

OSPACA

Obra Social del Personal del
AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO

Talleres de Prevención,
Promoción y Hábitos Saludables.

SALUD MENTAL

Trastornos de Alimentación,
de Ansiedad y Depresión.



*“La medicina debe ser no sólo curar,
sino enseñar a vivir en salud”*

Dr. Ramón Carrillo

Para la familia, para todas las familias.

Programa de Promoción y Prevención
Salta - Mayo 2004

Jornada de Nutrición y Prevención
Mar del Plata - Nov 2004

Taller de Medicina Familiar (APS)
Salta - Junio 2006

Lanzamientos Programas Preventivos
Córdoba - Agosto 2006

"Cáncer Ginecológico y Mamario"
Córdoba - Nov 2006

Programa "Prevención del Tabaquismo"
Mendoza - Dic 2006

Charla para "Pacientes con Diabetes"
Mendoza - Agosto 2007

"Educación Nutricional y Alimentación en los Niños"
Mendoza - Agosto 2007

"Embarazo y Parto"
Buenos Aires - Noviembre 2007

"Cuidado del Niño y Lactancia"
Buenos Aires - Marzo 2008

"Prevención Cáncer Génito Mamario"
Buenos Aires - Mayo 2008

"Prevención del Cáncer Colorrectal"
Buenos Aires - Agosto 2008

"Hipertensión Arterial y Síndromes Metabólicos"
Buenos Aires - Diciembre 2008

"Nutrición"
Buenos Aires - Mayo 2009

"Salud Sexual y Procreación Responsable"
Buenos Aires - Agosto 2009

"Salud Bucodental"
Buenos Aires - Octubre 2009

"Diabetes"
Buenos Aires - Diciembre 2009

"Drogadicción"
Buenos Aires - Abril 2010

"Programa Materno Infantil"
Buenos Aires - Junio 2010

"Hipertensión Arterial y Síndromes Metabólicos"
Buenos Aires - Septiembre 2010

"Prevención del Cáncer Génito Mamario"
Buenos Aires - Diciembre 2010

"Enfermedades Respiratorias de la Infancia"
Buenos Aires - Abril 2011

"Prevención del Cáncer Génito Mamario"
Mendoza - Junio 2011

"Nutrición y Obesidad"
Buenos Aires - Julio 2011

Continuando con la promoción de hábitos saludables, brindamos a nuestros beneficiarios información a través de material gráfico y audiovisual de todos los programas aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Para recibir más información contáctese con tallerdesalud@ospaca.com y le haremos entrega de todo el material disponible:

Plan Materno infantil
Programa de enfermedades oncológicas
Odontología preventiva
Procreación responsable y salud reproductiva
Atención integral de la drogodependencia
Prevención de enfermedades respiratorias de la infancia
Hipertensión arterial
Diabetes
Nutrición, obesidad y enfermedades metabólicas

.....

Hoy OSPACA continúa con la presentación de sus talleres que, como en los anteriores, fueron pensados y desarrollados para usted, como parte integral de beneficios apuntando a una mejor calidad de vida para todos sus beneficiarios.



OSPACA

Obra Social del Personal del
AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO

Anchorena 639/41
Capital Federal
Teléfono: 4106-4567
tallerdesalud@ospaca.com
www.ospaca.com
0800-999-6772



OSPACA, su Obra Social, continúa con el desarrollo de los Programas de Prevención vigentes, ya que cumplen un rol asistencial fundamental, que permiten fortalecer el primer nivel de atención. A través de ellos se pueden desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención y difusión de hábitos saludables, destinadas a su población en general y, muy particularmente, a los beneficiarios comprendidos en los programas.

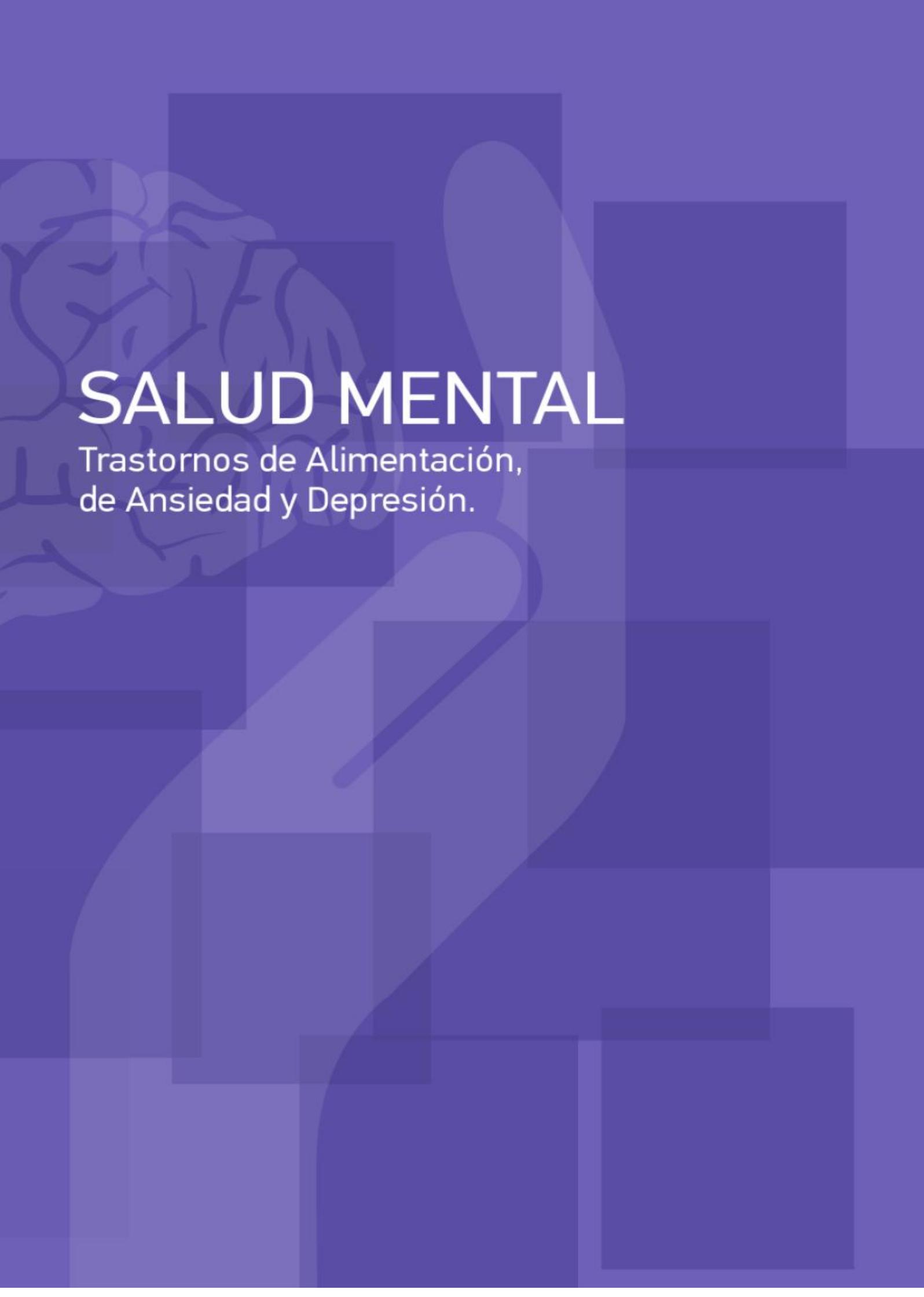
Complementando las acciones diarias llevadas adelante con nuestros prestadores en la ejecución de nuestros programas a nivel nacional, OSPACA desarrollará este taller donde se abordarán temas específicos relacionados con la Salud Mental.

