



WFMH

World Federation for Mental Health

LA SALUD MENTAL Y LAS ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS

LA NECESIDAD DE ATENCIÓN CONSTANTE E INTEGRADA

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

10 DE OCTUBRE DE 2010

ÍNDICE

PROGRAMA DE LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA SALUD MENTAL Y LAS ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS: INTRODUCCION

SECCIÓN UNO - Las enfermedades físicas crónicas y la salud mental:

Hojas informativas, descripciones generales y recursos

Las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades mentales

- Hoja informativa
- Descripción general
- Medidas de actuación

La diabetes y las enfermedades mentales

- Hoja informativa
- Descripción general
- Medidas de actuación

El cáncer y las enfermedades mentales

- Hoja informativa
- Descripción general
- Medidas de actuación

Las enfermedades respiratorias y las enfermedades mentales

- Hoja informativa
- Descripción general

La obesidad y las enfermedades mentales

- Hoja informativa
- Descripción general

SECCIÓN DOS - Las enfermedades físicas crónicas y la salud mental: La necesidad de atención integrada

- No hay salud sin salud mental...Dra. Michelle Riba
- La función de la atención primaria en la mejora del acceso para las personas que padecen enfermedades mentales y físicas crónicas...Dr. Gabriel Ivbijaro
- La salud mental como inversión: Ahorro en los costos y mejor calidad de la atención...Dr. David McDaid

SECCIÓN TRES - Estrategias para el consumidor y los cuidadores de la familia

- Mejora de la capacidad de adaptación
Recursos: 10 maneras de mejorar la capacidad de adaptación
- Establecimiento de sistemas de apoyo
Recursos: Establecimiento del apoyo social
- El autocontrol
Recursos: Diez fundamentos para el control de las enfermedades crónicas
- Los cuidadores y las personas de apoyo
Recursos: Los cuidadores de la familia: Lo que deben saber sobre el agotamiento
Recursos: Las enfermedades físicas crónicas - Efectos sobre la salud mental: Información para los padres, cuidadores y toda persona que trabaja con jóvenes

SECCIÓN CUATRO - Llamada a la acción - La atención integrada: Se necesita una aldea

- La función del consumidor, la familia y el público...Dr. Robert M Levin
- La función del profesional clínico y los proveedores de salud mental...Dr. Robert Levin
- La función de los médicos de atención primaria y especializada...Prof. Michael Kidd y Dr. Patrick Coker
- La función del gobierno y las ONG....Dres. John Bowis y David McDaid

SECCIÓN CINCO - Comunicación y publicidad

- Proclamación del Día Mundial de la Salud Mental 2010
- Comunicado de prensa
- Artículo de muestra, Carta al Editor

PROGRAMA DE LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

EL GRAN EMPUJE POR LA SALUD MENTAL

La Federación Mundial de la Salud Mental (FMSM) sigue impulsando su visión de un mundo en el que la salud mental es una prioridad de todos. Pese al creciente reconocimiento de que los servicios de atención de la salud mental son de importancia crítica, aún siguen recibiendo poca atención. No reciben los recursos ni el apoyo que merecen.

La FMSM sigue patrocinando congresos internacionales sobre innovaciones en materia de salud mental y de promoción de la salud mental y prevención, dirigiendo proyectos de interés local o regional específicos, como por ejemplo los relativos al VIH/SIDA y la depresión, y a la diabetes y la depresión; también sigue coordinando y prestando apoyo al Día Mundial de la Salud Mental. (El Día Mundial de la Salud Mental fue creado por la FMSM).

La FMSM ha redoblado recientemente los esfuerzos para lograr su visión mediante una iniciativa denominada “El gran empuje por la salud mental”. La FMSM ha forjado una alianza estratégica con el Movimiento mundial pro salud mental (MGMH por sus siglas en inglés). Dicho Movimiento se describe en una serie de artículos de la revista *The Lancet*. Básicamente, los artículos argumentan que las enfermedades mentales constituyen un porcentaje importante de la carga a nivel mundial que suponen las enfermedades y que, al darle prioridad y atención a la salud mental, se contribuirá en mucho al desarrollo tanto económico como social. Los temas principales del Gran empuje son *unidad, visibilidad, derechos y recuperación*, y la planificación de este programa ya está en curso.

Las actividades más importantes que está emprendiendo la FMSM incluyen: formulación de una campaña popular para aumentar la visibilidad y prioridad de la salud mental en la mente del público a nivel internacional, colaboración con la Secretaría de la Commonwealth en anticipación a la Sesión Especial de la ONU sobre Enfermedades No Contagiosas, programada para septiembre de 2011, participación en el proceso de las Naciones Unidas de reformulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y promoción del Gran Empuje mediante el uso de medios tanto tradicionales como sociales.

Recientemente (septiembre de 2010), la Organización Mundial de la Salud publicó un informe titulado *Salud mental y desarrollo* que propone la integración de la salud mental en los esfuerzos de desarrollo. La salud mental está íntimamente vinculada con áreas fundamentales del desarrollo como la educación y la productividad humana. Este año nuestro tema para el Día Mundial de la Salud Mental destaca la relación de la salud mental con las enfermedades físicas crónicas. Al identificar como una nueva calamidad a las enfermedades no contagiosas tales como las dolencias cardíacas, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias, también se hace evidente que la relación de éstas con la salud mental es tanto estrecha como inevitable. En definitiva, no hay salud sin salud mental y no hay desarrollo sin salud Y salud mental.

Únase a nosotros en este Gran Empuje.

Vijay Ganju, Secretario General/Director ejecutivo
Federación Mundial de la Salud Mental

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de salud físicos y mentales suelen ir de la mano. Se ha demostrado que las personas con enfermedades físicas graves o crónicas suelen tener un problema de salud mental coexistente. Asimismo, las personas con enfermedades mentales graves o trastornos de abuso de sustancias tienen problemas de salud física que quedan sin detectar o tratar. Esta situación, combinada con la realidad de que todavía existe una estigmatización asociada a las enfermedades mentales y que la mayoría de las personas recurren primero a su médico de cabecera, ha llevado a destacar la necesidad de una mayor integración entre la salud mental y la atención física, especialmente para mejorar el reconocimiento y tratamiento de la salud mental y del abuso de sustancias en un entorno de atención primaria.

La Federación Mundial de la Salud Mental, organización internacional que aboga por la salud mental desde hace 62 años y que tiene estatus consultivo ante las Naciones Unidas, ha formulado y promovido la idea y celebración del Día Mundial de la Salud Mental. El año pasado, en 2009, el Día Mundial de la Salud Mental se centró en la integración del tratamiento y los servicios para la salud mental con la atención primaria. El tema principal era cómo mejorar la capacidad del sistema de atención primaria para detectar y tratar las enfermedades mentales.

Este año ampliamos y detallamos la noción de “integración de la atención” centrándonos en la conexión y relación de los trastornos de salud mental con las enfermedades crónicas. Tal y como señalara la Organización Mundial de la Salud: Cuatro enfermedades crónicas, las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las respiratorias, son responsables del 60 por ciento de la mortalidad mundial.

En las últimas dos décadas ha aumentado drásticamente nuestra comprensión de la relación que existe entre estas enfermedades crónicas y las enfermedades mentales. Hoy día se sabe que las personas con estas enfermedades crónicas tienen una incidencia de depresión y ansiedad mucho mayor que la población general. La depresión profunda en personas afectadas por dolencias clínicas crónicas aumenta la carga de su enfermedad física y de sus síntomas somáticos, causa un aumento de la discapacidad funcional y aumenta los costos médicos. La presencia de una enfermedad mental con una enfermedad crónica afecta al cuidado que la persona da a su propia salud y su seguimiento de los tratamientos, y aumenta la mortalidad.

El resultado final es que las enfermedades mentales se presentan junto a dolencias mentales crónicas en muchos pacientes, lo que afecta en mucho su desempeño, causando la pérdida de trabajo y la reducción de las horas de trabajo. También empeoran el pronóstico de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, VIH/SIDA, cáncer y otras enfermedades crónicas. Son muchos los factores que explican por qué en este contexto las enfermedades mentales no se tratan de forma adecuada. Factores relacionados con el consumidor, el proveedor y el sistema contribuyen a una atención deficiente. Puede que el consumidor y su familia no reconozcan o identifiquen correctamente los síntomas, o tal vez vacilen en buscar atención. Puede ser que los proveedores no tengan la formación, el equipamiento o el apoyo adecuados para proporcionar intervenciones apropiadas. Puede que los sistemas tengan limitaciones relacionadas con los recursos financieros y con la disponibilidad y el acceso al tratamiento de la salud mental.

Y sin embargo existen tratamientos eficaces para las enfermedades mentales. Contamos con intervenciones apropiadas para tratar estos problemas, reducir la carga impuesta sobre la vida de la persona y la carga económica y social impuesta a la sociedad. La tragedia es que dichas intervenciones no se estén aplicando. Queda mucho por hacer. Es preciso que los consumidores y sus familias comprendan más claramente los síntomas y el posible tratamiento. Los proveedores y médicos tienen que contar con mejor formación y apoyo. Es necesario que las escuelas de medicina incluyan el tratamiento integrado de las enfermedades mentales de forma más explícita. Es preciso que los sistemas de financiación de la atención de la salud reconozcan que el tratamiento de las enfermedades mentales puede reducir costos. Y está claro que se necesita más investigación.

El programa es obvio. Nuestra esperanza es que estos recursos preparados por la Federación Mundial de la Salud Mental impulsen estos esfuerzos.

Vijay Ganju, Secretario general/Director ejecutivo
Federación Mundial de la Salud Mental

SECCIÓN UNO

LAS ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y LOS TRASTORNOS MENTALES: HOJAS INFORMATIVAS, DESCRIPCIONES GENERALES Y MEDIDAS DE ACTUACIÓN

Este año la FMSM destaca la preocupación mundial por los trastornos mentales y emocionales no diagnosticados en personas que afrontan enfermedades crónicas y la necesidad de que nuestros profesionales de atención sanitaria proporcionen sistemas de atención más integrados o cooperativos. Las Encuestas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la Salud señalaban que la depresión causa el mayor empeoramiento de la salud en comparación con las otras enfermedades crónicas estudiadas. La depresión, cuando acompaña a una o varias enfermedades crónicas, registró los peores niveles de salud por país, y los puntajes alrededor del mundo varían poco de país en país.

Hoy día, las enfermedades no contagiosas/crónicas/de larga duración son la causa principal de mortalidad a nivel mundial. El Dr. Gauden Galea, Coordinador de Promoción de la Salud de la ONU/OMS, señaló que cuatro enfermedades crónicas, las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las respiratorias, son responsables del 60% de la mortalidad mundial, *“y el 80% de dicha mortalidad se produce en las poblaciones más pobres del mundo.”* Los expertos estiman que si no hacemos nada, en los próximos diez años podrían morir de forma prematura otros 388 millones de personas. Con los años, la prevención o el control de estas enfermedades crónicas ha atraído mayor atención debido a su aparente impacto sobre la mortalidad, los recursos sanitarios, la calidad de vida y a la carga económica que suponen para los gobiernos, la atención de la salud y las familias.

Uno de los muchos factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas es el impacto emocional en los enfermos y sus familias. Muchas enfermedades crónicas pueden tener un efecto profundo en el estado mental y emocional de la persona y, a su vez, los trastornos mentales no diagnosticados pueden afectar a la capacidad de la persona para sobrellevar una enfermedad y participar en el proceso de tratamiento y recuperación.

A. Kathryn Powers, M.Ed., Directora del Centro de Servicios para la Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud Mental en Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) de EE.UU., declara *“sabemos que muchas personas con dolencias clínicas crónicas tienen también enfermedades mentales o trastornos de abuso de sustancias no tratados, y ello puede complicar su recuperación de ambas dolencias.”*

Para la mayoría de las personas resulta estresante aprender a sobrellevar y vivir con una dolencia de larga duración. El estrés persistente e incesante suele causar ansiedad y conductas poco sanas. Es común que los pacientes y sus familiares padezcan períodos prolongados de ansiedad por el efecto que tendrá la enfermedad en sus vidas. Los indicadores de ansiedad incluyen síntomas físicos tales como dificultad respiratoria, opresión en el pecho, temblores, dolor de cabeza y mareos. Los síntomas psicológicos de ansiedad, tales como el temor de lo que vaya a suceder, incluyen la preocupación por quién va a cuidarle y de qué manera irá desenvolviéndose la enfermedad. Lo que siente y piensa la persona, y la forma en que trata con dichas emociones pueden afectar de muchas maneras a su capacidad de sobrellevar la dolencia de larga duración.

Suele decirse que la depresión es una reacción normal a una situación anormal. Por lo tanto, no sorprende que la depresión sea la complicación más común de casi todas las dolencias clínicas crónicas o graves. *“En general, el riesgo de que se produzca depresión es del 10-25% en mujeres y del 5-12% en hombres. No obstante, las personas que padecen una enfermedad crónica se enfrentan a un riesgo mucho mayor del 25 al 33%*.”* Se ha demostrado que la depresión suele causar cambios que pueden empeorar una dolencia clínica y reducir la energía necesaria para nuevos cambios y horarios de tratamiento, lo que crea un círculo vicioso de empeoramiento de síntomas físicos y emocionales.

Referencias:

*Web MD, Coping with Chronic Illnesses and Depression <http://www.webmd.com/depression/guide/chronic-illnesses-depression>

LAS CARDIOPATÍAS Y LA DEPRESIÓN

HOJA INFORMATIVA

- Pese a que la depresión se presenta en 1 de cada 5 pacientes ambulatorios con una enfermedad coronaria y en 1 de cada 3 pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca congestiva, la mayoría de estos casos no se reconocen o no se tratan en forma apropiada.
- El trastorno depresivo mayor es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria incidental en pacientes sanos y para resultados cardiovasculares adversos en pacientes con cardiopatías establecidas. La depresión puede aumentar el riesgo de un accidente cardíaco adverso, tal como un ataque cardíaco o coágulos, en personas con cardiopatías. Y en personas sin problemas de corazón, la depresión también puede aumentar el riesgo de ataque cardíaco y de desarrollo de enfermedad de las arterias coronarias.
- La depresión profunda afecta hasta un 15% de los pacientes con enfermedad cardiovascular y hasta un 20% de los pacientes que se han sometido a cirugía de injerto de derivación coronaria.
- En un prominente estudio, la presencia de depresión constante después de la recuperación elevó el riesgo de muerte (mortalidad) dentro de los 6 meses que siguen al ataque cardíaco al 17% (contra el 3% de mortalidad en pacientes de ataque cardíaco que no tenían depresión).
- Los hábitos de estilo de vida nocivos asociados con la depresión, como por ejemplo el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de ejercicio, la mala alimentación y la falta de apoyo social, interfieren con el tratamiento de las enfermedades cardíacas.
- La depresión ha demostrado ser un factor de riesgo tan importante en cardiopatías que la Asociación Americana del Corazón (AHA por sus siglas en inglés) ha recomendado que todos los pacientes cardíacos sean sometidos a un estudio para detectar la depresión.
- Los pacientes con depresión después de un infarto de miocardio, especialmente aquellos que hayan sufrido episodios previos, deben ser cuidadosamente supervisados y sometidos a tratamiento agresivo, pues corren un riesgo elevado de problemas cardíacos y tienen menos probabilidades de mejorar de forma espontánea.

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

Aproximadamente una de cada cinco personas sufre un episodio de depresión profunda en su vida. Dicha cifra aumenta a una de cada dos personas en el caso de las personas con cardiopatías. Además, el riesgo de cardiopatía se duplica en personas con un historial de depresión. “*Tras ajustar en base a otros factores de riesgo, la depresión sigue siendo un predictor de cardiopatía importante,*” dice Jeffrey F. Scherrer, PhD, catedrático e investigador de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington y en el Centro Médico para Veteranos de St. Louis.

Es común observar depresión en el síndrome coronario agudo (SCA) y se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad. Las personas clínicamente sanas que padecen depresión tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares más adelante (Glassman et al., Arch Gen Psychiatry, 2007).

El síndrome coronario agudo es estresante tanto psicológica como fisiológicamente, y es común atribuir a dicho estrés la depresión observada después del SCA (Glassman et al., Arch Gen Psychiatry, 2007).

El estrés mental y la depresión pueden tener un efecto profundo en la enfermedad cardiovascular y repercutir en la recuperación. Dean Ornish, M.D. escribe en su libro *“Love and Survival: The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy”* (Amor y supervivencia: El fundamento científico de la capacidad curativa de la intimidad): *“En pacientes cardíacos la depresión es tan buen predictor de la muerte inminente como el tabaquismo, la obesidad o un ataque cardíaco anterior. Un estudio tras otro demuestran que las personas que se sienten solitarias, deprimidas y aisladas tienen de tres a cinco veces más probabilidades de muerte prematura que las personas que sienten una conexión en su vida.”*

La investigación ha demostrado una correlación elevada entre la depresión y un aumento del riesgo de muerte o discapacidad en pacientes con enfermedad coronaria:

- En el caso de la enfermedad coronaria, se estima que hay una prevalencia de diversas formas de depresión del 40 al 65% en pacientes con una historia de infarto de miocardio (ataque al corazón).
- En pacientes con problemas coronarios sin historial de ataque al corazón, del 18 al 20% pueden verse afectados por depresión.
- La depresión profunda aumenta el riesgo en las víctimas de ataque al corazón y parece aumentar la discapacidad del paciente causada por la enfermedad cardíaca. La depresión puede contribuir al empeoramiento de los síntomas así como a la falta de seguimiento del régimen de tratamiento cardíaco.
- Las personas que sobreviven ataques al corazón pero padecen depresión profunda tienen de 3 a 4 veces más riesgo de morir dentro de los primeros seis meses que las que no padecen depresión.

MEDIDAS DE ACTUACIÓN

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LA SALUD MENTAL

Archivos de psiquiatría general, 2010

Un nuevo estudio holandés dirigido por Elisabeth J. Martens de la Universidad de Tilburgo en los Países Bajos, descubrió que los trastornos de ansiedad pueden aumentar el riesgo de ataque al corazón, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y muerte en personas con enfermedades cardíacas. La investigación estudió más de 1.000 personas con enfermedad coronaria estable, que fueron examinadas al principio del estudio para detectar trastornos de ansiedad y se les hizo un seguimiento durante un promedio de 5,6 años.

Durante ese tiempo, hubo un total de 371 accidentes cardiovasculares (ataques al corazón u otros incidentes que pueden dañar el corazón). La tasa anual de accidentes cardiovasculares fue del 9,6% en los 106 pacientes con trastorno de ansiedad generalizado y del 6,6% en los otros 909 pacientes. Después de ajustar los resultados en base a una serie de factores tales como otros problemas de salud, gravedad de la enfermedad cardíaca y uso de medicamentos, los investigadores llegaron a la conclusión de que el trastorno de ansiedad generalizado estaba asociado con un aumento del riesgo de accidentes cardiovasculares del 74%.

Según la Dra. Martens y sus colegas, hay muchos factores que pueden contribuir al aumento del riesgo:

- La ansiedad puede estar ligada con aumentos repentinos de las hormonas de “lucha o huida” denominadas catecolaminas, que pueden estar relacionadas con riesgos cardíacos,
- Puede que los pacientes ansiosos que sufren de enfermedad coronaria (CHD por sus siglas en inglés) busquen menos atención preventiva debido al uso de la “evasión como estrategia para sobrellevarla”,
- Puede que las personas con ansiedad tengan más probabilidades de buscar atención médica cuando tienen síntomas de un accidente cardiovascular (pese a que los investigadores señalaron que ello no explicaría la elevada tasa de mortalidad),
- También es posible que un factor subyacente común aumente el riesgo tanto de ansiedad como de accidentes cardíacos.

