

Quienes sufren de ansiedad y depresión pueden sentirse aislados(as) y solos(as), pero realmente no lo están. Por años, muchas personas creyeron que la depresión se trataba simplemente de sentirse triste o con poco ánimo, y que las personas ansiosas eran demasiado sensibles, pero tanto la ansiedad como la depresión son problemas médicos con una base biológica y están estrechamente relacionadas, y no es poco común que una persona sufra de ambas enfermedades.

Aspectos diferenciales

La ansiedad es un sistema de alerta que se activa en previsión de un peligro o amenaza futuro. Como respuesta intensa que es, resulta muy fácil que se asocie a diferentes estímulos o situaciones. Genera una marcada activación del organismo que sirve para que se pongan en marcha conductas como el escape, la evitación o la lucha con los elementos amenazantes. Por lo tanto, cuando se convierte en problemática (por ser desmesurada respecto al estímulo que la genera, por presentarse repetidamente y/o prolongarse en el tiempo) se trata enseñando habilidades para reducir esta activación. Además es común que la actividad fisiológica se manifieste también a nivel psicológico, produciéndose un mayor número de distracciones, hipervigilancia, aprensión, irritabilidad, inseguridad, etc. Los pensamientos y evaluaciones están relacionados con la amenaza, la sobrevaloración del riesgo y la minusvaloración de los propios recursos, etc. La ansiedad, por tanto, se centra en la prevención respecto al futuro para que no se produzcan ciertas consecuencias desagradables que se presuponen.

Además en los trastornos de ansiedad hay otra serie de características diferenciales respecto de la depresión. No hay variación a lo largo del día (salvo en algunos casos con fuertes componentes anticipatorios, que suelen sentirse peor al despertarse y primeras horas del día), ni en las diferentes estaciones del año. Por otro lado, la ansiedad no implica pérdida de la capacidad de disfrute y obtención de placer, como sucede en la depresión.

Cada uno de los diferentes trastornos de ansiedad presenta unas características propias y definitorias que los distinguen de la depresión y de otros trastornos de la ansiedad. De esta manera en el trastorno obsesivo-compulsivo existen rumiaciones y rituales específicos. En el trastorno por estrés postraumático hay reexperimentaciones del trauma

(flashbacks). El miedo al miedo es propio del trastorno de pánico. Y el temor a hacer el ridículo es característico de la fobia social.

El ánimo es una emoción relacionada con el sistema de conservación/regulación de la energía y la motivación. **El estado de ánimo deprimido, o depresión, se activa ante eventos pasados que implican pérdida, degradación o fallos, produciéndose quietud, disminución o identificación de los movimientos, y una tristeza profunda.**

Si no es excesiva sirve para dejar que el tiempo cure las heridas, recibir apoyo social que supla las posibles pérdidas, recargar la energía, y facilitar la resolución de los problemas. Pero si persiste en exceso, puede ser que los conflictos existentes permanezcan irresueltos, se produzca aislamiento social, pérdida del sentido de la existencia, mayor abatimiento y la creencia de que no existe solución para los problemas. La atención y el pensamiento se orientan preferentemente a pérdidas, fallos o degradaciones imaginados o reales, que generan honda tristeza, culpa inapropiada, disminución de la autoestima y, en algunos casos, ideación suicida.

Resumen de las características definitorias de la Ansiedad

-Sistema de alerta

-Eventos de daño o amenaza

-Pensamientos de daño o
amenaza

-Aumento de la activación y
conductas de ataque, lucha o huida

-Tensión

-Aspectos específicos de los trastornos de ansiedad (rituales, flashbacks, miedo al miedo...)

-El tratamiento reduce la activación y demuestra la no relación entre los estímulos o situaciones y una amenaza real y altamente probable

Resumen de las características definitorias de la Depresión

-Sistema conservación/regulación de energía

-Eventos de fallo, pérdida o degradación

-Pensamientos de fallo, pérdida o degradación

-Disminución de la actividad física y social (retraimiento y enlentecimiento de los movimientos)

-Tristeza y dificultad para sentir placer

-Pérdida del sentido de la existencia

-Culpa inapropiada

-Baja autoestima y sentimientos de inferioridad

-El tratamiento quiere aumentar la actividad y enseñar que hay relación entre actuar y recibir recompensas.

