

TRASTORNOS DEPRESIVOS Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD.



DRA. PAOLA PEREIRA.
MÉDICO PSIQUIATRA. DIVISIÓN SERVICIOS MÉDICOS PREVENCIÓN Y SALUD EN EL TRABAJO.

DRA. VIRGINIA BILAT.
MÉDICO PSIQUIATRA. DIVISIÓN SERVICIOS MÉDICOS PREVENCIÓN Y SALUD EN EL TRABAJO.

JULIO 2022.

OBJETIVOS DEL ENCUENTRO

OBJETIVO GENERAL:

REALIZAR UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA TRASTORNOS DEPRESIVOS Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ENTENDIDO DE QUE AMBOS SE TRATAN DE “FORMAS DE SUFRIMIENTO PSÍQUICO”.

COMPRENDER DESDE DICHA CONSIGNA EL IMPACTO PERSONAL, FAMILIAR, SOCIAL Y LABORAL DE LOS MISMOS.

CONOCER ABORDAJES TERAPÉUTICOS Y SU PRONÓSTICO.

APRENDER “COMO AYUDAR”.

OBJETIVOS DEL ENCUENTRO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO TRASTORNOS SISTÉMICOS.

IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS EN EL ÁMBITO LABORAL.

**ABORDAJE TERAPÉUTICO. SITUACIONES ESPECIALES (EMBARAZO Y LACTANCIA
MITOS Y REALIDADES)**

IMPORTANCIA DEL TEMA

- PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL.**
- COMPARTEN CARACTERÍSTICAS DE VIVENCIAS “CONOCIDAS POR TODOS”.**
- SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y PSÍQUICOS.**
- COMORBILIDAD EN COMÚN ENTRE ELLOS Y CON OTROS TRASTORNOS MÉDICOS Y PSÍQUICOS.**

ES IMPORTANTE SABER QUE...

LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SON ALTAMENTE FRECUENTES EN LA POBLACIÓN GENERAL Y CON ELLO UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA MÉDICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .

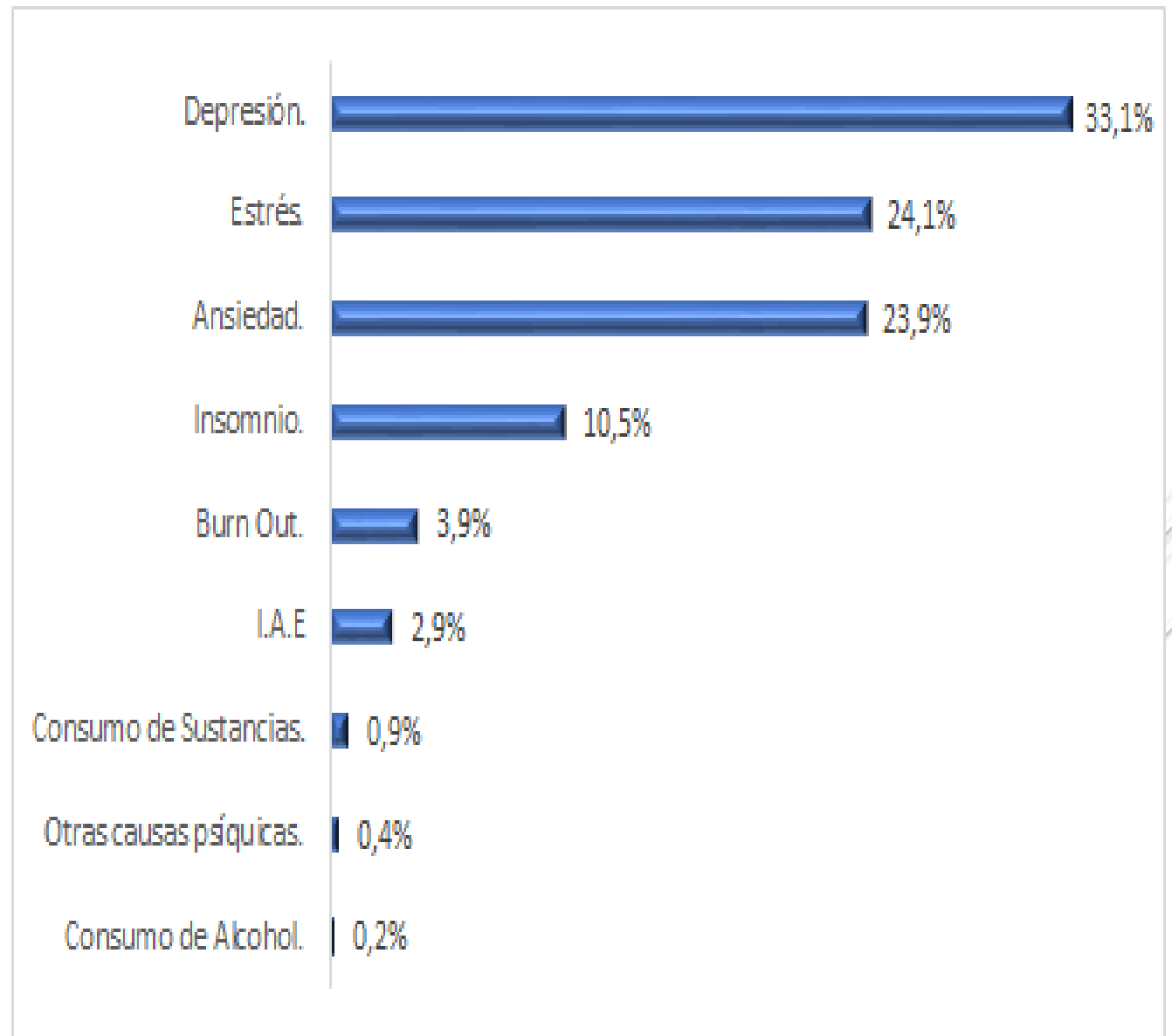
QUIEN CURSA UN EPISODIO DEPRESIVO O UN TRASTORNO DE ANSIEDAD NO SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE PODER ESTAR MEJOR PORQUE BIOLÓGICAMENTE NO ES POSIBLE.