Los pacientes con enfermedad coronaria estable y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tienen un riesgo mayor de sufrir accidentes cardiovasculares, tales como accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio y la muerte, que los pacientes con sólo enfermedad coronaria. De hecho, tras ajustar en base a una diversidad de variables que podrían suscitar confusión, el TAG estuvo asociado con un riesgo de resultados cardiovasculares adversos 74% mayor.

Según la Dra. Martens, *“Se encontró una asociación contundente...que no se podría haber explicado por la gravedad de la enfermedad, las conductas relativas a la salud o mediadores biológicos. Estos hallazgos tienen repercusiones para la práctica clínica y la investigación. El TAG es común y tratable y, por lo tanto, podría ser un factor de riesgo modificable importante en pacientes con enfermedad coronaria.”*

Una combinación común

“Pese a que entre el 24% y el 31% de los pacientes con enfermedad coronaria también tienen síntomas de ansiedad, son relativamente pocos los estudios que se han concentrado en el papel que podría tener la ansiedad, especialmente cuando se la compara con la “extensa literatura sobre depresión en pacientes con enfermedad coronaria” escriben los investigadores. “Los estudios que han examinado la ansiedad como factor de riesgo para futuros accidentes coronarios han producido resultados divergentes.” Archivos de psiquiatría general, 2010.

“En el pasado descubrimos que la asociación entre los síntomas de depresión y los accidentes cardiovasculares se atribuía mayormente a conductas perjudiciales para la salud, especialmente la inactividad física, en los pacientes deprimidos y con enfermedad coronaria,” explica la Dra. Martens. “En mi opinión, [ésta] fue una gran oportunidad de participar en un estudio que podía revelar mucho sobre la relación entre el cuerpo y la mente.”

Los investigadores estudiaron 1.015 pacientes ambulatorios que tenían enfermedad coronaria estable de la zona de San Francisco, pacientes del Estudio Heart and Soul, que se había concentrado en la asociación entre diversos trastornos psicológicos y accidentes cardiovasculares. En la primera visita de referencia entre septiembre de 2000 y diciembre de 2002, todos los pacientes fueron entrevistados, sometidos a análisis de muestras de sangre y orina, a pruebas de esfuerzo en cinta rodante y a electrocardiogramas. Luego se procedió al seguimiento hasta el 18 de marzo de 2009.

Se utilizó la versión computarizada del Diagnostic Interview Schedule (Programa de entrevista diagnóstica) para detectar la presencia de TAG durante el año anterior y de trastorno depresivo mayor (TDM) durante el mes anterior. En total 106 pacientes (10,4%) sufrían de TAG.

El TAG asociado con mayores riesgos cardiovasculares

Los resultados demostraron que en un seguimiento medio de 5,6 años los pacientes habían sufrido 371 accidentes cardiovasculares. Después de ajustar en base a la edad, la tasa anual de accidentes cardiovasculares era del 9,6% en los pacientes con enfermedad coronaria y TAG comparado con el 6,6% en aquellos que no sufrían de dicho trastorno (índice de riesgos [HR] 1,43; intervalo de confianza del 95% [CI], 1,03 – 2,00; $P = 0,03$).

“Después del ajuste en base a las características demográficas, las condiciones de comorbilidad [incluyendo TDM], la gravedad de la enfermedad cardíaca y el uso de medicamentos, el TAG seguía asociado con una tasa 62% más elevada de accidentes cardiovasculares (HR, 1,62; 95% CI, 1,11 – 2,37; $P = 0,01$),” publicaron los autores del estudio.

La Dra. Martens señaló que *“pese a la búsqueda exhaustiva de posibles mediadores, los investigadores no identificaron el motivo preciso del aumento del riesgo de resultados cardiovasculares adversos asociados con el TAG.”*

“Los resultados de este estudio indican que existe la necesidad de futuros estudios para identificar los procesos subyacentes por los cuales el TAG contribuye a accidentes adversos en pacientes con enfermedad coronaria y para poner a prueba intervenciones destinadas a reducir dicho riesgo,” escribe.

“Estos hallazgos tienen repercusiones para la práctica clínica y la investigación,” concluyen Martens y sus colegas en un comunicado de prensa, porque ahora la evaluación y el tratamiento de la ansiedad podrían *“ser considerados como parte del tratamiento integrado de pacientes con enfermedad coronaria.”* Añadieron que es preciso que los científicos investiguen programas que aumenten la comprensión del impacto que tienen los trastornos de ansiedad en el pronóstico clínico, incluso el de las enfermedades cardíacas y que desarrollen enfoques para la atención del paciente basados en pruebas.

El estudio aparece en el número de julio de 2010 de la publicación *Archives of General Psychiatry*, 2010;67:750-758.

<http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=117818>

LA DIABETES Y LA DEPRESIÓN

HOJA INFORMATIVA

- Se estima que una de cada cuatro personas con diabetes tiene síntomas de depresión. Las probabilidades de contraer depresión y el índice de depresión se duplican en las personas con diabetes.
- La depresión aumenta en un 30% el riesgo de mortalidad en las personas con diabetes.
- Las estimaciones mundiales de la prevalencia de diabetes en el 2000 indican que 43 millones de personas con diabetes tienen síntomas de depresión.
- La diabetes sola ya supone una carga económica significativa. Cuando la depresión se presenta con diabetes, los costos de la atención de la salud aumentan aún más en un 50-75%.
- Las personas que padecen tanto diabetes como depresión tienen síntomas más graves de ambas enfermedades, tasas más elevadas de discapacidad laboral y usan más servicios médicos que las que sólo padecen diabetes.
- Los estudios realizados sugieren que la depresión aumenta en más del 20% el riesgo de los adultos jóvenes de contraer diabetes de tipo 2.
- La depresión puede llevar a decisiones erróneas en materia de estilo de vida, tales como alimentación poco sana, menos ejercicio, tabaquismo, abuso del alcohol y aumento de peso. Todos estos son factores de riesgo de diabetes y dificultan aún más el control de los niveles de azúcar.
- La interacción entre la diabetes y la depresión no se comprende del todo. No obstante, ya sea como causa o como efecto, la combinación de diabetes y depresión puede resultar mortal. Las interacciones entre la diabetes y la depresión hacen aún más difícil el control de cada una de estas enfermedades.
- Si usted tiene diabetes, pida a su médico que le haga un estudio de reconocimiento de depresión. Aunque no se sepa si la depresión realmente dispara la diabetes, sí se sabe que la depresión empeora mucho la diabetes.

LA DIABETES Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

Según la Federación Internacional de Diabetes, *“en las últimas dos décadas se ha producido una explosión en el número de personas que padecen diabetes en el mundo, de 30 a 230 millones, cobrándose millones de víctimas e imponiendo serias limitaciones en la capacidad de los sistemas sanitarios de afrontar la epidemia.”* Se considera que la diabetes es una de las enfermedades crónicas que imponen más presión psicológica en el paciente pues exige una rutina cotidiana muy estricta. En general los diabéticos tienen que hacer importantes cambios de estilo de vida para poder controlar su enfermedad de forma apropiada y a menudo sufren un estrés considerable y efectos negativos, lo que repercute significativamente en su calidad de vida y en su capacidad de seguir los nuevos cambios de estilo de vida. Ello aumenta su riesgo de desarrollar las complicaciones de la diabetes, como por ejemplo enfermedades cardíacas, ceguera, accidentes cerebrovasculares, enfermedades renales, defectos de nacimiento, daño al sistema nervioso y reducción de la circulación sanguínea, requiriendo amputación.

Se ha confirmado que las personas con diabetes suelen padecer trastornos emocionales: los diabéticos tienen casi tres veces el nivel de ansiedad y por lo menos de tres a cuatro veces la tasa de depresión de la población general. Las personas con ambas dolencias tienen más dificultades en controlar su diabetes. Los pacientes habitualmente optan por comer más, normalmente comida menos sana, lo que incrementa el nivel de azúcar en la sangre y exacerba las consecuencias de la enfermedad. Puede que fumen, beban alcohol o abandonen el ejercicio y todas éstas son cosas que empeoran la diabetes.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud y de la Federación Internacional de Diabetes ha señalado la importancia de alentar el bienestar psicológico de las personas con diabetes. El establecimiento y mantenimiento del bienestar psicológico están bien reconocidos como metas importantes en el control de la diabetes, ya que se espera que reduzca la incidencia de problemas metabólicos y complicaciones. La educación en la auto-regulación emocional puede tener especial importancia clínica en la diabetes, ya que las alteraciones emocionales y los estilos ineficaces de afrontar las dificultades se han asociado con un control glucémico mucho menos eficiente, el aumento de síntomas clínicos, la reducción de adhesión al tratamiento y el mayor riesgo de complicaciones. El estrés emocional puede contribuir a la exacerbación de la diabetes mediante efectos fisiológicos directos sobre la regulación de la glucosa, además de reducir el cuidado que la persona da a su propia salud. Por otro lado, se ha demostrado que existen relaciones significativas entre la auto-eficacia, el cuidado de la propia salud y parámetros de control glucémico. Es así que múltiples estudios han apoyado claramente la integración de un programa de intervención efectivo para reducción del estrés y control emocional del paciente como elemento fundamental de todo régimen de control de la diabetes.

El mejor tratamiento suele resultar del esfuerzo de un equipo multidisciplinario, en el que varios profesionales se ocupan del paciente y su familia: un médico para manejar la diabetes, un terapeuta de salud mental para ayudar a definir y afrontar los problemas emocionales, un terapeuta de familias para ayudar a la familia y un dietista para proporcionar consejos y educación en materia de nutrición.

MEDIDAS DE ACTUACIÓN**LA DEPRESIÓN Y LA DIABETES**

Asociación Americana de Diabetes

- Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de depresión.
- El control deficiente de la diabetes puede causar síntomas similares a los de la depresión.
- Si se han descartado causas físicas, mandar al paciente a un especialista para tratamiento de salud mental, incluyendo psicoterapia y medicación con antidepresivos.

Es normal tener un bajón de vez en cuando. Pero algunas personas sienten una tristeza que no se va. Parece que no hay esperanza en la vida. El sentirse así la mayor parte del día durante dos semanas o más es una señal de depresión grave.

¿La diabetes causa depresión?

En un momento determinado, la mayoría de las personas con diabetes no tienen depresión. Pero se ha demostrado que las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de depresión que las personas que no tienen diabetes. El porqué no tiene respuesta fácil.

El estrés del control cotidiano de la diabetes se puede ir acumulando. Puede que la persona se sienta muy sola o apartada de sus amigos y familiares como resultado de todo este esfuerzo adicional.

Si usted tiene complicaciones de la diabetes tales como daños al sistema nervioso, o si le está resultando difícil mantener sus niveles de azúcar en la sangre a la altura que desea, puede que sienta que está perdiendo el control sobre su diabetes. Incluso la tensión con su médico puede hacerle sentir frustración y pena.

Al igual que la negación, la depresión puede llevarle a un círculo vicioso. Puede bloquear las buenas prácticas de cuidados de la diabetes. Si se siente deprimido y sin energía, es posible que las tareas tales como los análisis regulares de azúcar sanguíneo le parezcan demasiado. Si usted se siente tan ansioso que no ve las cosas claras, le resultará difícil mantener una buena dieta. Es posible que no le apetezca comer nada en absoluto. Naturalmente, ello afectará sus niveles de glucemia.

Cómo detectar la depresión

El primer paso es la detección de la depresión. El segundo es la obtención de ayuda. Si se ha sentido realmente triste, apenado o decaído, compruebe los síntomas siguientes:

- Pérdida del placer: ya no le interesa hacer las cosas que solía disfrutar.
- Cambio en las pautas de sueño: le resulta difícil conciliar el sueño, se despierta a menudo durante la noche o tiene más ganas de dormir que de costumbre, incluso durante el día.
- Se despierta temprano: se despierta más temprano que de costumbre y no puede volver a dormirse.
- Cambio en el apetito: come más o menos que antes, lo que causa el rápido aumento o pérdida de peso.
- Dificultades para concentrarse: no puede mirar un programa de televisión o leer un artículo porque otros pensamientos o emociones se ponen en medio.
- Pérdida de energía: se siente cansado todo el tiempo.
- Nerviosismo: se siente siempre tan ansioso que no puede quedarse quieto.
- Culpabilidad: le parece que “nunca hace nada bien” y se preocupa de que es una carga para los demás.
- Tristeza por las mañanas: se siente peor por la mañana que el resto del día.
- Pensamientos suicidas, o piensa en lastimarse.

Si tiene tres o más de estos síntomas, o si tiene sólo uno o dos pero se siente mal hace dos semanas o más, ha llegado el momento de pedir ayuda.

Cómo obtener ayuda

Si siente síntomas de depresión, no se los guarde. Primero, convérselos con su doctor. Puede que su depresión tenga una causa física.

El control deficiente de la diabetes puede causar síntomas similares a los de la depresión. Los niveles altos o bajos de azúcar en la sangre durante el día pueden hacerle sentir cansado o ansioso. Los niveles bajos de azúcar en la sangre también pueden provocar hambre y hacerle comer demasiado. Los niveles bajos de azúcar en la sangre durante la noche pueden perturbar el sueño. Si tiene niveles altos de azúcar en la sangre de noche, es posible que se levante a menudo para orinar y luego se sienta cansado durante el día.

Otras causas físicas de depresión pueden incluir:

- Abuso de alcohol o de drogas
- Problemas de tiroides
- Efectos secundarios de algunos medicamentos

No deje de tomar un medicamento sin decírselo a su médico. Su médico podrá ayudarle a descubrir si su sensación de tristeza se debe a un problema físico.

Tratamiento de la salud mental

Si usted y su médico han descartado las causas físicas, es probable que le envíe a un especialista. Puede que usted converse con un psiquiatra, psicólogo, enfermero psiquiátrico, trabajador social clínico registrado o un consejero profesional. De hecho, puede que su médico ya colabore con profesionales de atención de la salud mental en un equipo de tratamiento de la diabetes.

Todos estos profesionales de atención de la salud mental podrán guiarle por el arduo terreno de la depresión. En general, hay dos tipos de tratamiento:

- Psicoterapia o asesoramiento psicológico
- Medicamentos antidepresivos

La psicoterapia

La psicoterapia administrada por un terapeuta bien capacitado puede ayudarle a examinar los problemas que causan la depresión. También puede ayudarle a encontrar formas de aliviar el problema. La terapia puede ser de corta o larga duración. Asegúrese de sentirse cómodo con el terapeuta que elija.

Los medicamentos

Si le aconsejan medicamentos, tendrá que ir a la consulta de un psiquiatra (un médico que cuenta con formación especializada en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales o emocionales). Si usted opta por probar un antidepresivo, consulte al psiquiatra y al principal proveedor de atención de la salud con respecto a los efectos secundarios, incluyendo la forma en que podría afectar sus niveles de glucemia. Asegúrese de que estos médicos se consulten con respecto a su atención, si ello fuera necesario. Muchas personas obtienen buenos resultados con una combinación de medicamentos y psicoterapia.

Si usted tiene síntomas de depresión, no espere demasiado antes de pedir ayuda. Si su proveedor de atención sanitaria no puede enviarle a un profesional de atención de la salud mental, póngase en contacto con la sociedad de psiquiatría de su zona, con el departamento de psiquiatría de una facultad de medicina o con la rama local de las organizaciones de trabajadores sociales psiquiátricos, psicólogos o consejeros de salud mental. Puede que la Asociación Americana de Diabetes de su zona también sea un buen recurso para encontrar asesores psicológicos que hayan trabajado con personas con diabetes.

EL CÁNCER Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

HOJA INFORMATIVA

- Aproximadamente la mitad de los pacientes con cáncer terminal o avanzado padecen mala salud mental. Para ser más específicos, las personas con cáncer avanzado o terminal padecen depresión, ansiedad y trastornos de adaptación. A pesar de que la mitad de los pacientes con cáncer terminal o avanzado padecen depresión, ansiedad y/o un trastorno de adaptación, menos de la mitad de los pacientes con cáncer reciben tratamiento de salud mental.
- Las tasas de mortalidad son hasta un 25% mayores en los pacientes con cáncer que se sentían deprimidos y un 39% más elevadas en aquellos pacientes con cáncer y depresión diagnosticada.
- La depresión es una enfermedad debilitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes de cáncer. Afecta por igual a hombres y mujeres con cáncer.
- La relación entre el cáncer y la depresión es compleja. La depresión puede ser causada por el diagnóstico de cáncer, por otros problemas relacionados con el cáncer y su tratamiento, o por el impacto del cáncer en la vida de la persona. No obstante, la depresión puede ocurrir por casualidad o estar relacionada con otros eventos difíciles, tanto del pasado como del presente, que no tienen nada que ver con el cáncer, como por ejemplo la pérdida de un ser querido.
- Los cánceres, especialmente el cáncer de mama y el cáncer de pulmón, son la segunda causa de mortalidad en las personas con esquizofrenia, cuyo riesgo de muerte por cáncer es un 50% mayor que el de la población general. Posibles causas de este fenómeno incluyen una demora en el diagnóstico debido a que el paciente no presta mucha atención a los síntomas, la dificultad que tienen los pacientes esquizofrénicos para beneficiarse de un tratamiento óptimo y menor seguimiento del tratamiento, especulan los autores.
- El reconocimiento y tratamiento adecuados de la depresión en pacientes con cáncer pueden mejorar la calidad de vida y ayudar a que los pacientes y sus familias aprovechen al máximo el tiempo que les queda juntos. Como los pacientes suelen evitar la descripción de sus síntomas de depresión, los encargados de su cuidado deben saber reconocerla.

EL CÁNCER Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

Aproximadamente 1 de cada 4 personas con cáncer, incluyendo adultos, niños y adolescentes, padecen depresión en algún momento después del diagnóstico. Los síntomas pueden incluir: falta de sueño, pérdida del interés por la vida, ansiedad, irritación, pérdida de la concentración y, en casos graves, pensamientos de suicidio; todos estos síntomas llevan a una mala calidad de vida en general. Lamentablemente, muchas personas con cáncer y sus familiares consideran que es normal estar deprimido o triste si se ha diagnosticado cáncer; a veces se considera que la depresión es “apropiada” en estos pacientes. No obstante, nunca debería ser apropiado que un paciente con cáncer padezca depresión profunda. La Dra. Michelle Riba, Directora del Programa de Psico-oncología del Centro de Cáncer de la Universidad de Michigan, dice que *“Los pacientes a menudo me dicen que en realidad, afrontar las emociones del cáncer es más difícil que afrontar los otros problemas médicos.”* Se ha demostrado recientemente que las enfermedades mentales no tratadas pueden prolongar la duración y aumentar el número de hospitalizaciones, dificultar el tratamiento efectivo y en última instancia, reducir las probabilidades de supervivencia.

Es de importancia crítica establecer métodos de evaluación de la angustia en pacientes con cáncer y ayudarles a obtener tratamiento para los aspectos emocionales que supone sobrellevar la enfermedad. La Dra. Riba señala que *“Los pacientes y sus familias deberían asegurarse de hablar con sus médicos sobre sus emociones. Si se siente deprimido, ansioso o confundido y, en general no se siente como de costumbre, usted o su familia deberían preguntar la causa y el tratamiento de estos síntomas. También es importante que los médicos y enfermeros pregunten a los pacientes sobre su nivel de angustia sin esperar que éstos lo mencionen, y que los pacientes sientan que pueden responder estas preguntas sin sentir menoscabo.”*

La evaluación de la depresión en las personas con cáncer debería incluir:

- Una evaluación cuidadosa de los pensamientos de la persona con respecto al diagnóstico,
- el historial clínico,
- antecedentes personales o familiares de depresión o de suicidio,
- el estado mental actual,
- el estado físico,
- los efectos secundarios del tratamiento y la enfermedad,
- otros estreses en la vida de la persona y
- el apoyo que el paciente tiene a su disposición.