Coexistencia de manifestaciones de ansiedad y depresión

Estas no siempre se presentan claramente, o simplemente, ambos trastornos se presentan unidos. De tal modo que en determinadas personas es posible encontrar depresión con algunos de los rasgos enunciados para la ansiedad, y al inversa, personas con ansiedad patológica que presentan características propias de la depresión.

Tanto ansiedad como depresión son formas de reaccionar ante eventos externos o internos. Por lo que en ellas son muy importantes las atribuciones. Si un evento lo vemos como una amenaza se disparará nuestro sistema de alerta (la ansiedad), si lo interpretamos como una pérdida o un fallo, seguramente se activará nuestro sistema de conservación de energía (la depresión).

Las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales se han echo eco de estas coincidencias.

La CIE-10, clasificación efectuada por la Organización Mundial de la Salud, incluye el **trastorno mixto ansioso-depresivo** donde se dan diferentes posibilidades de combinación de síntomas propios de la ansiedad y propios de la depresión.

En el DSM-IV, clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, se propone para nuevos estudios un trastorno ansioso-depresivo caracterizado por estado de ánimo disfórico (inquietud, tristeza, ansiedad, preocupación, falta de energía, baja autoestima) que afecta a diferentes parcelas de la vida de la persona y provoca un malestar clínicamente significativo. No se diagnostica si se explica mejor por otro trastorno mental, o si la persona ha padecido ya depresión mayor, trastorno distímico, trastorno por ansiedad generalizada o trastorno de angustia.

De manera no tan explícita ambas clasificaciones también reflejan la coexistencia entre ansiedad y depresión, en las **reacciones de adaptación (CIE-10) o trastornos adaptativos (DSM-IV)**. En ambos casos se trata de una respuesta exagerada a una situación estresante que aparece en los 3 meses siguientes al acontecimiento. Estas reacciones o trastornos se pueden manifestar con síntomas predominantemente de

ansiedad, de depresión, de una combinación de ambas o de otras emociones o conductas perturbadoras (ira, preocupación, violencia, etc...).

Aspectos comunes

Un 70% de los trastornos depresivos refieren ansiedad de diferentes grados y tipos. Un porcentaje todavía mayor de personas que sufren trastornos de ansiedad, terminan por presentar también sintomatología depresiva de diversa consideración.

Vamos a enunciar algunos aspectos que pueden explicar la confluencia que usualmente se da entre la ansiedad y la depresión:

- En ocasiones, las situaciones implican amenaza y pérdida a la vez, por lo que llevan a la activación de los dos sistemas con diferentes posibilidades de combinación.

- Algunos síntomas aparecen por igual en ansiedad y depresión, por ejemplo el centrar la atención en uno mismo y sus reacciones (autofocalización), las dificultades de concentración, el insomnio, el vértigo, y las náuseas.

- Pueden llevar a conductas y pensamientos muy similares, aunque con causas y contenidos diferentes. Así la reclusión en casa se da en la agorafobia con trastorno de pánico y en la depresión, pero en la primera se debe al miedo a experimentar una crisis de pánico y en la segunda a la tristeza y a la falta de motivación. Sin embargo, como las causas no siempre se pueden dilucidar la distinción puede ser una ardua tarea.

- En niños es difícil separar ansiedad y depresión, posiblemente porque la depresión como la conocemos requiere más elaboración cognitiva con lo que en la infancia se parece más a la ansiedad. Esto se demuestra por que el estado de ánimo en niños diagnosticados de depresión puede ser de irritabilidad. Aún no se han especializado suficientemente los sistemas.

- Lo mismo ocurre en la vejez.