Estamos seguros que su activa participación en el desarrollo de esta actividad le permitirá conocer en forma sencilla, temas tan importantes como trastornos alimenticios, de ansiedad y depresión y también en segundo lugar, desmitificar una serie de información que no se ajusta a la realidad y que en la práctica retrasa una consulta oportuna.

Por todo esto, estamos convencidos que con el contenido de la disertación en la que usted participó y el material entregado, le ayudarán a comprender muchos de los cambios que puede estar experimentando, lo que motivará un estudio o consulta oportuna con su profesional asignado.

Dejamos además un canal de comunicación abierto con ustedes para futuros encuentros en el marco de los Programas Preventivos.

Dr. Santiago Hernán Julio
Director Médico OSPACA



SALUD MENTAL

Trastornos de Alimentación,
de Ansiedad y Depresión.

¿Qué es la salud mental?

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental. Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental, expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en materia de salud mental. El desarrollo de los recursos y las capacidades de la persona y la mejora de la situación socioeconómica figuran entre los objetivos de esas estrategias. La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

Anorexia-Bulimia

Un mapa para recorrer un territorio trastornado

- El día de Ana comienza con un viaje al baño para pesarse, ritual que ha completado desde hace casi una década. Como casi todas las mañanas, la balanza determinará su humor para todo el día, y hoy no va ser muy feliz, porque ha comprobado que pesa más de lo que pesaba ayer. ¡Vestirse es un momento aterrador! Se siente gorda delante del espejo y revuelve el ropero buscando la pilcha salvadora que no la traicionará ante el mundo. Ana resuelve “ser buena” hoy: comerá la menor cantidad de calorías posible. Su peso esta noche, justo antes de acostarse, le dirá cuán “buena” ha sido, cuán “en control” ha estado, o cuán “exitosa”, logró ser con su decisión. Ana es una persona única, con experiencias ricas, recursos y posibilidades. Sin embargo, como tantas otras mujeres, Ana sufre un trastorno de la alimentación que afecta muy significativamente no sólo su comportamiento, sino lo que piensa, cómo siente, quién cree que es...

Definición

- ¿Qué mapa utilizar para encontrar salidas en este territorio de los trastornos de la alimentación, que aproveche todos los recursos naturales, acorte los tiempos de viaje y disminuya los riesgos?
El problema del que nos ocupamos en este artículo es el que se genera a partir de la instalación de un trastorno de la alimentación (TA) en una persona y/o familia. Hay diversas formas de trastornos de la alimentación: la anorexia nerviosa (1 a 2 % de las estudiantes), la bulimia nerviosa (3 a 5 % de las mujeres) o los trastornos del comer no especificados (10 a 15 % de las mujeres) que son los que no tienen todos los requisitos para ser diagnosticados como anorexia o bulimia, pero sí muchas de sus características. Los factores comunes a todos ellos son la preocupación extrema por el peso y la imagen corporal, y las prácticas reiterativas de control del peso.

¿Cuáles son los elementos a considerar para entender el problema?

Si tenemos en cuenta más del 90 % de las mujeres está insatisfecha con su imagen corporal, el 70 % está preocupada por su peso, aunque sólo el 25 % está excedida desde el punto de vista médico; y, concretamente, más del 40 % está a dieta como una forma de modificar la situación.

De estos datos se puede concluir que dentro de los factores predisponentes para desarrollar este problema se encuentran:

a) Contexto socio cultural: premia la delgadez y tiene prejuicios con la gordura. No es reciente pero sí va en aumento la presión social sobre la mujer para que considere la belleza y la flacura como sinónimos.

b) Factores individuales: son los que de algún modo aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación: marcada dificultad para funcionar de forma autónoma en relación con la familia o con los patrones externos; déficit en la autoestima que hace colocar toda la valoración personal en la apariencia o la aprobación externa; tendencia al perfeccionismo y el autocontrol; miedo a madurar, a aceptar el crecimiento y los cambios.

c) Factores familiares: la instalación de un trastorno alimentario en la familia establece modificaciones sustanciales en la interacción de sus miembros. Una familia poco flexible para asumir los cambios propios de las etapas vitales y modificar por lo tanto sus reglas de convivencia, una familia sobreprotectora y cerrada en sí misma, con expectativas parentales demasiado exigentes y con historias de alcoholismo, depresión y/o abuso sexual o físico, es un terreno más propicio que otros, para el desarrollo de un trastorno alimentario entre sus miembros.

Factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

- La naturaleza multideterminada de estos trastornos, hace que ninguno de estos factores por sí solo sea su causa, se trata en cada caso de una combinación singular de factores predisponentes, factores precipitantes (aumento de stress propio del ciclo vital y dietas estrictas) y los factores perpetuantes (prácticas reiterativas de control de peso: ayunos, comilonas, purgas; y sus secuelas fisiológicas y psicológicas). Los factores perpetuantes del trastorno, también podrían llamarse “soluciones intentadas” por las personas para resolver el problema. Justamente, el problema (necesidad de controlar el peso y la figura corporal) se perpetúa gracias a las prácticas de control de peso que buscan solucionarlo: restricción calórica o dietas estrictas, que llevan a la inanición si son “exitosas” o al atracón como reacción fisiológica natural por compensar la privación. Esto a su vez lleva a inducir el vómito o a tomar laxantes y/o diuréticos como reacción psicológica para recuperar el control, legitimándose el comienzo de un nuevo ciclo y por lo tanto el descontrol.

Posibilidad de cambio

- Para continuar el viaje con nuestro mapa, es clave descubrir la lógica que relaciona el problema con los intentos de resolverlo, porque es en ese espacio cognitivo donde habrá que operar para que se modifiquen las acciones. Ver lo que pasa de un modo diferente posibilita hacer algo diferente al respecto. Conozcamos algunas de las creencias individuales, familiares y/o sociales en las que se apoyan las personas involucradas para implementar ese tipo de soluciones:
 - “La delgadez es la felicidad, te da todo. La gordura es deplorable, te priva de todo”
 - “El control y la autodisciplina se expresan por NO COMER. Comer es sinónimo de fracasar. Si respondés al hambre, perdés totalmente el control”.
 - “Mi cuerpo me traiciona”.
 - “El reconocimiento y el afecto pasan por la figura y el tamaño de mi cuerpo. Las flacas son más populares y exitosas”.

- “Los hombres prefieren a las flacas”.
- “No puedo descansar hasta no tener una figura perfecta”.
- “Comer delante de los demás comida que no sea de dieta, es vengonzoso, modifica mi imagen”.
- “Ser flaca es cuestión de voluntad, los obesos comen más que los flacos”.
- “Los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos y se mueren más jóvenes”.
- “Los tratamientos de dietas prolongadas son exitosos”,... etc.

Desde el punto de vista familiar, las ideas que sostienen las acciones parecen más vinculadas a:

- Cuestiones no resueltas por los padres en el manejo de su propia imagen corporal y de las que a veces tienen poca conciencia, de modo que por un lado critican el aspecto físico de sus hijas y las inducen a la dieta, pero se vuelven contradictorios cuando, asustados por los resultados logrados por ellas en su afán de satisfacerlos, se ven obligados a frenarlas.
- Cuestiones históricas vinculadas a ese hijo/a en particular, con las que se justifica la situación actual o se espera se modifique: “pobrecita, ella nunca pudo”, “desde que nació fue el más débil”, “ella nunca nos trajo problemas, se va a arreglar”, “tengo confianza en que saldrá solo”.
- La instalación del trastorno, que modifica las ideas e interacciones previas: “pobrecita está enferma”, “yo tampoco podría comer así”, “nada lo va a hacer cambiar de idea”, “ella hace lo que se le da la gana siempre”, “estoy convencida de que no puedo ayudarlo”, etc.

Intervenciones - Tratamiento

■ La primera intervención recomendable para producir el cambio cognitivo que posibilitará la modificación de hábitos consiste en dar información básica que aclare la relación directa entre las prácticas de control de peso y el mantenimiento y/o agravamiento del síntoma, a la vez que alerte sobre la gravedad de la situación en caso de que se prolongue sin resolverse. Esto es una realidad que llamamos “dura”, no está sujeta a redefiniciones y dado el riesgo a que está expuesta la paciente, no es soslayable. Se trata de dar herramientas de cambio a la familia, función clave del terapeuta.

La segunda intervención es casi simultánea y consiste en que se ponga un médico a cargo de la parte orgánica cuando no lo hay.

En los casos de anorexia nerviosa, habitualmente no son las pacientes las que consultan sino sus padres o personas significativas que están a cargo, y el transmitirles esta información casi siempre posibilita una modificación radical en las modalidades de enfrentarse con la situación. Pueden comenzar a ponerse a cargo más eficazmente, acompañados por los profesionales que imparten las instrucciones desde un lugar más periférico y por lo mismo menos confrontable por la paciente. En los casos de bulimia nerviosa y otras variedades de trastornos alimentarios, esta información es impartida a través de Grupos Psicoeducativos, y suele contrarrestar de tal modo las creencias personales y las adquiridas a través de los medios de comunicación, que luego de finalizado el curso de 5 reuniones, el estado del síntoma muestra una disminución muy significativa. A partir de la experiencia se diseña el tratamiento a seguir, que suele requerir continuar con una contención familiar pautada, una re-educación nutricional con un especialista en el tema, y la recomendación de incluirse en un grupo de pares, diseñado para aprender a resolver problemas, no solamente alimenticios.

Todo el trabajo se hace con una estrecha comunicación entre los diferentes profesionales intervinientes (médico clínico, nutricionista, ginecóloga, psicoterapeuta y psiquiatra cuando lo hay) buscando que, de algún modo, lidere la estrategia que se diseña aquel profesional en el cual la paciente y/o la familia tiene puesta su máxima motivación. Por ejemplo: si el único motivo por el que la paciente se aviene a consultar es "recuperar la menstruación", entonces buscaremos levantar la motivación para responder a las demás directivas desde la ginecóloga, que es quien de hecho tiene más poder para convencerla. O será el terapeuta familiar el eje explícito, cuando la familia se acerca con la convicción de que se trata de un problema psicológico, aunque su primera tarea sea convencerlos de que la paciente se va a curar comiendo, o dejando las dietas para terminar con los atracones.