Según los investigadores, la persona con cáncer y depresión puede recibir tratamiento para la mente que resulta ser inmensamente útil para el cuerpo. Un estudio de la Universidad de Stamford dirigido por David Spiegel, M.D., demostró que las mujeres con cáncer de mama en estado avanzado que concurrieron a un grupo de apoyo semanal sobrevivieron aproximadamente el doble que un grupo similar que no había tenido dicho grupo de apoyo. El Dr. Spiegel indica que el tratamiento de la depresión en las personas con cáncer no sólo alivia los síntomas de dolor, náuseas y fatiga sino que también puede ayudarlas a vivir más y a mantener una mejor calidad de vida.

Para producir el resultado más positivo está claro que el cáncer, cualquiera sea su tipo, no debe ser tratado de forma aislada. Es preciso que el médico que dispensa el tratamiento, el paciente y los familiares y amigos íntimos que proporcionan el apoyo primario al enfermo, examinen cuidadosamente las preocupaciones relacionadas con la salud mental.

“Uno de los efectos secundarios más debilitantes del cáncer es la depresión asociada con aquél. Desafortunadamente, la depresión es una de las dolencias menos reconocidas en los pacientes que están lidiando con el cáncer.”

Cancer Treatment Center of America,
<http://www.cancercenter.com>

MEDIDAS DE ACTUACIÓN**EL CÁNCER Y LAS EMOCIONES: ¿ES NORMAL ESTAR DEPRIMIDO?**

MICHELLE B. RIBA, M.D., M.S

Las emociones suscitadas por el cáncer a menudo son más difíciles de afrontar que otros problemas médicos. No sorprende que aproximadamente el 50% de los pacientes con cáncer tengan algún tipo de trastorno psiquiátrico diagnosticable en algún momento del tratamiento. En el Instituto de Cáncer Dana-Farber y el Brigham and Women's Hospital de Boston se descubrió que por lo menos el 50% de los pacientes con cáncer avanzado o terminal padecían ansiedad, depresión o un trastorno de adaptación. Lamentablemente, menos de la mitad recibieron la ayuda que necesitaban.

Los investigadores destacan la necesidad de incorporar la atención de la salud mental en los planes de tratamiento de los pacientes, ya que la depresión y la ansiedad pueden afectar la calidad de vida tal vez más que el dolor físico. También señalan que los oncólogos y médicos pueden examinar a los pacientes con cáncer para detectar enfermedades mentales y enviarlos a tratamiento y grupos de apoyo.

Categorías de angustia psicológica de los pacientes con cáncer:

- problemas de adaptación
- depresión
- ansiedad
- delirio
- abuso de sustancias

La angustia también puede ocurrir a raíz de problemas como:

- tratamiento del dolor
- cambios en la fe/espiritualidad
- dificultades con la familia
- problemas relacionados con el trabajo
- problemas financieros
- preocupaciones relacionadas con los hijos

Desafíos del diagnóstico y tratamiento:

- la estigmatización percibida hacia la atención psiquiátrica
- dificultad en agregar otro problema más a un diagnóstico clínico complejo
- a veces los pacientes se sienten incómodos o avergonzados de sentirse tristes o ansiosos
- temor a que el médico tenga una opinión negativa del paciente
- puede resultarle difícil a los médicos el mencionar temas delicados relacionados con la salud mental

Factores de riesgo de problemas psiquiátricos especiales en los pacientes con cáncer:

- El tipo y etapa del cáncer (el cáncer de páncreas y ciertos tipos de cáncer de pulmón y de cáncer en estados avanzados en el momento del diagnóstico) presagian una mayor incidencia de problemas psiquiátricos.
- Pacientes muy jóvenes o muy ancianos
- Personas que no están casadas o que cuentan con poco apoyo

- Personas que tienen pocos amigos y no están asociadas con grupos comunitarios o religiosos
- Pacientes con un historial de problemas psiquiátricos
- Pacientes con problemas médicos coexistentes

Síntomas de depresión mayor:

- alteración del apetito
- problemas en conciliar el sueño o mantenerse dormido
- estado de ánimo depresivo
- sensaciones de desaliento o impotencia
- sentimientos suicidas
- reducción del nivel de energía
- reducción de la capacidad de disfrutar de las cosas
- problemas de concentración
- agitación o retraso psicomotor

Cuando los pacientes tienen varios síntomas durante un mínimo de dos semanas, es hora de hacer evaluar un problema psiquiátrico.

Es de importancia crítica el considerar los aspectos emocionales del cuidado del cáncer. La búsqueda sistemática y detección son los primeros pasos. Los pacientes y sus familiares deben asegurarse de hablar con sus médicos sobre sus emociones. Es importante no dar por sentado que es normal sentirse ansioso, deprimido, abrumado, etc. Si se siente deprimido, ansioso o confundido y en general no se siente como de costumbre, usted o su familia debe preguntar sobre la causa y el tratamiento de dichos síntomas.

También es importante que los médicos y enfermeros pregunten a los pacientes sobre su nivel de angustia sin esperar que éstos lo mencionen y que los pacientes sientan que pueden responder dichas preguntas sin sentir menoscabo. Si tiene síntomas, deberá verlo un profesional de atención de la salud mental capacitado para evaluar problemas psiquiátricos (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, etc.) y deberá formularse un plan de tratamiento apropiado. Se deberá alentar a los miembros de la familia a que participen en el desarrollo y ejecución del plan de tratamiento. Esperamos que las compañías aseguradoras y de atención médica dirigida apoyen el plan de tratamiento para garantizar un nivel de salud óptimo para el paciente. Los pacientes con cáncer se desenvolverán mejor a nivel clínico si se tratan sus necesidades psicológicas.

University of Michigan Comprehensive Cancer Center
<http://www.cancernews.com/articles/cancer&depression.htm>

LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

HOJA INFORMATIVA

- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una causa destacada de discapacidad y mortalidad; afecta a unos 11,4 millones de personas en los EE. UU. y a millones más alrededor del mundo.
- El 20% de los pacientes con asma y EPOC padecen depresión grave y/o ansiedad (ansiedad generalizada, pánico y fobia), un índice de prevalencia sustancialmente mayor que en la población general.
- La depresión y la ansiedad están asociadas con el empeoramiento de los síntomas respiratorios declarados por el consumidor/paciente y con la reducción de la función pulmonar.
- El trastorno de pánico, los ataques de pánico, los trastornos de ansiedad generalizada (TAG) y las fobias parecen ser los trastornos de ansiedad más asociados con el asma.
- La depresión hace más difícil la adhesión a los tratamientos en pacientes con una enfermedad respiratoria.
- Estudios recientes han señalado un aumento del tabaquismo en las personas con EPOC que también tenían trastornos de ansiedad. El tabaquismo es un problema especialmente importante en los jóvenes con asma, llevando a una mayor carga de síntomas y resistencia al tratamiento.
- Se ha demostrado que la depresión dificulta las adaptaciones del estilo de vida necesarias para aumentar la tasa de supervivencia y optimizar la calidad de vida de las personas que sufren de enfermedades respiratorias.
- La investigación sugiere que las intervenciones psicofarmacológicas y/o psicosociales podrían mejorar el control del asma.

LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

Después de las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias como el asma y la EPOC son las mayores causas de mortalidad a nivel mundial. Existen más de 40 dolencias respiratorias diferentes y muchas siguen progresando y causando al paciente más dificultades para adaptarse a los nuevos retos que presenta cada etapa de la enfermedad. El cambio paulatino y persistente de la función pulmonar puede hacer que sea cada vez más difícil realizar las actividades cotidianas, o más temible el intentarlas. También puede afectar a las actividades sociales, físicas y personales. Todos estos cambios pueden tener un impacto profundo sobre las perspectivas mentales y emocionales de la persona.

La Fundación Pulmonar Australiana declara que *“es importante potenciar a los pacientes aumentando su capacidad de sobrellevar los factores físicos y psicosociales estresantes. Si no se integra la atención de las enfermedades respiratorias con atención a las respuestas psicológicas y emocionales a estas enfermedades crónicas, es probable que se presenten emociones negativas tales como ansiedad, ira, tensión, frustración, desaliento y depresión y que contribuyan al empeoramiento de los resultados para la salud del paciente. La prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes con EPOC puede variar del 40 al 90%, en comparación con el 8 al 20% en la población normal.”*

Pese a que muchos expertos han señalado un vínculo entre las enfermedades pulmonares tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la depresión y la ansiedad, recientes investigaciones sugieren que en realidad, los trastornos mentales pueden empeorar la EPOC y causar un aumento de las hospitalizaciones.

“Es un hallazgo importante y revelador que indica que en los pacientes con EPOC la depresión y la ansiedad deben ser tratadas como factores de riesgo de posible importancia clínica y no como meras comorbilidades causadas por la EPOC,” dijo el investigador principal del estudio, Jean Bourbeau, M.D., Director de la Unidad de Investigación Epidemiológica y Clínica de la Universidad McGill en Montreal.

La influencia de los estados emocionales sobre la función pulmonar en el asma ha sido objeto de numerosos estudios. Recientes hallazgos indican que las vías respiratorias reaccionan ante el estado psicológico, lo cual está corroborado por informes personales retrospectivos que sugieren que cambios en el estado emocional causan una exacerbación del asma.

En muchos pacientes el tratamiento de un trastorno mental puede crear una mejoría en su estado clínico general, lo que contribuye a una mejor calidad de vida y permite a la persona adherirse a los planes de tratamiento, cambios en el estilo de vida y limitaciones físicas.

En los últimos años ha aumentado el interés por la relación entre las enfermedades respiratorias y los trastornos de ansiedad y depresión en los jóvenes. Los estudios sugieren que los síntomas respiratorios precoces están asociados con tasas elevadas de trastornos mentales en jóvenes y que dichos vínculos se han establecido utilizando muestras tanto clínicas como comunitarias. Los niños y jóvenes con enfermedades y síntomas respiratorios tienen de 2 a 4 veces más probabilidades de padecer trastornos mentales ulteriores que aquellos que no tienen dichos síntomas y enfermedades. La relación entre enfermedades respiratorias y trastornos mentales en los jóvenes se mantiene aún después de ajustes en base a hipocondría, discapacidad funcional y tabaquismo.

El autocontrol del asma puede ser difícil y la depresión es uno de los factores que pueden reducir la eficacia del autocontrol y la adhesión al tratamiento del asma: los pacientes con enfermedades crónicas y depresión tienen tres veces más probabilidades de no adherirse al tratamiento médico que los pacientes sin depresión.

Los estudios sugieren la existencia de un posible ciclo de “retroalimentación” entre el asma y la depresión. La depresión de las personas con asma puede ser tanto el resultado de tener asma como su causa, y esta asociación bidireccional puede llevar a un ciclo continuo que da lugar a un constante empeoramiento de la salud física y mental.

Se espera que el tratamiento de la depresión en casos con asma minimice los efectos negativos de la coexistencia. Aunque el tratamiento de la depresión puede mejorar la adhesión al tratamiento médico y el autocontrol efectivo del asma e incluso también reducir la mortalidad asociada con asma, es probable que el tratamiento de la depresión mejore drásticamente la calidad de vida.

LA OBESIDAD Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

HOJA INFORMATIVA

- La asociación entre obesidad y depresión y/o ansiedad no es simple.
- La depresión y la ansiedad están asociadas con conductas poco sanas tales como una dieta deficiente, inactividad física y estilo de vida sedentario, tabaquismo y gran consumo de alcohol. Muchas de estas conductas poco sanas están vinculadas con un aumento del potencial de obesidad.
- La obesidad y la depresión comparten síntomas similares tales como problemas de sueño, conducta sedentaria e ingesta de comida mal controlada; pero en su mayoría, se las trata como problemas de salud separados, lo que suele llevar a resultados del tratamiento deficientes. Las personas con depresión actual o depresión crónica tienen una probabilidad 60% mayor de ser obesas que aquellas sin historial de depresión.
- Las personas con un historial de ansiedad crónica tienen una probabilidad 30% mayor de ser obesas que aquellas a quienes no se les ha diagnosticado ansiedad. Los Centros de Control y Prevención de las Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) han indicado que la obesidad está asociada con enfermedades crónicas graves tales como enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y osteoartritis; ello hace que el tratamiento efectivo de la obesidad sea aún más importante.
- Se ha asociado la obesidad con un mayor riesgo vitalicio de depresión mayor y de trastorno de pánico especialmente en las mujeres.
- Algunas investigaciones indican que la obesidad en la adolescencia puede llevar a depresión en los años adultos, mientras que otros estudios indican que la depresión en la adolescencia conduce a la obesidad en los años adultos.

LA OBESIDAD Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que somos presa de una epidemia mundial y estima que para el 2020 la obesidad será la mayor causa única de mortalidad en el planeta.

La obesidad puede disparar trastornos psicológicos como depresión, trastornos de alimentación, imagen corporal distorsionada y niveles bajos de autoestima. Desde el punto de vista de la salud pública, es importante comprender la conexión entre la obesidad y los trastornos mentales como la depresión, porque ambas dolencias tienen repercusiones sustanciales para los sistemas de atención sanitaria en todo el mundo y representan una proporción significativa de la carga mundial impuesta por las enfermedades.

El estudio sueco de sujetos obesos (SOS por sus siglas en inglés) demuestra que la depresión clínicamente significativa es de tres a cuatro veces mayor en las personas con obesidad grave que en personas similares no obesas. *“La depresión a un nivel que indica morbilidad psiquiátrica se manifestó en un mayor número de personas obesas,”* escriben los autores, la profesora Marianne Sullivan y su equipo del Hospital de la Universidad Sahlgrenska de Suecia, en un artículo científico. Señalaron que los índices de depresión de las personas obesas eran tan malos o peores que los de pacientes con dolor crónico.

La depresión no tratada puede ser tanto causa como efecto de la obesidad. *“En mi calidad de psiquiatra infantil en ejercicio, veo una asociación clara entre obesidad y depresión y los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes,”* señala David Fassler, M.D., un administrador de la Asociación Psiquiátrica de EE.UU. (APA) y psiquiatra infantil y de adolescentes de Burlington, Vermont.

Un estudio reciente de la Universidad de Minnesota revela que los niños atormentados por su exceso de peso tenían más probabilidades de tener una imagen corporal deficiente, bajos niveles de autoestima y síntomas de depresión. El estudio señaló que el 26% de los adolescentes atormentados en la escuela y en su casa declararon que habían considerado el suicidio y que un 9% lo había intentado. El suicidio es la tercera causa de mortalidad en adolescentes (*Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, “Associations of Weight-Based Teasing and Emotional Well-being among Adolescents”, agosto de 2003).

Tanto la depresión como la obesidad están ampliamente distribuidas con importantes repercusiones para la salud pública, especialmente el riesgo de enfermedades cardiovasculares y nuevos estudios confirman ahora el vínculo entre la depresión y la obesidad. La depresión está asociada con un aumento del 18% en el riesgo de obesidad.

Los estudios sugieren que la depresión y la obesidad tienen una interacción recíproca. La asociación longitudinal y bidireccional entre la depresión y la obesidad es una consideración importante para la práctica clínica. Como el aumento de peso puede ser consecuencia de la depresión, los proveedores de atención sanitaria deben vigilar el peso de los pacientes con depresión. Del mismo modo debería vigilarse el ánimo de los pacientes obesos o con exceso de peso. Esta concienciación podría llevar a la prevención, detección precoz y al co-tratamiento de las personas en riesgo, llevando finalmente a la reducción de ambas dolencias.

SECCIÓN DOS

LAS ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y LAS ENFERMEDADES MENTALES: LA NECESIDAD DE ATENCIÓN INTEGRADA

INTRODUCCIÓN

Resumen: Los servicios de atención primaria de la salud deben mejorar la manera de detectar casos de depresión asociados con ciertas enfermedades crónicas como por ejemplo las dolencias cardíacas o la diabetes. Los servicios de profesionales de atención de la salud mental pueden incorporarse de varias maneras en la atención primaria. Hay una necesidad enorme de proveer este vínculo, que debería ser un mandato de salud pública.

No hay salud sin salud mental

Se sigue acumulando evidencia de la necesidad de mejorar la detección y el tratamiento de los problemas de salud mental en la práctica clínica primaria y especializada. La depresión es una dolencia crónica debilitante asociada con mala calidad de vida, limitaciones funcionales, cuidado deficiente de la propia salud y mayores costos de atención sanitaria para pacientes con comorbilidad de dolencias crónicas que requieren medicación como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Pese a que hoy los profesionales de atención primaria tienen más capacidad de reconocer la depresión y ansiedad cuando los pacientes tienen quejas psicosociales en lugar de físicas (Kirmayer et al.), los síntomas físicos suelen ser la queja principal o única descrita por los pacientes con depresión y/o ansiedad (Simon et al, 1999). Cuando los medicamentos psicotrópicos, los estilos de vida sedentarios, la dieta moderna y las mismas enfermedades mentales se presentan junto a una enfermedad física, todos ellos pueden contribuir a la morbilidad y mortalidad precoz. Por lo tanto, es imperativo hacer una llamada a la actuación para reconocer estas dolencias y factores de riesgo, y formular modelos cooperativos y procesos educativos que controlen regularmente estas complejas situaciones clínicas con tratamiento basado en pruebas.

Dos importantes dolencias clínicas crónicas con la depresión como comorbilidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, sirven para subrayar el impacto de estos importantes vínculos. A pesar de las altas tasas de comorbilidad de depresión mayor en pacientes con diabetes mellitus, la depresión suele no reconocerse y permanecer sin tratamiento en aproximadamente dos tercios de los pacientes con ambas dolencias (Katon 2008). Más del 80% de los pacientes con diabetes y depresión tienen una recaída de los síntomas depresivos en un período de 5 años. La depresión tiene un impacto negativo en la diabetes, provocando la falta de adhesión a la atención personal de la diabetes, incluyendo el incumplimiento de las restricciones nutricionales, la no adhesión a los medicamentos y la falta de seguimiento de la glucosa sanguínea, y peores resultados clínicos generales (Katon 2008).

“LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEBEN MEJORAR LA MANERA DE DETECTAR CASOS DE DEPRESIÓN”

Se ha demostrado que hasta el 30-40% de los pacientes cardíacos tienen síntomas de depresión clínicamente importantes (Thombs et al., 2008). El trastorno de depresión mayor está presente en hasta un 20% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y está asociado con resultados cardiovasculares adversos, aun después de haberse controlado otros factores de riesgo. **La depresión está relacionada con el inicio de la enfermedad cardíaca, está asociada con mayores costos médicos, reducción de la calidad de vida del paciente y triplica el riesgo de no adhesión al tratamiento médico.** De hecho, el pronóstico cardiovascular está vinculado con la gravedad de los síntomas de depresión. El índice de riesgo aumenta con la gravedad de los síntomas, ya sea que los pacientes reúnan o no los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo. La depresión reduce las posibilidades de éxito en la modificación de sus factores de riesgo cardíaco y en la participación en rehabilitación cardíaca, y está asociada con un aumento del uso y de los costos de la atención sanitaria y con una reducción drástica de la calidad de vida.

Aunque prosigue el debate sobre los mejores tipos de herramientas de detección para un grupo de pacientes concreto, la comunidad médica parece ser receptiva y estar lista para la incorporación de un cierto nivel de interogación con respecto a la salud mental en la atención clínica (Lichtman et al., 2008). La tarea, entonces, consiste en formular maneras de alentar, apoyar y proporcionar incentivos a los médicos clínicos y pacientes a fin de incorporar la detección estándar y rutinaria de síntomas psiquiátricos como depresión, ansiedad, abuso de sustancias y suicidio a intervalos periódicos de atención. Es preciso establecer paradigmas y métodos de derivar pacientes a los especialistas de salud mental. Algunos modelos que han dado buen resultado incluyen el situar a los profesionales de atención de la salud mental dentro del consultorio clínico. Otros modelos incluyen el uso del teléfono, el correo electrónico o internet (Skype) para facilitar el acceso de los médicos clínicos de atención primaria a profesionales de atención de la salud mental o clínicas psiquiátricas bien ubicadas dentro de un entorno clínico.