- En muchos casos, funcionan los mismos psicofármacos para ambos trastornos, por lo que es de suponer que participan los mismos sistemas de neurotransmisión. Así, se postula que en ambos hay déficits de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina. Lo cuál explicaría por qué los antidepresivos tricíclicos (que aumentan la noradrenalina o la serotonina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (que aumentan la cantidad de serotonina en el espacio entre neuronas o espacio sináptico) son igualmente útiles en ansiedad y en depresión. Sin embargo, en este tema aparecen aún resultados contradictorios.

- Suelen haber precursores o concomitantes comunes. En ambos trastornos es corriente encontrar en el inicio o en el transcurso, falta de habilidades para la resolución de problemas, de habilidades sociales, situaciones estresantes o estrés continuado, pensamiento desadaptativo y rígido. No obstante, aunque en forma sean iguales, su contenido (amenaza o pérdida) permite, normalmente, su distinción.

- Se cree que puede existir una relación genética entre algunos trastornos de ansiedad y la depresión. Sería el caso del trastorno obsesivo-compulsivo que guarda más relación con la depresión que con algunos trastornos de la ansiedad, y el del trastorno de pánico.

De entre los intentos por explicar las relaciones entre ambas, destaca el de Kendall y Watson. Estos autores usan la Teoría Diferencial de la Emociones de Izard para la que ansiedad y depresión son emociones complejas que recogen diferentes combinaciones de emociones básicas. En la primera predomina el temor, y en la segunda la tristeza. Pese a distinguirse en la emoción básica se asemejan en otras emociones, lo cuál puede llevar a que se confundan. Para Kendall y Watson tanto ansiedad como depresión se podrían incluir en una categoría más amplia denominada Afectividad Negativa, formada básicamente por emociones negativas (con sus correspondientes conductas y pensamientos negativos). Por esta categoría quedarían explicadas tanto las coincidencias como las diferencias.

La relación que se pueda dar entre ansiedad y depresión no es fija ni inamovible. Al contrario, presenta oscilaciones a lo largo de su curso. De manera que, en un cierto momento, es posible que predomine una u otra sintomatología.

Si se presentan ambos en un mismo paciente es importante intentar esclarecer cuál fue secundario y cuál primario. Sin embargo el criterio que determinará cuál va a ser tratado primero será el malestar que cause al paciente y el grado de incapacitación. En caso de que esto no quede claro, lo más aconsejable es atender primero a la depresión porque ésta afecta directamente a la motivación, y por tanto, al seguimiento del tratamiento, o de cualquier otro programa o iniciativa tendente a la recuperación.

Aproximadamente el 20% - 25% de los pacientes que acuden a consulta del médico general sufre algún tipo de trastorno mental, generalmente trastornos afectivos (ansiedad y depresión) de carácter habitualmente leve. La depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, calculándose que más del 20% de la población general sufrirá alguno de ellos en un momento de sus vidas.

El concepto de depresión incluye varios subtipos clínicos de variable severidad y tienen tendencia a la cronicidad y la recurrencia.

A su vez, los trastornos de ansiedad se clasifican según se limite a situaciones particulares (fobias, compulsiones), pensamientos (obsesiones) o momentos (ataques de pánico) y el trastorno por ansiedad generalizada se entiende como una ansiedad crónica. Suelen tener un curso ondulante y tienden también hacia la cronicidad. Aunque la depresión y la ansiedad son consideradas entidades independientes suele ser raro encontrarlos en estado puro. Lo más habitual, en la práctica médica, es la presentación de síntomas ansiosos y depresivos mezclados en mayor o menor grado en un mismo paciente. En virtud de esta frecuente asociación de depresión y ansiedad se vuelve a considerar el concepto de espectro o continuo entre depresión y ansiedad en una visión dimensional del trastorno ansioso-depresivo. Incluso se ha propuesto la denominación de «síndrome neurótico general» que incluye además del subgrupo de pacientes con ansiedad y depresión las formas subsindrómicas de ambos trastornos.