LA MEJORÍA DEPENDERÁ DE LA CORRECCIÓN DE LA DESREGULACIÓN EXISTENTE A NIVEL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN INTERACCIÓN CON FACTORES PSICOLÓGICOS (DEBILIDADES Y FORTALEZAS) ASÍ COMO DEL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y APOYO SOCIAL, EL CUAL NO DEBE SER DISCRIMINATORIO NI JUZGATORIO.

ANEP:

DEPRESIÓN 33,1%

ANSIEDAD 23,9 %



TRASTORNOS DEPRESIVOS (TD)

LOS TD CONSTITUYEN UNO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MAS FRECUENTES.

LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA SE ACOMPAÑA DE UN GRAN IMPACTO EN LOS ÁMBITOS FAMILIAR, LABORAL, ACADÉMICO Y SOCIAL.

LOS TD SE ASOCIAN A ALTA TASA DE SUICIDIOS.



TRASTORNOS DEPRESIVOS

EL TD ES EL TRASTORNO DEL HUMOR MÁS FRECUENTE.



PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA EN MUJERES (10-25%) MAYOR A HOMBRES (5-12%).

EDAD DE INICIO DE LOS EPISODIOS ESPECIALMENTE (TDMR) ES ENTRE 30 Y LOS 35 AÑOS DE EDAD, MIENTRAS QUE LOS EPISODIOS ÚNICOS SUELEN INICIAR MÁS TARDÍAMENTE.

SE OBSERVA UN AUMENTO DE LA FRECUENCIA EN EL DIAGNÓSTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Depresión



American Psychiatric Association. (2016). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana

EPISODIO DEPRESIVO

¿COMO SE SIENTE QUIEN ESTÁ DEPRIMIDO?

¿QUE PIENSA QUIEN ESTÁ DEPRIMIDO?

TRISTEZA

PÉRDIDA DE INTERÉS O CAPACIDAD PARA SENTIR PLACER.

DESGANO, DESÁNIMO.

TENDENCIA A PERMANECER EN LA CAMA.

AGITACIÓN O ENLENTECIMIENTO PSICOMOTRIZ.

PÉRDIDA DE ENERGÍA.

PÉRDIDA O AUMENTO DE PESO.

INSOMNIO O HIPERSOMNIA.

CULPA. AUTOREPROCHE. SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD.