Para terminar, es importante destacar que a nuestro criterio hay dos ejes fundamentales sobre los que se diseña la intervención:

a) La familia: es el medio natural y deseable para la recuperación del paciente, y los padres tienen recursos para acompañar el camino, siguiendo las directivas de profesionales idóneos.

b) Las intervenciones: el grado de intrusión terapéutica tendrá relación con la gravedad de la situación. La idea es ir de menor a mayor, y si la internación o el hospital de día son inevitables, es recomendable la reinserción progresiva de las pacientes en su medio familiar y social, en el menor tiempo posible.

Creemos que es en el propio medio donde están dadas las mejores posibilidades de recuperación, y que no estar en un lugar central en el proceso de recuperación hace que los padres se sientan impotentes, con el desperdicio de recursos que eso implica.

También creemos que es nuestro deber que la intervención terapéutica -el viaje por el territorio trastornado- sea lo más breve posible y que “estar en tratamiento” no termine siendo una forma de vida o una adicción supletoria.

Trastornos de ansiedad

¿Qué son los trastornos de ansiedad?

- Todos sabemos lo que es sentir ansiedad, en términos comunes son esas “mariposas” que siente en su estómago antes de su primera cita, los “nervios” que tenemos antes de dar un discurso, el sudor en la palma de las manos y el galope del corazón que frecuentemente acompañan las situaciones desafiantes o peligrosas. Estas emociones son normales.
¿Pero que pasa cuando se siente ansiedad la mayoría del tiempo o solamente en circunstancias específicas? ¿Qué pasa cuando ni siquiera puede encontrar la razón por la que se siente de esta manera? ¿Qué pasa si usted evita ciertas rutinas o actividades diarias en un esfuerzo por dominar las emociones estresantes que estas le causan? ¿Qué pasa si simplemente su propio nerviosismo le “paraliza”?
Frecuentemente, así es la vida para aquellas personas que sufren de un grupo de enfermedades mentales con base biológica que se conoce como trastornos de ansiedad.

¿Cuáles son los diferentes tipos de trastornos de ansiedad?

- **Trastorno de pánico**
Las personas que sufren del trastorno de pánico tienen ataques recurrentes e inesperados de miedo e incomodidad extrema que comienzan en forma abrupta y aumentan rápidamente hasta llegar a un pico, normalmente en diez minutos. Los ataques de pánico están caracterizados por síntomas físicos como palpitaciones, sudor, temblores, falta de aire, sensación de ahogo, dolor de pecho, náuseas, mareos, desorientación, miedo a perder el control o a morir, adormecimiento, escalofrío y sofocos. Asimismo, los ataques de pánico normalmente vienen acompañados de una sensación de peligro inminente y del fuerte deseo de escapar. Los ataques pueden ser provocados por eventos desencadenantes específicos o pueden surgir “de la

nada”. La frecuencia de los ataques tiende a variar según la persona. Para que la persona reciba el diagnóstico de un trastorno de pánico, sus ataques deben estar seguidos de por lo menos un mes de preocupación constante de tener más ataques, debe tener la preocupación de por qué sintió los ataques y lo que significan (los miedos de tener una enfermedad física seria o de estar “perdiendo la cabeza” son comunes). También deben presentar un cambio significativo en el comportamiento causado por los ataques (muchas personas sienten la necesidad de evitar ciertas situaciones o de retirarse de ambientes específicos).

El trastorno de pánico se diagnostica con más frecuencia en mujeres que en hombres y, aunque la edad de su comienzo varía considerablemente, es más común que se sienta por primera vez entre la adolescencia tardía y después de los 35 años de edad. Hasta la mitad de las personas a las que se les diagnostica un trastorno de pánico también sufren de agorafobia (ver a continuación).

Fobias

Se definen como el miedo exagerado, involuntario e irracional a situaciones o cosas en particular. Generalmente, las fobias se dividen en tres tipos.

Fobia específica (o simple)

Esta fobia es provocada por un objeto o una situación específica como volar, alturas, agujas o serpientes. Las fobias específicas generalmente son más comunes en mujeres que en hombres y casi siempre aparecen por primera vez durante la niñez.

Fobia social (trastorno de ansiedad social)

Esta fobia en particular se limita específicamente a situaciones sociales. Se caracteriza por un miedo extremo a encontrarse o conocer nuevas personas o de ser avergonzado, humillado o juzgado por los demás. Parece ser que la fobia social se diagnostica igualmente en hombres y mujeres. Generalmente aparece por primera vez durante la adolescencia y a veces surge por antecedentes de timidez durante la niñez.

Para que se haga el diagnóstico de una fobia específica o social se requiere que cuando la persona esté expuesta al objeto o la situación a la que tiene miedo, sienta ansiedad (frecuentemente tomando la forma de ataques de pánico), que la persona que sufre la fobia reconozca la naturaleza irracional de su miedo y que la ansiedad causada por la fobia afecte negativamente su estilo de vida.

Agorafobia

Las personas que sufren de agorafobia sienten un miedo intenso de quedar atrapados en lugares y situaciones o de no poder encontrar ayuda si tienen un ataque de ansiedad o pánico. Los miedos de las personas que sufren este tipo de fobia frecuentemente se relacionan con estar sólo en un lugar abierto o en medio de una multitud. Frecuentemente, las personas que sufren agorafobia evitan estas situaciones por completo, ya que les causan mucho miedo o ansiedad.

Es importante recordar que todos tenemos ciertos miedos y a veces sentimos timidez y ansiedad pero que las fobias que se diagnostican causan trastornos severos.

Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD, siglas en inglés)

El trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos o imágenes persistentes, intrusivos e inadecuados (obsesiones) y comportamientos repetitivos que la persona siente que debe hacer (compulsiones). Las obsesiones comunes incluyen miedo a contaminarse, fijación en números que traen suerte o que alejan a la suerte, miedo estar en peligro o que los demás lo estén, necesidad de mantener el orden y la exactitud y dudas excesivas. Las compulsiones más comunes que se realizan en respuesta ritualista a estas obsesiones incluye lavarse las manos, contar y acumular y arreglar cosas.

Aunque la mayoría de las personas a veces tienen este tipo de ideas y comportamientos, se considera que el trastorno obsesivo-compulsivo ocurre cuando estas obsesiones y compulsiones se tienen durante más de una hora todos los días y se presentan de una manera que trastornan la vida de la persona o le causa una ansiedad muy grande.

Este trastorno se presenta en la misma proporción tanto en hombres como en mujeres, pero frecuentemente aparece más temprano en hombres. Por lo general, el trastorno comienza en la adolescencia o en la juventud aunque es posible que comience durante la niñez.

Trastorno de estrés postraumático (PTSD, siglas en inglés)

Si una persona sufre o es testigo de un evento violento o trágico que causó miedo, impotencia y horror intensos, a veces esa persona puede sufrir del trastorno de estrés postraumático. Los eventos que frecuentemente producen este trastorno son violación, guerra, desastres naturales, abuso y accidentes serios. Aun cuando es común pasar por breves estados de ansiedad o depresión después de tales acontecimientos, las personas que sufren de trastorno de estrés postraumático vuelven a vivir la experiencia traumática una y otra vez en la forma de pesadillas, alucinaciones o “flashbacks”; esas personas evitan todo lo que esté asociado con el evento (y frecuentemente se notan algo “desconectadas”); también se muestran más excitables (es decir, tienen dificultades para dormir y para concentrarse, presentan irritabilidad, están muy alertas y nerviosas). Para que la persona reciba el diagnóstico de trastorno de estrés debe presentar síntomas durante más de un mes y no ser capaz de realizar las funciones cotidianas de la manera que lo hacían antes que sucediera el evento. Este trastorno generalmente aparece dentro de un período de tres meses de la situación traumática, pero en algunas circunstancias puede salir a la superficie meses y hasta años después. El trastorno de estrés postraumático puede presentarse a cualquier edad.

El trastorno de estrés agudo es similar al trastorno de estrés postraumático. También aparece como respuesta a un evento traumático y sus síntomas son el revivir la situación, evitar situaciones relacionadas con el evento y gran excitabilidad. Sin embargo, existen dos diferencias principales entre estos dos trastornos; primero, el trastorno de estrés agudo tiene un elemento mayor de desasociación-es decir, las personas que sufren de este padecimiento se sienten desasociadas o desconectadas de la realidad y a veces, hasta pueden presentar amnesia; la otra gran diferencia entre estos dos trastornos es el período de tiempo en que se presentan los síntomas. El trastorno de estrés agudo sólo se diagnostica si la perturbación se presenta dentro de un período de cuatro semanas de la situación traumática y si dura como mínimo dos días y como máximo cuatro semanas. Lo que muchas veces se piensa al principio que es el trastorno de estrés agudo, con el tiempo recibe el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

Trastorno de ansiedad generalizada (GAD, siglas en inglés)

Las personas que sufren de trastorno de ansiedad generalizada presentan ansiedad y preocupación excesivas sobre eventos o actividades cotidianas. Asimismo, la ansiedad que se presenta con este trastorno es difícil de controlar y causa complicaciones notables en situaciones de trabajo y sociales. Los síntomas físicos del trastorno incluyen tensión nerviosa, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas para dormir. Para recibir el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, la persona debe presentar este tipo de ansiedad excesiva la mayoría de los días durante un período de seis meses o más.

La mayoría de las personas que sufren este trastorno dicen haberse sentido ansiosas durante toda la vida y el trastorno aparece por primera vez durante la niñez o la adolescencia; no obstante, el comienzo de este trastorno en adultos es común.

Otros trastornos de ansiedad

Ciertas personas pueden sentir ansiedad en respuesta a un padecimiento médico general o como resultado del abuso de drogas y/o alcohol. Otras presentan señales de trastornos de ansiedad particulares sin llenar los requisitos de un diagnóstico formal.

¿Con qué frecuencia se presentan los trastornos de ansiedad?

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes en Estados Unidos. Se calcula que estos trastornos cerebrales serios afectan anualmente a más de 20 millones de estadounidenses (aproximadamente una de cada nueve personas).

¿Los trastornos de ansiedad están asociados con otros trastornos?

Definitivamente. Es muy común que un trastorno de ansiedad se presente con uno o varios más. Además, las personas que sufren de trastornos de ansiedad, frecuentemente también sufren de depresión, trastornos relacionados con el consumo de drogas y alcohol y/o pérdida del apetito. De hecho, se calcula que más de la mitad de las personas que recibe el diagnóstico de trastorno de pánico u obsesivo compulsivo también presentan depresión.

¿Qué causa los trastornos de ansiedad?

Parece ser que hay varios factores que contribuyen a que se presenten este tipo de trastornos. Muchas de las investigaciones más recientes sugieren que estos trastornos se presentan en familias y son causados por la química del cerebro de la persona. Ciertas experiencias de la vida y la personalidad también se cree son factores que afectan las probabilidades de sufrir un tipo de trastorno de ansiedad.

¿Cómo se puede dar tratamiento a los trastornos de ansiedad?

Existen tratamientos eficaces para los trastornos de ansiedad-las personas que presentan síntomas deben consultar a su médico y no se deben sentir condenada a vivir con la enfermedad. Aun cuando los síntomas de varios trastornos pueden ser diferentes, tanto los medicamentos como la psicoterapia han demostrado ser eficaces para aliviar muchos de los problemas a los que se deben enfrentar las personas que sufren de estas enfermedades.