La comunicación, colaboración y atención basadas en pruebas son factores cruciales. Se sabe que el problema es inmenso; no cabe duda alguna de que debería ser un mandato de salud pública. Pero es preciso revelar nuevas maneras de comprender la escala de los problemas de salud mental y formas óptimas de evaluar, controlar y tratar estas dolencias psiquiátricas en pacientes con comorbilidad de otras dolencias clínicas.

Michelle Riba es catedrática de psiquiatría en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Michigan, EE.UU.. Su dirección electrónica es: mriba@umich.edu.

Referencias:

1. Kato WJ: The comorbidity of diabetes mellitus and depression. *Diabetes Journal Club*, 2008; Vol 5, No. 3, 9-16
2. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffee MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150:734-741
3. Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lesperance F, Mark DB, Sheps DS, Taylor B, Froelicher ES: Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. *Circulation* 2008; 118:0-0
4. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J: An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341:1329-1335
5. Thoms BD, de Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasure-Smith N, Mitchell AJ, Zuidersma J, Eze-Nliam C, Lima BB, Smith CG, Soderlund K, Ziegelstein RG: Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care. A systematic review. *JAMA*, 2008; 300 (18):2161-2171

LA FUNCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA MEJORA DEL ACCESO PARA LAS PERSONAS QUE SUFREN DE ENFERMEDADES MENTALES Y FÍSICAS CRÓNICAS

Dr Gabriel Ivbijaro

Resumen: Muchas personas padecen enfermedades mentales y físicas coexistentes. El tratamiento a menudo se administra en instalaciones separadas, si es que está disponible. En muchos países de ingresos bajos y medios, la atención de la salud mental es muy limitada. Con la formación apropiada, es posible proporcionar atención tanto a la salud mental como física en un entorno de atención primaria, para con ello mejorar los servicios para los pacientes.

Las enfermedades mentales y las dolencias físicas están entremezcladas. Muchos pacientes que sufren de una enfermedad mental también sufren de dolencias físicas, ya sea como consecuencia del tratamiento que reciben o como parte de la complejidad de la enfermedad misma. Muchos sistemas de atención sanitaria no ofrecen un enfoque integrado adecuado con respecto a la atención de la salud física y mental. La persona suele recibir atención de salud mental en una organización y atención de la salud física en un sistema diferente. En algunos casos es posible que se atienda una de las dolencias pero no la otra.

Como consecuencia de la atención fragmentada o incompleta la persona no recibe atención integrada apropiada, lo que puede llevar a una esperanza de vida inferior y a una peor calidad de vida. Muchas personas que viven con una enfermedad mental grave también tienen otros problemas de salud física de larga duración u otras dolencias mentales coexistentes, y al añadirse los efectos de cada dolencia suelen producirse peores resultados para la salud general del paciente.

Este año el Día Mundial de la Salud Mental se centra en la relación entre las enfermedades físicas crónicas y las dolencias mentales. Ello nos ofrece la oportunidad de reflexionar sobre nuestra situación actual y pensar sobre cómo seguir adelante.

El entender que es preciso centrarse en el vínculo entre mente y cuerpo no es nuevo. En la sección de correspondencia del *British Medical Journal* del 10 de junio de 1933, el Dr. C.M. Billington comentaba en referencia a un artículo de la revista: “*Hace años que se tiende a considerar el organismo humano como se considera una rata o una cobaya en un laboratorio. Va siendo hora de que reconozcamos en nuestro trabajo e hipótesis de las enfermedades que nuestros pacientes tienen mentes, y que ésta, una parte altamente civilizada de los pacientes, tiene una influencia muy marcada sobre sus cuerpos.*” El Dr Billington señala que todos los médicos clínicos se enfrentaban a este hecho indiscutible en su labor cotidiana, y sugiere que la profesión médica en su totalidad debería tomar en cuenta el vínculo inextricable entre mente y cuerpo. Otras prácticas clínicas, por ejemplo la china, tibetana e india, llevan reconociendo la conexión entre mente y cuerpo desde hace siglos.

Desafortunadamente, las personas que abogan por la separación de mente y cuerpo, ya sea destacando la necesidad de diseñar sistemas de salud con un énfasis en la especialización en una sola dolencia, o mediante el diseño de instalaciones donde las unidades de atención física y mental se encuentran geográficamente alejadas, parecen haber conseguido romper la conexión mente - cuerpo.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2008: “Atención primaria de salud - Más necesaria que nunca”* destaca la necesidad apremiante de volver a centrar los sistemas de salud en la atención primaria. Las inversiones se dirigen con demasiada frecuencia a la especialización y corren el riesgo de erosionar aún más la conexión entre mente y cuerpo. Este informe declara que los valores centrales de la atención primaria articulados en la Declaración de Alma-Ata de 1978 siguen siendo válidos y necesarios para proporcionar salud a todo el mundo. La Declaración también destaca la necesidad de políticas y liderazgo vigorosos que nos permitan formular sistemas de atención sanitaria que puedan alcanzar las metas y ventajas de la atención primaria de salud.

Al igual que en los años antes de la Declaración de Alma Ata, el enfoque en los servicios secundarios y

Los pacientes con dolencias mentales crónicas a menudo acceden a la atención primaria que, en la mayoría de los casos, es el primer sitio al que recurren los pacientes.

terciarios sigue siendo desproporcionado, lo que lleva a la fragmentación de los servicios de atención sanitaria locales. Esta dependencia excesiva de los hospitales para la entrega de atención sanitaria no ha brindado resultados óptimos de salud para la mayoría, pues dichas instituciones suelen no poder centrarse en la persona de forma holística, especialmente en el ámbito de la salud mental donde la mayoría de los pacientes no tienen una sino varias dolencias coexistentes. Las dolencias mentales suelen estar asociadas con enfermedades físicas prolongadas y las dolencias físicas prolongadas suelen estar asociadas con problemas de salud mental.

Los pacientes con dolencias mentales crónicas a menudo acceden a la atención primaria que, en la mayoría de los casos, es el primer sitio al que recurren los pacientes. Los servicios de atención primaria se suelen brindar cerca del hogar, lo que puede reducir la estigmatización (OMS/Wonca 2008). En los entornos de atención comunitaria bien organizados se mejora la continuidad de la atención sanitaria.

Pese a estos hallazgos, la Organización Mundial de la Salud nota en su Informe mhGAP (2008) que muchas personas que padecen dolencias mentales no reciben los servicios de atención de la salud física o mental que necesitan o merecen. En los países de ingresos altos, la proporción de psiquiatras en la población general es de 10,5 por cada 100.000 habitantes; en los países de ingresos medios, es de 2,7 por cada 100.000 habitantes y en los países de bajos ingresos es de sólo 0,05 – 1,05 por cada 100.000 habitantes. La proporción de psicólogos en la población general es 14 por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos altos, 1,8 por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos medios y 0,04 – 0,6 por cada 100.000 habitantes en los países de bajos ingresos. La proporción de enfermeros psiquiátricos en la población general es 32,95 por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos altos, 5,35 por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos medios y 0,16 – 1,05 en los de bajos ingresos. La proporción de trabajadores sociales en la población general es 15,7 por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos altos, 1,5 por cada 100.000 en los países de medios ingresos y 0,04 – 0,28 por cada 100.000 en los de ingresos bajos.

Estos datos demuestran que, a nivel mundial, los recursos disponibles para la salud mental tanto en hospitales como en servicios de atención secundaria de la salud son inadecuados. Necesitamos una fuerza laboral fácilmente disponible y económica, que cuente con la formación para tratar tanto dolencias de salud mental como de salud física. Dicha fuerza laboral está disponible más fácilmente a través de la atención primaria. Starfield et al. (2003) destacan el porcentaje alto de comorbilidad en la comunidad y sugieren que el control de una sola enfermedad no es capaz de hacerle frente. Los médicos de atención primaria

proporcionan atención general a una gran parte de la población y por lo tanto están mejor preparados para lidiar con la comorbilidad.

La buena atención primaria proporciona continuidad porque los pacientes y el equipo se conocen. Esto resulta en una reducción de los costos totales de la atención sanitaria. Se ha demostrado que los pacientes están satisfechos con los servicios de atención primaria y que los resultados de ésta a nivel de salud pública son mejores que los resultados de la especialización única, porque la atención primaria está mejor equipada para tratar a los pacientes de forma holística.

Muchos estudios han señalado el nivel excesivo de mortalidad en pacientes con enfermedades mentales. Hasta un 50% de las personas con una enfermedad mental grave tienen una comorbilidad de dolencias físicas identificables. Aproximadamente el 35% pueden tener trastornos que no se han diagnosticado y aproximadamente un 20% tienen problemas clínicos que podrían explicar o causar la exacerbación de sus dolencias psiquiátricas (Lawrence et al. 2000, OMS/Wonca 2008). Las dolencias asociadas con enfermedades mentales prolongadas incluyen asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, enfermedad coronaria (CHD por sus siglas en inglés), artritis, ciertos tumores y tipos de cáncer, problemas de piel como por ejemplo psoriasis y algunas enfermedades relacionadas con el tabaquismo. El costo de la atención aumenta en un 70% cuando la persona con problemas de salud mental contrae problemas de salud física.

Un estudio general europeo señaló recientemente que los problemas de salud mental y física tienen tanto un costo humano como un costo financiero asociado, y estimó que se gastan aproximadamente 436 mil millones de euros por año debido a la salud mental deficiente. Ello equivale a unos 2.000 euros por hogar. La presencia de problemas de salud física en las personas con problemas de salud mental aumenta el costo de la atención sanitaria en un 70% adicional. Este informe señala también la interacción positiva entre la salud mental y física y aboga por la necesidad de que la Unión Europea mejore el acceso a servicios de atención de la salud mental a través de la atención primaria, y mejore la formación de los equipos de atención primaria.

Muchas personas cuestionan la capacidad de la atención primaria para proporcionar una gestión adecuada de la atención de la salud mental y física. En 2008 la Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud presentaron evidencia recogida alrededor del mundo demostrando que los equipos de atención primaria de los países de ingresos altos, medios y bajos pueden proporcionar un servicio integrado de atención de la salud mental con resultados buenos y económicos, y pacientes satisfechos. No obstante, no es posible garantizar estas normas de eficacia a nivel universal.

La buena formación de la fuerza laboral para la atención primaria puede producir beneficios, pero es preciso que los médicos de cabecera reciban formación que les permita comprender la conexión entre mente y cuerpo. En 2007 la Organización Mundial de Médicos de Familia y la Federación Mundial de la Salud Mental se unieron a la *Campaña para superar los obstáculos* y conjuntamente llevaron a cabo una encuesta en línea en Francia, Alemania, México, Brasil y Australia. Dicha encuesta tenía por objeto comprender la forma en que los médicos de cabecera y sus pacientes entienden la conexión entre mente y cuerpo. Se consultó un total de 252 adultos que habían recibido de su médico por lo menos una receta para tratamiento de depresión. También se consultó un total de 501 médicos de cabecera en ejercicio.

Algunos de los hallazgos demostraron que:

- el 78% de los médicos de cabecera coincidían en que existe una conexión entre mente y cuerpo.
- el 85% de los médicos de cabecera coincidían en que la comprensión de la conexión entre mente y cuerpo les ayudaba en su diagnóstico.
- el 93% de los médicos de cabecera coincidían en que dicha comprensión les ayudaba en el control de la enfermedad.
- el 84% de los médicos de cabecera coincidían en que existe la necesidad de que los médicos de cabecera reciban formación sobre la conexión entre mente y cuerpo.
- el 62% de las personas que habían recibido por lo menos una receta para el tratamiento de la depresión coincidían en que habían hablado sobre la posible conexión entre mente y cuerpo con su médico de cabecera.

Las personas que habían recibido por lo menos una receta para el tratamiento de la depresión y que

coincidían en que existe una conexión entre la mente y el cuerpo, habían consultado a su médico de cabecera un promedio de 68 semanas antes que las personas que habían recibido por lo menos una receta para el tratamiento de la depresión pero no creían que existe una conexión entre mente y cuerpo. Esta encuesta destaca la necesidad de proporcionar información al público general y a los médicos de familia sobre la existencia de la conexión entre la mente y el cuerpo.

El enfoque tradicional de dependencia de la atención secundaria no será suficiente para afrontar el volumen de comorbilidad física y mental de la población. Ya se sabe que la atención primaria mejora los resultados generales de salud tanto mental como física. Es preciso proseguir la integración de la atención de la salud mental y física a nivel mundial, para abordar mejor la brecha que existe en la salud mental en todas las sociedades del mundo. Dicha brecha no se puede abordar solamente mediante la atención primaria. Es preciso que la atención primaria colabore de forma efectiva con la atención secundaria, los usuarios de los servicios y sus familias, y que habilite a las personas para que puedan apropiarse de los sistemas de apoyo a la atención sanitaria informales disponibles en cada comunidad.

La buena salud mental sólo es posible si existe el acceso a la atención de la salud física. De la misma manera, la buena salud física requiere acceso a la atención de la salud mental. Hace demasiado tiempo que se separa la atención sanitaria de la mente y el cuerpo, para detrimento de nuestros pacientes. El Día Mundial de la Salud Mental 2010 nos permite volver a concentrarnos en este importante elemento de la atención sanitaria, de modo que la salud para todos se convierta en realidad.

El Dr Gabriel Ibijaro, FRCGP, FWACPpsych, MMedSci, DFFP, MA es el presidente del Grupo de trabajo de la Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca) dedicado a la salud mental, Reino Unido. Su dirección electrónica es: gabluc@aol.com

Referencias:

1. Billington CM. Mind and Body (correspondence). *British Medical Journal* 1933; junio: 1026.
2. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: Atención primaria de salud - Más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud: Ginebra 2008.
3. *Declaración de Alma-Ata: conferencia internacional sobre atención primaria de la salud, Alma-Ata, URSS, Sept. 6-12, 1978.*
4. OMS/Wonca. *Integrando la salud mental en la atención primaria: una perspectiva mundial.* Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca). 2008.
5. OMS. *mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias.* OMS: Ginebra, 2008.
6. Starfield B, Lemjke K, Herbert R, Pavlovich W & Anderson G. *Annals of Family Medicine.* 2005; 3(3):215.
7. Lawrence D, Holman CDJ, Jablensky AV et al. Excess cancer mortality in Western Australian psychiatric patients due to higher case fatality rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101: 382-388.
8. Mental Health and Physical Health Platform. *Mental and Physical Health Charter.* 2009.

LA SALUD MENTAL COMO INVERSIÓN: AHORRAR COSTOS Y MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

por el Dr. David McDaid

Resumen: Los argumentos económicos pueden reforzar la defensa de la atención integrada de la salud mental y física. Los datos de los países de ingresos altos demuestran que el tratamiento de la comorbilidad de trastornos permite ahorros significativos en los costos, por ejemplo costos médicos más bajos, menor ausentismo del trabajo, reducción del número de jubilaciones tempranas, reducción de las obligaciones de cuidar de un familiar y reducción de los costos de bienestar social. También se pueden reducir los riesgos de quedar sin hogar y de entrar en contacto con el sistema de justicia penal. Es preciso obtener más evidencia en países de ingresos bajos y medios sobre los costos y beneficios económicos.

Se ha destacado la importancia de los vínculos entre los problemas físicos crónicos y los de salud mental, pero ¿sabemos cuáles son las consecuencias de dichas comorbilidades? ¿Exacerban los costos de los sistemas de atención sanitaria y no sanitaria en diferentes contextos nacionales? ¿Qué impacto tienen en la participación en el empleo o la educación? ¿Dificultan el progreso hacia diferentes Objetivos de Desarrollo del Milenio? ¿En qué medida podría el suministro de servicios mejor integrados y coordinados ayudar a

evitar y/o aliviar algunos de estos costos? ¿Cómo podrían superarse los obstáculos a la prestación de intervenciones efectivas?

El dar respuestas cada vez más exhaustivas a estas preguntas puede ayudar a los responsables de las políticas y a los encargados de la planificación a tomar decisiones sobre la mejor manera de utilizar sus recursos, tanto en el sistema de atención sanitaria como fuera de éste. En esta época en que muchos países están pasando por una contracción económica, resulta especialmente importante toda información que demuestre que afrontar la comorbilidad representa una buena inversión.

Impactos múltiples

Hoy día contamos con gran número de pruebas que demuestran las profundas consecuencias personales, sociales y económicas de la mala salud mental. Por ejemplo, en la Unión Europea se ha estimado que el costo de vida anual total padeciendo un problema de salud mental, y aún más una dolencia física adicional, es de más de 2.000 euros por hogar europeo [1]. Solamente un tercio de dichos costos son sufragados por el sistema sanitario; los costos principales incluyen el ausentismo laboral, la jubilación y el retiro de la fuerza laboral antes de tiempo, y el hecho de que los integrantes de la familia, incluso niños, pueden perder la oportunidad de trabajar o estudiar debido a sus obligaciones de cuidado del enfermo.

El vivir con dolencias mentales y físicas coexistentes puede tener un impacto económico significativo para el paciente y también para su familia.

Otros impactos cruciales a nivel personal incluyen el riesgo de verse aislado por la familia y de quedar sin hogar o de entrar en contacto con los sistemas de justicia penal. Muchos efectos pueden ser prolongados: la mala salud mental en la infancia puede acarrear profundas consecuencias a largo plazo, limitando las oportunidades en la edad adulta. Todos estos impactos humanos, sociales y económicos pueden resultar más duros en los países de ingresos bajos y medios donde la red de seguridad de protección social es mínima, si es que existe, y perdura un nivel muy alto de estigmatización.

Existen pruebas crecientes de que dichos costos se ven exacerbados por la comorbilidad de problemas de salud física. Se estima que la comorbilidad de la depresión y las enfermedades físicas aumenta los costos individuales de la atención sanitaria hasta un 50% en los países de ingresos altos [2]. Los costos pueden ser más elevados en algunas dolencias, por ejemplo los diabéticos con depresión pueden afrontar costos de atención sanitaria 4,5 veces mayores que los pacientes con diabetes sin complicaciones [3]. Los costos adicionales que supone la comorbilidad de las enfermedades cardiovasculares con la mala salud mental pueden ser del 15% al 40% más elevados [4]. La mala salud mental y los trastornos musculoesqueléticos son los principales factores que contribuyen al ausentismo laboral; la comorbilidad aumenta dichos costos [5]. La depresión materna se ha asociado con un mayor riesgo de problemas de salud física infantil y con vacunaciones incompletas [6]. En los países de ingresos bajos y medios, la mala salud mental también puede reducir la eficacia de las medidas para contener la propagación de enfermedades transmisibles tales como VIH/SIDA [7] y tuberculosis [8].

Varios factores puede que contribuyan a estos costos adicionales. La mala salud mental puede reducir la probabilidad de que la persona siga los consejos o el régimen de tratamiento para controlar cualquier problema de salud física. Las personas con problemas de salud mental también pueden manifestar reticencia a ponerse en contacto con los servicios de atención primaria o de otro tipo por temor a verse categorizados. Puede que los profesionales tanto de la atención primaria como especializada que estén tratando problemas crónicos de salud física no detecten problemas de salud mental y viceversa. Es posible asimismo que en el seno de los sistemas de atención sanitaria haya obstáculos entre los servicios de atención de la salud mental y de salud general que impidan el desarrollo de un enfoque de la atención más holístico, más integrado [8].