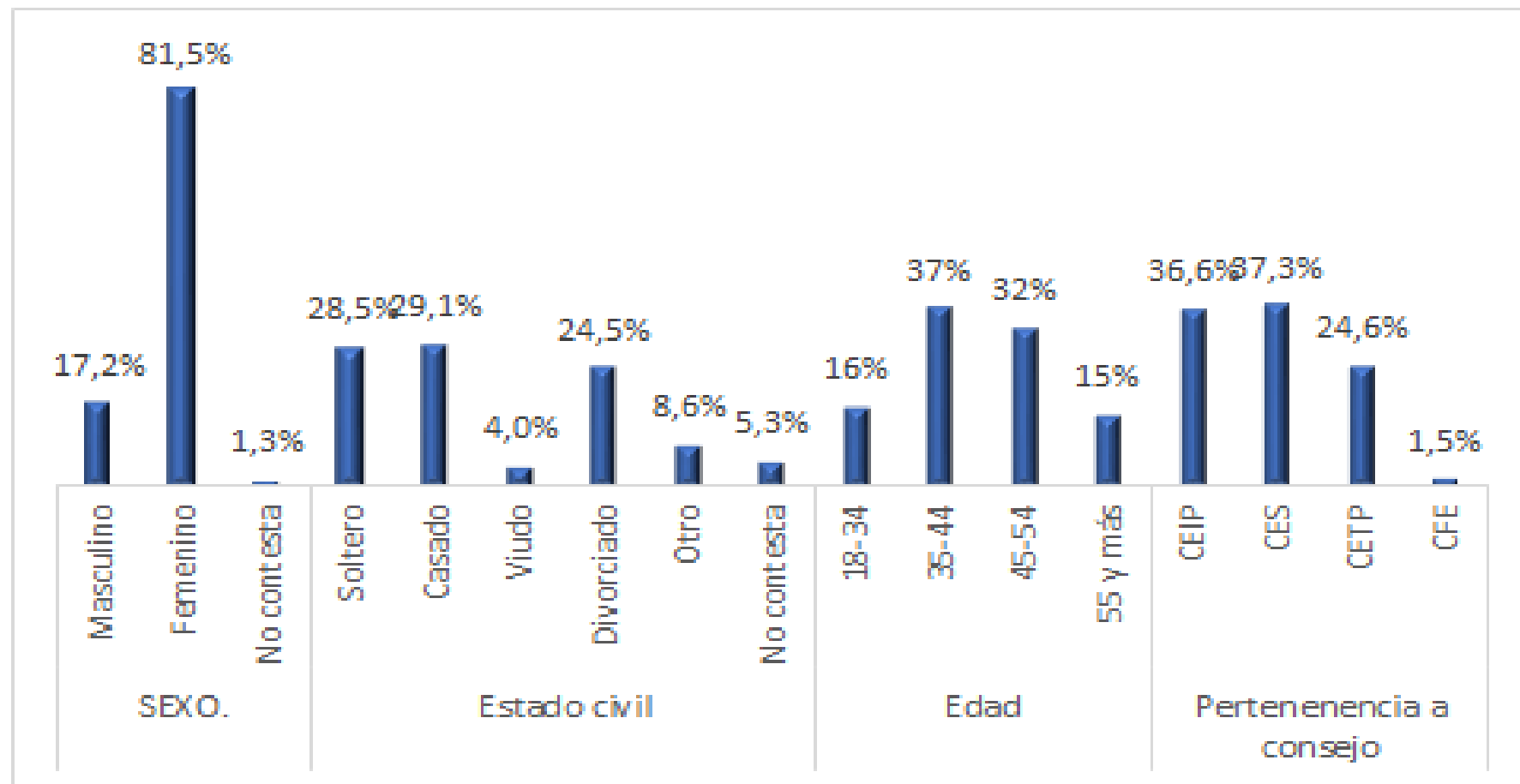
PENSAMIENTOS RECURRENTES DE MUERTE.

EPIODIO DEPRESIVO MAYOR

EDM (2 SEMANAS) SE INSCRIBE:

- TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (EPIODIO ÚNICO).**
- TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE.**
- TRASTORNO BIPOLAR.**
- TRASTORNO DEPRESIVO INDUCIDO POR SUSTANCIAS O MEDICAMENTOS.**
- TRASTORNO DEPRESIVO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA.**