Los medicamentos más comunes que se utilizan para dar tratamiento a los trastornos de ansiedad son los antidepresivos y las benzodiazepinas. Existe una variedad de medicamentos de estos dos tipos que han sido muy útiles por lo que si se cree que un medicamento en particular no está funcionando, hay otros a su disposición. Como siempre, la persona debe hablar con su médico sobre cualquier pregunta o inquietud que tenga sobre los medicamentos.

¿A qué llamamos depresión?

Es un problema que se caracteriza por la presencia de intensos sentimientos de tristeza acompañados por la sensación de desesperanza, irritación y/o desamparo. Cuando requiere tratamiento se denomina "depresión clínica".

Principales características

- La mayoría de las personas se sienten tristes en determinados momentos de sus vidas, pero si pasan más de dos semanas sin poder recuperarse y presentan varias de las características que se describen a continuación, deberían consultar un profesional.
 - Intensos sentimientos de tristeza:** suelen sentirse vacíos, que no valen como personas y ven el futuro "negro".
 - Cambio llamativo en el apetito:** generalmente disminuye el apetito y sienten que tienen que obligarse a sí mismos a comer. Otras personas, en cambio, tienen más hambre que lo usual y pueden sentir la necesidad de comer determinados alimentos (como dulces u otros hidratos). Pueden bajar o subir de peso de manera significativa.
 - Cambios en el dormir:** las personas con este problema pueden tener dificultades para dormir (insomnio) o dormir demasiado. Algunos pueden pasarse gran parte del día durmiendo, por ejemplo.
 - Pérdida de interés y placer por actividades que antes se disfrutaban:** pueden dejar de mostrar interés por la actividad sexual o hobbies que anteriormente consideraban placenteros. Por ejemplo, un apasionado por el golf puede dejar de jugar, o un chico fanático por el fútbol busca excusas para no ir a practicar.
 - Pérdida de energía, fatiga:** es común que las personas deprimidas se quejen de estar cansadas y que les cueste realizar hasta las tareas más sencillas. Un individuo puede describir sentirse exhausto al vestirse y lavarse por las mañanas, y el hacerlo puede llevarle el doble de tiempo que lo usual, por ejemplo.
-

Sentimientos de culpa e inutilidad: generalmente malinterpretan situaciones de todos los días tomándolas como evidencia de sus propios defectos o atribuyéndose la responsabilidad de manera exagerada. Un vendedor puede culparse a sí mismo por no vender aún cuando nadie vende por cuestiones económicas del mercado en general, por ejemplo. Otro ejemplo es una persona que está convencida de ser la responsable y culpable de la pobreza del mundo.

Dificultad para concentrarse, pensar y tomar decisiones: pueden distraerse fácilmente o tener problemas de memoria. Un programador de computación, por ejemplo, puede tener dificultades para realizar tareas complejas que antes manejaba perfectamente.

Ideas de muerte o suicidio: estos pensamientos varían en frecuencia, intensidad y gravedad. Pueden tener la creencia de que los demás van a estar mejor si ellos estuvieran muertos, ideas transitorias pero repetitivas de suicidio, y hasta planes concretos sobre cómo suicidarse. (Nota: Las personas con este síntoma deben recibir tratamiento inmediatamente) Existen diferentes tipos de depresión, pero su descripción excede los propósitos de este artículo. Sin embargo, vale la pena señalar que cuando los períodos de tristeza se combinan con períodos de alegría y excitación exagerada, puede tratarse de otro problema llamado Trastorno Bipolar. De todos modos, profesionales expertos en el tema se ocuparán de hacer el diagnóstico correspondiente.

¿Cuáles son las causas?

■ Probablemente no haya una sola causa para este problema: Las teorías actuales más aceptadas toman en cuenta los factores biológicos (desbalances de ciertas sustancias químicas del cuerpo y antecedentes familiares de la enfermedad) como origen de la depresión. Otros factores que pueden contribuir son determinadas situaciones difíciles en la vida de la persona, como la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo o un divorcio.

¿Cómo se trata este problema?

- Entre el 80 y 90% de las personas deprimidas que reciben tratamiento mejoran, y casi todas sienten al menos cierto alivio en sus síntomas. La mayoría de los profesionales está de acuerdo en que para pacientes con depresiones graves, lo más conveniente es la combinación de psicoterapia y medicación.
Psicoterapia: El terapeuta utiliza determinadas técnicas para ayudar al paciente a modificar pensamientos, sentimientos y conductas que le hacen daño.

La Depresión Severa

¿Qué es la depresión severa?

- La depresión severa es una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño y pensamiento y movimientos ya sean lentos o agitados. La depresión severa no es una tristeza pasajera. Si no se obtiene tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años; sin embargo, un tratamiento adecuado puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión.
La depresión severa es una enfermedad seria que afecta anualmente a 9.9 millones de adultos en Estados Unidos, el equivalente de aproximadamente el 5% de la población. La depresión severa causa más casos de incapacidad en Estados Unidos que cualquier otra enfermedad. Mientras que los casos anuales de trastornos depresivos en el hombre es de 3.2 millones, en la mujer es de 6.7 millones.
A diferencia de los sentimientos normales y pasajeros de tristeza, pérdida y duelo, la depresión severa continúa y causa serios problemas de pensamiento, comportamiento, estado anímico, actividades y salud en la persona.
Con frecuencia, la depresión severa comienza entre los 15 y 30 años de edad, pero también puede presentarse en niños y ancianos. Todas las

personas, independientemente de su edad, grupo étnico o económico, pueden sufrir de depresión. Más de la mitad de las personas que sufren un episodio de depresión seguirán teniendo episodios hasta una o dos veces al año si no reciben tratamiento. Sin tratamiento, una persona con depresión puede llegar al suicidio.