El uso de la economía a favor de la actuación

Uno de los retos fundamentales sigue siendo el alentar la inversión en actuaciones efectivas para afrontar tanto los problemas de salud mental como las comorbilidades. Es esencial proporcionar información no sólo sobre la eficacia de las posibles opciones de actuación sino también sobre los costos de ejecución, así como

sobre los posibles costos que se evitarían más tarde gracias al mejor estado de salud. Ya se ha demostrado que una serie de intervenciones destinadas a prevenir y/o tratar los problemas de salud mental son eficaces en función de los costos, aun en los países de ingresos bajos y medios donde los recursos son muy limitados [9]. El acentuar el costo de los posibles problemas de salud física que se pueden evitar habla aun más a favor de la inversión en dichas intervenciones en cualquier situación.

Un aumento de la inversión en el sistema de atención sanitaria también puede llevar a compensaciones económicas positivas en otros sectores, por ejemplo mediante la participación en el empleo, lo que aumenta tanto la productividad nacional como los ingresos relacionados con el impuesto sobre la renta. Por lo tanto, es importante dialogar con los responsables de la formulación de políticas, el sector patronal y otros ajenos al sistema de salud.

También resulta de importancia crítica el examinar lo que se sabe sobre la eficacia en función de los costos de las actuaciones para afrontar y/o prevenir la comorbilidad de los problemas de salud mental en personas que ya padecen una enfermedad física crónica. El fortalecer la evidencia en los países de ingresos bajos y medios en particular también puede transmitir a los donantes y organizaciones de ayuda internacionales un argumento convincente de que afrontar la salud mental puede ser un instrumento adicional efectivo para alcanzar objetivos hacia la reducción del impacto de las enfermedades transmisibles. En los países de ingresos altos es posible identificar medidas eficaces en función de los costos. Algunas se centran en el mejor reconocimiento y control de la depresión en las personas con enfermedades físicas crónicas, como es el caso de la atención cooperativa y en etapas para casos de comorbilidad de diabetes y depresión en EE.UU. [10]. El reto es evaluar si dichos enfoques son económicos en otros entornos.

El seguimiento regular del estado de salud física del paciente con problemas de salud mental, aparejado con medidas de promoción de la salud, también merece mayores niveles de inversión. La clave del valor económico de dicho enfoque yace en la mejor comprensión de los factores que afectan la adopción de las intervenciones. Por ejemplo, se podría investigar el papel que pueden jugar diferentes incentivos financieros y no financieros, p.ej. alentando el seguimiento regular de la salud física en entornos de atención primaria, así como ayudando a alentar a los pacientes a mantener el cambio a conductas sanas.

En resumen, el argumento económico para defender la actuación es prometedor; el reto ahora es fortalecer aun más la evidencia basada en qué es lo que de verdad funciona y a qué costo en diferentes entornos, a fin de proporcionar argumentos vigorosos a favor de afrontar la comorbilidad mental y física.

David McDaid es un Investigador en la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, en el Reino Unido. Su dirección de correo electrónico es: d.mcdaid@lse.ac.uk

Referencias:

1. McDaid D (ed). *Bridging the gap between physical and mental health*. Brussels: Mental and Physical Health Platform, 2009
2. Chisholm D. et al. Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *Br J Psychiatry*. 2003. 183: p. 121-31
3. Egede L, Zheng D, K. Simpson. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25 (3): 464-470.
4. Rutledge T et al. Depression and cardiovascular health care costs among women with suspected myocardial ischemia: prospective results from the WISE (Women's Ischemia Syndrome Evaluation) Study. *Journal of the American College of Cardiology* 2009; 53(2):176-183
5. Bevan S et al. *Fit for work. Musculoskeletal disorders in the European workforce*. London: Work Foundation, 2009.
6. Rahman A et al. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of General Psychiatry* 2004 , 61, 946-952
7. Freeman M et al. Integrating mental health in global initiatives for HIV/AIDS. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187:1-3
8. Husain, M O et al. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2008: 4:4
9. Hyman S et al. *Mental Disorders. In Disease Control Priorities in Developing Countries* (2da edición): 605-626. New York: Oxford University Press, 2006.
10. Katon W et al. Long-Term Effects on Medical Costs of Improving Depression Outcomes in Patients With Depression and Diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31(6):1155-1159

SECCIÓN TRES

ESTRATEGIAS PARA EL CONSUMIDOR Y LOS CUIDADORES DE LA FAMILIA

Parte I Mejora de la capacidad de adaptación

Cuando se produce cualquier cambio o evento difícil en la vida, la persona pasa por un período de ajuste, aprendiendo sobre su enfermedad y cómo adaptarse a la nueva forma de vida. Algunas personas se recuperan rápidamente y pasan directamente al tratamiento y de vuelta a su vida, mientras que otras tienen una travesía más ardua. La mejora de la capacidad de adaptación puede ser un factor importante en la calidad de vida y no siempre surge en forma automática; algunas personas tienen que aprender a aumentar su capacidad de adaptación. La Asociación Americana de Psicología declara que *“La capacidad de adaptación no es una característica que las personas tienen o no. Implica conductas, pensamientos y actuaciones que se pueden aprender y desarrollar...”*

En su documento Gaining Psychological Control of Your Chronic Illness (Cómo lograr el control psicológico de su enfermedad crónica), el Dr Vijai P. Sharma, PhD, proporciona algunos consejos importantes: *“Si una enfermedad se convierte en el compañero de tu vida, cuanto más decidido estés a controlarla, más podrás mejorar tu calidad de vida. Ya tengas artritis, diabetes, enfermedades cardíacas, cáncer, enfisema u otra enfermedad crónica, puedes cambiar lo que te sucede. Puedes aprender a tener un papel más activo, a sobrellevar mejor las cosas y a ejercer mayor control sobre el resultado de tu enfermedad y tu capacidad de funcionar en la vida.*

Cuando te conviertes en experto en tu enfermedad, la controlas mejor. Aprende todo lo que puedas sobre tu dolencia. Eso te dará ideas sobre medidas que puedes tomar para minimizar tu discapacidad y tus complicaciones. Asume un papel de socio activo en tu tratamiento y rehabilitación y ayuda a tu médico a ayudarte.

Hazte las preguntas siguientes y, si fuera posible, escribe tus respuestas:

1. *¿Qué empeora o mejora mi dolencia?*
2. *¿Qué debemos hacer mi familia y yo cuando mis síntomas se exacerban?*
3. *¿Cuáles son las señales de advertencia de que necesito ayuda profesional/atención de emergencia?*
4. *¿Qué puedo esperar de mi equipo médico y que tendré que hacer yo?”*

(<http://www.mindpub.com/topic16.htm>)

La capacidad de adaptación es a menudo una combinación de características internas y conductas aprendidas, pero también se puede desarrollar a partir de factores externos tales como los sistemas de apoyo social y una buena relación con el equipo médico. Angela L. Carter, en su artículo Resilience: Do you have what it takes to bounce back after illness? (La capacidad de adaptación: ¿tiene usted lo que hay que tener para recuperarse después de una enfermedad?) dice que el apoyo social consiste en tener amigos, familiares o una red de otras personas que brindan una diversidad de diferentes tipos de apoyo.

El sobrellevar los retos mentales y emocionales de una enfermedad crónica exige un enfoque realista pero a la vez positivo. Al principio puede parecer imposible adaptarse a su dolencia o sentirse positivo con respecto al futuro, pero se puede lograr. Un estudio reciente de pacientes renales que recibían varios tratamientos de diálisis por semana ha señalado que su ánimo percibido y su satisfacción con la vida no eran diferentes de los de un grupo control de personas sanas.

Un psicólogo cualificado puede ayudarle a generar la capacidad de adaptación emocional necesaria para navegar por las dificultades que supone una enfermedad crónica. En colaboración con su médico y otros especialistas, el psicólogo puede participar en la formulación de estrategias apropiadas para sobrellevar los problemas, estrategias que no solamente fortalecerán su programa de tratamiento sino que también le ayudarán a encontrar satisfacción en la vida a pesar de las limitaciones físicas.

He aquí algunas sugerencias para sobrellevar las enfermedades crónicas:

- Manténgase conectado. Establezca y mantenga relaciones de calidad con amigos y familiares. Muchas organizaciones sanitarias también patrocinan grupos de apoyo compuestos de otras personas que están afrontando desafíos similares. Dichos grupos no solamente contribuirán a su bienestar sino que también le ofrecerán oportunidades satisfactorias de prestar ayuda a otras personas.
- Cúidese. No permita que las preocupaciones sobre su enfermedad le impidan comer bien, descansar, hacer ejercicio y divertirse.
- En la medida de lo posible, lleve una rutina cotidiana de trabajo, recados, labores domésticas y pasatiempos. Ello le dará una sensación de estabilidad dentro del caos y la incertidumbre de su enfermedad.

Promoción de la capacidad de adaptación en los jóvenes

Pese a que la esperanza de vida de los jóvenes con dolencias crónicas ha mejorado drásticamente, se ha prestado menos atención a mejorar el desarrollo psicosocial de los jóvenes y sus familias. Con demasiada frecuencia la intervención se centra únicamente en la discapacidad y se pasan por alto los problemas de atención de la salud del adolescente y sus necesidades normales de desarrollo. No obstante, los profesionales de atención sanitaria se encuentran en una situación crucial para poder influenciar los resultados de la salud tanto física como mental, especialmente gracias a su contacto constante con los jóvenes con dolencias crónicas.

Las investigaciones sobre los jóvenes con capacidad de adaptación y sus familias sugieren estrategias específicas que pueden utilizar los proveedores de servicios para promover el funcionamiento sano. El hecho de que los jóvenes con dolencias crónicas y discapacitantes y sus familias se enfrenten a un riesgo de problemas de salud mental dos veces mayor (Gortmaker, Walker, Weitzman y Sobol, 1990; Lavigne y Faier-Routman, 1992) destaca la importancia de integrar estrategias que promuevan la salud mental positiva en los servicios de atención sanitaria existentes para estas poblaciones. Además, la atención sanitaria de los adolescentes con necesidades especiales de atención de la salud debe brindarse prestando atención deliberada al contexto familiar, ya que la familia tiene un papel tan indispensable en el desenvolvimiento y la atención cotidiana del adolescente. Los médicos deben proporcionar atención que apoye el funcionamiento sano de la familia y evite estrategias que socavan dicho funcionamiento (p.ej. planificar protocolos de tratamiento rígidos y tomar decisiones por la familia en lugar de hacerlo junto con ella).

Las tres recomendaciones siguientes para planes de tratamiento promueven la capacidad de adaptación del joven con una dolencia crónica y su familia.

1. Incluir al adolescente y su familia en los planes de tratamiento

Evidentemente, los jóvenes y sus familias tienen un papel destacado en el control cotidiano de la dolencia crónica. Por lo tanto, los proveedores tienen que comprender el impacto de la dolencia crónica sobre la vida cotidiana de modo que se puedan formular planes de tratamiento realistas. Los problemas surgen cuando los planes de tratamiento no toman en cuenta el contexto social en el que vive el adolescente. Los planes de tratamiento deberían perturbar al mínimo la vida de la familia y fomentar el desarrollo sano del adolescente. Los proveedores pueden incluir a la familia aun cuando ésta no esté presente durante las consultas. Por ejemplo, pueden pedirle al joven información sobre su familia. La meta es comprender al adolescente dentro del contexto de su familia.

2. Formular planes de tratamiento en base a las fortalezas y capacidades del adolescente

La identificación de las fortalezas y capacidades ayuda al proveedor a formular intervenciones que establezcan las aptitudes del adolescente con dolencias crónicas. Además, los jóvenes necesitan información específica sobre su fortaleza física y limitaciones particulares a fin de poder formular planes

realistas con respecto a su futura carrera, sus estudios y sus disposiciones de vivienda. Por otro lado, los servicios y programas basados exclusivamente en los déficits pueden limitar el potencial del adolescente, especialmente si la financiación de los servicios depende de la demostración de ciertos grados de discapacidad constante.

3. Atender las necesidades para el desarrollo normal del joven y su familia

La dolencia se convierte típicamente en el centro de atención durante los encuentros con los proveedores de servicios y se suelen ignorar las preocupaciones sobre la salud mental. Como los adolescentes con dolencias crónicas son más similares que diferentes de sus coetáneos sanos, es preciso abordar las preocupaciones de atención sanitaria comunes en los adolescentes. Los jóvenes con dolencias crónicas merecen recibir atención integrada que se ocupe de la salud del adolescente y de las cuestiones relacionadas con la discapacidad. Además, los padres y otros cuidadores de la familia tienen que ir encontrando nuevas maneras de controlar la dolencia crónica a medida que el adolescente va llegando a la edad adulta. Los proveedores pueden facilitar las transiciones incorporando en las consultas información y enseñanzas apropiadas para la etapa de desarrollo correspondiente, comenzando a una edad temprana. Es preciso reevaluar los planes de tratamiento periódicamente a fin de garantizar que correspondan a la etapa de desarrollo y a las capacidades del joven. Las cuestiones de desarrollo deben ser incluidas en los planes de tratamiento para fomentar el funcionamiento sano del joven y su familia.

Referencia:

Garwick, A., & Millar, H. (1995). Promoting Resilience in Youth with Chronic Conditions & Their Families. Maternal & Child Health Bureau. Health Resources & Services Administration. U.S. Public Health Service.

RECURSOS

10 MANERAS DE MEJORAR LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN

Asociación Americana de Psicología
<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>

Conéctate. Las buenas relaciones con los integrantes de la familia, los amigos u otros son importantes. Aceptar ayuda y apoyo de las personas que te aprecian y te escuchan fortalece la capacidad de adaptación. Algunas personas consideran que la actividad en los grupos cívicos, organizaciones religiosas u otros grupos locales brinda apoyo social y puede ayudarlas a recuperar las esperanzas. El ayudar al prójimo en momentos de necesidad también puede beneficiar al que proporciona la ayuda.

Evita ver las crisis como problemas insuperables. No puedes cambiar el hecho de que sucedan eventos sumamente estresantes, pero sí puedes cambiar de qué manera interpretas y respondes a dichos eventos. Trata de mirar más allá del presente, hacia cómo las circunstancias pueden ser un poco mejores en el futuro. Advierte las formas sutiles en que puede que ya te sientas algo mejor según vas sobrellevando situaciones difíciles.

Acepta que el cambio forma parte de la vida. Puede que ya no puedas alcanzar ciertas metas como resultado de situaciones adversas. El aceptar las circunstancias que no se pueden cambiar puede ayudarte a centrarte en las circunstancias que sí puedes cambiar.

Avanza hacia tus metas. Formula algunas metas realistas. Haz algo con regularidad que te permita avanzar hacia tus metas, aún si parece un logro pequeño. En lugar de concentrarte en tareas que parecen inalcanzables, pregúntate “¿Qué hay que sé que puedo lograr hoy que me ayuda a avanzar por el camino que quiero seguir?”

Toma medidas resueltas. Responde a las situaciones adversas todo lo que puedas. Toma medidas resueltas en lugar de alejarte completamente de los problemas y estreses y de desear que simplemente desaparezcan.

Busca oportunidades para descubrirte a ti mismo. Las personas a menudo aprenden algo sobre sí mismas y tal vez descubren que de alguna manera han crecido como resultado de la lucha contra la pérdida. Muchas personas que han vivido tragedias y dificultades han mencionado que sus relaciones han mejorado, que tienen un mayor sentido de fortaleza aun sintiéndose vulnerables, tienen mayor autoestima y una espiritualidad más desarrollada y que aprecian más la vida.

Cultiva una opinión positiva de ti mismo. El desarrollar confianza en tu habilidad para resolver problemas y el confiar en tus instintos ayudan a aumentar la capacidad de adaptación.

Mantén las cosas en perspectiva. Aun si estás enfrentando eventos muy dolorosos, procura considerar la situación estresante en un contexto más amplio y mantener una perspectiva a largo plazo. Evita exagerar el evento.

Mantén una perspectiva positiva. Una perspectiva optimista permite tener la esperanza de que te sucedan cosas positivas en la vida. Trata de visualizar lo que deseas, en lugar de preocuparte por lo que temes.

Cuídate. Presta atención a tus propias necesidades y emociones. Involúcrate en actividades que disfrutes y que te relajen. Haz ejercicio con regularidad. El cuidar de tu persona te ayudará a mantener tu mente y cuerpo preparados para afrontar situaciones que requieran capacidad de adaptación.

Puede que te resulten útiles otras maneras adicionales de fortalecer tu capacidad de adaptación. Por ejemplo, algunas personas escriben sobre sus pensamientos y emociones más íntimos relacionados con el trauma u otros eventos estresantes de sus vidas. La meditación y las prácticas espirituales ayudan a algunas personas a establecer conexiones y restablecer la esperanza.

La clave es identificar los métodos que probablemente te den mejor resultado como parte de tu propia estrategia personal para fomentar la capacidad de adaptación.

ESTRATEGIAS PARA EL CONSUMIDOR Y LOS CUIDADORES DE LA FAMILIA

Parte 2 Establecimiento de sistemas de apoyo

Algunas de las primeras medidas a considerar después del diagnóstico de una enfermedad crónica incluyen buscar apoyo y aprender a controlar la enfermedad. Aunque las personas que le rodean pueden prestarle el apoyo emocional y físico básico que necesita, usted mismo debería convertirse en su propio defensor y apoyo más importantes. El asumir un papel activo en su enfermedad y establecer un sistema de apoyo a su alrededor crea un plan vigoroso para el progreso futuro. Para poder ayudar a los pacientes con esto es preciso considerar el efectuar cambios en los sistemas de atención sanitaria y en la comunidad con el fin de apoyar a los pacientes a asumir un papel más activo en el control de su enfermedad.

Un programa nuevo que está recibiendo mucha atención es la premisa de establecer *Sistemas de apoyo al autocontrol*. El Institute for Patient and Family Centered Care (Instituto de atención centrada en el paciente y la familia) (<http://www.ipfcc.org/advance/topics/pc-selfmgmt.html>) describe el apoyo al autocontrol como *“la educación y los recursos que se ofrecen a las personas con dolencias crónicas para apoyarlas en la generación de confianza y competencia para controlar sus dolencias. Los proveedores de atención sanitaria colaboran con los pacientes y sus familias para tomar decisiones sobre su atención. Para la gente con dolencias crónicas ello implica efectuar cambios de estilo de vida así como continuar con regímenes de tratamiento y medicación. Para los proveedores implica asociarse con el paciente y su familia para crear un plan de atención.*

El apoyo al autocontrol cooperativo cambia la prestación de atención del proveedor tradicional, o modelo centrado en el sistema, a un enfoque centrado en el paciente y su familia. Pacientes, familias y proveedores establecen una relación de respeto mutuo en que todos respetan la experiencia de los demás, comparten información de forma sincera y se compenetran en las metas, prioridades, valores y necesidades del paciente y sus familiares, así como en las opciones clínicas basadas en pruebas. Juntos crean un plan que orienta la atención en el entorno clínico y en el hogar.”

Otra área importante a considerar es la necesidad de establecer a su alrededor un círculo de recursos, sistemas de apoyo social, cuidadores de la familia dispuestos a ayudar, grupos de apoyo y otras personas de importancia clave. Se ha demostrado que sin un sistema de apoyo sólido, muchas personas no logran controlar su enfermedad de forma efectiva, lo que lleva a resultados más negativos y a hospitalizaciones que le cuestan más dinero al paciente y al sistema. Un medio de apoyo eficaz en función de los costos es el establecimiento de grupos de apoyo de personas afines al paciente. Estos grupos potencian a los pacientes, les brindan contacto con otras personas con la misma enfermedad y un ámbito en el que se sienten cómodos para conversar sobre cualquier aspecto de su progreso. Esto también es muy útil para los integrantes de la familia.