DEPRESIÓN ANEP

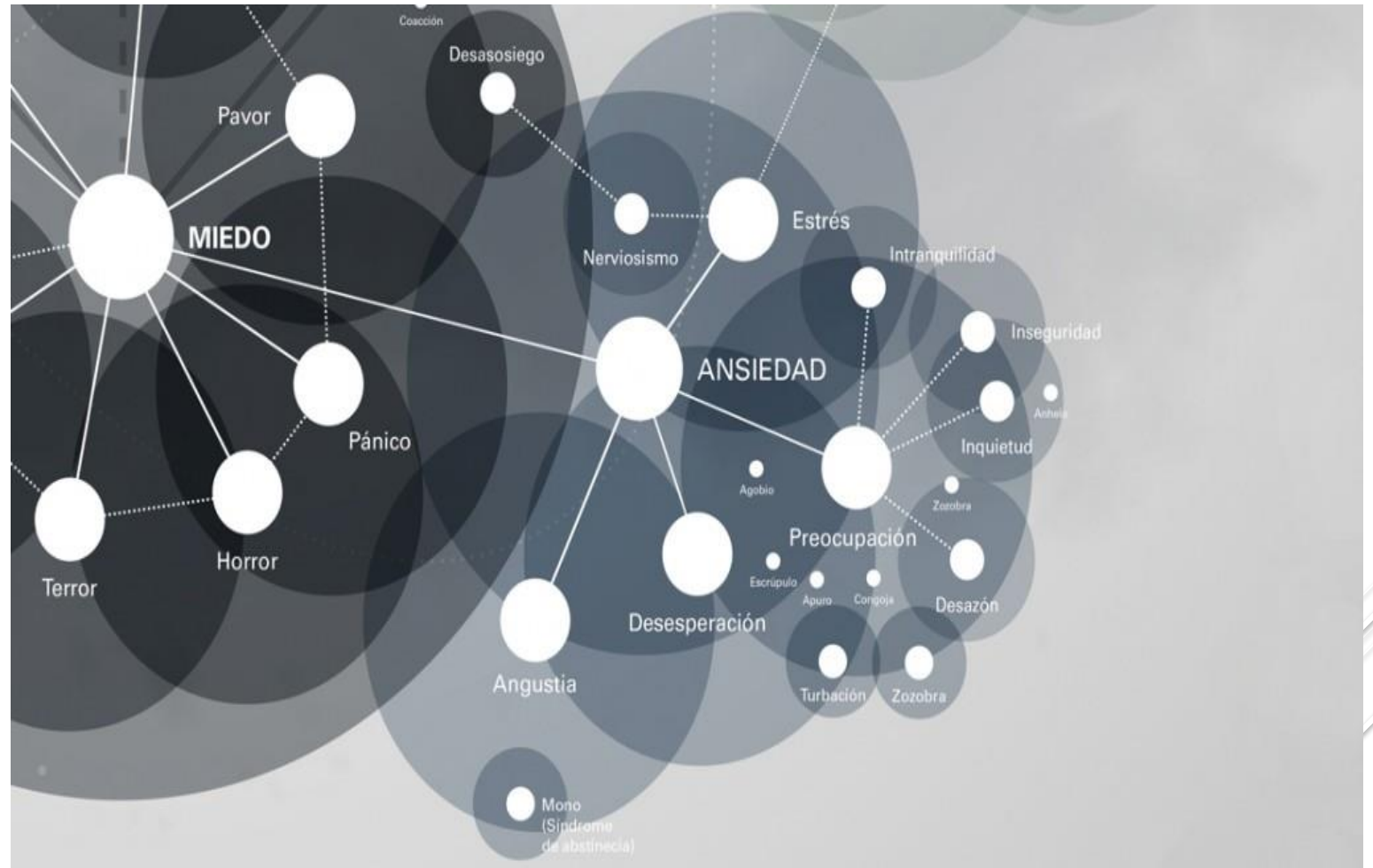


TRASTORNOS DE ANSIEDAD



LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SON UN GRUPO DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CARACTERIZADOS POR SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA (CORPORAL) Y PSÍQUICA:

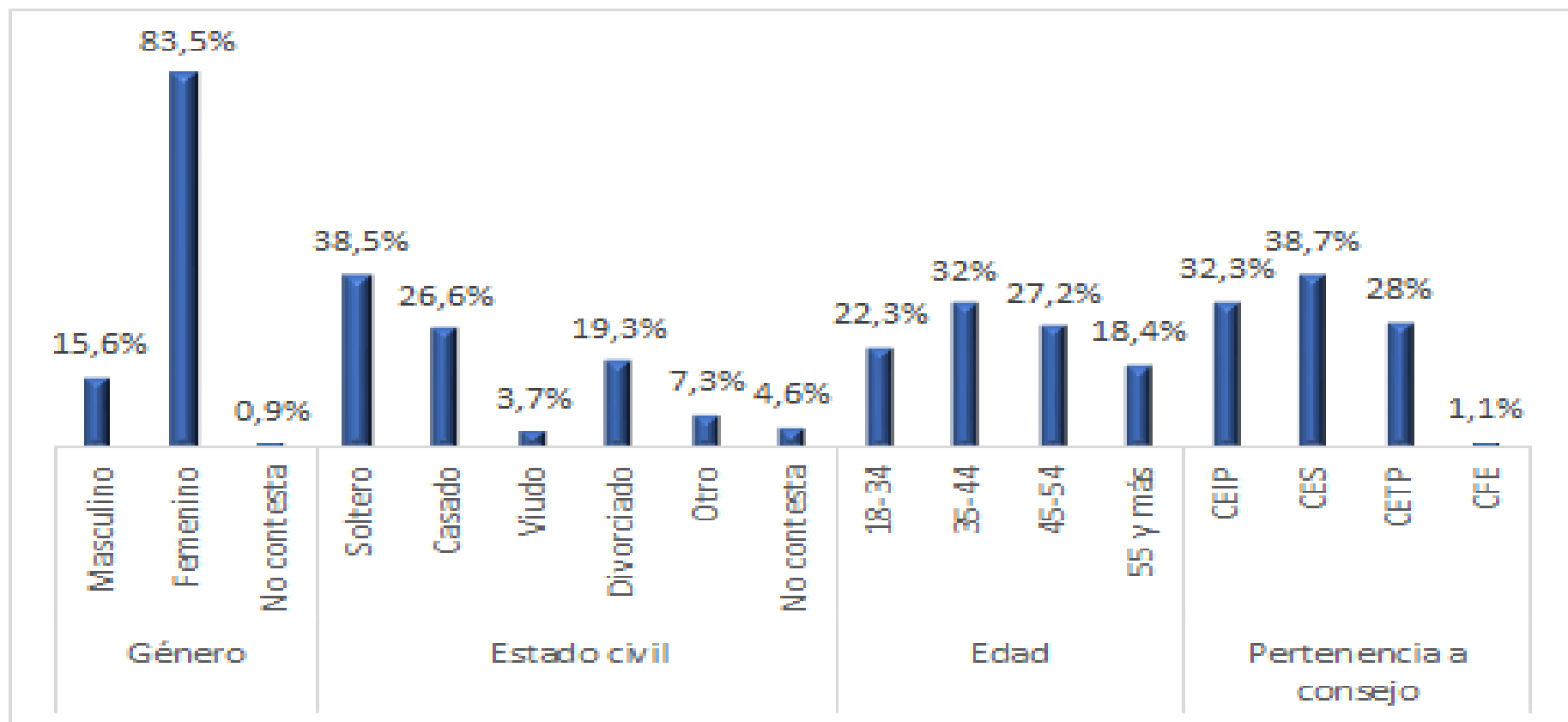
- TRASTORNO DE PÁNICO.**
- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.**
- TRASTORNOS FÓBICOS (FOBIA SOCIAL – FOBIA ESPECÍFICA).**
- TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS O MEDICAMENTOS.**
- TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA.**



TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNOS DE ANSIEDAD. TA

- LOS TA TIENEN UNA PREVALENCIA ENTRE 25 Y 30% EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**
- PREDOMINA EN EL SEXO FEMENINO.**
- LA EDAD DE MAYOR INCIDENCIA ES ENTRE LOS 20 Y 40 AÑOS.**
- SE DESTACA LA ALTA COMORBILIDAD ENTRE DIFERENTES TRASTORNOS DE ANSIEDAD, TRASTORNOS DEPRESIVOS, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PATOLOGÍA MÉDICA.**



ANSIEDAD
ANEP

CONDUCTAS SUICIDAS

INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

SE DEFINE I.A.E COMO EL ACTO QUE LLEVA ADELANTE QUIEN DESEA MORIR, CON INTENCIÓN DE MUERTE PERO SIN RESULTADO DE MUERTE.

ES EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO PARA LA **REITERACIÓN** DE UN NUEVO I.A.E AUMENTANDO EL RIESGO DE SUICIDIO.

EL 95 % DE LOS I.A.E OCURRE EN EL CONTEXTO DE UN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO. EN ESTE SENTIDO EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BASE REDUCE EL RIESGO DE REALIZACIÓN DEL I.A.E

EL I.A.E NO DEBE CONSIDERARSE **JAMÁS** UN ACTO SIN IMPORTANCIA SIEMPRE DEBE SER CONSIDERADO UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA.

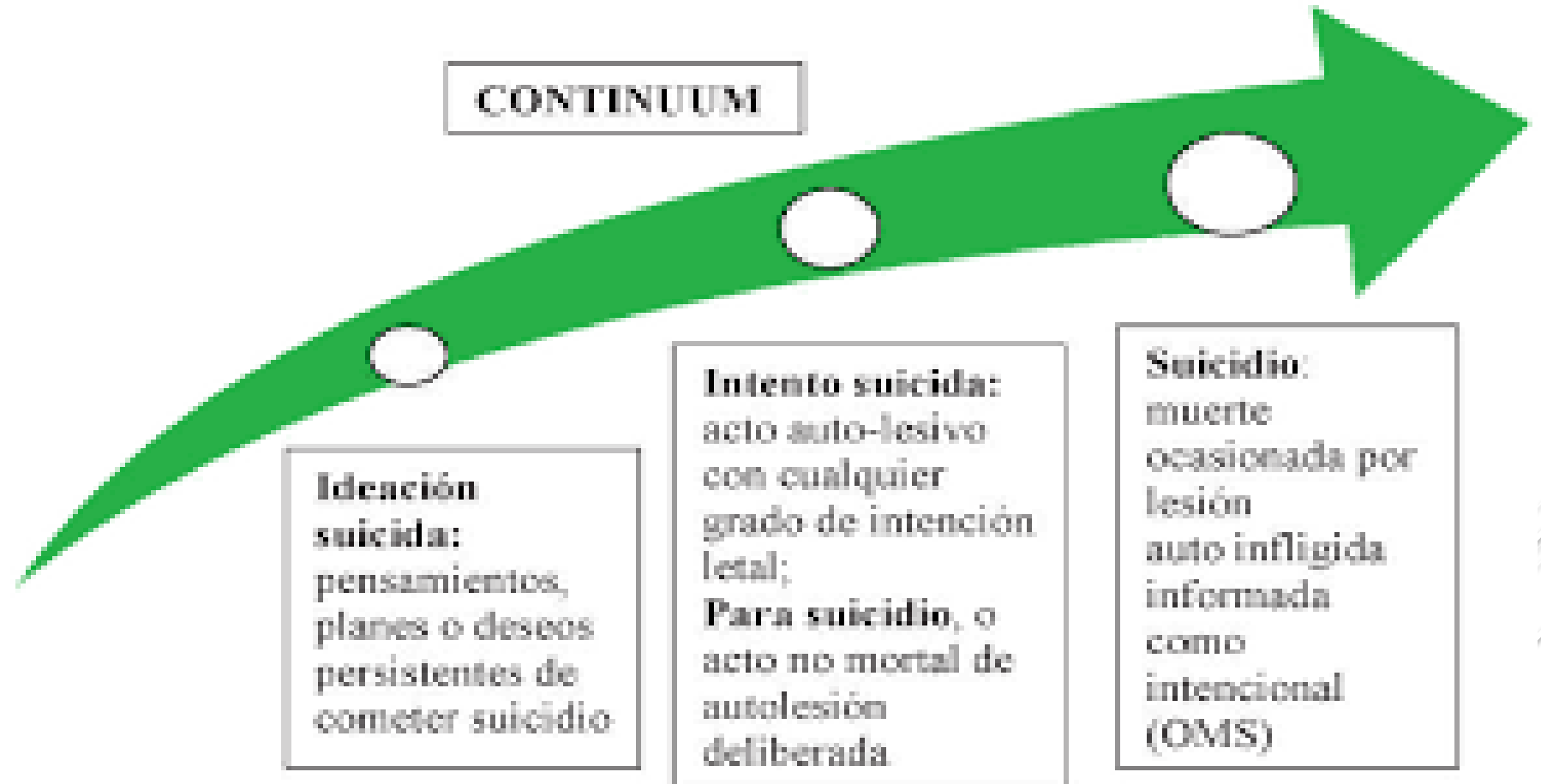
INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

LA PERSONA QUE REALIZA UN I.A.E PADECE UN SUFRIMIENTO PSÍQUICO PROFUNDO EL CUAL **NO HA PODIDO** “TRAMITAR” DE OTRA FORMA.

EL HECHO DE QUE NO SE COMPRENDA O NO SE COMPARTA EL HECHO O EL DESENCADENANTE (SI EXISTE) **NO HABILITA A NADIE A REALIZAR UN JUICIO VALOR** QUE DE FORMA GENERAL ES EXTREMADAMENTE NEGATIVO YA QUE REFUERZA EL SENTIMIENTO DE CULPA.

LA PERSONA QUE REALIZA UN I.A.E NECESITA AYUDA.

NO ES CIERTO QUE: “QUIEN SE QUIERE MATAR SE MATA” “QUIEN AVISA NO LO HACE” “ES UN LLAMADO DE ATENCIÓN” “SI SE PREGUNTA SE SUGIERE”.



CONDUCTAS SUICIDAS

CIFRAS ACTUALIZADAS de SUICIDIO MSP 2021.

SUICIDIOS: 758

TASA 2020: 16,2 / 100.000 HABITANTES.

**TASA 2021 EN FRANCO AUMENTO: 21,4 /100.000
HABITANTES.**

CIFRAS ACTUALIZADAS SUICIDIO MSP 2021.

TASA CADA 100.000 HABITANTES.

**LA TASA MAS ALTA DE SUICIDIOS DURANTE EL AÑO 2021
OCURRIÓ EN PERSONAS MAYORES DE 80 AÑOS.**

SEGÚN EL DEPARTAMENTO:

TREINTA Y TRES: 53,5

ROCHA: 41,7

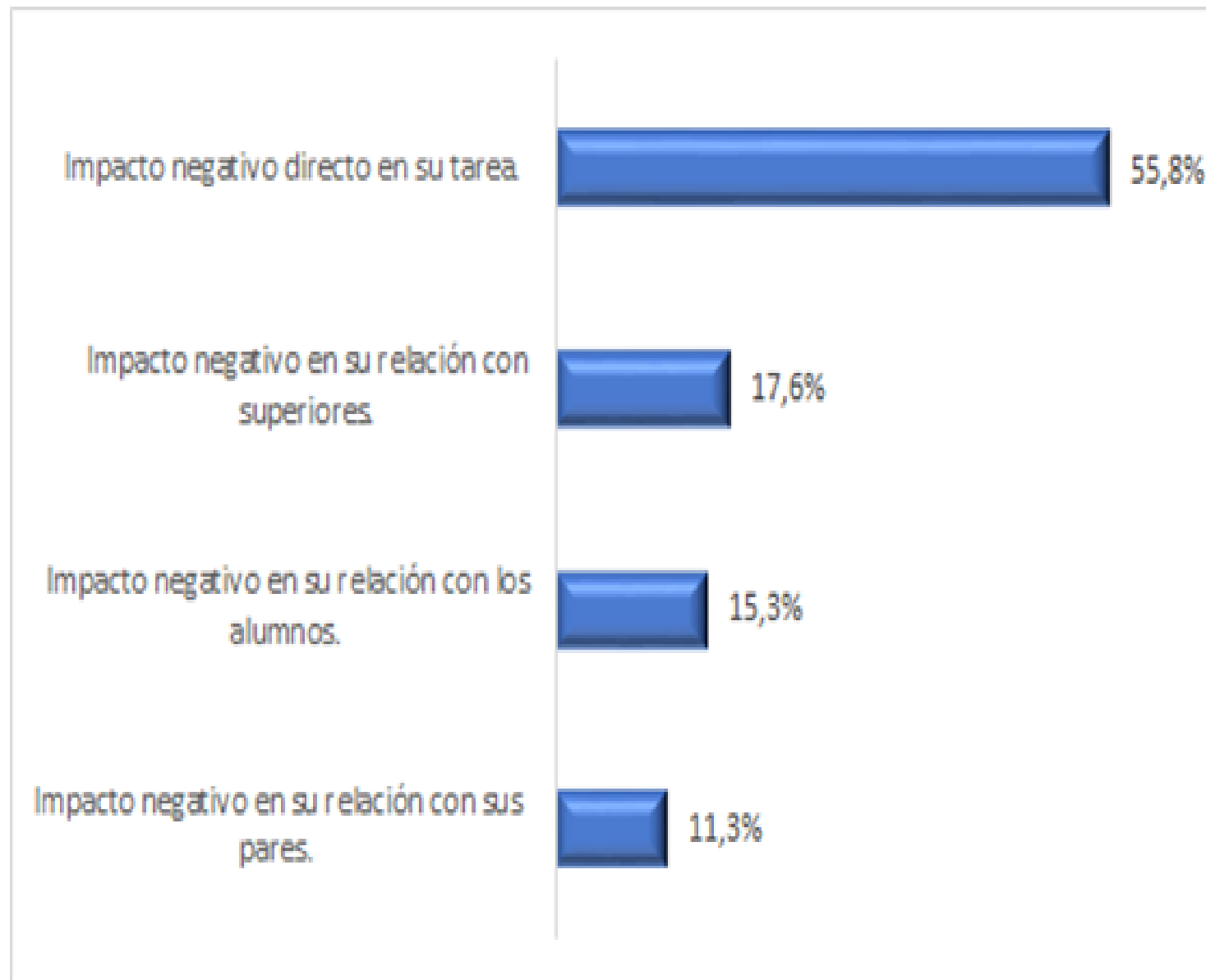
MONTEVIDEO: 17,5

ARTIGAS: 10,8

ANEP IAE

		N	%
Género	Masculino	2	15%
	Femenino	11	85%
Edad	18-34	2	18,2%
	35-44	5	45,4%
	45-54	3	27,3%
	55 y más	1	9,1%
Estado civil	Soltero	3	23,1%
	Casado	4	30,8%
	Divorciado	6	46,1%
Válido	Montevideo	3	23,1%
	Canelones	3	23,1%
	Interior	6	46,1%
	No contesta	1	7,7%

IMPACTO PERCIBIDO DE LAS SITUACIONES DE SALUD A NIVEL LABORAL



TRATAMIENTO

LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD RESPONDEN DE FORMA ADECUADA AL TRATAMIENTO.