La depresión severa, conocida también como depresión clínica o depresión unipolar, es solamente un tipo de trastorno depresivo. Otros trastornos depresivos incluyen la distimia (una modalidad crónica pero menos severa que la depresión clínica) y el trastorno bipolar (o maniaco depresión). Las personas que sufren de trastorno bipolar por lo general sufren de episodios alternados de depresión y manía.

Durante los períodos de manía, las personas se encuentran en un estado anímico de “exaltación” anormal o se sienten inusualmente irritables. Estas personas podrían tener una opinión de ellas mismas (o de sus habilidades) extremadamente buena aunque poco realista; puede haber también un aumento marcado de energía, pensamientos furtivos y habla muy rápida.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión severa?

■ El comienzo del primer episodio de depresión severa podría no ser obvio si es gradual o leve, pero la persona por lo general comienza a comportarse y a pensar de una manera muy diferente a lo usual. Frecuentemente los síntomas incluyen:

- Mal estado anímico
- Cambios muy notables en el patrón de sueño, apetito y energía
- Dificultad para pensar, concentrarse y recordar
- Movimientos físicos lentos o agitación poco usual
- Falta de interés o placer en las actividades que disfrutaba generalmente
- Sentimientos de culpa, baja autoestima, desesperanza y un gran vacío
- Pensamientos suicidas
- Malestares físicos constantes que no responden al tratamiento (dolor de cabeza, molestias digestivas y dolor crónico)

Cuando se presentan varios síntomas de depresión que duran más de dos semanas y causan problemas para llevar a cabo las actividades diarias, la persona necesita tratamiento profesional.

¿Qué causa la depresión severa?

- No existe una sola causa de la depresión severa. Tantos factores psicológicos y biológicos como ambientales tengan, pueden desencadenar esta enfermedad. Según estudios científicos la depresión severa es un trastorno biológico del cerebro, y los estudios muestran que las personas deprimidas podrían tener algún problema con ciertas sustancias químicas del cerebro. Estas son la norepinefrina, la serotonina y la dopamina (neurotransmisores) que permiten que las neuronas se comuniquen entre sí. Paralelamente, los científicos creen que si hubiese un bajo nivel de las sustancias mencionadas el resultado sería la depresión clínica. En estos casos se recomiendan medicamentos antidepresivos, ya que estimulan la producción de las sustancias cerebrales con un funcionamiento más eficaz. Otros estudios científicos explican la posibilidad de una predisposición genética en las personas que sufren depresión severa. Sin embargo una persona predispuesta a padecer depresión severa podría nunca tenerla. Así como una persona que jamás tuvo una predisposición biológica, termine en este estado.
A veces, las circunstancias de la vida de una persona, por ejemplo, la muerte de un ser querido, una pérdida o un cambio fuerte, el estrés crónico o el abuso de las drogas o el alcohol podría desencadenar la depresión, y también se sabe que hasta algunas enfermedades o medicamentos la pueden causar. No obstante, la depresión puede presentarse sin que haya ninguno de estos factores en la vida de la persona y aunque no haya ninguna crisis o enfermedad física.

¿Cuál es el tratamiento para la depresión severa?

Aunque la depresión severa puede ser una enfermedad devastadora, por lo general responde muy bien al tratamiento. Entre el 80 y 90 por ciento de las personas con depresión severa pueden mejorar mucho, reanudar sus actividades diarias normales y sentirse bien si siguen un buen tratamiento. Hay muchos tratamientos disponibles, pero el más adecuado depende de la persona y de la severidad de la enfermedad.

Existen tres tratamientos básicos para la depresión: los medicamentos, la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva (ECT, siglas en inglés). A veces, cada una de estas se utiliza por separado y a veces se combinan según lo que sea mejor para cada persona.

Medicamentos. Regeneran y fortalecen las funciones de los neurotransmisores (sustancias cerebrales). A continuación se describen algunas de los cuatro antidepresivos más comunes:

- Antidepresivos tricíclicos (TCAs) se usan mucho en casos de depresión severa.

Los TCAs mejoran el estado de ánimo y el comportamiento pero, por lo general, se necesitan de tres a cuatro semanas para que comiencen a surtir efecto y la persona comience a responder. Estos medicamentos incluyen amitriptilina (Amititril, Elavil), desipramina (Pertofrane, Norpramine), doxepina (Sinequan), imipramina (Antipress, Imavate, Tofranil), nortriptilina (Aventyl, Pamelor) y protriptilina (Vivactyl).

- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) con frecuencia son eficaces en personas que no responden a otros medicamentos para la depresión o que tienen depresiones “atípicas” con un alto grado de ansiedad; que pasan mucho tiempo durmiendo, con comportamientos de irritabilidad, hipocondría (se imaginan que tienen una enfermedad física) o fobia (miedo extremo que no es realista). Estos medicamentos incluyen fenelzina (Nardil) y sulfato de tranilcipromina (Parnate).

- Inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina (SSRIs) afectan al neurotransmisor llamado serotonina. En general, los SSRIs producen menos efectos secundarios que los TCAs y los IMAO. Estos medicamentos incluyen la fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft) y paroxetina (Paxil).

- Inhibidores de la reabsorción de serotonina y norepinefrina (SNRIs) representan un tratamiento útil como primera opción o en el caso de que otros medicamentos no hayan tenido un buen efecto. En general, los SNRIs producen menos efectos secundarios que los TCAs y los IMAO. Los SNRI más conocidos son la venlafaxina (Effexor).
- Bupropión (Wellbutrin) es un antidepresivo reciente que afecta los neurotransmisores dopamina y norepinefrina. En general, el bupropion produce menos efectos secundarios que los TCAs y los IMAO.

Las personas que sufren de depresión severa y sus familiares deben tener mucho cuidado cuando se comienza el tratamiento porque se recuperan los niveles de energía y la capacidad de actuar antes de que mejore el estado anímico. Este es el momento en el que una persona deprimida suele tomar decisiones - pero sigue deprimida - y el riesgo de suicidio es muy alto.

Psicoterapia. Existen varios tipos de psicoterapia muy útiles para los casos de depresión, por ejemplo la terapia cognitiva /del comportamiento (CBT) y la terapia interpersonal (IPT). Los casos leves o moderados de depresión se pueden tratar con mucho éxito con cualquiera de estas terapias individualmente, sin embargo en los casos de depresión severa, la persona tiende a responder mejor a una combinación de psicoterapia y medicamentos.

- Terapia cognitiva/del comportamiento (CBT) ayuda a cambiar los pensamientos y comportamientos negativos que se observan en estado depresivo. Enseña a las personas a cambiar las actitudes que contribuyen a su enfermedad.
- Terapia interpersonal (IPT) se concentra en mejorar las relaciones personales que pueden empeorar la depresión.

Terapia electroconvulsiva (ECT) es un tratamiento altamente eficaz para los episodios de depresión severa, incluso cuando los medicamentos, la psicoterapia o la combinación de ambos no presentan mejorías. También tiene una leve repercusión en los pensamientos suicidas y en los síntomas psicóticos.

ADVERTENCIA

La información contenida en este cuadernillo no sustituye los consejos y orientaciones del profesional médico que le atiende, al que usted debe consultar antes de tomar decisiones acerca de su situación y problemas de salud. OSPACA reconoce que la información proporcionada no es exhaustiva y, por lo tanto, no expone la totalidad de la información disponible y, en ningún caso, puede sustituir la información y criterio que le pueda proporcionar su médico.



**“La medicina debe ser no sólo curar,
sino enseñar a vivir en salud”**

Dr. Ramón Carrillo



Delegaciones de OSPACA de Capital Federal, GBA e Interior del País

BUENOS AIRES

La Plata

Calle 11 N° 1141 0221-483-2819

Mar del Plata

Córdoba 2165 0223-491-7969

CATAMARCA

Capital

Caseros 735 0383-342-6800

CHACO

Resistencia

Hernandarias 55 03722- 420115

CHUBUT

Capital

011-4106-4500

CORRIENTES

Capital

25 de Mayo 720 03783-428-808

CÓRDOBA

Capital

Humberto 1° 169 0351-421-7336
0351-425-8603

Alta Gracia

B Roldán 105 03547-430-550

Villa María

San Juan 1177 0353-461-3006

Arroyito

25 de Mayo 990 03576-420-312

Jesús María

Mauricio Yaradola 88
03525-443502

ENTRE RÍOS

Paraná

9 de Julio 16 0343-422-6536

JUJUY

Capital

011-4106-4500

LA RIOJA

Capital

8 de Diciembre 620
0382-246-3888

LA PAMPA

Santa Rosa

Quintana 335 0295-445-7576

MISIONES

Posadas

Salta 1479 PB 0375-242-9300

MENDOZA

Capital

San Juan 898 0261-423-5483

San Rafael

Godoy Cruz 323 02627- 421745

NEUQUÉN

Capital

Ríchieri 49 0299-443-3826

SALTA

Capital

Gral Güemes 816 0387-431-0844

SANTA FÉ

Capital

25 de Mayo 3133 0342-4540111

Reconquista

San Martín 1113

0348-21-5670360

Rosario

San Luis 726 0341-425-5766

Venado Tuerto

Pellegrini 562 03462-431011

SAN JUAN

Capital

Caseros 88 sur 0264-421-0466

SAN LUIS

Capital

Av Illia 305 L 7 02652-443-623

SANTIAGO DEL ESTERO

Capital

Salta 451 0385-421-7400

TUCUMÁN

Capital

24 de Septiembre 912 PB 2
910 0381-430-2979

CAPITAL FEDERAL

Centro

Anchorena 639/41 4106-4500 ó
0800-999-6772

Belgrano

Cuba 2523 15-6985-8976

Caballito

Av Donato Álvarez 365
15-3553-1254

GBA

ZONA NORTE

Martínez

Rodríguez Peña 19 4798-3389

San Isidro

Martín y Omar 129, local 20
15-4997-8619

San Martín

San Lorenzo 2344 15-6985-9076

ZONA SUR

Quilmes

9 de Julio 86 15-4997-4716 ID
167* 11376

Lomas de Zamora

Gorriti 2 2° 18 15-6994-3577 ID
167*6231

ZONA OESTE

Morón

Bartolomé Mitre 974
15-4997-5684 ID 167* 11374

San Justo

J. D. Perón 2987
15-6094-9434 ID 167*982

San Miguel

Bartolomé Mitre 1044, local 25
15-3553-1256

Superintendencia de

Servicios de Salud

0800-222-SALUD

(72583)

www.sssalud.gov.ar

OSPACA

Obra Social del Personal del
AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO



CAMPO DE DEPORTES 12 DE JUNIO

A 5' minutos de Capital Federal
Camino de Cintura y San Sebastián
Esteban Echeverría

Pileta de natación de agua salada
Confitería / Restaurant
Parrillas y quinchos
Canchas de Fútbol, Tenis y Voley
Vestuarios
Juegos Infantiles



VILLA DEL DIQUE CÓRDOBA

30 habitaciones con calefacción
Snack Bar / Confitería / Restaurant
Cancha de Fútbol
Cancha de Bochas
Excursiones
Actividades Náuticas / Pesca / Kayak / Vela / Esquí Acuático
6 Canchas de Tenis de Polvo de Ladrillo
Abierto todo el año



NECOCHEA COSTA ATLÁNTICA

33 habitaciones
Calefacción Central
Snack Bar – Salón Comedor
Telefonía y TV
Sala de Juegos Infantiles
Piscina
A 4 cuadras del mar

INFORMES:

Anchorena 639/41. Capital Federal Tel: 4106-4500

turismo@ospaca.com / www.ospaca.com

Línea gratuita de atención telefónica: 0800-999-6772

OSPACA es Salud, Turismo, Deportes y Cultura.

Para la familia, para todas las familias.