En 2006, la California Healthcare Foundation (Fundación de atención sanitaria de California) publicó un documento que describía 7 modelos para establecer con éxito programas de apoyo mediante personas afines para personas con enfermedades crónicas. El documento completo se encuentra en: www.familydocs.org/files/Building%20Peer%20Support%20Programs%20CHCF.pdf.

Es importante que cada persona encuentre su propio camino y las personas que desea que le ayuden, que correspondan a sus necesidades, enfermedad y personalidad. Algunas solamente usan integrantes de su familia, mientras que otras dependen de sistemas de apoyo que incluyen grupos de personas afines, terapia individual, amigos, grupos sociales, blogs y páginas Web. Es importante tratar de encontrar lo que le pueda ayudar personalmente mientras va aprendiendo a vivir con su enfermedad.

RECURSOS

ESTABLECIMIENTO DEL APOYO SOCIAL

Centro de Servicios para la Salud Mental de EE.UU.

Explore los recursos de su comunidad. ¿Existe un grupo de apoyo para su problema? La mayoría de los periódicos locales, estaciones de radio y televisión publican un calendario de eventos de recursos comunitarios. ¿Sabe usted qué ofrecen los hospitales, servicios sociales o el departamento de sanidad que pueda beneficiarle a usted? Tal vez la biblioteca tenga libros sobre su dolencia; pida al bibliotecario que le ayude a encontrar la información.

El Centro de Servicios para la Salud Mental de EE.UU. ha creado un “Illness Management and Recovery Workbook” (Manual para el control y la recuperación de una enfermedad) que incluye un folleto sobre el tema “Establecimiento del apoyo social”; se incluye un extracto aquí abajo. El folleto se centra en los métodos para aumentar el apoyo social en la vida. Visite el sitio Web indicado para obtener el folleto y el manual.

“Apoyo social” se refiere a tener relaciones que traigan satisfacción, enriquecimiento y sean útiles. Se considera que las relaciones son “de apoyo” cuando tienen un enfoque positivo y mínimos conflictos y tensiones. Las diferencias de opinión son naturales en cualquier relación y en una relación de apoyo puede haber desacuerdos de vez en cuando. No obstante, en general los desacuerdos en una relación de apoyo se pueden resolver de forma pacífica y efectiva.

El apoyo social puede provenir de relaciones con una diversidad de personas diferentes tales como integrantes de la familia, amigos, personas afines, cónyuges, novios, colegas, miembros de grupos religiosos u otros grupos espirituales, compañeros de clase, profesionales de salud mental y miembros afines de grupos de apoyo. Los sistemas de apoyo social varían según la cultura.

Las personas tienen sus propias opiniones sobre lo que constituye una relación de apoyo. También tienen sus propias perspectivas sobre lo que desean de sus relaciones y si están satisfechas con el número y calidad de sus relaciones. Las preguntas siguientes pueden ayudarle a evaluar lo que significa para usted apoyo social.

- ¿Cuáles son las personas que le prestan apoyo?
- ¿Qué tipos de cosas hacen las personas que usted considera que le prestan apoyo?
- ¿Con qué aspectos de sus relaciones está satisfecho?
- ¿Qué aspectos de sus relaciones desearía cambiar?
- ¿De qué forma presta apoyo a otras personas?
- ¿Está satisfecho con la manera en que presta apoyo a otras personas?
- ¿Le gustaría contar con más apoyo social en su vida?

Cómo aumentar el apoyo social

Las personas a menudo están interesadas en aumentar su apoyo social y mejorar sus relaciones con los demás. Se pueden utilizar dos estrategias generales:

- Puede aumentar el número de personas con quienes está en contacto.
- Puede mejorar la calidad de sus relaciones con las personas con quienes está en contacto regularmente.

En muchos casos la combinación de ambas estrategias es la mejor solución.

Buenos lugares donde conocer gente

Se puede conocer gente en cualquier lugar. Ayuda el estar siempre alerta a la posibilidad de conocer a alguien, sin importar dónde se encuentre. Aunque es posible conocer gente en muchos lugares diferentes, existen ciertos sitios donde ello puede resultar más fácil. Suele tratarse de lugares públicos donde las personas se reúnen naturalmente para recreación, para disfrutar de sus intereses o hacer negocios. Algunos ejemplos:

- Organizaciones comunitarias como bibliotecas o asociaciones cívicas
- Escuelas o clases
- Grupos de apoyo
- Lugar de trabajo
- Lugares donde se reúne la gente para actividades religiosas o espirituales (iglesias, sinagogas, templos, mezquitas, etc.)
- Centros de reunión para personas afines
- Clubes de salud o gimnasia como YMCA (ACJ) o YWCA (ACMJ)
- Parques
- Museos
- Conciertos
- Grupos de interés como los que tienen que ver con política, pasatiempos, deportes, conservación o recreación
- Librerías, cafeterías
- Programas de voluntariado

Sugerencias para comenzar una conversación

Para poder conocer a otra persona o conocerla mejor es bueno ser capaz de empezar una conversación. El comenzar y mantener una conversación agradable requiere una combinación de habilidades. Estas habilidades incluyen elegir una persona que sea receptiva hacia la conversación, tener algo interesante que decir y mostrar interés en la otra persona.

Aquí abajo se dan algunas sugerencias específicas para la conversación:

- **Busque alguien que no esté ocupado.**
Elija alguien que no esté obviamente ocupado. Si la persona está en el medio de hacer algo puede que no quiera dejar de hacerlo para hablar con usted.
- **Elija un tema interesante.**
El tema que elija podría estar relacionado con algo que esté haciendo cuando comience la conversación. Por ejemplo, si se encuentra en una galería de arte, podría iniciar una conversación sobre las pinturas que está mirando. También podría elegir otro tema, como el tiempo, eventos recientes o deportes. Si no conoce a la persona, podría empezar por presentarse. Pero al hacerlo, vaya pensando también en un tema para continuar después de la presentación.
- **Mire a la persona.**
Cuando se está hablando con otra persona es importante mantener el contacto con los ojos pues demuestra que está interesado en lo que el otro tenga que decir. Si le resulta incómodo mirar a la persona a los ojos, mire cerca de los ojos, como la frente o la nariz.

- **Sonría y asiente con la cabeza para mostrar que está escuchando.**
Puede resultar útil dejarle saber a la otra persona que usted está escuchando e interesado en lo que está diciendo. El demostrar interés en la otra persona indica que no quiere dominar la conversación hablando sólo usted y que escucha con interés las ideas y puntos de vista del otro.
- **Conecte con lo que está diciendo la otra persona.**
Haga preguntas sobre lo que está diciendo la otra persona y responda a sus comentarios; así le comunica que está interesado en su perspectiva. Si la persona no parece interesada, piense en cambiar de tema o concluya la conversación con cortesía.
- **Evite decir cosas muy personales sobre sí mismo.**
Cuando esté conociendo a otra persona, evite darle información muy privada sobre su persona. Dicha información comunicada muy temprano en una conversación puede incomodar a la otra persona y dificultar el establecimiento de una conexión. Cuando la conozca más, la persona se sentirá más cómoda en las conversaciones sobre temas más personales.

Estrategias para acercarse a la gente

El acercarse a la gente, incluyendo el entablar amistades y relaciones íntimas, es una meta importante para muchas personas. Las relaciones estrechas más satisfactorias son aquellas en las que cada persona está interesada en la perspectiva y el bienestar de la otra. Para poder acercarse a la gente es importante poder compartir cosas más personales sobre usted mismo y abrirse a otras personas para que ellas puedan compartir cosas más personales con usted. También es importante estar dispuesto a hacer cosas para ayudar a la otra persona.

Resumen de los puntos principales sobre el establecimiento del apoyo social

- El apoyo social significa tener relaciones que sean positivas, satisfactorias y útiles.
- Las relaciones son una parte importante de nuestras vidas.
- Las relaciones de apoyo pueden ayudar a reducir el estrés y las recaídas.
- Se puede aumentar el apoyo social mediante la conexión con más personas y mejorando la calidad de las relaciones existentes.
- Se pueden conocer personas nuevas en muchos sitios.
- Para empezar una conversación: Busque alguien que no esté ocupado, elija un tema interesante y demuestre interés en lo que dice la otra persona.
- Parte de la participación en una relación estrecha es demostrarle a la otra persona que la apreciamos.
- Para desarrollar relaciones más estrechas, resulta útil expresar sentimientos positivos, hacer preguntas sobre la otra persona y paulatinamente ir contándole sobre uno mismo.
- Para desarrollar relaciones más estrechas con la gente resulta útil tratar de comprender sus puntos de vista, hacer cosas juntos, transigir y estar dispuestos a ayudar cuando nos necesitan.
- Las relaciones estrechas implican ir aumentando paulatinamente los niveles de revelación entre las personas.
- Es importante desarrollar un sistema de apoyo que le resulte útil a usted.

Referencia:

Centro de Servicios para la Salud Mental.

<http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/illness/workbook/handout4.asp>

ESTRATEGIAS PARA EL CONSUMIDOR Y LOS CUIDADORES DE LA FAMILIA

Parte 3 El autocontrol

En la mayoría de las dolencias crónicas el control cotidiano de la enfermedad recae primordialmente en el paciente y su familia. Debido al inmenso número de personas que padecen actualmente una enfermedad crónica y a la escasez de médicos a su disposición, la idea de aprender métodos de autocontrol resulta una opción que posiblemente salvaría la vida de muchos pacientes. El autocontrol es una frase utilizada con más frecuencia hoy día para describir las decisiones y medidas tomadas por pacientes o familiares para sobrellevar o mejorar el bienestar general del paciente. Puede incluir el control de facetas más personales de la dolencia tales como dolor, fatiga y los medicamentos, y la incorporación de cambios sanos en el estilo de vida como dieta, ejercicio y reducción del estrés.

Sin embargo el apoyo del autocontrol va más allá de la educación tradicional del paciente; la inclusión de prácticas que desarrollan una mayor capacidad de resolución de problemas, mejora de la autoestima y el aumento de la capacidad del paciente para manejar situaciones de la vida real, puede reducir el estrés y la tensión de todas las personas afectadas por la situación. Este nuevo enfoque también puede incluir cambios del sistema en el ámbito de la atención primaria. Los médicos de cabecera pueden prestar apoyo al autocontrol del paciente estableciendo una mejor comunicación paciente-médico para identificar problemas desde la perspectiva del paciente y ofreciendo esta información a título individual o por medio de los recursos comunitarios disponibles. Normalmente la educación de los pacientes la lleva a cabo un profesional de atención sanitaria; el autocontrol lo pueden enseñar y apoyar tanto los profesionales de atención sanitaria como el personal de la oficina de apoyo, los líderes de grupos de personas afines y otros sistemas de apoyo social.

Se ha demostrado que el beneficio que supone para el paciente el aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad le da también una mayor sensación de control, titularidad o poder sobre la enfermedad y aumenta su habilidad para sobrellevarla y su estabilidad emocional. El saber lleva a la potenciación personal.

Cuatro de las lecciones más importantes que deben comprender los pacientes con enfermedades crónicas son:

- 1. Su enfermedad es grave.** Todavía hay pacientes que creen que tienen el “tipo de diabetes que no es muy grave”. Si el paciente no está convencido de que es un problema, jamás hará los cambios necesarios para mejorar su salud.
- 2. Su dolencia es sobre todo autocontrolada.** Cada decisión que el paciente toma durante el día, desde lo que come hasta si camina o toma el autobús, tiene repercusiones para su salud. Es preciso comunicar al paciente que *él (o ella)* es la persona más importante en el control de su enfermedad.
- 3. El paciente tiene opciones.** Es muy raro que haya una forma perfecta de tratar una dolencia. Por ejemplo en el caso de la diabetes, se puede tratar a los pacientes por medio de la dieta y el ejercicio, con medicación oral, insulina y demás. Es preciso que el paciente comprenda las diferentes opciones de tratamiento a su disposición y debe alentársele a estudiar los costos y beneficios personales de cada una. Únicamente el paciente puede decidir si los beneficios son mayores que los costos.
- 4. El paciente puede cambiar su conducta.** Es raro que el paciente salga del consultorio de su médico y ponga en práctica inmediatamente los cambios que éste le ha recomendado. La realidad es que los cambios a menudo tienen que repartirse en una serie de medidas de actuación. Enseñe a los pacientes que es posible hacer cambios de conducta importantes fijando metas, dando el primer paso y comprendiendo lo que entretanto uno va aprendiendo sobre sí mismo.

Academia Americana de Médicos de Familia <http://www.aafp.org/fpm/20000300/47help.html>

RECURSOS

LOS DIEZ FUNDAMENTOS DEL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Cynthia Perkins, M.Ed

El control de la propia enfermedad implica asumir responsabilidad sobre las acciones necesarias para sobrellevarla y vivir la vida lo mejor posible dentro de los límites realistas que uno afronta. Da poder al individuo para mejorar su calidad de vida, reduce su impotencia y desaliento y promueve la confianza en sí mismo y la autoestima.

Se pueden dar muchos pasos para controlar la enfermedad y éstos pueden variar mucho de semana en semana o de persona en persona. Pero existen varios fundamentos indispensables en el recorrido hacia la atención de la salud, cualquiera que sea el diagnóstico.

Estos fundamentos son:

1. Nutrición adecuada

Somos lo que comemos. Lo que comemos tiene un impacto profundo en nuestra salud mental y física. Es esencial comer una dieta sana para funcionar de forma óptima y curarse. Según la enfermedad, ello puede incluir incorporar nuevos alimentos en la dieta o eliminar algunos alimentos favoritos.

Como mínimo debería eliminar cosas como azúcar, cafeína, alimentos refinados y grasas poco sanas y reemplazarlos por alimentos integrales tales como verduras, cereales integrales, frutos secos, fruta y carne fresca o congelada. Su dieta preferiblemente estará libre de los productos químicos y toxinas que se encuentran en la dieta media, como por ejemplo plaguicidas, herbicidas, aditivos, colorantes y conservantes.

Ni la curación ni el máximo funcionamiento pueden ocurrir en un organismo alimentado con alimentos malsanos.

2. Ejercicio

La incorporación de ejercicio en su vida es crucial para la mente, el cuerpo y el alma. La secreción natural de endorfinas que ocurre con el ejercicio es maravillosa para mejorar el estado de ánimo y es un analgésico estupendo.

Además de reducir las enfermedades cardíacas, formar huesos y músculos sanos y controlar el peso, el ejercicio es una forma excelente de aliviar la depresión, la ira, el estrés y la ansiedad y también fomenta la autoestima y la confianza en sí mismo.

El ejercicio regular mejora los niveles de energía, ayuda a dormir mejor y más profundo, promueve los hábitos intestinales sanos y refuerza el sistema inmune.

3. Alimentación del espíritu

Nutrir el espíritu es tan importante como alimentar el estómago. Busque formas de nutrirse y recobrase espiritualmente. Participe en actividades que le hagan sentir íntegro, vivo y en unidad con el universo. El descuidar la espiritualidad lleva a una pérdida de alegría y satisfacción con la vida.

Algunas buenas fuentes de alimentación espiritual son el yoga, meditación, plegarias, comunión con la naturaleza, música, arte, escritura, paseos o las relaciones profundas y significativas.

4. Asuma un papel activo en la atención de su salud

Debería asumir un papel principal en el tratamiento de su salud. En lugar del cumplimiento pasivo de las órdenes del médico, esto exige una alianza con el proveedor de atención sanitaria.

Usted está con su cuerpo las 24 horas del día, de modo que nadie sabe mejor que usted el impacto de su enfermedad o de los enfoques de tratamiento sobre su vida.

Sea un participante activo en los enfoques del tratamiento. Investigue todas las posibilidades y presente opciones a su médico.

5. Comunicación

La comunicación honesta y directa con los proveedores de atención sanitaria, amigos, familiares, etc. es vital para su salud mental y física así como para la calidad de sus relaciones. Usted recibirá la mejor atención posible si su médico entiende claramente sus síntomas y el impacto que le causan su enfermedad y tratamiento.

Las necesidades de todos se satisfacen de forma más efectiva cuando nos entendemos y ello sólo ocurre con la comunicación. La comunicación evita los malentendidos y fomenta la intimidad.

6. Infórmese

Aprenda todo lo posible sobre su enfermedad y sus opciones. Consulte con médicos, nutricionistas, proveedores de atención sanitaria alternativa, otras personas con su dolencia, etc.

Vaya a la biblioteca o librería y lea todo lo que pueda conseguir; investigue en Internet. Sature su mente con conocimientos sobre todos los aspectos de su dolencia para poder tomar decisiones con conocimiento de causa.

El conocerse a sí mismo restablece un sentido de poder personal.

7. Tómese las cosas con calma

Fije prioridades para su tiempo y su energía. Divida las tareas y actividades en categorías difíciles y fáciles y prepare una lista según la prioridad.

Haga primero las cosas urgentes o las más importantes y luego las otras cuando sea capaz. Divida las metas a largo plazo en varias metas a corto plazo. Permítase alcanzar una meta en pequeñas etapas en lugar de todo de una vez.

No deje de descansar cuando lo necesite y permítase dejar la lista sin terminar.

Sea flexible y acepte sus límites. Dese tiempo para recuperarse cuando haya participado en una actividad agotadora.

8. Humor e inspiración

El humor y la inspiración son buenos para el espíritu y el sistema inmune, y necesarios para ayudarnos a mantener las cosas en perspectiva y por encima de la negatividad. Mejoran nuestro ánimo y hacen que la vida sea más llevadera y manejable. Nútrase con humor e inspiración todos los días.

Mantenga citas, imágenes de la naturaleza o chistes en su espacio cotidiano donde los pueda ver con frecuencia; si tiene acceso a Internet puede recibir citas del día o chistes del día directamente en su casilla de correo electrónico. También puede ver películas divertidas, leer tiras cómicas o revistas o libros para inspirarse.

9. Cultive las relaciones principales

Todos necesitamos amor y apoyo, y esto es especialmente importante para las personas con una enfermedad crónica. Nos ayudan en el proceso de aceptación y ajuste y nos ayudan a sobrellevarla; las relaciones hacen que la vida merezca la pena. No hay nada más satisfactorio que amar y ser amado.

Las enfermedades crónicas sin duda impondrán tensión y estrés sobre las relaciones y pueden erosionarlas o destruirlas si no se las controla. Es preciso poner empeño especial en cultivarlas. De prioridad a las personas más importantes para usted y resérveles tiempo de calidad. Fomente la comunicación abierta de las emociones.

Afronte directa y honestamente el impacto de la enfermedad sobre sus relaciones. Solemos evitar este tipo de conversación para tratar de proteger los sentimientos de la otra persona; pese a que así se puede evitar un momento incómodo, a la larga es destructivo para la relación. Busque amigos que le presten apoyo y que sean comprensivos.

10. Reduzca el estrés

La vida es estresante y no hay forma de eliminar ese estrés, pero para evitar la sobrecarga de sus ya limitadas capacidades físicas y emocionales, es indispensable mantener el estrés al mínimo y buscar maneras de afrontarlo eficazmente todos los días.

Si fuera posible, delegue responsabilidades y tareas a otras personas en su vida. Abrevie las visitas y actividades cuando sea necesario. Participe en actividades que calmen y relajen como por ejemplo masajes, meditación, plegarias y ejercicio.

No se deje atrapar en la carrera desenfrenada y agresiva de la vida tratando de estar a la altura de las expectativas de los demás. La mayoría de la sociedad vive a un ritmo de vida malsano.

Mantenga la sencillez en su vida; disfrute de las cosas simples de la vida.