Desde el punto de vista neurobiológico esta coexistencia de síntomas apoyaría la idea de que ambos trastornos, que son expresiones fenotípicas diferentes, pudiesen compartir un mismo desequilibrio neuroquímico.

Se ha propuesto el modelo del desequilibrio serotoninérgico, en el que en un extremo

se situarían los estados puros de ansiedad que serían el resultado de una excesiva actividad serotoninérgica, mientras que en el otro se situarían los estados depresivos puros, resultado de una deficiencia de serotonina. Situado en el medio se encontrarían los estados mixtos ansioso-depresivos caracterizados por síntomas crónicos subsindrómicos de los dos trastornos.

Otro neurotransmisor implicado tanto en la depresión como en la ansiedad es la noradrenalina.

Se supone que los pacientes con trastornos de ansiedad tienen una disregulación del sistema noradrenérgico que sería la causante de las ocasionales explosiones de actividad en las crisis de pánico. Los cuerpos celulares de las células noradrenérgicas se encuentran situados en el locus coeruleus desde donde emiten prolongaciones al cortex cerebral, sistema límbico, tronco cerebral y médula espinal, lo que explicaría la magnitud sintomatológica de los estados de ansiedad.

Por otra parte, existe una clara correlación entre respuesta clínica antidepresiva y la regulación a la baja de los receptores adrenérgicos que indica una evidente intervención de este sistema neurotransmisor en la depresión.

Finalmente, desde el punto de vista terapéutico, los fármacos tricíclicos, y ahora la venlafaxina, con acciones en ambos sistemas neurotransmisores han demostrado eficacia en todo el espectro ansioso- depresivo.

En unas ocasiones, los síntomas de ansiedad se hallan presentes en los trastornos depresivos de modo subsindrómico. Así, es frecuente encontrar entre los síntomas depresivos rumiaciones obsesivas, ansiedad, preocupaciones somáticas y fobias. A su vez, los trastornos de ansiedad también presentan con frecuencia síntomas depresivos sin llegar a alcanzar el umbral de un trastorno depresivo.

En otros casos, los síntomas depresivos y ansiosos son lo suficientemente numerosos para reunir criterios diagnósticos de ambos trastornos y entonces hablamos de *comorbilidad* de los dos trastornos. Esta coexistencia de las dos enfermedades es muy frecuente, llegando a tener una prevalencia vida, según la encuesta psiquiátrica más importante llevada a cabo en una muestra de población general no institucionalizada la National Comorbidity Survey (NCS), de cerca del 60% de los casos. Una explicación de esta asociación podría ser que un trastorno predisponga a desarrollar un segundo. Así, una hipótesis señala que la persistencia de un trastorno de ansiedad (trastorno primario) predispone a desarrollar una depresión ulterior (trastorno secundario), según apuntan los

resultados de la NCS donde 2/3 de los pacientes con diagnóstico de depresión habían sufrido previamente otro trastorno, generalmente de naturaleza ansiosa. Lo contrario podría ser también cierto según señala la misma encuesta donde el 12% de los pacientes tenían depresión primaria. Es relevante a este respecto destacar que se ha sugerido que ciertos trastornos psiquiátricos primarios, cuando son suficientemente impactantes, pueden también operar como estresantes que promueven depresión secundaria.

En este caso, los trastornos de ansiedad tiene más posibilidades que otros trastornos de alcanzar una depresión secundaria relacionada con el estrés. Las consecuencias de la ansiedad en la depresión clínica son importantes. En los pacientes depresivos con mayor puntuación en síntomas ansiosos en las escalas clínicas, la depresión es más grave, más incapacitante, la recuperación más lenta, tiene un peor desenlace y existe una peor respuesta terapéutica. Otra consecuencia bien establecida en los estudios es el elevado riesgo de suicidio de la depresión ansiosa.

En el campo de la atención primaria es frecuente observar un cuadro clínico caracterizado por una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos que se presentan de forma subsindrómica.