EXCEPTO:

- NO SE CUMPLE CON EL TRATAMIENTO DE FORMA COMPLETA**
- EXISTE UNA ENFERMEDAD MÉDICA DE FONDO (POR EJEMPLO PATOLOGÍA TIROIDEA).**
- EXISTE OTRO TRASTORNO PSIQUIÁTRICO DE BASE COMÓRBIDO NO DIAGNOSTICADO.**
- EXISTE UN CONSUMO DE SUSTANCIAS O ALCOHOL CONCOMITANTE.**
- OCURRE EN UNA PERSONA CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD.**

TRATAMIENTO

EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DEBE SER COMPLETO Y POR EL PERÍODO TEMPORAL PROTOCOLIZADO PARA CADA TIPO DE TRASTORNO.

HIGIÉNICO DIETÉTICO, FARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO CADA UNO DE ELLOS INDICADO EN EL MOMENTO OPORTUNO PARA LA PERSONA.

DERRIBANDO ALGUNOS MITOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

NO PRODUCE SEDACIÓN

NO PRODUCE ADICCIÓN.

NO ES NECESARIAMENTE CRÓNICO.

LA MAYORÍA DE LOS FÁRMACOS NO ESTÁN CONTRAINDICADOS DE FORMA ABSOLUTA NI DURANTE EL EMBARAZO NI DURANTE LA LACTANCIA.

EJEMPLO 1

SOFÍA TIENE 26 AÑOS. TRABAJA COMO ADMINISTRATIVA EN CEIP. DESDE HACE AL MENOS 1 MES COMENZÓ A ESTAR MÁS IRRITABLE, MENOS COMUNICATIVA Y MÁS SENSIBLE “LLORABA POR LOS RINCONES FRENTE A CUALQUIER SITUACIÓN”. SUS COMPAÑEROS DE SESIÓN REFIEREN QUE NO SE ARREGLABA NI SE MAQUILLABA COMO SIEMPRE “ELLA SIEMPRE ESTABA MUY ARREGLADA SÚPER COQUETA”. COMENZÓ A LLEGAR MÁS TARDE Y A TENER FALLAS EN EL TRABAJO QUE SIEMPRE HABÍA REALIZADO CORRECTAMENTE. COMENTABA “NO SIRVO PARA NADA... TODO ME SALE MAL Y LES COMPLICO LA VIDA A USTEDES, ASÍ NO QUIERO VIVIR MÁS”. EN ESTE CONTEXTO FUE CONVOCADA A UNA REUNIÓN POR EL JEFE DE LA SESIÓN.

AL DÍA SIGUIENTE A ESA REUNIÓN NO CONCURRIÓ A TRABAJAR. SU ESPOSO SE COMUNICA CON EL JEFE DE SESIÓN Y LE COMENTA QUE SOFÍA EN EL DÍA DE AYER FUE TRASLADADA POR U.E.M A MUTUALISTA LUEGO DE HABER INGERIDO 60 COMPRIMIDOS DE CLONAZEPAM. SE ENCUENTRA INTERNADA EN CUIDADOS MODERADOS EN OBSERVACIÓN.

EJEMPLO 2

FERNANDO TIENE 37 AÑOS, ES DOCENTE DE HISTORIA DE CETP Y TIENE UN CARGO DE ADSCRIPCIÓN EN CES. DESDE HACE VARIOS MESES SE MUESTRA MUY INQUIETO Y PREOCUPADO “ESTOY PREOCUPADO POR LOS MUCHACHOS SIENTO QUE TODO VA A SALIR MAL... PERO TAMBIÉN ME PREOCUPA SI LE PASA ALGO A MI ESPOSA O A MIS HIJOS CUANDO VAN A TRABAJAR O A LA ESCUELA... A CADA RATO LOS LLAMO PARA SABER QUE ESTA TODO BIEN”. REFIERE NO LOGRAR DESCANSAR EN LA NOCHE “ NO ME PUEDO DORMIR HASTA LAS 4 DE LA MAÑANA MI CABEZA NO PARA”. HA CONCURRIDO A LA EMERGENCIA EN VARIAS OPORTUNIDADES POR DOLOR DE CABEZA Y FUERTES CONTRACTURAS MUSCULARES “SIEMPRE CREO QUE PUEDE SER ALGO GRAVE SIENTO SENTIR EL CORAZÓN. “NO ME PUEDO CONCENTRAR... YO NO SOY ASÍ”.

COMENZÓ A EXPERIMENTAR SÍNTOMAS DIGESTIVOS COMO DOLOR ABDOMINAL Y DIARREA CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE R.G.E. Y CIFRAS ELEVADAS DE PRESIÓN ARTERIAL (180/110 MMHG).

REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

**PROF. DRA. STELLA BOCCHINO. PROF.ADJ. DRA. CARINA AQUINES.
MANUAL DE PSIQUIATRÍA PARA MÉDICOS. CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA. TEMAS DE PSIQUIATRÍA.**

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DSM 5.

M.S.P CIFRAS OFICIALES SUICIDIO 2021.

