Mayor

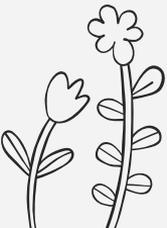
Texto: Silva, H. En Ivanovic, F., Correa, E., & Florenzano, R. (2017). Texto de Psiquiatría. Ed. SONEPSYN. Depresión: Clínica y Etiopatogenia pp 269-285

- Este texto señala aspectos principales del diagnóstico y profundiza en sintomatología.

Sesión: Trastorno Psiquiátricos: Trastornos ansiosos, ansiedad generalizada

Langarita-Llorente R, Gracia-García P. Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. Rev Neurol 2019; 69: 59-67. doi: 10.33588/rn.6902. 2018371 <https://www.svnps.org/documentos/ansiedad-generalizada.pdf>

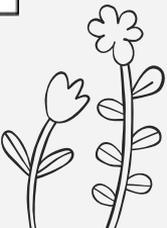
- En este texto se realiza una revisión sistemática de la neuropsicología del Tr. de ansiedad generalizada.
 - Tener en consideración manifestaciones clínicas como estados anticipatorios aprensivos, dificultad para controlar la preocupación o dificultad para concentrarse o quedarse en blanco.
 - Atención compleja (foco a pesar de estímulos externos. El estudio evalúa áreas como la memoria, funciones visoperceptivas (capacidad de reconocer, identificar, discriminar información visual, interpretar el entorno), funciones ejecutivas y cognición social (dificultades en la identificación de emociones respecto a los controles.



02

Diferenciales

| | | | | |
|------------------|--|--|--|--|
| Depresivo | De desregulación perturbador del estado de ánimo | Irritabilidad severa y arrebatos conductuales fuera de proporción. Inicio antes de los 10 años. | ≥ 12 meses. Diagnóstico entre los 6 y 18 años. | Diferenciar de trastorno bipolar infantil. No presenta episodios de manía/hipomanía. |
| | Depresivo mayor | Estado de ánimo deprimido, anhedonia, alteraciones somáticas, cognición y funcionalidad afectadas. | ≥ 2 semanas. Síntomas presentes casi todos los días. | Diferenciar de duelo o reacción adaptativa. En depresión, hay deterioro funcional y síntomas persistentes. |



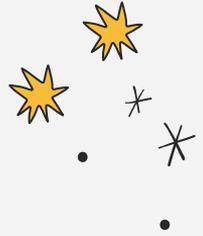
02

Diferenciales

| | | | |
|----------------------------------|---|--|--|
| Depresivo persistente (distimia) | Ánimo crónicamente deprimido, síntomas más leves que depresión mayor pero duraderos. | ≥ 2 años en adultos (≥ 1 año en NNA), sin remisión >2 meses. | Menor intensidad que depresión mayor, pero más duradero. Puede tener episodios superpuestos (doble depresión). |
| Disfórico premenstrual. | Síntomas afectivos, somáticos y conductuales durante la fase lútea del ciclo. Remiten al iniciar la menstruación. | En la mayoría de los ciclos menstruales del último año. | Cíclico, relacionado con fase premenstrual. Confirmar con seguimiento prospectivo de 2 meses. |



Caso clínico



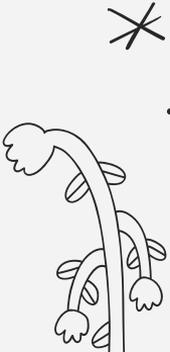
Laura, **16 años**

Motivo de consulta: La madre refiere que su hija ha cambiado en los últimos meses: “Ya no es la misma, está distante, parece que nada le importa”.

Historia clínica: Laura es una adolescente de 16 años, estudiante de preparatoria, vive con sus padres y un hermano menor. Siempre ha sido una alumna responsable, algo reservada, pero con un grupo pequeño de amistades cercanas. Su madre solicita apoyo psicológico luego de notar cambios en su comportamiento desde hace aproximadamente **cuatro meses**.

Síntomas actuales (descritos por familia y docente):

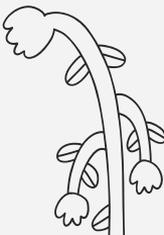
- Llanto ocasional sin razón aparente, que ella minimiza (“estoy cansada”).
- Se muestra desinteresada en actividades que antes disfrutaba, como la pintura y salir con amigas.
- Ha bajado su rendimiento escolar, entregando tareas incompletas y mostrándose distraída en clase.
- Se ha vuelto más irritable en casa, con respuestas cortantes y actitud defensiva ante comentarios simples.
- Muestra cansancio constante y duerme más de lo habitual los fines de semana.
- Ha evitado reuniones familiares recientes y se aísla en su cuarto.
- En una conversación reciente con una amiga, mencionó: “A veces pienso que no valgo para nada. Todo estaría mejor si no estuviera”.





Caso clínico

Laura, 16 años

- ❑ **Evaluación clínica (entrevista individual):** Laura se muestra apática, con poco contacto visual y respuestas breves. Ante preguntas sobre su estado de ánimo, responde “todo está bien”, aunque en momentos se le llenan los ojos de lágrimas. Refiere sentirse “vacía” y tener dificultades para concentrarse. Al preguntarle si ha pensado en hacerse daño, responde con un largo silencio y luego dice: “A veces... pero no lo haría”.
 - ❑ **Antecedentes personales y familiares:** Sin antecedentes psiquiátricos diagnosticados. Su abuela paterna tuvo “crisis nerviosas”, según refiere la madre. La familia ha atravesado recientemente por un cambio de ciudad debido al trabajo del padre, lo que implicó que Laura cambiara de escuela y dejará atrás a sus amigas más cercanas.
 - ❑ **Observaciones clínicas adicionales:** No hay síntomas psicóticos evidentes. No se observa catatonía ni alteraciones graves en la percepción de la realidad. No hay deterioro cognitivo, aunque sí dificultad de atención y lentitud en las respuestas.
- 
- 



SIEMPRE CONSIDERAR: ideación suicida pasiva, seguimiento clínico, red interdisciplinaria profesional y red de apoyo inmediata.

En cuanto a sintomatología dar cuenta de que afecta diversas áreas: retraimiento social, pérdida de interés por actividades, irritabilidad (presencia de lo depresivo más común en infante-adolescente), Baja autoestima, sentimientos de inutilidad, ideación suicida pasiva, labilidad emocional. OJO: factores contextuales → mudanza, cambios de colegio, contención familiar debilitada.



GRAVEDAD → Leve a moderado (con posibilidad de agravarse).





Duelo y otros objetos de observación clínica para intervención.

Duelo

- ❑ Es un proceso que se debe tener presente cuando se piensa en la hipótesis de una depresión mayor.
- ❑ Puede dirigirse a algo patológico, sin embargo, se debe tener en cuenta el deterioro significativo para la persona.
- ❑ Desde el DSM-V el duelo se entiende como una reacción normal ante la pérdida de un ser querido, pero también se reconoce el trastorno de duelo prolongado como una condición mental más específica.

Intervenciones:

- Lo fundamental siempre es evaluar el riesgo, ideación suicida, planificación, pensamientos de querer desaparecer. Si es así se debe determinar la hospitalización, abrir la confidencialidad con la persona que se haya acordado en el encuadre.
- Evaluar si existe una red de apoyo cercana activa que pueda sostener.
- Derivaciones a psiquiatra → evaluar esquema farmacológico.
- Apoyo psicosocial → evaluar contexto actual, eventos estresantes del último tiempo, duelos recientes.
- Psicoeducación.