Cynthia Perkins, M.Ed. es una consejera de salud holística que ayuda a las personas con enfermedades o dolor crónicos a vivir una vida más plena. También es la autora de "Living Life to the Fullest: Creative Coping Strategies for Managing Chronic Illness" (Cómo vivir la vida plenamente: estrategias creativas para sobrellevar las enfermedades crónicas). Lea más en su sitio Web en <http://www.holistichelp.net/>.

ESTRATEGIAS PARA EL CONSUMIDOR Y LOS CUIDADORES DE LA FAMILIA

Parte 4 Los cuidadores y las personas de apoyo

Si un ser querido recibe un diagnóstico de cáncer, diabetes u otra enfermedad que amenaza su vida, es posible que usted se sienta desesperado y totalmente impotente. Pero no tiene por qué ser así.

Se ha demostrado que los familiares y amigos tienen un papel inmenso ayudando al paciente a afrontar la enfermedad crónica. Cuando una persona padece una enfermedad crónica es importante que sienta que importa de verdad a otras personas. Lo que más importa es cómo la gente interactúa con el enfermo.

He aquí algunas sugerencias para que los pacientes y sus familias obtengan el tipo de apoyo que desean y necesitan del prójimo:

- Termine con los secretos de familia. En otras palabras, la honestidad es la mejor política. Solemos tratar de proteger a nuestras familias y seres queridos de las malas noticias, pero cuando se le oculta una enfermedad grave al resto de la familia puede salir el tiro por la culata. Comuníquese directa y abiertamente con los integrantes de la familia.
- Incluya a sus hijos. Aunque puede que sólo comprendan la situación de forma limitada, los niños aprecian el hecho de que se les diga lo que está pasando a su alrededor. Los niños pueden pensar que ellos son la causa del problema o de un evento destacado que sucede a su alrededor. Pueden considerar que la enfermedad de uno de sus padres se debe a algo que ellos han hecho. Sea abierto y honesto y dígame a los niños que pueden hacer preguntas. Esto ayudará a aliviar parte de su ansiedad. Recuerde, los niños son una gran fuente de risa y calidez para el enfermo.
- Sea selectivo. No es necesario que todo el mundo se entere de su enfermedad o de la enfermedad de su ser querido. Elija cuidadosamente las personas con quienes desea compartir sus noticias. Algunas relaciones prosperarán y otras sufrirán. Lo importante es que usted sienta que está compartiendo la información con una persona que le dará un vigoroso sentido de apoyo y fortaleza.
- Exprese claramente lo que pueden hacer su familia y amigos para ayudarlo. La gente desea ser útil. No se avergüence de pedir ayuda o favores como por ejemplo cocinar una comida o ayudar con el transporte a la escuela.

Sin embargo al mismo tiempo, el cuidador o persona de apoyo es en muchos casos mucho más que un simple apoyo emocional o una forma de traslado hasta el médico; a menudo son responsables de los aspectos físicos, emocionales y monetarios cotidianos de un integrante de la familia que no puede encargarse de ellos debido a una enfermedad. Como es natural, la mayor parte de la atención está dirigida a la persona diagnosticada con la enfermedad crónica, y con mucha frecuencia se deja que la familia y/o las personas de apoyo afronten las nuevas responsabilidades y los cambios por sí solas.

Las enfermedades crónicas pueden afectar la vida de la familia de muchas maneras:

- Pueden producirse cambios en las rutinas cotidianas debido a las limitaciones del enfermo y las exigencias del tratamiento pueden requerir mayor disponibilidad de los otros integrantes de la familia.
- Puede que la familia tenga que compartir las responsabilidades de la atención del enfermo; ello ayuda a que todos sientan que están contribuyendo al bienestar de su ser querido y también protege a cada uno de la fatiga del cuidador.
- Puede que los integrantes de la familia sientan emociones fuertes tales como culpabilidad, ira, tristeza, temor, ansiedad y ánimo depresivo. Éstas son reacciones normales al estrés. Resulta útil hablar de estas emociones dentro de la familia.

- Puede que el enfermo tenga que encontrar maneras de ser lo más autónomo posible, dadas las limitaciones impuestas por su enfermedad.
- Puede que la familia, pese a las exigencias de la enfermedad, tenga que hacer un gran esfuerzo por mantener un sentido de “normalidad”. Esto puede ser beneficioso también para el enfermo; puede ayudarlo a integrarse más en la vida familiar y puede reducir su sentido de culpabilidad con respecto a las exigencias que su enfermedad impone a la familia en general.

(Asociación Americana de Terapia Matrimonial y Familiar - http://www.therapistlocator.net/families/Consumer_Updates/ChronicIllness.asp)

Está claro que los cuidadores a veces afrontan la misma cantidad de confusión emocional que la persona diagnosticada con la enfermedad crónica. Por lo tanto, es muy importante que los cuidadores o personas de apoyo participen en el desarrollo de un sistema de apoyo más amplio que les dé espacio para cuidar de sí mismos, permitiéndoles así estar disponibles física y emocionalmente por cuanto tiempo sea necesario. Las exigencias que suponen las obligaciones del cuidador pueden ser abrumadoras y suelen causar el agotamiento cuando el cuidador ya no puede más. El papel del cuidador puede ser muy estresante y es importante que obtenga la ayuda que necesita para poder seguir prestando buen apoyo a la persona que lidia con la enfermedad.

El Presidente del Consejo de la FMSM y cuidador en su familia, Tony Fowke, lo corrobora y añade *“El estrés está reconocido en todo el mundo como algo que puede llevar al desarrollo de una enfermedad mental, y la persona que cuida o apoya de alguna manera a otra persona con una enfermedad física crónica a menudo se encuentra en una situación estresante. Si eso continúa, lo ideal es afrontarlo antes de que se desarrolle una enfermedad mental, a fin de que el cuidador pueda proseguir con su papel. Una forma de asegurarse de que esto suceda es proporcionando tiempo de descanso apropiado. Con frecuencia esto se logra compartiendo la función de cuidador con otra persona que también esté estrechamente ligada con el enfermo; pero si ello no fuera posible, una alternativa posible es la atención del enfermo por un tiempo corto en instalaciones especializadas. Desafortunadamente, el cuidador puede encontrarse en una situación en que no hay posibilidad alguna de descanso de ningún tipo y en este caso debería pedir ayuda con respecto a métodos para controlar el estrés.”*

RECURSOS

LOS CUIDADORES DE LA FAMILIA: LO QUE DEBEN SABER SOBRE EL AGOTAMIENTO

La atención de un familiar necesitado es desde hace siglos una acción de bondad, amor y lealtad. Y a medida que aumenta la esperanza de vida y que avanzan los tratamientos médicos, más y más personas participan en el proceso de proporcionar atención, ya sea como cuidadores o como beneficiarios de la atención, o posiblemente ambos.

Desafortunadamente el brindar atención puede cobrarse un precio muy alto si el cuidador no recibe el apoyo adecuado. El proporcionar atención implica muchos factores estresantes: cambios en la dinámica de la familia, perturbación del grupo familiar, presión financiera y simplemente la cantidad de trabajo que supone. Las recompensas por la prestación de atención, si es que llega alguna, son intangibles y escasas, y a menudo no hay esperanzas de un final feliz.

Las señales comunes de advertencia de agotamiento del cuidador son:

- Tiene mucha menos energía que de costumbre.
- Parece que se pesca todos los resfriados o gripes que circulan.
- Está constantemente agotado, aun después de haber dormido o de tomar un descanso.
- Descuida sus propias necesidades, ya sea por estar demasiado ocupado o porque ya no le importa.
- Su vida gira alrededor de sus obligaciones como cuidador, pero le da pocas satisfacciones.
- Le resulta difícil relajarse, aun cuando hay ayuda disponible.
- Cada vez está más impaciente e irritable con la persona que atiende.
- Se siente abrumado, impotente y desolado.

Cuando se es cuidador parece imposible poder encontrar tiempo para cuidar de su propia persona, pero se debe a sí mismo el encontrar tiempo. Sin ello, puede que no tenga la fortaleza mental o física para afrontar todo el estrés que vive como cuidador. Dese permiso para descansar y para hacer las cosas que le gustan todos los días. Ello le ayudará a ser mejor cuidador.

Sugerencias para cuidar de sí mismo:

- Incorpore actividades que le causan placer aun cuando realmente no tenga ganas. Escuche música, trabaje en el jardín, dedíquese a un hobby... cualquier cosa que usted disfrute.
- Mímese. Tome un baño caliente y encienda unas velas. Busque un poco de tiempo para una manicura o un masaje.
- Coma una dieta equilibrada para nutrir su organismo. Busque tiempo para hacer ejercicio aun si es solamente una breve caminata diaria. Haga todo lo posible por dormir por lo menos 7 horas por noche.
- La risa es de verdad la mejor medicina. Compre un libro que no se tome las cosas muy en serio o alquile una comedia. Cada vez que pueda, intente ver el humor en las situaciones cotidianas.
- Lleve un diario personal. Escriba sus ideas y sus emociones. Esto le ayudará a ver su situación en perspectiva y servirá a modo de liberación importante para sus emociones.
- Organice un contacto telefónico con un familiar, amigo o voluntario de una iglesia o centro de la tercera edad para que alguien le llame todos los días para asegurarse de que todo sigue bien. Dicha persona puede ayudarlo llamando a otros integrantes de la familia para darles noticias actualizadas de la situación o para informarles si usted necesita algo.
- Trate de reservar tiempo para una salida por la tarde o por la noche. Pida ayuda a sus amigos y familiares a fin de permitirle a usted pasar un poco de tiempo fuera de la casa. Si le resulta difícil salir, invite a sus amigos y familiares a que le visiten. Tomen un té o un café juntos. Es importante interactuar con otras personas.

RECURSOS

LAS ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS - EFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL: INFORMACIÓN PARA LOS PADRES, CUIDADORES Y TODA PERSONA QUE TRABAJA CON JÓVENES

Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido

Introducción

Los niños con una enfermedad física de larga duración tienen el doble de probabilidad de padecer problemas emocionales o conducta alterada. Ello es especialmente cierto en las enfermedades físicas que afectan al cerebro, como por ejemplo la epilepsia y la parálisis cerebral.

¿Por qué son tan comunes los problemas de salud mental?

Las enfermedades o discapacidades graves pueden crear mucho trabajo y estrés para todos los integrantes de la familia, especialmente para los padres. Los niños enfermos tienen muchas más experiencias estresantes que los niños sanos. La mayoría de los niños en algún momento se sentirán molestos por ello. A veces estos sentimientos y conductas alteradas pueden continuar por mucho tiempo. Si éste fuera el caso, pueden aumentar los problemas de salud del niño, dificultando aún más su vida.

¿Cómo afecta esto al niño y a la familia?

Tras el diagnóstico de una enfermedad que podría ser grave o prolongada, la mayoría de los padres y niños pasan por un proceso de aceptación de la situación.

Efectos a largo plazo

Puede que el niño afectado tenga menos oportunidades de adquirir las habilidades de la vida cotidiana y de desarrollar sus intereses y pasatiempos. También son comunes los problemas educativos:

- Puede que su hijo tenga que faltar mucho a la escuela y que tenga dificultades especiales de aprendizaje.
- Asegúrese de mantener el contacto periódico con el maestro o la maestra del niño. Puede que su hijo necesite ayuda extra en la escuela.
- Puede que su hijo se vea diferente de los demás niños, y eso los niños lo odian.
- Algunos niños pueden deprimirse.
- Algunos niños pueden ser vulnerables al matonismo.

Es fácil que usted como padre o madre proteja demasiado a su hijo. Puede que le resulte aún más difícil de lo habitual decirle que “no”, dificultando así el control sobre su hijo. Resulta más difícil permitirle arreglarse con la brusquedad de los juegos de niños. A veces puede resultar difícil y confuso tratar con la diversidad de médicos y otros profesionales involucrados en la enfermedad de su hijo. Esto puede ser muy estresante para todos.

A veces los hermanos pueden sentirse abandonados. Pueden sentirse avergonzados de su hermano o hermana. Pueden sentirse responsables de él o ella. Pueden perder tiempo de escuela o su vida social, ser víctimas de matonismo o perder amistades.

Cómo ayudar

Es muy importante recordar que pese a que las enfermedades prolongadas dificultan mucho las cosas, la mayoría de los niños y sus familias las afrontan bien. Sólo una minoría tiene problemas.

- Viva la vida con la mayor normalidad posible.
- Sea abierto con su hijo con respecto a sus dificultades.

- Límitelo lo menos posible.
- Ayúdelo a salir por ahí con otros niños de su misma edad.
- Aliente a su hijo a ser lo más autónomo posible.
- Reúnase con otras familias con experiencias similares.
- Pida ayuda si le parece que no está pudiendo afrontar la situación.

Puede hacerse mucho para prevenir el desarrollo de más problemas. Los padres que comprenden el impacto emocional de la enfermedad sobre el niño y sobre el resto de la familia están más preparados para detectar problemas temprano y hacer algo al respecto.

¿Dónde puedo obtener ayuda?

Es muy importante asegurarse de contar con suficiente ayuda y apoyo. Además del apoyo de la familia y los amigos, pruebe:

- sitio Web de Contact a Family (Contacte con una familia) (www.cafamily.org.uk)
- su médico de cabecera
- grupos voluntarios de apoyo
- servicios sociales
- la escuela
- visitadores sanitarios
- enfermero o enfermera escolar

Si detecta señales de que su hijo está desarrollando problemas emocionales o de conducta, su médico de cabecera puede enviarle al servicio de salud mental del niño y del adolescente de su zona para obtener asesoramiento especializado. Allí puede que le sugieran que algo de trabajo con la familia podría ayudar. Además, a menudo es útil vincularse con los otros profesionales involucrados en la atención del niño enfermo. Esto puede ayudar a resolver los problemas relacionados con el tratamiento y asegurar que todos estén colaborando eficazmente.

Acerca de este folleto

Éste es uno de una serie de folletos para padres, maestros y jóvenes titulada *La salud mental y el crecimiento*. Estos folletos tienen por objeto proporcionar información práctica y actualizada sobre los problemas de salud mental (trastornos emocionales, conductuales y psiquiátricos) que pueden afectar a los niños y jóvenes. Este folleto examina los efectos que pueden tener las enfermedades físicas prolongadas sobre la salud mental del joven y ofrece asesoramiento sobre la manera de reconocer y tratar con dichos problemas.

Referencias

- Carr, A. (ed.) (2000) *'What Works with Children and Adolescents?' - A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and their Families*. London: Brunner-Routledge.
- Rutter, M. & Taylor, E. (eds) (2002) *'Child and Adolescent Psychiatry'* (4th edn). London: Blackwell.
- Scott, A., Shaw, M. & Joughin, C. (eds) (2001) *'Finding the Evidence' - A Gateway to the Literature in Child and Adolescent Mental Health* (2nd edn). London: Gaskell.

@ [2004] Royal College of Psychiatrists (Real Colegio de Psiquiatras) <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/mentalhealthandgrowingup/27chronicphysicalillness.aspx>

SECCIÓN CUATRO

LA ATENCIÓN INTEGRADA: SE NECESITA UNA ALDEA

Los recientes avances en las ciencias biológicas e investigación médica están revelando cómo interactúan directamente el cuerpo y la mente en la salud y la enfermedad. Está claro que no solamente hay una coexistencia o comorbilidad de las dolencias clínicas y físicas; también existe una interconexión del cuerpo y la mente en el desarrollo de los estados de la enfermedad. Pero para los médicos, sistemas de atención sanitaria y pacientes, estos nuevos conocimientos y entendimiento también acarrearán nuevos desafíos. Debemos aplicar estos conocimientos a la vida cotidiana de los pacientes y a la atención médica que reciben. A medida que vamos sabiendo más, hay más que hacer. La tarea ahora es informar a los cuidadores, pacientes y al público de las interrelaciones cruciales y de amplio alcance entre la enfermedad física y la enfermedad mental.

Un enfoque directo es ofrecer programas del Día Mundial de la Salud Mental dedicados al tema de este año. Los programas educativos e informativos ofrecen la oportunidad de llegar hasta las personas afectadas por las enfermedades mentales y hasta aquellas que proporcionan atención médica y de apoyo. Lo mismo que nosotros debemos integrar visiones conceptuales de enfermedad y discapacidad, estos programas también ayudarán a reunir a las personas, disciplinas y sistemas de atención a los que concierne.

“Es de importancia crítica reconocer que el 99% del control de la enfermedad está en manos del paciente y de su familia, que se encargan de ello en el hogar, en el trabajo y en la escuela. No obstante, nuestros sistemas de atención sanitaria siguen comportándose como si fueran los profesionales, los médicos clínicos y los hospitales los que controlan la enfermedad.”

Noreen Clark, PhD, Centro de Control de las Enfermedades Crónicas

La función del paciente, la familia y el público

Dr Robert M. Levin, MD, MPH

Resumen: Es importante brindar educación pública sobre los trastornos físicos y mentales, y existen muchas opciones para formular programas adecuados. El Día Mundial de la Salud Mental ofrece la oportunidad de llegar hasta las comunidades locales y también de educar al personal de los proveedores de atención sanitaria.

La cuestión de la relación entre los trastornos clínicos y psiquiátricos debe llegar al público. Es importante concientizar al público sobre, por ejemplo, cómo la depresión y la ansiedad afectan a los parámetros generales de calidad de vida y sobre los factores de riesgo más “silenciosos”, incluyendo la relación entre los trastornos de ansiedad y la hipertensión. Aun en el caso de personas “sanas” sin enfermedades clínicas agudas o crónicas, existen medidas preventivas de detección, y se puede educar sobre los efectos sutiles pero significativos de los trastornos psiquiátricos comunes en su bienestar físico y longevidad.

Ideas para programas e intervenciones

Si consideramos programas específicos para el Día Mundial de la Salud Mental, existen numerosas opciones para concientizar sobre la relación entre las enfermedades mentales y físicas y para reunir a las personas que atañe. Dado el enorme alcance de la cuestión, la selección de un enfoque y público específicos dependerá de la pertinencia del entorno y la comunidad de cada uno.

La función del consumidor, la familia, el público:

Considerando el tema de nuestro Día Mundial de la Salud Mental, una oportunidad es la educación de las personas con una enfermedad mental y sus familias, y del público en general, sobre el mayor riesgo de enfermedades clínicas. Esto podría incluir un programa que trate cuestiones de estilo de vida, cómo utilizar el sistema de atención médica y los médicos de la zona, y los efectos secundarios clínicos de la medicación psiquiátrica.

Un programa para pacientes, miembros de la familia y asociaciones que abogan por la salud mental podría incluir charlas y debates por médicos de salud mental y física, e incluir también enfermeros y nutricionistas. Temas pertinentes incluyen: dieta y alimentación adecuadas; los efectos clínicos del litio, los antidepresivos, los antipsicóticos y los estabilizadores de humor; los riesgos clínicos del alcohol, el tabaco y las enfermedades transmitidas por vía sexual; la importancia de los controles médicos periódicos; cómo obtener atención médica en el sistema sanitario local y debates básicos sobre las enfermedades clínicas comunes en pacientes psiquiátricos, tales como diabetes, hipertensión y enfermedades pulmonares, y cómo reconocerlas.

La Internet es otro entorno fértil para la disseminación de información. Cuando están disponibles, la Internet y los programas en la Web proporcionan acceso a las personas que no pueden obtener información en sus comunidades o que están preocupadas por la estigmatización que supondría concurrir a programas sobre trastornos mentales. Además, dichos programas pueden resultar útiles para las personas ancianas. Por ejemplo en China han ganado popularidad los sitios Web para la tercera edad. En vista del aumento del número de personas de la tercera edad en muchos países, buen número de las cuales no pueden salir de su casa o tienen recursos comunitarios limitados, la Internet puede ser una manera efectiva de llegar hasta ellos.