Quiere esto decir que los síntomas están en número limitado o no son lo suficiente severos para que cumpla criterios diagnósticos de trastorno depresivo o ansioso. Es el denominado *trastorno mixto ansioso-depresivo* que la Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS define como un síndrome con una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos de igual importancia asociado, al menos, con algún síntoma somático (Ej., temblor, palpitaciones, «mariposas» en el estómago).

Según un estudio dirigido por la propia OMS en una población de pacientes de atención primaria procedentes de 14 países, el trastorno mixto ansioso-depresivo se presenta con una prevalencia de 1-2% (media 1,3%) y según estudios recientes esta combinación de síntomas ocurre entre el 5-15% aproximadamente de los pacientes vistos en la práctica médica general.

Se ha señalado que este trastorno llega a afectar el normal funcionamiento social y vocacional de los pacientes y suelen frecuentar, más de lo deseable, otros servicios médicos debido a sus quejas somáticas. Son pacientes que sufren estos síntomas de manera crónica lo que les diferencia de aquellos cuadros reactivos a situaciones vitales estresantes

Estudios prospectivos han observado también que tiene un mayor riesgo de evolucionar

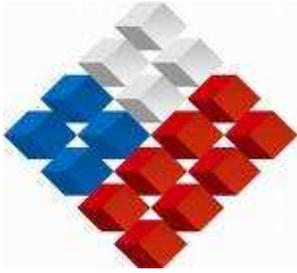
a cuadros depresivos y ansiosos completos de ahí su importancia a reconocerlos precozmente y tratarlos adecuadamente.

Finalmente, quedan unos casos de mezcla de síntomas ansiosos y depresivos que se presentan como resultado o reacción a un estrés y que habitualmente suele ser auto limitante.

Parte II: Trabajo practico en terreno

Presentación del programa que desarrolla la institución.

- Implementación del programa Chile Crece contigo y programas de ayuda al adulto mayor
- Programas Preventivos Acerca del embarazo adolescente
- Organiza actividades programáticas con comunidades que pertenezcan al sector rojo que ella tiene a cargo o sea su jurisdicción ya sea juntas de vecinos, jardines infantiles aprobados por la JUNJI y colegios Municipalizados.
- Salud Mental se trabaja con infantes con síndrome atencional y acompañamiento familiar y le enseña a los padres pautas de crianza para poder tratarlos.



Entrevista

Servicio De Salud

Viña Del Mar “Consultorio Cienfuegos de Santa Inés”

Nombre De La Asistente Social: Daniela Salinas Escarante

Egresada De la Universidad de Valparaíso

Años en la institución: 6 meses en el cargo.

- ¿Cual es el principal problema social que el consultorio tiene que solucionar?

Dentro de la principales problemas que este consultorio realiza para poder ayudar a la gente del sector podemos decir que es para pedir ayuda tanto en la parte asistencialista como en la parte de orientación y derivación en diferentes áreas ya sea en la parte salud, vivienda, educación, prevención.

Ya que este sector podemos decir que existe un mayor acercamiento a la población del adulto mayor ya que en este sector existe muchos adultos mayores ya que ellos son los que mas utilizan este consultorio para atender sus problemas de salud ya sean preventivos o crónicos dependiendo sus necesidades.

- ¿Cual es el rol del trabajador social dentro de un Consultorio?

El rol que tiene un trabajador social es muy amplio ya que tiene que trabajar tanto con un equipo multidisciplinario como interdisciplinario para poder abocar diferentes tipos de problemáticas dentro del área social dentro de las labores podemos mencionar que es un implementador de políticas sociales.

Orienta a las personas y les da una solución a sus problemas.

La asistente social en este consultorio esta encargada de la parte administrativa el cargo que ella posee es de encargada de la bodega, este cargo consiste en ver todo lo que sea implementación de utilices y medicamentos que posee el consultorio.

- ¿Que Programas utilizan Dentro del Consultorio y Usted Como Trabajadora Social?

- Programa Chile crece contigo y programas de ayuda al adulto mayor
- Programas preventivos acerca del Embarazo Adolescente
- Se organizan actividades programáticas con comunidades que pertenezcan al sector rojo ya sea con Juntas de Vecinos, Jardines Infantiles aprobados por la JUNJI y Colegios Municipalizados.

- ¿Los Pacientes le solicitan ayuda o usted ve los casos y los determinas?

Los Pacientes Solicitan La Ayuda Huyendo al Recinto Para Que La Asistente Social Pueda Darle Una Orientación Adecuada y Derivación ya Sea un Problema Grave que Tenga Implicancia Ya Que Utiliza sus Redes De Apoyo para Darles Una Solución a Sus Problemas.

- ¿Existen programas de atención primaria que atiendan la problemática de Salud Mental y Ansiedad?

Se atiende el estado de animo, La Psicología Emocional en forma leve si es grave se derivan al Hospital "Gustavo Frike " de Viña del Mar, en el cual le dan un tratamiento y un seguimiento a la enfermedad. Este sector solo se encarga de la entrada de los pacientes y su posterior derivación.

Conclusiones del programa y entrevista.

Los Trabajadores Sociales cumplen en el área de Salud la función de Organizadores en relación a la actividad del Centro, los programas, equipo de salud; Administradores de los programas, dirección de recursos y el trabajo de oficina; Asistencial debido a la atención de público; Educadores promocionando y enseñando acerca de la salud; Coordinadores de todas las redes de apoyo, tanto a nivel de caso y de salud; Investigadores, para de esta forma poder evaluar y dirigir la acción; Evaluadores de todos los programas y actividades diarias.

Estos profesionales intervienen a través de estas actividades básicas:

-Primero debe haber la necesidad de una consulta al Trabajador Social, en donde este último entrega información del motivo de la consulta y, si es necesario, información acerca de adonde se debe derivar y la referencia.

-El Trabajador Social realiza consultas sociales en donde se busca investigar, fomentar, proteger y recuperar la salud de los individuos y la familia.

-A la vez el profesional debe hacer consultas sociales especializadas, en donde los individuos y/o familias requieren de tratamientos especializados debido a su complejo estado de salud.

-El Trabajador Social realiza visitas domiciliarias para tener conocimiento acerca de la situación socioeconómica, ambiental y cultural de los individuos y familia. De esta forma puede complementar el diagnóstico y estimular a que la familia participe en la rehabilitación.

-Para poder conseguir recursos, generar programas, establecer canales de comunicación y realizar acciones en conjunto con otras instituciones en cuanto a las necesidades de salud de la comunidad, es necesario que el profesional se entreviste y tenga reuniones periódicas con representantes de instituciones públicas, privadas, la ONG, organizaciones de la comunidad y otros sectores y actores sociales.

-El Trabajador Social organiza interacciones grupales con el fin de lograr cambios de conducta que no permiten mantener una buena salud.

-A través de acciones específicas, el equipo de salud y la comunidad buscan estimular la participación comunitaria para identificar los problemas de salud, cuales son prioridad y buscar una solución en conjunto.



Ansiedad y Depresión En Salud Primaria

Integrantes:

Gloria Cortés

Ivana Vera

Profesor:

Andrés Martínez

Asignatura: Psicología Social II

Fecha 16-10-09

Introducción

Con la presente investigación se pretende dar a conocer la descripción de cada uno de los conceptos de Ansiedad y Depresión, conocer sus principales características, saber que los diferencia y como se relacionan entre ellas. Además de conocer cual es la labor y rol del trabajador social dentro de las instituciones de salud y que programas ejecuta dentro del consultorio a nivel primario las cuales brindan una serie de servicios para la protección y seguridad de las personas.

Bibliografía

www.google.cl

www.clinicadeansiedad.com

www.minsal.cl

OMS (Organización Mundial de la Salud)

Apuntes Sector Salud. Universidad Santo Tomás.

Apuntes "Servicio Social y Salud". Centro de Salud Familiar Gómez Carreño.