La función del médico y los proveedores de salud mental:

Los proveedores de servicios de salud mental podrían organizar un programa para su personal clínico sobre la importancia de las dolencias clínicas en sus pacientes. Los programas para el personal sin formación médica, como los trabajadores sociales y administradores de caso, serían especialmente útiles pues éstos a menudo son el único contacto del paciente con los servicios médicos y tienen un papel crucial en la coordinación de la atención no psiquiátrica de sus pacientes.

Estas charlas podrían darlas médicos, enfermeros, nutricionistas y farmacéuticos, con énfasis en las dolencias clínicas pertinentes, qué buscar en los pacientes y cuándo y cómo enviarlos a la comunidad médica de la zona.

Los temas podrían incluir enfermedades clínicas comunes asociadas con trastornos psiquiátricos; síntomas físicos y neurológicos secundarios a medicamentos psiquiátricos tales como transpiración, boca seca, acatisia, temblores, etc.; problemas relacionados con la dieta, el abuso de sustancias, el sexo sin protección; y los riesgos de los medicamentos durante el embarazo o la lactancia materna.

Dr Robert Levin, Facultad de Medicina de Harvard, 2004 WMHDAY

La función de los médicos de atención primaria y especializada

Prof. Michael Kidd y Dr Patrick Coker

Los médicos de atención primaria y especializada comprendemos el vínculo entre la salud y el bienestar físicos de nuestros pacientes y su salud y bienestar mentales.

Somos conscientes de las consecuencias de la mala salud física sobre la salud mental de muchos de nuestros pacientes. La depresión en particular es una comorbilidad común en muchas personas con dolencias crónicas como cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, VIH y tuberculosis. También somos conscientes del impacto que puede tener la mala salud mental en el bienestar físico de nuestros pacientes.

Esto afecta especialmente a nuestros pacientes con discapacidades intelectuales y dolencias crónicas de salud mental.

Una publicación conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca) en 2008 destacó la importancia de integrar la salud mental en la atención primaria y demostró que ésta es la forma más viable de garantizar que todas las personas reciban la atención de la salud mental que necesitan. De hecho la integración de la salud mental es importante en la labor de todos los médicos, ya trabajen en atención primaria o especializada.

Esta llamada a la acción debe crear conciencia y cambiar la percepción del público con respecto a la salud mental. Debería sensibilizar al público sobre las cuestiones relativas a la salud mental.

La llamada a la acción debe incluir un compromiso a la educación y formación, con énfasis en la importancia de abordar las preocupaciones de salud mental de nuestros pacientes con dolencias crónicas de salud. Ello incluye la educación y formación de nuestros estudiantes de medicina y médicos recién graduados, y también debe ser incluida como parte del desarrollo profesional vitalicio de todos los médicos practicantes.

La llamada a la acción debe resaltar el papel de los médicos líderes y destacados entre los médicos de atención primaria y especializada de todas las naciones, quienes abogarán por la necesidad de controlar las necesidades de atención de la salud tanto física como mental de todos y cada uno de nuestros pacientes con problemas crónicos de salud.

La llamada a la acción debe reforzar la necesidad de apoyo activo de los gobiernos nacionales y municipales y del mundo corporativo, incluyendo la reforma de la financiación, a fin de velar por que la atención de los problemas de salud mental esté integrada con la atención de los problemas de salud física de las personas que concurren tanto a la atención primaria como a la especializada.

La llamada a la acción debe conseguir un aumento de la financiación para continuar la investigación a fin de expandir la base de evidencia de las formas en que la atención de la salud mental puede ser integrada eficazmente en el control cotidiano de las dolencias físicas crónicas. La investigación también debería abordar el impacto de la salud mental sobre la salud y el bienestar físicos.

Michael Kidd es el director ejecutivo de Wonca; Universidad Flinders, Australia. Su dirección electrónica es: Michael.kidd@flinders.edu.au.

Patrick Coker es el Presidente del Colegio de Médicos de África Occidental, Nigeria. Su dirección electrónica es: patcoker@hotmail.com.

Referencia:

OMS/Wonca. Integrando la salud mental en la atención primaria: una perspectiva mundial. Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca). 2008.

La función de los gobiernos y las ONG

Dres John Bowis, OBE, y David McDaid

Resumen: Los gobiernos deben adoptar políticas para abordar una gran necesidad dentro de la atención sanitaria de sus ciudadanos: la atención de la salud mental que esté integrada en la atención de las enfermedades físicas. Las ONG de diferentes especialidades sanitarias deben unirse para presionar por la atención coordinada.

Se pueden enunciar muchos argumentos contundentes relativos a la mala salud mental en apoyo de la acción tanto de los gobiernos como de las organizaciones no gubernamentales (ONG). Unos 450 millones de personas viven con trastornos neurológicos o mentales en el mundo; 121 millones vivimos con depresión solamente: tres de cada 100 personas al año. Cada año se producen un millón de suicidios y diez millones de intentos de suicidio. Pese a que una de cada tres personas que consulta a un proveedor de atención primaria puede tener problemas de salud mental, sólo una de cada seis recibirá un diagnóstico al respecto. ¿No va siendo hora de que los responsables de las políticas asignen a la salud y las enfermedades mentales la prioridad que merecen?

También podemos señalar los riesgos de ser encasillados, tratados con condescendencia, despreciados, temidos y, en mayor o menor medida, segregados -en la sociedad, en nuestra propia familia, en el trabajo, en el juego y también en nuestros servicios sanitarios y sociales. Seguro que es hora de que brindemos a la gente con problemas de salud mental el respeto, solidaridad y atención que no vacilaríamos en brindarle si su problema fuera físico.

Si estos argumentos no fueran suficientemente contundentes, hemos avanzado poco en el trato del muy aumentado riesgo de problemas de salud física evitables en personas con trastornos mentales. Hace ya demasiado tiempo que estos riesgos se olvidan en las políticas y en la práctica, pese a que el impacto que tiene la comorbilidad de trastornos físicos y mentales en la esperanza de vida es crudo, perdiéndose muchos años de vida innecesariamente. Asimismo se puede hacer más en apoyo de las necesidades de salud mental de las personas con dolencias crónicas como cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares y respiratorias. ¿No va siendo hora de tomar medidas para reducir los riesgos de comorbilidad de los problemas de salud física y mental?

Tanto los gobiernos como las ONG deben considerar no solamente cómo ayudar al público a comprender los trastornos mentales, así como el valor de la ayuda y el apoyo para la vida independiente en la comunidad, sino también de qué modo aumentar la concientización con respecto a los riesgos para la salud física de las personas con problemas de salud mental. Además, el público debería entender más claramente que las personas con problemas crónicos de salud física corren riesgo de mala salud mental.

¿Y los servicios? Los profesionales de atención primaria están en la situación ideal para tratar tanto la salud física como la mental. Pero para poder formular enfoques para este problema es preciso contar con mayor colaboración y confianza entre los usuarios del servicio, los profesionales de atención sanitaria y social, las familias y los proveedores de servicios, las ONG, la industria y los científicos. ¿No va siendo hora de reconocer que la experiencia y habilidades únicas que aparecen en las personas que viven tanto con trastornos mentales como físicos, constituyen contribuciones indispensables para el plan de tratamiento personal y la planificación de los servicios?

¿Acaso no existe un argumento económico contundente a favor de medidas de actuación gubernamentales? El estado de las economías del mundo implica dos verdades irreconciliables. Aumentará el número de personas con riesgo de problemas de salud mental, especialmente depresión. Al mismo tiempo, la carga del reto económico a nivel personal o nacional puede imponer presiones adicionales sobre los presupuestos de atención sanitaria: probablemente los presupuestos de salud mental estén en situación vulnerable. Existe el potencial de ahorrar hasta 50 millones de euros al año en costos económicos solamente en la UE, mediante la atención mayor, mejor, constante e integrada de las personas en riesgo de comorbilidad de problemas físicos y mentales.

Los gobiernos han comenzado a tomar medidas para contrarrestar la estigmatización, reducir los niveles de suicidio, mejorar y apoyar las reformas de la salud mental y fomentar el bienestar mental. El lanzamiento por la Unión Europea de su Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar es un ejemplo de un enfoque que

se ha centrado y ha definido las prioridades para la acción a lo largo de la vida. Es importante que todos nos basemos en estas iniciativas y nos comprometamos con medidas de actuación que contribuyan a prevenir o aliviar las consecuencias adversas de la comorbilidad de los problemas de salud física y mental.

Los gobiernos a nivel nacional y regional podrían tomar en consideración los beneficios económicos y sanitarios de la prevención de tales comorbilidades; podrían explorar formas de aumentar la concienciación sobre esta cuestión en la atención primaria, ya sea mediante la formación y orientación sobre el tema o tal vez mediante incentivos dentro del sistema para fomentar el mejor seguimiento holístico de las necesidades de los pacientes. También podrían plantearse qué incentivos podrían utilizarse para fomentar la colaboración entre los profesionales de salud física y mental. Las ONG que representan a las personas con problemas de salud mental o con problemas crónicos de salud pueden estudiar métodos de trabajo más cooperativo a fin de promover medidas de actuación y reunir a profesionales de todo el espectro de la atención sanitaria con el objeto de llegar a un enfoque común sobre esta cuestión.

Sabemos bien cuáles son los retos que afrontamos. Las consecuencias humanas, sociales y económicas solamente de la mala salud mental son considerables; la mala salud física las amplifica. Es hora de que los responsables de las políticas no sólo cumplan con sus promesas de reforma de la salud mental sino que también examinen la posibilidad de inversiones para prevenir/aliviar los trastornos mentales en las personas con problemas crónicos de salud. Si una persona desarrolla problemas de salud mental puede pasar a integrar el grupo de los más vulnerables de la sociedad. Éstos cuentan con que los gobiernos y las ONG obrarán a fin de proteger tanto su salud mental como su salud física. No tienen nadie más en quien confiar. ¿No es hora ya de que dejemos de desilusionarlos?

John Bowis es un ex ME, MEP, Ministro de Salud/Salud Mental del Reino Unido. Su dirección electrónica es: johnbowis@aol.com.

David McDavid trabaja en la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, en el Reino Unido. Su dirección electrónica es: d.mcdavid@lse.ac.uk.

Conclusión:

La atención óptima de los pacientes requiere la integración de conceptos divergentes sobre la salud y la enfermedad, así como la participación de la población y de proveedores de servicios de numerosas disciplinas. Tanto en materia de tratamiento como de prevención de las enfermedades debemos superar la comprensible tendencia a considerar las dolencias clínicas y psiquiátricas como algo separado y no relacionado; el Día Mundial de la Salud Mental nos brinda la oportunidad de alcanzar y reunir a pacientes, médicos, sistemas de atención sanitaria y al público en general. Podemos ayudar suministrando información concreta a las personas y a los médicos con respecto a la interacción de las enfermedades mentales y las enfermedades físicas, e intentando coordinar e integrar los sistemas de atención sanitaria existentes.

SECCIÓN CINCO

COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD

Para poder crear más publicidad sobre su evento del Día Mundial de la Salud Mental (DMSM), la Federación Mundial de la Salud Mental ha preparado muestras de comunicados de prensa, comunicados a los medios de difusión, la Proclamación oficial 2010 e información sobre la Marcha por la Salud Mental.

La mejor manera de llegar hasta más público con instrumentos de apoyo fuertes es usar sus medios de difusión, crear una presencia de grupo y colaborar con los demás para demostrar solidaridad.

La sección siguiente contiene:

Una Proclamación del DMSM

Una muestra de comunicado de prensa

Una muestra de artículo de opinión, carta al editor

PROCLAMACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2010

CONSIDERANDO que las principales enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas son responsables del 60% de la mortalidad mundial, y que el 80% de ésta ocurre en el sector más pobre de la población mundial;

CONSIDERANDO que las enfermedades crónicas pueden complicar la vida de cualquiera, y el bienestar y capacidad de adaptación emocionales de la persona se cuentan entre los factores más importantes para la consecución de la calidad de vida mientras se sobrellevan los retos de una enfermedad crónica;

CONSIDERANDO que afrontar la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales asociados con las dolencias crónicas puede contribuir a la mejor calidad de vida, mejorar los resultados clínicos, reducir la mortalidad y reducir los costos médicos;

CONSIDERANDO que nuestra visión es un sistema sanitario integrado en el que todos los médicos y especialistas trabajan juntos a fin de brindar la mejor atención sanitaria centrada en el paciente;

Y CONSIDERANDO que la Federación Mundial de la Salud Mental ha seleccionado el tema para el Día Mundial de la Salud Mental 2010: *“La salud mental y las enfermedades físicas crónicas: La necesidad de atención constante e integrada”*, e insta al aumento de la disponibilidad de tratamiento apropiado y equitativo por medio de servicios e instalaciones de atención primaria de la salud para las personas que padecen problemas de salud mental y enfermedades crónicas;

POR LO TANTO, YO, _____, _____ (TÍTULO) _____ DE _____ (ORGANISMO, ORGANIZACIÓN, MINISTERIO) PROCLAMO QUE EL 10 DE OCTUBRE DE 2010 SERÁ EL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL EN _____ LOCALIDAD/ CIUDAD/PAÍS _____ e insto a todos los gobiernos y organizaciones no gubernamentales y organismos a que trabajen concertadamente con los funcionarios públicos electos y nombrados a fin de aumentar la concientización y aceptación públicas de las enfermedades mentales y de las personas que viven con estos trastornos; promuevan mejores políticas públicas para mejorar los servicios de diagnóstico, tratamiento y apoyo para las personas que los necesiten por medio del sistema de atención primaria de la salud y reduzcan la persistente estigmatización y discriminación que con demasiada frecuencia son obstáculos a que las personas busquen servicios y otro tipo de asistencia.

INSTO ADEMÁS A TODOS LOS CIUDADANOS a que apoyen y se hagan miembros de las organizaciones no gubernamentales a nivel local, estatal/provincial y nacional que trabajan para que la salud mental se convierta en una prioridad en las comunidades de toda nuestra nación.

¡Juntos podremos cambiar las cosas y promover comunidades y ciudadanos mentalmente sanos!

Firmado _____

Título _____

Ministerio/Oficina/Organismo _____

Fecha _____

(SELLO)

COMUNICADO DE PRENSA DEL DMSM 2010

Comunicado general de prensa para el Día Mundial de la Salud Mental 2010

Para publicación inmediata

(Fecha)

El 18º Día Mundial Anual de la Salud Mental del 10 de octubre se centra en la salud mental y las enfermedades crónicas

La Federación Mundial de la Salud Mental ha seleccionado la necesidad de brindar atención integrada a las personas con enfermedades físicas crónicas y enfermedades mentales coexistentes como tema para el Día Mundial de la Salud Mental de este año. Este evento anual que se celebra en todo el mundo el 10 de octubre, se dedica este año a la estrecha asociación de la depresión con la mala salud crónica.

Las enfermedades crónicas, que duran más de cuatro meses, afectan a multitudes de personas. Estas dolencias clínicas pueden requerir un control cuidadoso para toda la vida o períodos de tratamiento intensivo. Cuatro de ellas, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias, son causas principales de discapacidad y representan el 60% de la mortalidad mundial.

Otras dolencias suelen coexistir con las enfermedades crónicas, lo que complica la atención y reduce aún más la calidad de vida. Una de ellas, de incidencia frecuente, es la depresión mayor, una enfermedad debilitante que tiene un impacto serio sobre la salud en general. Se ha demostrado que la depresión acarrea un riesgo de enfermedad física, mientras que por otro lado, una serie de enfermedades crónicas acarrearán un aumento en el riesgo de depresión.

Las enfermedades físicas y mentales no siempre coinciden, pero lo hacen con tal frecuencia que los profesionales de la medicina deberían darle consideración especial. Afecta a grandes números de personas con enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias.

Las enfermedades mentales se pueden tratar. La atención integrada puede ayudar a las personas con enfermedades mentales y físicas coexistentes a controlar ambas. La Organización Mundial de la Salud recomienda la integración de la atención de la salud mental en la atención primaria como forma económica y cómoda de ofrecer servicios y reducir la estigmatización y discriminación. Las derivaciones de la atención primaria a servicios de atención especializada deberían estar disponibles según sea necesario.

La Federación Mundial de la Salud Mental fue fundada en Londres en 1948. Estableció el Día Mundial de la Salud Mental en 1992 como oportunidad anual para educar al público sobre cuestiones de actualidad y para mejorar el bienestar. Es la única campaña anual mundial de concientización que centra la atención en los aspectos específicos de la salud mental y los trastornos mentales.

La Federación Mundial de la Salud Mental alienta a las autoridades y organizaciones a nivel local, nacional y regional a celebrar el Día Mundial de la Salud Mental el 10 de octubre con eventos y programas centrados en “La salud mental y las enfermedades físicas crónicas: La necesidad de atención constante e integrada.” Se pueden descargar materiales sobre la campaña preparados por la Federación Mundial de su sitio Web (www.wfmh.org).

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2010 MUESTRA DE ARTÍCULO DE OPINIÓN O CARTA AL EDITOR

La atención de las enfermedades crónicas debería incluir la salud mental

La falta de atención de la salud mental para las personas con enfermedades crónicas es una laguna mayúscula en los servicios sanitarios. Las personas con enfermedades físicas prolongadas requieren servicios de salud exhaustivos que aborden cuestiones clínicas complejas. Los trastornos de salud mental suelen estar asociados con enfermedades crónicas, y deben ser tratados como parte de la atención general. Los pacientes a menudo tienen problemas de salud mental que están conectados con su enfermedad, o tienen enfermedades mentales que aumentan su vulnerabilidad a las dolencias físicas crónicas.

Cada año la Federación Mundial de la Salud Mental selecciona un tema de preocupación actual para su campaña anual de educación pública que se centra alrededor del Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre). Este año el tema seleccionado es “La salud mental y las enfermedades crónicas: La necesidad de atención constante e integrada.”

Existen vínculos demostrados entre la depresión y las dolencias crónicas como las enfermedades cardíacas, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias. Pese a que no se puede evitar que las personas padezcan de enfermedades físicas y mentales al mismo tiempo, esto sucede con tal frecuencia que los médicos deberían considerar esa posibilidad de forma rutinaria. La investigación demuestra que las personas con enfermedades físicas serias corren un riesgo mayor de padecer depresión, mientras que las que padecen síntomas de depresión tienen un riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias. Además, la depresión no tratada puede contribuir a resultados adversos cuando los pacientes no pueden seguir las instrucciones para su cuidado. Por ejemplo en la diabetes, la depresión no tratada puede causar un mayor riesgo de complicaciones graves.

Las personas con enfermedades físicas crónicas prolongadas afrontan programas de tratamiento muy exigentes y el constante control de su enfermedad. La naturaleza debilitante de la depresión puede reducir aún más su calidad de vida. Pese a que las enfermedades mentales se pueden tratar con éxito, el no considerar la salud física y la salud mental como un área integrada de atención es una laguna frecuente en el tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Mundial de Médicos de Familia han señalado que con formación y planificación apropiada, los proveedores de atención primaria pueden abordar juntos los problemas de salud física y mental, como sucede ya en los sistemas sanitarios de varios países. Los pacientes pueden ser enviados a servicios especializados de salud mental cuando sea necesario. Este año la Federación Mundial de la Salud Mental utiliza su campaña anual de educación pública para alentar a los profesionales de atención médica, los pacientes y sus familias a que aboguen por la atención integrada de la salud física y mental. Los departamentos de salud del gobierno y las autoridades sanitarias locales deberían prestar atención detallada a la importancia de esta cuestión en la planificación de sus servicios.



FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL
12940 HARBOR DRIVE
SUITE 101
WOODBIDGE, VA 22192

TELÉFONO: 703.494.6515, FAX: 703.494.6518
SITIO WEB: WWW.WFMH.ORG

*EL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL ES UNA MARCA DE SERVICIO
REGISTRADA DE LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL*