

October 10, 2004

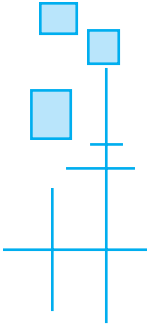
World Mental Health Day



**La Relación
entre la salud física
y la salud mental:
Trastornos concurrentes**



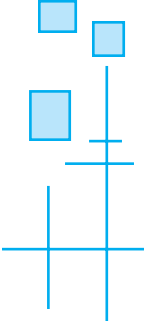
World Federation for Mental Health



Seccion Uno: La Relación Entre la Salud Física y Mental: Afecciones Concurrentes

- Introducción
- La diabetes y los trastornos mentales
- El cancer y trastornos mentales
- La enfermedad cardiovascular y los trastornos mentales
- VIH/SIDA y los trastornos mentales
- Relacion entre el cuerpo y la mente
- Impacto de los problemas de salud fisica en personas con trastornos mentales graves

Introduccion



Una buena definición de la salud como “un estado saludable de bienestar” debe tener en cuenta a la totalidad de la persona, “el estado general del cuerpo y la mente”. En inglés la palabra salud (“*health*”) se deriva de la palabra griega que significa “totalidad”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Para que se considere que una persona es básicamente saludable, hay que tener en cuenta la totalidad del organismo, con todo lo que ello implica. El bienestar mental no puede separarse del bienestar físico. La salud y la enfermedad física y mental representan partes esenciales de la vida que dependen profundamente una de la otra.

Se ha dicho que existen cinco áreas de salud o bienestar que deben tenerse en cuenta al considerar el grado óptimo de salud: la salud física, la salud emocional, la salud social, la salud espiritual y la salud intelectual. En nuestra campaña de 2004 prestaremos atención al aspecto físico y emocional del bienestar total.

Los estudios han demostrado que cada una de estas áreas tiene un importante efecto sobre las demás: el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el VIH/SIDA y otras afecciones no pueden considerarse aisladas de los posibles problemas mentales o psicológicos de la persona. La OMS ha puesto de relieve que la presencia de importantes enfermedades físicas afecta el estado mental de la persona y de la familia; y también que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar total de las personas, las sociedades y las naciones.

Es común que una persona tenga dos o más trastornos mentales a la vez, y lo mismo ocurre con los trastornos físicos y mentales. Se ha demostrado que las personas con esquizofrenia sufren muchos más problemas de salud física que la población en general, y que estos afectan su total vitalidad y su esperanza de vida. Muchos de esos problemas provienen de problemas conductuales que se expresan en forma de obesidad, tabaquismo o abuso de sustancias, y dan lugar a hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes y cáncer. Otros van ligados a los medicamentos que se administran para tratar una afección, y acaban creando otra. Por otra parte, según el Dr. Ian Banks, del Reino Unido, las personas con esquizofrenia tienden a ser renuentes a notificar la existencia de otros trastornos, o bien a no poder hacerlo, por lo que dichos pacientes con frecuencia tardan en acudir al médico para ser tratados.

Un estudio australiano descubrió que las personas con esquizofrenia tenían 2,9 veces más probabilidades de morir de causas naturales, especialmente de enfermedades cardiovasculares, que la población en general. Parece que la detección de trastornos físicos en las personas con esquizofrenia es muy deficiente. Entre las razones aparentes por las que resulta difícil el diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas entre dicha población se encuentran las siguientes:

- Algunos facultativos que no son psiquiatras vacilan en tratar a personas con enfermedades mentales serias.
- Puede que no se dé seguimiento a los pacientes con enfermedades mentales, debido a la falta de motivación de este tipo de paciente.
- Frecuentemente hay una serie de cambios en los médicos que tratan a dichas personas, por lo que no se establece su historial médico.
- Algunos psiquiatras creen que el médico general debe encargarse de los aspectos físicos de la salud.

Muchas personas con enfermedades físicas crónicas, como la diabetes y el cáncer, sufren problemas emocionales y psicológicos que a veces no son detectados o tratados debidamente. Asimismo, muchas personas con enfermedades mentales suelen tener una afección física no diagnosticada.

- Departamento Australiano de Salud y Envejecimiento.

- Los psiquiatras realizan exámenes físicos con muy poca frecuencia.
- No hay suficiente tiempo ni dinero para hacer exámenes de salud física en la atención a la salud mental.

La ansiedad y la depresión con frecuencia causan cambios adversos en el sistema inmunológico de la persona, lo que abre paso a una serie de enfermedades físicas. La salud mental de una persona tiene un efecto profundo en su conducta: en su dieta, ejercicio, hábitos sexuales, tabaquismo, etc., cosa que puede elevar la incidencia de enfermedades físicas. Las personas con enfermedades mentales pueden tener dificultad para comunicar sus necesidades físicas y problemas. Muchos enfermos mentales tienen un alto umbral de tolerancia al dolor, y menor sensibilidad al dolor debido a los medicamentos antipsicóticos. Las personas frecuentemente buscan tratamiento por afecciones físicas que pueden ser síntomas de depresión, como reacciones alérgicas, úlceras u otros trastornos. Está claro que los médicos de atención primaria deben examinar las posibles causas y consecuencias de la salud mental en los trastornos físicos, para poder dar el mejor tratamiento posible, pero con mucha frecuencia se hace caso omiso de esta relación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que muchos descubrimientos en salud conductual se transfieren con éxito a problemas de salud pública y medicina clínica, y que la tecnología del cambio de conducta debe aplicarse para la promoción de la salud en muchas más naciones y comunidades, así como enseñarse en todas las escuelas de los profesionales de la salud.

La conducta humana desempeña un papel central en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

– Instituto de Medicina de los EE.UU./U.S. Institute of Medicine (2001)

En una reunión que abrió camino a este respecto, realizada en marzo de 2001, en el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU./U.S. *National Institute for Mental Health (NIMH)* bajo el título de *The Unwanted Cotraveler: Depression's Toll on Other Illnesses* (El compañero indeseable: los efectos de la depresión sobre otras enfermedades), con la asistencia de funcionarios del gobierno, investigadores, académicos y profesionales de la salud mental, así como consumidores y miembros del público en general, el ex director de NIMH, Dr. Steven Hyman, subrayó que la depresión es una enfermedad del cerebro que afecta profundamente el bienestar físico, incluida la estructura del cerebro. Es decir que el mismo contexto químico que afecta al cerebro también afecta a las principales enfermedades físicas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, etc. Una serie de participantes en esta reunión hablaron del estigma a este respecto. Mientras la enfermedad mental se considere aparte de las enfermedades físicas no recibirá la atención (ni el financiamiento) que necesita. Un representante de la Asociación Nacional de Depresión y Manía-Depresión (*National Depressive and Manic-Depressive Association*) mencionó un sondeo realizado por su organización que mostraba que el 78% de los estadounidenses con depresión no habían logrado controlar completamente su enfermedad en los dos meses anteriores, y observó que si una enfermedad crónica, como la diabetes, no se controlara totalmente en los mismos porcentajes de diabéticos, habría una protesta pública. También añadió que si las personas y sus médicos no pueden reconocer los síntomas de la depresión, o si los afectados rehúsan tratamiento, la depresión continuará sin diagnosticarse y sin tratarse en alto grado.

La OMS ha estado a la vanguardia en el establecimiento de servicios de salud mental, especialmente en los países en desarrollo. Dicha organización ha notificado que 4 de las 10 principales causas de discapacidad en los Estados Unidos y otros países desarrollados se deben a problemas mentales, incluida la depresión grave, los trastornos bipolares y la esquizofrenia. Una de las primeras iniciativas en los países en desarrollo fue un proyecto en Brasil, Colombia, Egipto, la India, las Filipinas, Sudán y Senegal, para examinar la factibilidad de integrar la salud mental en la atención sanitaria en general (1975-1981). El esfuerzo más reciente es la publicación del Informe de Salud Mundial (*World Health Report*) 2001 sobre Salud Mental. Dicho informe ha apoyado las labores por integrar la atención a la salud mental en los servicios generales de sanidad en los países en desarrollo. Una serie de naciones han utilizado dicho enfoque para organizar servicios esenciales de salud mental. En los países en desarrollo con limitados recursos esto ha significado una nueva vida para las personas con trastornos mentales. La India comenzó a capacitar a trabajadores de atención primaria de la salud en 1975, con lo que se sentaron las bases del Programa Nacional de Salud Mental formulado en 1982. En la actualidad el gobierno apoya 100 programas a nivel de distrito en 30 estados. En Camboya, el Ministerio de Salud capacitó a un núcleo de personal

en salud mental comunitaria, que a su vez entrenó a personal seleccionado de medicina general en hospitales de distrito. En la República Islámica del Irán, los esfuerzos por integrar la atención a la salud mental comenzaron a finales de la década de 1980, y el programa ha sido ampliado desde entonces a todo el país, con servicios que abarcan actualmente la totalidad de la población rural (alrededor de 20 millones de personas). Países como Afganistán, Malasia, Marruecos, Nepal, Pakistán, Arabia Saudita, Sudáfrica, la República Unida de Tanzania, y Zimbabwe han adoptado enfoques similares. Se han realizado algunos estudios para evaluar el impacto de la integración, pero se necesitan más con urgencia.

Vivimos en una época interesante de innovación en el tratamiento de las enfermedades. Muchas de las afecciones corporales más temidas, como el cáncer, la cardiopatía, el VIH/SIDA y otras, se están volviendo cada vez más manejables, y se espera que el enfermo sobreviva, e incluso se cure. Pero no obstante el conocimiento sin precedentes obtenido en las últimas décadas sobre el cerebro y la conducta humana, la salud mental no recibe la prioridad que merece y necesita. En 1999, el informe de Salud Mental del Asesor de la Casa Blanca en Materia de Salud de los EE.UU. reconocía la sumamente estrecha relación que existe entre la salud mental y física, y el bienestar de la persona. El Dr. David Satcher, el Director de aquel entonces declaró que “de hecho una de las mayores contribuciones de la investigación contemporánea sobre salud mental es el grado en que ha subsanado la destructiva separación que existía entre la salud ‘mental’ y la salud ‘física’.”

Ha habido muchos estudios que apoyan la necesidad de considerar la salud física y mental de forma conjunta. Un sondeo comunitario de salud en la ciudad de Nueva York mostró que un considerable nivel de ansiedad podía afectar la salud física. Una persona que esté muy deprimida o afligida puede tener mayores probabilidades que otras de participar en conductas que puedan empeorar sus deficiencias de salud física, y asimismo la enfermedad física puede elevar la depresión y la ansiedad, e incluso causarla. Es un círculo vicioso. Lo bueno es que el tratamiento adecuado de los problemas emocionales puede mejorar en gran manera la capacidad de funcionamiento de una persona con enfermedad física. Este estudio y otros muchos demuestran que los proveedores de atención primaria pueden aprender a reconocer, tratar, o remitir a pacientes con problemas de salud mental.

Un documento de opinión preparado por la Asociación de Psiquiatría de Canadá y el Colegio de Médicos de Cabecera de Canadá (College of Family Physicians) afirmó que “en teoría, el médico de cabecera y el psiquiatra son los socios obvios en el sistema de atención a la salud mental. Si bien ninguno de los dos puede satisfacer todas las necesidades de un paciente con un trastorno mental, pueden complementar los servicios de uno y otro, lo que les permite jugar un papel central en diferentes etapas de un episodio de enfermedad y en el período subsiguiente de recuperación. La atención conjunta de los médicos de cabecera y los psiquiatras es esencial para mejorar el cuidado general que reciben las personas con trastornos mentales”. Este documento pone de relieve los problemas de salud mental en la práctica de la medicina general, al indicar que aproximadamente una tercera parte de todos los pacientes atendidos por los médicos de cabecera tienen problemas observables de salud mental y que las estadísticas pueden ser incluso superiores en el caso de los adolescentes y de las personas de edad. Asimismo estas

Para que la integración de la salud mental y la atención sanitaria general tenga éxito, las autoridades normativas tienen que considerar lo siguiente:

- El personal sanitario en general tiene que tener el conocimiento, las destrezas y el estímulo necesarios para tratar y atender a las personas con trastornos mentales.
- Tiene que haber suficiente cantidad de personal con el conocimiento y la autoridad para recetar medicamentos psicotrópicos en los niveles primario y secundario de salud.
- Tiene que disponerse de medicamentos psicotrópicos básicos en los niveles de atención primaria y secundaria a la salud.
- Los especialistas en salud mental tienen que proporcionar apoyo y supervisión al personal de atención sanitaria general.
- Tiene que haber sistemas efectivos de remisión de pacientes entre los niveles primario, secundario y terciario de atención.
- Tienen que redistribuirse los fondos del nivel terciario a los niveles secundario y primario de atención, o habrá que obtener nuevos fondos.
- Tienen que establecerse sistemas de registro para que exista una continua observación, evaluación y actualización de las actividades integradas.

- Organización Mundial de la Salud, Informe de 2001

organizaciones exploraron la dificultad de acceso entre los profesionales de salud mental y los médicos generales, los problemas de comunicación y la falta de contacto personal. Los investigadores alentaron la promoción de un enfoque integrado y total en los trastornos de salud física y mental para garantizar mayor continuidad en la atención al paciente.

En años recientes hemos presenciado la acumulación de un gran número de estudios en las ciencias clínicas y básicas, que muestran una relación clara entre los aspectos biológicos, psicológicos y socioeconómicos de la vida, tanto en la salud como en la enfermedad. --Dr. Ahmad Mohit, OMS

En su guía de la salud mental y neurológica en la atención primaria de la salud ("Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care") la OMS indica que, en medicina general, uno de cada tres o cuatro pacientes atendidos tiene algún tipo de trastorno mental. Este documento sugiere que la forma en que se proporcionan los servicios resalta la importancia de ofrecer atención a la salud mental en el contexto sanitario primario, de ahí lo esencial de que las personas en dicho nivel trabajen más

estrechamente con los servicios de salud mental. La buena atención a la salud mental es un esfuerzo de colaboración que abarca a los médicos de atención primaria, las enfermeras, los consejeros de las escuelas y los profesionales de salud mental.

El Instituto de Medicina de los EE.UU./U.S. Institute of Medicine (2001) ha notificado que uno de los mayores avances en la detección de enfermedades en las últimas dos décadas ha sido la identificación de las condiciones sociales y psicológicas que influyen en la mortalidad. La ciencia médica está realizando tremendos adelantos en el conocimiento de enfermedades crónicas como la demencia, la diabetes, el mal de Parkinson, etc., pero al mismo tiempo el mundo se enfrenta a un drástico crecimiento en enfermedades no transmisibles, como los trastornos mentales, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, etc. Para la prevención y el tratamiento de muchas enfermedades que azotan el mundo actual es importante entender completamente la interacción entre la salud y la conducta humana.

El Dr. Richard Nakamura, del Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. insta a los médicos de atención primaria a estar alertas a las personas que sufren una variedad de enfermedades diferentes, porque puede haber síntomas de depresión que encubran o causen otras enfermedades; y dice que hay síntomas físicos, como pueden ser las reacciones alérgicas, las úlceras y otros trastornos que ocultan la depresión. El Dr. Nakamura opina que considerar los síntomas físicos separados de los trastornos mentales, o viceversa, es perder de vista la totalidad de la persona.

La Asociación de Psiquiatría de los EE.UU. (APA) ha puesto de relieve que existen cada vez más pruebas que demuestran una fuerte relación entre los trastornos mentales y la salud física. Cuanto más serio es el problema médico, mayor la probabilidad de que la persona sufra trastornos de salud mental. El riesgo de depresión generalmente es mayor para personas con enfermedades serias como cardiopatía, cáncer y diabetes. Asimismo las personas con una afección mental pueden tener mayor dificultad para funcionar día tras día, y quizás no puedan atenerse a los tratamientos que se les asignan. Las personas a las que se les diagnostican y se les tratan enfermedades concurrentes suelen registrar una mejora general en su estado médico y su calidad de vida. La APA también afirma que "hay que abordar la relación entre los trastornos mentales y las enfermedades físicas si queremos lograr resultados positivos en el tratamiento de ambas". Está claro que los problemas de salud mental pueden tener los mismos síntomas que los problemas físicos, y si la salud física es deficiente se puede empeorar la afección mental. En la opinión del Colegio Real de Psiquiatras (Royal College of Psychiatrists) es sumamente importante que los pacientes admitidos a unidades de salud mental sean sometidos rápidamente a una evaluación de su salud física.

Los medicamentos antipsicóticos son muy importantes para el manejo médico de muchas afecciones psicóticas, como se mostró en 2003 en una conferencia de establecimiento de consenso entre la Asociación Estadounidense contra la Diabetes, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la Asociación Estadounidense de Endocrinólogos Clínicos, y la Asociación Norteamericana para el Estudio de la Obesidad, comentada en el Journal of Clinical Psychiatry. Los llamados medicamentos antipsicóticos "de segunda generación" han mejorado desde que salieron por primera vez, pero también tienen algunos efectos secundarios que pueden influir en enfermedades como la diabetes y las afecciones cardiovasculares. Por ejemplo se mostró que existe considerable evidencia de que el tratamiento con dichos medicamentos, especialmente en pacientes de esquizofrenia, puede causar un rápido incremento de peso en los primeros meses, con lo que se eleva el riesgo de enfermedades del tipo arriba mencionado.

Se ha demostrado que la actividad física y una buena nutrición son factores importantes en la buena salud mental y el bienestar psicológico. La actividad y la nutrición ayudan a las personas a evitar trastornos mentales, recuperarse de ellos y mejorar su calidad de vida. Estos mismos factores conductuales influyen también en la salud física, en las áreas de prevención, diagnóstico y tratamiento, por lo que queda demostrado que un enfoque interdisciplinario que incorpore el estado físico y mental de la persona es la forma más eficaz de abordar todos los problemas de salud. El deseo de sentirse bien es una cuestión de salud mental que puede ayudar mucho a resolver problemas físicos.

Un estudio australiano ha recomendado los pasos que deben tomarse para apoyar el diagnóstico y tratamiento cuando existen trastornos físicos y mentales paralelos:

- Los médicos deben recopilar habitualmente datos en una lista estándar de verificación y una hoja de información básica sobre la salud física.
- Los servicios de psiquiatría deben encontrarse debidamente equipados para satisfacer las necesidades médicas básicas.
- Deben ofrecerse habitualmente cursos de actualización para los psiquiatras y los principales miembros de equipos psiquiátricos multidisciplinarios de la comunidad, e incluir en ellos los aspectos de detección, tratamiento y asesoría preventiva.
- Deben crearse equipos interdisciplinarios específicos con amplio conocimiento y capacidad médica y psiquiátrica, que puedan funcionar en modelos mejorados de atención sanitaria compartida.
- Deben establecerse programas formales a nivel nacional, o regional dentro de cada país, para abordar cuestiones de capacitación y otros temas.

Si bien hay muchos trastornos de salud mental que pueden presentarse en contextos de atención sanitaria primaria, la depresión sería una de las afecciones más comunes, y se estima que afecta a entre el 5 y 9% de los pacientes que consultan a médicos de medicina general. También se ha constatado que la mayoría de la gente con depresión recibe tratamiento mental de sus médicos de atención primaria, lo que sugiere que debe darse especial atención a la integración de los servicios de salud mental y de atención primaria de la salud. También se ha visto que la falta de incentivo por los consumidores, los proveedores del servicio y quienes pagan por el mismo son un obstáculo para la integración de los servicios de salud mental y de atención primaria.

Al darnos cuenta de todo esto, tenemos que concentrar nuestros esfuerzos en educar a los sistemas de salud para ayudar a cambiar las teorías que dividen a la persona en conceptos separados de "cuerpo" y "mente". Como la Dra. Patt Franciosi, Presidenta de WFMH, dijo recientemente: *"Con todas las pruebas que tenemos en la actualidad, ¿por qué continúa habiendo mitos y separación de la mente y el cuerpo en el tratamiento? Los sistemas de salud en todo el mundo necesitan un cambio en su política y prestación de servicios. No vamos a permitir más excusas que marginen el financiamiento de los servicios de salud mental, y debemos asegurarnos de que la prevención de la enfermedad mental y la promoción de la salud mental reciban una porción justa de los recursos de salud pública"*.

La carpeta informativa del Día Mundial de la Salud Mental 2004 indicará algunas de las muchas aflicciones concurrentes que están suficientemente bien documentadas por la investigación actual y los hallazgos médicos en todo el mundo. Al considerar este tema como nuestro punto principal de atención en 2004, presentaremos información sobre cuatro enfermedades físicas (la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer y el VIH/SIDA) y los trastornos mentales que tienden a ser más comunes, como la ansiedad, la depresión y el estrés. Hay mucho que aprender y más todavía que poner de relieve al explorar el tema este año y en años venideros. Alentamos a todos a continuar aprendiendo más sobre la salud física y mental, y potenciar el cambio en nuestras comunidades y nuestras vidas.

La salud no es solamente la ausencia de enfermedad...es el bienestar físico, social, emocional y espiritual.

Referencias:

- American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity "Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes" in *Journal of Clinical Psychiatry* 65:2, February 2004.
- American Psychiatric Association. "Coexisting Severe Mental Disorders and Physical Illness" *Statement by the American Psychiatric Association*. July 7, 2003.
- Australian Government Department of Health and Ageing, "Forum Explores Co-Morbidity of Mental health with Other National Health Priority Issues," BHO Summer 2002.
- Baez, Denise. *Primary Care Physicians Should Be Aware of Link Between Physical and Mental Health*. WebMD; Medscape Medical News. November 19, 2003.
- Butler, Gillian and Hope, Tony "Manage your Mind: The Mental Fitness Guide - ISBN 0192623834.
- Combs-Orme, T., Heflinger, C.A. & Simpkins, C.G. "Comorbidity of Mental Health Problems and Chronic Health Conditions in Children" in *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 10, 2002. 116-125.
- Depression Alliance, 35 Westminster Bridge Road, London SE1 7JB. Tel: 020 7633 0557; Fax: 020 7633 0559; www.depressionalliance.org.
- Depression Alliance Cymru (Wales), 11 Plas Melin, Westbourne Road, Whitchurch, Cardiff CF4 2BT. Tel: 029 2069 2891. Information, support and understanding for people who suffer with depression and for relatives who want to help.
- DiMatteo, M. Robin, "Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis" in *Health Psychology*. 2004 Mar Vol 23(2) 207-218.
- Gill D. & Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness (2002)
- The Cochrane, Library <http://updatesoftware.com/abstracts/ab001312.htm>
- Health and Human Behaviour: The Interplay of Biological, Behavioural, and Societal Influences. U.S. National Academy of Sciences, Institute of Medicine, 2001.
- "Management of Serious Mental Illness" on *Medscape from WebMD* at www.medscape.com/pages/editorial/resourcecenters/public/mentalillness/rc-mentalillness.ov.
- Men's Health Forum, UK. "Ian Banks reports on Schizophrenia," May 2001.
- "The Integration of Mental Health Services and Primary Health Care" A working meeting of the U.S. Surgeon General, November 30-December 1, 2000. www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealthservices/mentalhealthservices.html.
- "Integrating Mental Health Care into General Health Services" in *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Chapter 4*. The World Health Organization, 2001.
- Jenkins, C. David, Ph.D. *Building Better Health: A Handbook of Behavioural Change*. A Pan American Health Organization Scientific and Technical Publication, No. 590, 2003.
- Kates, Nick; Craven, Marilyn; Bishop, Joan; Clinton, Theresa; Kraftcheck, Danny; LeClair, Ken; Leverette, John; Nash, Lynn; Turner, Ty. "Shared Mental Health Care in Canada" by a joint working group of the Canadian Psychiatric Association and The College of Family Physicians of Canada, 1996. Available on line at: www.cpa-apc.org/Publications/Position_Papers/Shared.asp.
- Lambert, Timothy J.R., Velakoulis, Dennis, Pantelis, Christos. "Medical Comorbidity in Schizophrenia" in *Medical Journal of Australia*, 2003; 178(9) Suppl 5 May: S67-S70.
- MacHale, S. Managing Depression in Physical Illness (2002), *Advances in Psychiatric Treatment* 8: 297-304
- NYC Vital Signs, A report from the New York City Community Health Survey. New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2003.
- National Institute of Mental Health – summary of proceedings of forum on *The Unwanted Cotraveler: Depression's Toll on Other Illnesses*, March 2001. Available on line at www.nimh.nih.gov/resaerch/pittsburghhrpt.cfm.
- Oglesby, Carole. *Women's Mental Health and Physical Activity*. Women-Health hosted by WomenWatch, United Nations. 1999.
- "Physical Illness Link to Suicide Risk" on BBC News, June 7, 2002.
- Psychiatric Patients Miss Out on Physical Health Screenings. Royal College of Psychiatrists Press Release, June 2002.
- Robertson M.M. & Katona C. *Depression and Physical Illness* (1997) Wiley ISBN 0471961485
- Trickett, Shirley. *Coping with Anxiety and Depression (Overcoming Common Problems)* -ISBN 0859695921.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General – Executive Summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
- WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care, World Health Organization – UK Collaborating Centre 2003-4. Available online at www.mentalneurologicalprimarycare.org.
- World Health Organization. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland, 2001.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

“La enfermedad física y la salud mental”

Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido – www.rcpsych.ac.uk

Muchos de nosotros en algún momento sufriremos una enfermedad física grave, y tanto la enfermedad como su tratamiento podrán afectar la forma en que pensamos y nos sentimos. Este folleto es para todo el que tiene una enfermedad física grave y para sus amigos y familiares. En él se describen:

- Los efectos emocionales de tener una enfermedad física grave.
- ¿Cómo se siente uno cuando sufre ansiedad o depresión?
- ¿Por qué hay más probabilidades de sufrir depresión y ansiedad si se tiene una enfermedad física?
- ¿Qué puede hacer que una persona sea más propensa a sufrir ansiedad o depresión?
- ¿Cuándo se debe buscar ayuda?
- ¿Qué se puede hacer contra la depresión y la ansiedad?
- ¿Cómo puede ayudarse uno a sí mismo?
- ¿Cómo pueden ayudar la familia y los amigos?

Los efectos emocionales de tener una enfermedad física seria

Una enfermedad física seria puede afectar todos los aspectos de la vida, nuestras relaciones con los demás, nuestro trabajo, nuestras creencias espirituales y la forma en que tratamos con la gente. Una enfermedad seria puede hacernos sentir tristes, asustados, preocupados o enojados.

Puede ser porque:

- No estamos seguros:
 - de qué es lo que nos pasa exactamente
 - si vamos a aguantar el dolor de la cirugía y los efectos secundarios de los medicamentos
 - si el tratamiento ayudará
- Sentimos que hemos perdido el control de nuestro cuerpo y nuestra situación en general. Puede que sintamos que no podemos hacer nada.
- Nos sentimos solos y aislados de nuestra familia y amigos. A veces puede ser difícil hablar sobre la enfermedad con las personas más allegadas, porque no queremos preocuparlas o alterarlas.

Para algunos de nosotros el impacto emocional de una enfermedad física grave puede ser abrumador. El cáncer o la cardiopatía por ejemplo pueden hacernos sentir sumamente deprimidos o ansiosos, e impedirnos continuar enfrentando lo que tenemos que hacer en nuestra vida normal.

¿Cómo se siente uno cuando sufre ansiedad o depresión?

La ansiedad y la depresión afectan nuestra mente y cuerpo, y con frecuencia las dos cosas ocurren a la vez:

La ansiedad se presenta en forma de

- Preocupación constante, con frecuencia sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Temores de que ocurra lo peor, por ejemplo que la enfermedad empeore y que podamos morir.
- Un alto grado de conciencia del latido del corazón (palpitaciones).
- Tensión y dolor muscular.

- Incapacidad para relajarnos.
- Sudor.
- Respiración demasiado rápida (hiperventilación).
- Nos sentimos mareados.
- Nos sentimos débiles.
- Tenemos indigestión y diarrea.

La depresión se presenta:

- Como una sensación de infelicidad que no desaparece y está presente casi todo el tiempo.
- Falta de interés en la vida.
- Falta de capacidad para disfrutar de las cosas.
- Dificultad para tomar incluso las decisiones más simples.
- Un sentimiento de agotamiento total.
- Un sentimiento de agitación y desasosiego.
- Falta de apetito y pérdida de peso (para algunas personas ocurre lo opuesto, y ganan peso).
- La persona tiene dificultad para conciliar el sueño, o se despierta más pronto de lo normal.
- Falta de interés sexual.
- Falta de confianza en sí mismo. La persona se siente inútil, inepta y sin esperanza.
- Se evita el contacto con otras personas.
- La persona se siente irritable.
- La persona se siente desesperada sobre sí misma, su situación y el mundo en general. Puede que pensemos que nunca vamos a sentirnos mejor, o que no valemos para nada.
- Pensamos en el suicidio. Esto es común en la depresión. Es mucho mejor hablar de ello que ocultarlo.

Algunos de estos síntomas, como sentirse casando, no poder dormir bien y la pérdida de apetito pueden ser similares a los síntomas causados por una enfermedad física o su tratamiento. Si hablamos de ello con un médico o una enfermera, podrán ayudarnos a determinar si se trata de la enfermedad física o de depresión.

¿Por qué hay más probabilidades de sufrir depresión y ansiedad si se tiene una enfermedad física?

- Las personas sufren depresión o ansiedad cuando están bajo estrés por cualquier razón. El sentirse enfermo y someterse a tratamiento es estresante. Esta es probablemente la razón más común.
- Algunos tratamientos con medicinas, como los esteroides, afectan la forma en que funciona el cerebro y causan ansiedad y depresión directamente.
- Algunas enfermedades físicas, como el hipotiroidismo, también afectan la forma en que funciona el cerebro y causan ansiedad y depresión directamente.
- La ansiedad y la depresión son comunes. Puede coincidir que uno se sienta ansioso o deprimido al mismo tiempo que cae físicamente enfermo.

¿Qué puede hacer que una persona sea más propensa a sufrir ansiedad o depresión?

Uno tiene mayores probabilidades de sufrir ansiedad seria o depresión cuando se siente físicamente enfermo si:

- Ha sufrido ansiedad o depresión anteriormente.
- No tiene familia o amigos con quienes hablar sobre su enfermedad.
- Es mujer (las mujeres notifican mayor ansiedad y depresión que los hombres)

- Tiene otros problemas o fuentes de estrés que están afectando su vida al mismo tiempo. Por ejemplo si la persona se ha quedado sin trabajo, está pasando por un divorcio, o acaba de morir un ser querido.
- Sufre mucho dolor.
- Su enfermedad le pone en peligro de muerte.
- Su enfermedad hace que deje de cuidarse.

Los momentos en que uno tiene mayor propensión a sentir ansiedad o depresión son los siguientes:

- Cuando le acaban de notificar de la enfermedad.
- Después de tener una operación de importancia, o si se está sometiendo a un tratamiento con efectos secundarios desagradables.
- Si la enfermedad vuelve a aparecer después de que uno parece sentirse mejor. Por ejemplo la reaparición del cáncer, o un ataque de corazón por segunda vez.
- Si la enfermedad deja de responder al tratamiento.

¿Cuándo se debe buscar ayuda?

Si los sentimientos de ansiedad o depresión:

- Son peores que los temores, las preocupaciones o la tristeza que se han tenido antes.
- Si no parece que mejoren con el tiempo.
- Si empiezan a afectar sus sentimientos hacia su familia y amigos, su trabajo y sus intereses.
- Si piensa que la vida no tiene sentido, o que otras personas estarían mejor sin uno.

Quizás no se dé cuenta que está deprimido si:

- Piensa que todos los síntomas se deben a la enfermedad física.
- Se culpa a sí mismo de ser débil o perezoso.

Puede que otras personas tengan que convencerle a este respecto, recordarle que buscar tratamiento no es signo de debilidad. Algunos de nosotros tratamos de superar la ansiedad o la depresión manteniéndonos ocupados. Esto funciona para ciertas personas, pero puede ser un medio de elevar el estrés y agotarnos incluso más. A veces la ansiedad y la depresión no se ponen de relieve con sentimientos de infelicidad o temor, sino que producen dolores, jaquecas, o insomnio.

Puede que sea suficiente hablar de lo que está pasando con un familiar o un amigo que pueda ayudarnos a superar ese momento difícil, pero si no parece que funciona, quizás sea buena idea que hablemos con uno de los médicos o enfermeras que nos atienden.

¿Es suficiente razón para buscar ayuda?

Puede ser difícil pedir ayuda cuando sentimos ansiedad y depresión si estamos físicamente enfermos, porque:

- Uno puede pensar que la depresión es de esperar, y que no hay nada que se pueda hacer al respecto.
- Quizás uno no quiera mostrarse desagradecido, o quejarse ante los médicos y enfermeras que le están atendiendo.
- O no quiera interferir con el tratamiento de la enfermedad física, admitiendo que está teniendo dificultad en hacer frente a la situación.
- Quizás piense que los médicos y las enfermeras están demasiado ocupados con la enfermedad física que usted padece, para interesarse por su ansiedad y depresión.
- Uno piensa que los doctores y enfermeras están más interesados en los problemas físicos que en los emocionales.

Obviamente todos entendemos que cuando una persona tiene una enfermedad física seria puede sentir ansiedad y depresión, pero eso no significa que tengamos que hacer caso omiso de ello. Los médicos y las enfermeras están

interesados en todos los aspectos de la salud, incluida la depresión y la ansiedad que uno siente, y pueden ayudar de las siguientes formas:

- Enterándose de su preocupación e inquietudes sobre la situación.
- Asegurándose de que esté suficientemente bien informado de su enfermedad y tratamiento.
- Ayudándole a expresar lo que siente.
- Decidiendo si necesita tratamiento por la ansiedad o depresión.

¿Qué se puede hacer contra la depresión y la ansiedad?

Existen varios tipos diferentes de profesionales que pueden ayudarle, entre los que se encuentran su médico general, consejeros capacitados, psicoterapeutas, psicólogos clínicos y psiquiatras. Todo el tratamiento que se sugiera dependerá de los síntomas, la gravedad de la ansiedad y la depresión, y sus circunstancias. Puede que la terapia implique conversación, antidepresivos o ambas cosas.

Terapia de conversación

Puede ser difícil expresar lo que uno siente realmente, incluso a los amigos cercanos, y que sea más fácil hacerlo con un profesional que muestre interés. Dicha persona puede ayudarle a poner la situación en perspectiva y encontrar la forma de solucionar sus problemas. Las terapias de conversación normalmente son breves, hasta 8 sesiones. Puede que usted vea a alguien en sesión solo o como parte de un grupo. Si tiene un compañero o alguien que lo cuide, podría ser bueno pedirle que participe. Existen diferentes tratamientos de conversación pero todos tienen los siguientes elementos:

- Tiene que haber una relación de confianza entre el paciente y el profesional.
- Tiene que haber la oportunidad de hablar libre y abiertamente sobre lo que uno siente, piensa y los problemas que tiene.
- Tiene que recibir ayuda para superar los pensamientos angustiosos, lo que le hace sentirse mal y los problemas prácticos.

¿Puede funcionar?

La idea de ver a alguien sólo para hablar puede parecer intimidante, sin sentido, o ambas cosas, pero una vez que se empieza la mayoría de las personas con enfermedades físicas serias encuentran que es de mucha utilidad.

¿Cómo funciona?

Los tratamientos de conversación funcionan porque permiten a uno ver con mayor claridad lo que está pasando emocionalmente. Nos ayudan a encontrar formas de hacer frente a esos sentimientos, pensamientos y problemas prácticos. También ayuda hablar libremente con alguien en quien uno confía y que sabe que no le va a juzgar.

¿Con qué rapidez funciona?

Algunas personas se sienten mejor enseguida, simplemente por poder hablar de lo que les preocupa. A otros puede que les lleve algunas semanas.

Antidepresivos

Si su ansiedad y depresión es especialmente seria o tiene lugar durante un largo período de tiempo, puede que convenga que tome antidepresivos. Dichos compuestos ayudan a la gente con ansiedad y depresión a sentirse mejor, para que puedan empezar a disfrutar de la vida y volver a hacer frente a sus problemas de forma eficaz. No son tranquilizantes, si bien pueden hacerle sentirse menos ansioso y agitado. También pueden corregir dolencias y la dificultad para dormir.

¿Se sentirá mejor de inmediato?

Probablemente no. A diferencia de muchas medicinas, no sentirá los efectos de los antidepresivos de inmediato. La gente con frecuencia no observa ninguna mejora en su estado de ánimo hasta pasadas dos o tres semanas, aunque

algunos de los otros problemas pueden mejorar más rápidamente. Por ejemplo las personas suelen notar que después de unos días duermen mejor y se sienten menos ansiosas.

¿Qué hay de los efectos secundarios?

Como todos los medicamentos, los antidepresivos tienen algunos efectos secundarios, aunque suelen ser leves y tienden a desaparecer a medida que progresa el tratamiento. Diferentes compuestos tienen distintos efectos. Su médico puede indicarle qué esperar, y querrá saber si hay algo que le preocupa. Si es necesario también puede tomarlos al mismo tiempo que analgésicos, antibióticos y la píldora anticonceptiva, pero debe evitar tomar alcohol en exceso. El alcohol puede hacerle sentirse muy soñoliento si bebe cuando está tomando antidepresivos. Su médico le indicará si interferirán con algún tratamiento que esté recibiendo para su trastorno físico.

¿Cómo puede uno ayudarse a sí mismo?

Aparte de buscar ayuda profesional, la persona puede hacer muchas cosas para ayudarse a sí misma.

- Compartir sus temores y preocupaciones con las personas allegadas a usted. Puede que se sorprenda, y que en vez de resultarle una carga, de hecho sienta alivio de hablar de ello.
- Preguntar a su doctor sobre su enfermedad. Si hay aspectos de la misma o su tratamiento que no tiene claros, haga preguntas. Si está informado de su enfermedad podrá sobrellevarla mejor.
- Tratar de mantener una dieta equilibrada. Si ha perdido el apetito porque se siente preocupado o deprimido, puede que pierda peso y que ello haga que su salud física empeore.
- Establezca un equilibrio entre las exigencias de su enfermedad y las de su vida. Tendrá que encontrar un término medio entre “abandonarse a la enfermedad” y “continuar esforzándose, pase lo que pase.”
- Cuidarse. Asegúrese de incluir relajación, actividades placenteras y si es posible ejercicio físico en su rutina diaria.
- Tratar de no beber demasiado alcohol para sentirse mejor, puesto que de hecho puede hacerle sentirse más ansioso y deprimido, y puede interferir con las tabletas que esté tomando.
- Tratar de no preocuparse por no dormir debidamente. Esto ocurre cuando hay ansiedad y depresión, y normalmente mejora cuando la persona recupera su estado de ánimo.

Estoy tan deprimido que no puedo ni hablar de mi depresión

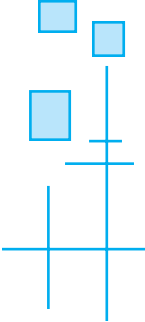
- No cambiar el número de tabletas que toma, y no dejar de tomarlas ni probar otros remedios sin hablar de ello con su médico. Si las tabletas tienen efectos secundarios molestos dígaselo al médico o la enfermera. No sufra en silencio.

¿Cómo pueden ayudar la familia y los amigos?

Generalmente es un familiar o amigo quien primero nota la ansiedad y la depresión en alguien con una enfermedad física. Si ha notado que alguien allegado a usted se está deprimiendo, trate de alentarle sin presión a que busque ayuda. Explíquele que la ansiedad y la depresión son muy comunes y que con ayuda la gente se siente mejor en la gran mayoría de los casos. Acudir a un profesional, como un psiquiatra o psicólogo no es un insulto para el paciente o su familia, ni señal de debilidad.

- Es bueno pasar tiempo con alguien que está deprimido o ansioso. No hay que estar fastidiándole pero necesitan que se les aliente, aunque sólo sea a hablar, pero también a continuar haciendo algunas de las cosas que hacen normalmente.
- Asegure a la persona que se siente ansiosa y deprimida que acabará sintiéndose mejor aunque pueda tener dificultad en creerlo.
- Trate de asegurarse de que coma bien y de forma equilibrada y ayúdela a evitar tomar alcohol en exceso.
- Si la persona ansiosa y deprimida está empeorando y ha comenzado a hablar de que no quiere vivir o ha sugerido hacerse daño, dichos comentarios tienen que tomarse en serio y su médico tiene que ser consciente de ello.
- Trate de ayudar a la persona a aceptar el tratamiento prescrito. Si tiene dudas sobre el mismo, hable de ello con el médico.

La diabetes y los trastornos mentales



Las personas con diabetes, comparadas con la población general, tienen por lo menos tres veces más la posibilidad de tener depresión clínica. La investigación muestra que los diabéticos siguen deprimidos durante más tiempo y que sus síntomas son más graves que los de otros. Otro problema es que los médicos no diagnostican los síntomas con tanta frecuencia como deberían. Un estudio realizado en la Universidad Johns Hopkins con 2.000 personas a lo largo de 13 años halló que las personas con depresión tenían más del doble de posibilidades de adquirir la enfermedad que los demás.

Por cierto, todas las personas con diabetes se sienten tristes de vez en cuando, lo cual es natural si se consideran las responsabilidades, restricciones y preocupaciones adicionales que enfrentan a diario. Pero la depresión clínica hace que la gente se sienta triste semanas seguidas, prácticamente sin alivio. Además, hay estudios que indican que la diabetes desequilibra muchas hormonas y sustancias químicas del cerebro. Es posible que estos cambios aumenten la posibilidad de depresión. Por otro lado, los cambios hormonales causados por la depresión pueden afectar los niveles de otras hormonas que causan problemas con la resistencia a la insulina.

Recibir un diagnóstico de diabetes es un estrés grande en la vida, que requiere muchas adaptaciones físicas y mentales. A partir del diagnóstico la persona tiene una enfermedad crónica que debe tenerse en cuenta en todo momento de la vida. Es posible que las personas con diabetes y depresión no tengan la energía para hacer todo lo que tienen que hacer para cuidarse en lo relativo a su nutrición, medicamentos y ejercicio, lo cual les complica su bienestar físico y psicológico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el número de casos de diabetes en los países en vías de desarrollo probablemente aumentará a más del doble en los próximos 30 años. Con todo, lo bueno es que mucho de este aumento previsto es prevenible con cuidado y atención clínica en la población.

Un estudio realizado en Alemania revela que la diabetes está asociada con un aumento en la probabilidad de los trastornos por ansiedad. Si bien no se demostró que las personas con diabetes tuvieran más probabilidades de tener un trastorno mental que las personas sin diabetes, la relación entre la diabetes y los trastornos por ansiedad se mantuvo a un nivel considerable después de tener en cuenta la edad, el sexo y el estado civil y socioeconómico de las personas objeto del estudio. Al mismo tiempo, se demostró que estas personas controlaban su diabetes de manera adecuada.

Algunos clínicos opinan que los trastornos de la alimentación son más comunes entre las personas con diabetes que entre la población general. Si bien la diabetes no causa trastornos de la alimentación, puede preparar el terreno para ellos, lo cual hace que sea más difícil alcanzar los objetivos que uno se ha fijado. Muchas personas con diabetes y trastornos de la alimentación creen que excederse en el peso es mucho peor que otras complicaciones que cambian la vida, como la ceguera, las enfermedades renales, etc. El mejor tratamiento es el trabajo en equipo, por el cual muchos profesionales trabajan con la persona y su familia: un médico que maneja la diabetes y los trastornos de la alimentación, un terapeuta de salud mental que ayuda a manejar y lidiar con los aspectos emocionales, un terapeuta que ayuda a la familia y un dietista que ofrece asesoría y educación en materia de nutrición.

Los profesionales de salud, pacientes, miembros familiares y caregivers deben ser conscientes de las señales y síntomas de diabetes y sobre todo aquellos asociados con condiciones de la diabetes agudas como ketoacidosis diabética. Las personas también necesitan saber que el tratamiento con algún antipsicótico atípico puede asociarse con ganancia de peso y por consiguiente un riesgo elevado de diabetes en vías de desarrollo.

Un estudio de más de 38,000 pacientes comparó la asociación entre el uso de antipsychotics atípico al de medicaciones del antipsychotic típicas y diabeteses. El informe de los autores que para los pacientes bajo la edad de 40, todos el antipsychotics atípico eran asociados con un riesgo aumentado de diabetes, y para los pacientes más viejo que 40, todos el antipsychotics atípico, salvo uno, eran asociados con un riesgo aumentado de diabetes. Las tales conclusiones llevaron Japón y la Unión europea recientemente para exigir a algunas medicaciones atípicas incluir advertencias sobre las complicaciones diabetes-relacionadas en hojas de información de producto.

El tratamiento contra la depresión es sumamente importante para los que tienen diabetes, y con frecuencia la persona tiene que hablar con mucha claridad con su médico y explicarle cómo se siente para que este aspecto de su salud reciba la atención que necesita. La diabetes y la depresión son condiciones diferentes y las dos necesitan tratamiento.

Las consecuencias de una depresión sin tratar son especialmente graves para las personas con diabetes. La depresión hace que a la persona se le haga más difícil cuidarse. Las personas con diabetes necesitan más control, algo que a menudo desaparece con la depresión. Esto resulta en una espiral descendente que puede tener consecuencias devastadoras si no se mantiene el bienestar.

La OMS opina que la prevención y el manejo de la enfermedad van de la mano. Al menos una de cada 20 muertes en el mundo se debe a la diabetes. La OMS calcula que 90% de la población mundial con diabetes, que se calcula en 171 millones de personas, tiene diabetes tipo 2. Con tales estadísticas, es más importante que nunca que se conozca la relación entre diabetes y salud mental.

Hay dos tipos de tratamiento que parecen ser efectivos para aliviar la depresión en las personas con diabetes. Uno es la psicoterapia o la consejería, y el otro es la medicación con antidepressivos. El tratamiento preciso depende de la persona, ya que algunas personas se benefician con uno de éstos, mientras que otros encuentran que lo mejor es adoptar los dos. El Dr. Richard Rubin halla que la terapia cognitiva conductual parece funcionar especialmente bien para las personas con diabetes. En este tipo de terapia el consejero ayuda al paciente a identificar los pensamientos que desatan la depresión, le ayuda a encontrar maneras de lidiar con situaciones de estrés y a cuidarse mejor.

Se han realizado estudios señeros con resultados muy favorables en tratamientos contra la depresión en lo que se refiere a la perspectiva del individuo hacia la vida, y también en el mantenimiento del nivel de azúcar en la sangre. Hay medicamentos que han demostrado buenos resultados para aliviar la depresión y controlar el azúcar en la sangre.

Es sumamente importante que las personas con diabetes y sus médicos entiendan la estrecha relación entre la depresión y la diabetes para lograr el tratamiento más efectivo durante el ciclo de vida de la persona.

Referencias:

- "Consensus Development Conference o Antipsychotic Drugs, Obesity and Diabetes" *Journal of Clinical Psychiatry* 65:2, February 2004.
- Decatur, Adam; Patil, Kashinath; Ortega, Tulio. "Anti-Psychotic Drugs May Reduce Diabetes Risk in Mentally Ill" in *What You Need to Know About Diabetes* at www.diabetes.about.com/library/blnews/blnantipsychotics503.htm. May 3, 2003.
- "Depression" on American Diabetes Association website at www.diabetes.org
- "Depression and Diabetes" on the National Institute of Mental Health website at www.nimh.nih.gov June 2002.
- "Diabetes Cases Could Double in Developing Countries in Next 30 Years." Press Release of the World Health Organization, November 14, 2003.
- "Diabetes and Eating Disorders," Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc. at www.anred.com September 2003.

- Hedenmalm, Karin, Hägg, Staffan, Stahl, Malin, Mortimer, Örjan, Spigset, Olav. "Glucose Intolerance with Atypical Antipsychotics" in *Drug Safety* 2002, 25(15): 1107-1116.
- Kollar, Elizabeth A.; Doraiswamy, P. Murali; Cross, James T. "Risperidone-Associated Diabetes" Presentation at The Endocrine Society's 84th Annual Meeting, June 19-22, 2002.
- Kruse, Johannes; Schmitz, Norbert; Thefeld, Wolfgang. On the Association Between Diabetes and Mental Disorders in a Community Sample in *Diabetes Care* on www.care.diabetesjournals.org.
- Newcomer, John W.; Haupt, Dan W.; Fucetola, Robert; Melson, Angela K; Schweiger, Julia A.; Cooper, Benjamin P.; Selke, Gregg. "Abnormalities in Glucose Regulation During Antipsychotic Treatment of Schizophrenia" *Archives of General Psychiatry*/Vol 59, April 2002.
- Regenold, W.T., Thapar, R.K., Marano, D., Gavirneni, S., Kondapavuluru, P.V. "Increased Prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus Among Psychiatric Inpatients with Bipolar I Affective and Schizoaffective Disorders Independent of Psychotropic Drug Use." Erratum in: *J. Affect Disorders* 2003; 73(3):301-2, *J. Affect Disorders* 2002; 70:19-26.
- Roper, Nick A.; Bilous, Rudy W.; Kelly, William F.; Unwin, Nigel C.; Connolly, Vincent M.: "Excess Mortality in a Population with Diabetes and the Impact of Material Deprivation: Longitudinal, Population Based Study" in *British Medical Journal*, Volume 322, 9 June 2001.
- Rubin, Richard R. "Diabetes and Depression" on LifeScan One Touch website by Johnson & Johnson. Materials provided by Dr. Rubin through Johns Hopkins Health Center. October 2002. www.lifescan.com/care/rubin/articles/depression.
- Ryan, Martina C.M.; Flanagan, Susan; Kinsella, Una; Keeling, Frank; Thakore, Jogin H. "The Effects of Atypical Antipsychotics on Visceral Fat Distribution in First Episode, Drug-naïve Patients with Schizophrenia" in *Life Sciences* 74 (2004) 1999-2008.
- Watkins, Carol E. Northern County Psychiatric Associates, Psychiatric Services for Children, Adolescents, Adults, and Families. Baltimore, Maryland.
- Weiden, Peter. "Weight Gain and Diabetes Risk with Psychiatric Medications" in *New York City Voices*, Vol. VIII, No. 4, October-December 2003. Pp. 14-15.
- Woolston, Chris. "Depression and Diabetes" on BlueCross/Blue Shield's *A Healthy Me* website at www.ahealthyme.com. January 28, 2003.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

Depresión y diabetes

Asociación Americana contra la Diabetes

Sentirse faltar de ánimo de vez en cuando es normal. Pero algunas personas sienten una tristeza que no se va. La vida parece no encerrar ninguna esperanza. Este sentimiento durante la mayor parte del día por dos semanas o más es signo de depresión grave.

La mayor parte de las personas con diabetes no siente depresión. Pero los estudios muestran que las personas con diabetes corren más riesgo de depresión que las personas sin diabetes. No hay explicaciones fáciles para decir por qué es así.

El estrés del manejo cotidiano de la diabetes puede ser acumulativo. Uno puede sentirse solo o alejado de familiares y amigos a causa de este trabajo extra.

Si usted sufre de complicaciones de la diabetes como daño en los nervios, o si le cuesta mantener el nivel de azúcar en sangre donde usted desea mantenerlo, tal vez sienta que está perdiendo el control de la diabetes. Es posible que hasta la tensión entre usted y su médico lo haga sentir frustrado y triste.

Igual que la negación de la realidad, la depresión puede llevarlo a un círculo vicioso e impedirle una buena atención de su diabetes. Si usted está deprimido y no tiene energía, es posible que sienta que las tareas como medirse el azúcar con regularidad son demasiada carga. Si siente tanta ansiedad que no puede pensar con claridad, le resultará difícil mantener una dieta correcta. Tal vez no sienta ningún deseo de comer, lo cual por supuesto le afectará su nivel de azúcar en sangre.

¿Qué hacer?

Identificar la depresión es el primer paso. Conseguir ayuda es el segundo. Si usted se siente realmente triste, decaído o sin ánimo, verifique los siguientes síntomas:

- **Pérdida de placer** Ya no se interesa por actividades que antes le agradaban.
- **Cambios en las horas de sueño** Tiene problemas para conciliar el sueño, se despierta durante la noche o quiere dormir más de lo usual, incluido durante el día.
- **Se despierta temprano** Se despierta antes de lo corriente y no puede volver a conciliar el sueño.
- **Cambio de apetito** Come más o menos que antes, con la consiguiente rápida ganancia o pérdida de peso.
- **Problemas de concentración** No puede mirar un programa de televisión ni leer un artículo porque otras ideas o sentimientos interfieren en su pensamiento.
- **Pérdida de energía** Se siente cansado constantemente
- **Nerviosismo** Siempre está tan ansioso que no puede quedarse sentado quieto.
- **Sentimiento de culpabilidad** Siente que “nunca hace nada bien” y le preocupa que pueda ser una carga para otros.
- **Tristeza matinal** Se siente peor por la mañana que durante el resto del día.
- **Pensamientos suicidas** Siente que desea morir o piensa en formas de lastimarse.

Si usted experimenta tres o más de estos síntomas, o si solamente experimenta dos pero se viene sintiendo mal desde hace dos semanas o más, es hora de que busque ayuda.

Cómo conseguir ayuda

Si usted experimenta síntomas de depresión, no los oculte. Primero, coménteselos a su médico. Tal vez haya una causa física para su depresión.

La diabetes mal controlada puede causar síntomas parecidos a la depresión. Durante el día, el azúcar alta o baja en la sangre puede causar cansancio o ansiedad. El nivel bajo de azúcar también puede causar hambre y por lo tanto la persona come de más. Si el azúcar le baja de noche, puede interrumpir el sueño. Si le sube de noche, puede levantarse a orinar con frecuencia y luego sentirse cansado durante el día.

Otras causas físicas de la depresión pueden incluir

- consumo abusivo de alcohol o drogas
- problemas de tiroides
- efectos secundarios de algunos medicamentos

No deje de tomar ningún medicamento sin antes decírselo a su médico. Él podrá ayudarle a descubrir si sus sentimientos de tristeza tienen raíz en un problema físico.

Si usted y su médico eliminan causas físicas, lo más probable es que su médico lo remita a un especialista. Usted puede hablar con un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera o enfermero psiquiátricos, un asistente social clínico licenciado o un consejero profesional. Es más, tal vez su médico ya trabaje con profesionales de la salud mental en un equipo de trabajo para el tratamiento de la diabetes.

Todos estos profesionales de la salud mental podrán ayudarle a sortear las aguas turbulentas de la depresión. En general, hay dos tipos de tratamiento. Uno es la psicoterapia, o consejería. El otro es el tratamiento con medicamentos.

La psicoterapia con un terapeuta bien capacitado puede ayudarle a estudiar los problemas que desencadenan la depresión. También puede ayudarle a encontrar maneras de aliviarlo. La terapia puede ser de corto o de largo plazo. Usted debe tener la seguridad de que se siente a gusto con el terapeuta que elija.

Si le recomiendan medicamentos, deberá consultar a un psiquiatra (un médico con capacitación especial para diagnosticar y tratar trastornos mentales o emocionales). Los psiquiatras son los únicos profesionales de la salud mental autorizados para recetar medicamentos y tratar las causas físicas de la depresión.

Si usted decide probar un medicamento antidepresivo, hable con su psiquiatra y su médico sobre posibles efectos secundarios, incluida la forma en que podría afectar su nivel de azúcar en sangre. Asegúrese de que sus médicos consulten entre sí acerca de su atención cuando haga falta. Muchas personas andan bien con una combinación de medicamentos y psicoterapia.

Si tiene síntomas de depresión, no espere demasiado antes de buscar ayuda. Si el médico que lo atiende no puede remitirlo a un profesional de la salud mental, comuníquese con su sociedad psiquiátrica local o con el departamento de psiquiatría de una facultad de medicina, o la delegación local de organizaciones para asistentes sociales psiquiátricos, psicólogos o consejeros de salud mental.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

ASPECTOS METABÓLICOS DEL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES GRAVES: UN ASUNTO QUE RECIBE CRECIENTE ATENCIÓN

Entre los muchos adelantos del último decenio sobre la comprensión y el tratamiento de trastornos mentales y conductuales graves, incluidos la esquizofrenia y la depresión, se encuentra el descubrimiento de medicamentos antipsicóticos de segunda generación (en inglés, SGA). Con su entrada en uso y los mejores resultados que ofrecen, el empleo de estos medicamentos ha aumentado rápidamente. Si bien los SGA han demostrado muchos beneficios en relación con sus predecesores, su uso también viene asociado con problemas de salud, incluidos extraordinarios aumentos de peso, diabetes, aumento del colesterol LDL, elevación de los niveles de triglicéridos y reducción del colesterol HDL. (Diabetes Care 27:596-601, 2004).

Una breve búsqueda en Internet demuestra fácilmente el nivel de atención de la prensa, el interés público y de los organismos regulatorios gubernamentales y los posibles factores de riesgo asociados con los SGA en el tratamiento de los trastornos mentales. Se ha prestado interés particular al tema de si las personas tratadas con SGA por esquizofrenia corren más riesgo de diabetes como consecuencia de estos medicamentos. El interés en esta cuestión aumenta debido al elevado índice de obesidad y otros problemas de salud a menudo no reconocidos ni tratados entre personas con enfermedades mentales graves, y debido a la estrecha asociación entre la obesidad, la diabetes, la dislipidemia y la enfermedad cardiovascular.

Para entender mejor la relación entre los SGA y el desarrollo de estos importantes factores de riesgo, la Asociación Americana contra la Diabetes (American Diabetes Association), La Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association), La Asociación Americana de Clínicos Endocrinólogos (American Association of Clinical Endocrinologists), y la Asociación Norteamericana de Estudio de la Obesidad (North American Association for the Study of Obesity) convocaron a una conferencia para lograr consenso en noviembre de 2003 sobre el tema de los medicamentos antipsicóticos y la diabetes (Diabetes Care 27:596-601, 2004).

La reunión trató cinco temas básicos:

- (1) ¿Qué uso reciben los medicamentos antipsicóticos en la actualidad?
- (2) ¿Qué prevalencia de obesidad, pre-diabetes, y diabetes tipo 2 existe en los sectores de la población en los que se usan SGA?
- (3) ¿Qué relación hay entre el uso de estos medicamentos y la incidencia de obesidad o diabetes?
- (4) Dados los riesgos identificados, ¿cómo debería vigilarse a los pacientes para detectar aumentos considerables de peso, dislipidemia y diabetes, y cómo se los debe tratar si surge diabetes?
- (5) ¿Qué investigación hace falta para entender mejor la relación entre estos medicamentos y el aumento considerable de peso, dislipidemia y diabetes?

A partir de la exploración de estas cuestiones se obtuvieron varios resultados y se formularon varias recomendaciones, entre ellas:

- (1) “En general, la limitada cantidad de datos epidemiológicos existentes y la creciente prevalencia de obesidad, intolerancia ante la glucosa y diabetes tipo 2 entre las personas con enfermedad psiquiátrica. No se sabe si esto es una función de la enfermedad propiamente dicha o si se debe al tratamiento. Para resolver esto se necesitan diagnósticos apropiados de intolerancia de la glucosa y una caracterización más completa de los factores de riesgo.” (Diabetes Care 27:596, 2004)
- (2) “Dados los graves riesgos para la salud, los pacientes que toman SGA deben ser sometidos a exámenes apropiados que sirvan de punto de referencia, así como a vigilancia periódica. El panel recomienda que los datos de referencia se obtengan antes, o, dentro del marco clínico, lo más cerca posible de la iniciación del tratamiento con cualquier medicamento antipsicótico, incluidos datos sobre historial familiar de obesidad, diabetes, etc., peso y altura, circunferencia de la cintura, presión arterial, glucosa en plasma en ayunas, y perfil de lípidos en ayunas.” (Diabetes Care 27:596, 2004)

- (3) “El panel recomienda que a todos los pacientes obesos o excedidos de peso se les dé consejería sobre nutrición y actividad física, especialmente si inician tratamiento con un SGA asociado con aumentos considerables de peso. También puede ser apropiada la remisión a un profesional de la salud o a un programa con experiencia en el manejo del peso corporal” (*Diabetes Care* 27:596, 2004)

En resumen, el panel recomendó:

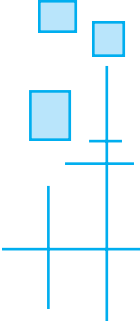
- Consideración de los riesgos metabólicos cuando se comience un régimen con SGA
- Educación del paciente, su familia y las personas que lo cuidan
- Exámenes de referencia
- Controles regulares
- Remisión a servicios especializados, cuando corresponda.

En su resumen, el panel llegó a las siguientes conclusiones: “Los SGA son muy benéficos para mucha gente con trastornos psiquiátricos. Igual que con todos los medicamentos, los SGA muestran algunos efectos secundarios no deseados. Una serie de ellos es el aumento del riesgo de obesidad, diabetes y dislipidemia. La etiología del aumento de riesgo de anormalidades metabólicas es incierta, pero su prevalencia parece tener correlación con el aumento de peso corporal que a menudo se observa en pacientes que toman SGA.... Estas tres condiciones adversas guardan una relación estrecha, y su prevalencia parece diferir según el SGA que se use... La elección de SGA para un paciente específico depende de muchos factores. La probabilidad de adquirir una enfermedad metabólica grave también debe ser una consideración importante. Cuando se receta un SGA se debe contraer al mismo tiempo un compromiso con los exámenes de referencia y el seguimiento, a fin de reducir la probabilidad de causar enfermedad cardiovascular, diabetes, o complicaciones de la diabetes” (*Diabetes Care* 27:596, 2004)

Referencia:

- “Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs, Obesity and Diabetes”: *Diabetes Care* 27:596-601m 2004 © American Diabetes Association, Inc. WEB Citation: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/27/2/596>

El cancer y trastornos mentales



El diagnóstico de cáncer puede llevar a la depresión y la ansiedad, lo cual puede causar profundos efectos sobre la salud general de la persona que lidia contra la enfermedad. Hay estudios que demuestran que la falta de tratamiento en esta situación puede prolongar el lapso de hospitalización, obstaculizar un tratamiento efectivo, y a la larga reducir las posibilidades de supervivencia. Por otro lado, el tratamiento puede tener un efecto positivo sobre la calidad de vida de la persona, reducir el número de visitas al hospital y aumentar la tasa de supervivencia. Es importante que las personas con diagnóstico de cáncer reciban intervención temprana, y que clínicos y oncólogos detecten síntomas de problemas en la salud mental de sus pacientes.

No obstante, el Dr. Ray Berard, un médico de Sudáfrica, señala que un oncólogo rara vez tiene tiempo de realizar una evaluación de salud mental a fondo, como lo haría un profesional de la salud mental en su diagnóstico. El Dr. Berard recomienda que se elabore un método más rápido para detectar necesidades, pero que también sea preciso en su evaluación. Él cree que hay tres obstáculos principales que se interponen ante el tratamiento efectivo de la depresión y la ansiedad en las personas con cáncer: 1) la dificultad de diagnosticar a la persona debido a la superposición de síntomas entre la depresión y la ansiedad; 2) es posible que el médico clínico no pueda dedicar el tiempo necesario a la evaluación de la enfermedad psiquiátrica; y 3) no existen datos clínicos suficientes sobre estrategias psiquiátricas para los que sufren de depresión y ansiedad durante el tratamiento oncológico.

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

- Una evaluación cuidadosa de las ideas de la persona sobre el diagnóstico;
- Su historial médico;
- Su historial personal o familiar de depresión o suicidio;
- Situación mental actual;
- Estado físico;
- Efectos secundarios del tratamiento y la enfermedad;
- Otras fuentes de estrés en la vida de la persona; y,
- Apoyo de que dispone el paciente.

Si la persona hace algún comentario sobre el suicidio, es importante explorar la seriedad de los comentarios y verificar la seguridad de la persona. La incidencia de suicidio entre pacientes de cáncer puede ser hasta 10 veces más que entre la población general.

Las personas con diagnóstico de cáncer experimentan diferentes niveles de estrés y problemas emocionales. El temor a la muerte, la interrupción de los planes de vida, los cambios en la imagen corporal y la autoestima, los cambios en papel social y estilo de vida, además de las inquietudes económicas y legales que la enfermedad entraña son aspectos importantes en la vida de toda persona con cáncer. La tristeza y el luto son reacciones normales ante la crisis que supone el cáncer, y todas las personas los experimentarán en algún momento de su vida. Sin embargo, es importante distinguir entre niveles "normales" de tristeza y depresión clínica (WHR 2001, Figura 1.3). Algunas personas tienen más dificultad que otras para manejar un diagnóstico de cáncer, y tal vez necesiten ayuda.

Por supuesto, algunas personas reciben un diagnóstico de trastorno mental antes de recibir un diagnóstico de cáncer. Un estudio ha llegado a la conclusión de que las mujeres con un diagnóstico reciente de depresión corren más riesgo de recibir un tratamiento no definitivo y muestran una tasa de supervivencia más baja tras un diagnóstico de cáncer de mama. Se especula que esto puede aplicarse también a otras formas de cáncer.

Cuando las personas descubren que tienen cáncer, a veces tienen sentimientos de incredulidad, negación de la realidad o desesperación. Por lo general, diversos síntomas psicológicos que pueden surgir en esos momentos disminuyen a medida que las personas asumen el diagnóstico, lo cual por lo

regular se demuestra en la participación activa de la persona en la vida cotidiana y en la continuación de sus funciones como esposa, madre, empleada, etc. Es posible que todos los pacientes se beneficien con la consejería, pero cuando los síntomas son intensos y perdurables, el tratamiento más intensivo es importante. Un estudio de mujeres con cáncer de mama halló que las que asistieron semanalmente a reuniones de grupos de apoyo sobrevivieron en promedio 18 meses más que las otras.

La depresión afecta a aproximadamente 25% de las personas con cáncer y puede afectarles el sistema inmune, lo cual a su vez debilita la capacidad del organismo de lidiar con la enfermedad. Las personas que tienen tanto depresión como cáncer enfrentan una serie de desafíos: están afligidas, tienden a tener problemas con las tareas cotidianas y a menudo les cuesta seguir el consejo de su médico. Los médicos piensan que la depresión, si no se la trata, puede acortar la vida de una persona con cáncer. Es importante darse cuenta de que algunos de los síntomas de la depresión son similares a los de las personas sometidas a tratamiento por cáncer, como fatiga, falta de concentración, dificultad para conciliar el sueño y pérdida de apetito. Por ello, un diagnóstico claro es particularmente importante para que la depresión no pase desapercibida.

La oportunidad de que los profesionales de la salud mental consulten con oncólogos es especialmente importante para tal diagnóstico. También es importante que el tratamiento contra una enfermedad no complique el tratamiento contra otra, especialmente cuando hay medicamentos de por medio. Sin embargo, en algunos casos los medicamentos antidepresivos pueden tener algunos aspectos de alivio del dolor que podrían ayudar a los pacientes de cáncer. Sea cual sea el tratamiento, el clínico debe tomar iniciativas, para tener la seguridad de que la terapia satisface las necesidades de cada paciente sobre la base de sus necesidades clínicas. No obstante, el Dr. Berard declara, "Lo que es común a todos los pacientes de cáncer, independientemente del tipo de cáncer o etapa de la enfermedad, es la necesidad de un manejo apropiado de su abatimiento psicológico."

Las personas que han pasado un mínimo de seis años con depresión crónica muestran un 88 por ciento de riesgo más alto de contraer cáncer en los cuatro años siguientes.

– U.S. National Institute on Aging

La pregunta de si la depresión es un factor causal de cáncer todavía está siendo estudiada, pero hay pruebas que demuestran que puede haber cierta verdad en dicha asociación. Recientemente el Nacional Institute of Ageing sacudió a la comunidad médica con los resultados de su estudio en el que seguían la trayectoria de 4.825 personas de 71 años o más. Los investigadores hallaron que los que habían estado clínicamente deprimidos durante por lo menos seis años tenían 88 por ciento más riesgo de contraer cáncer en los cuatro años siguientes. Los investigadores especularon que la depresión podía echar leña al fuego del cáncer dañando las células T y otras partes del organismo que luchan contra la enfermedad. Sin embargo, han indicado que hacen falta más estudios para demostrar causa y efecto.

Lo bueno es que, según los investigadores, una persona con cáncer y depresión puede recibir tratamiento para la mente que también será de gran ayuda para el cuerpo. Un estudio de la Universidad de Stanford encabezado por el médico David Spiegel demostró que las mujeres con cáncer de mama en estado avanzado que asistían a un grupo semanal de apoyo vivieron aproximadamente el doble que otro grupo de mujeres que no tenía grupo de apoyo. El Dr. Spiegel declara que tratar la depresión en personas con cáncer no solo reduce los síntomas de dolor, náusea y fatiga sino que también puede ayudar a las personas a vivir más tiempo con mejor calidad de vida.

Se calcula que un 25% de todas las personas con cáncer están deprimidas, pero solo un 2% recibe tratamiento para la depresión. En un estudio posterior se halló otra notable tendencia entre personas probabilidades de seguir con vida cinco o seis años después que los que no recibieron terapia.

Lamentablemente, a las personas con cáncer no siempre se les administran los tratamientos necesarios de salud mental. Se calcula que un 25% de todas las personas con cáncer están deprimidas, pero que solamente un 2% recibe tratamiento contra la depresión. Se han encontrado varias terapias psiquiátricas beneficiosas para el tratamiento de la depresión relacionada con el cáncer. Estas terapias a menudo se usan en forma combinada y pueden incluir intervención en situaciones de crisis, psicoterapia y técnicas de manejo del pensamiento y la conducta. Estas terapias por lo general constan de 3 a 10 sesiones y exploran métodos para reducir la angustia, aumentar la

capacidad de aceptar y resolver los problemas; buscar apoyo, re-encauzar pensamientos negativos y derrotistas, y crear lazos estrechos y personales con un prestador comprensivo de servicios de salud.

En Asia se ha trabajado mucho sobre los aspectos psicológicos del cáncer y su tratamiento. Los Drs. Xu Guangwei, Zhang Zongwei, y Zhu Yunfeng de Beijing, China, informan sobre el trabajo del Comité de Rehabilitación de Pacientes de Cáncer de la Asociación China contra el Cáncer, que se dedica a mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer y a apoyar la investigación y el tratamiento de las formas de cáncer más prevalentes en China. Este Comité agrupa a las personas según su tipo de cáncer y maneja un grupo de apoyo para personas que de otra manera tal vez no tendrían la oportunidad de interactuar con otras personas en su misma condición. También ofrecen tratamiento psicológico, terapia física, asesoría en materia de nutrición, y asistencia médica. La Asociación Nueva Vida de Amigos de Personas con Cáncer [Taiwan Cancer Friends New Life Association], de Taiwan, notifica que la investigación demuestra que el apoyo social y emocional, igual que la asistencia psicológica, puede ayudar a las personas a recuperarse del cáncer. Las personas con cáncer necesitan apoyo emocional tanto como servicios médicos. En la Sección VI se encontrará más información sobre su trabajo, que se concentra en la terapia de la mente, el cuerpo y el espíritu.

A fin de producir los resultados más positivos, parece claro que el cáncer, no importa de qué tipo, no se debe tratar en forma aislada. El médico que ofrece el tratamiento, el paciente, sus familiares cercanos y los amigos que integran la red de apoyo primario de la persona deben estudiar cuidadosamente los aspectos de salud mental de la persona.

Referencias:

- Aapro, M.; Cull, A. "Depression in Breast Cancer Patients: The Need for Treatment" in *Ann Oncol.* 1999 June; 10(6): 627-36.
- Akechi, T; Kugaya, A.; Okamura, H.; Nakano, T.; Okuyama, T.; Mikami, I.; Shima, Y.; Yamawaki, S.; Uchitomi Y. "Suicidal Thoughts in Cancer Patients: Clinical Experience in Psychooncology." *Psychiatry Clin Neurosci.* 1999 Oct; 53(5): 569-73.
- "Asian Mental and Physical Treatments" – paper of the Taiwan Cancer Friends New Life Association; www.love-newlife.org.tw.
- Baker, F.; Marcellus D.; Zabora, J.; Pollard A.; Jodrey D. "Psychological Distress Among Adult Patients Being Evaluated for Bone Marrow Transplantation" *Psychosomatics.* 1997 Jan-Feb; 38(1): 10-9.
- Berard, Ray M.F. "Depression and Anxiety in Oncology: The Psychiatrist's Perspective" in the *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62 (suppl 8)
- "Depression and Cancer" on the National Institute of Mental Health website: www.nimh.nih.gov/publicat/depcancer.cfm.
- Goldberg, J.A.; Scott, R.N.; Davidson P.M.; Murray G.D.; Stallard, S.; George W.D.; Maguire G.P. "Psychiatric Morbidity in the First Year after Breast Surgery." *European Journal of Surg Oncol.* 1992 Aug; 18(4): 327-31.
- Goodwin, James S.; Zhang, Dong D.; Ostir, Glenn. "Effect of Depression on Diagnosis, Treatment, and Survival of Older Women with Breast Cancer." *Journal of American Geriatrics Society* 52(1): 106-111, 2004.
- Ritterband, LM; Spielberger CD. "Depression in a Cancer Patient Population." *Journal of Clinical Psychol Med Settings.* 2001 Jun; 8(2): 85-93.
- "The Body Mind Connection: Cancer" in *Counseling Notes* at www.counselingnotes.com.
- Valentine AD, Meyers CA. "Cognitive and Mood Disturbance as Causes and Symptoms of Fatigue in Cancer Patients" in *Cancer* 2001 Sep 15; 92 (6 Suppl):1694-8.
- Woolston, Chris. "Depression and Cancer" in BlueCross/Blue Shield's *A Healthy Me* website at www.ahealthyme.com. March 25, 2003.
- Zorn, Marcia; Rowland, Julia; and Varricchio, Claudette. *Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue.* National Library of Medicine Bibliography. July 2002. <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/cancersymptoms.pdf>.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

El cáncer y los trastornos por ansiedad

Instituto Nacional del Cáncer

La ansiedad es una reacción normal ante el cáncer, pero puede interferir con la calidad de vida de una persona y su capacidad de seguir la terapia contra la enfermedad. Uno puede experimentar ansiedad mientras se somete a una prueba de detección, mientras espera los resultados, recibe su diagnóstico, recibe tratamiento o anticipa el regreso del cáncer. La ansiedad asociada con el cáncer puede aumentar la sensación de dolor, interferir con la capacidad de dormir, causar náusea y vómitos e interferir con la calidad de vida del paciente (y su familia). Si se la deja sin tratar, la ansiedad grave puede hasta acortar la vida del paciente. Es más probable que la ansiedad intensa asociada con el tratamiento de cáncer ocurra en aquellos que tienen un historial de trastornos por ansiedad y en pacientes que experimentan ansiedad en el momento del diagnóstico. Muchos medicamentos y tratamientos contra el cáncer pueden agravar la ansiedad.

Los trastornos por ansiedad incluyen:

- Trastorno de adaptación
- Trastorno de pánico
- Fobias
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno post-trauma
- Trastorno generalizado por ansiedad
- Trastorno por ansiedad causado por otras afecciones médicas generales.

Trastorno de adaptación incluye comportamientos o estados de ánimo más extremos de los previsibles ante un diagnóstico de cáncer. Los síntomas incluyen nerviosismo severo, preocupación, temblor en las manos e incapacidad de trabajar, asistir a clases o estar en compañía de otras personas.

Trastorno de pánico causa que la persona experimente intensa ansiedad; puede sentir falta de aliento, mareos, latidos rápidos del corazón, temblores, sudor intenso, náuseas, sensación de cosquilleo, o temor de “estar volviéndose loco.”

Fobias. Temores o evitación de una situación u objeto; por lo general los pacientes experimentan ansiedad intensa y evitan situaciones que pueden asustarlos. Algunas personas con cáncer pueden temerles a las agujas, por ejemplo, o a espacios pequeños como aquellos en los que se encontrarían si les hicieran un examen por resonancia magnética (MRI).

Trastorno obsesivo compulsivo. Hace que la persona tenga pensamientos, ideas o imágenes persistentes (obsesiones) acompañados de conductas repetitivas (compulsiones). Es posible que estos pacientes no puedan sobrellevar el tratamiento de cáncer porque se encuentran incapacitados por pensamientos y conductas que interfieren con su capacidad de funcionar normalmente. Estos trastornos son raros en personas que no tenían trastorno obsesivo compulsivo antes de que se les diagnosticara el cáncer.

Trastorno generalizado por ansiedad. Puede hacer que algunas personas experimenten ansiedad extrema y constante, o preocupaciones que no responden a la realidad. La preocupación puede consistir en que amistades cercanas o una familia normalmente unida los van a abandonar, o que no podrán pagar por su tratamiento. Una persona con ansiedad generalizada puede sentirse irritable o inquieta, sentir tensión muscular, falta de aliento, palpitaciones, sudores, mareos y fatigarse con facilidad.

El tratamiento depende de la forma en que la ansiedad afecte la vida diaria de los pacientes. La ansiedad causada por dolor u otra afección médica, n tipo específico de tumor o los efectos secundarios de un medicamento, por lo general se controlan tratando la causa subyacente. El tratamiento contra la ansiedad comienza por darle al paciente la información y el apoyo adecuados. La creación de estrategias para hacerse cargo de la situación, tales como que el paciente considere su cáncer como un problema a resolver, obteniendo suficiente información para

entender a fondo la enfermedad y las opciones de tratamiento, así como utilizar los recursos y los sistemas de apoyo disponibles, pueden ayudar a aliviar la ansiedad. Los pacientes también pueden beneficiarse con otras opciones para el tratamiento de la ansiedad, como la psicoterapia, la terapia de grupo, la terapia familiar y la participación en grupos de autoayuda, hipnosis, y técnicas de relajación o *biofeedback*. Se pueden usar medicamentos por sí mismos o en combinación con estas técnicas.

Una vez que ha terminado la terapia contra el cáncer, es posible que la persona que sobrevive enfrente nuevas fuentes de ansiedad. Puede experimentar ansiedad cuando vuelve al trabajo y sus compañeros le preguntan por su experiencia con la enfermedad, o cuando encuentra problemas financieros. El sobreviviente puede temer exámenes de seguimiento y pruebas diagnósticas, o puede temer una recurrencia del cáncer. Puede experimentar ansiedad debido a cambios en la imagen corporal, disfunción sexual, problemas reproductivos o estrés post-trauma. Existen programas de supervivencia, grupos de apoyo, consejería y otros recursos para ayudar a estas personas a readaptarse a la vida después del cáncer.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

La conexión entre el cuerpo y la mente – El cáncer

Notas de consejería

En todo el mundo se diagnostican casos de cáncer todos los años. Por ejemplo, cada año unas 185.000 en Estados Unidos se sorprenden con un diagnóstico de cáncer de mama, y más 75% de ellas no muestra ningún factor de riesgo conocido.

La incertidumbre y la angustia que acompañan al diagnóstico continúan mucho después de esa primera visita al médico. El tratamiento de cáncer es un proceso prolongado, que presenta nuevos problemas y retos en el camino. A menudo la familia, el trabajo y las relaciones sociales se ven afectadas. Es posible que el paciente sienta fatiga, estrés, ansiedad y depresión. Es normal sentirse abrumado por tan devastadora noticia. También es importante adquirir las herramientas y la ayuda que uno necesita para lidiar con este nuevo reto. La consejería le puede ayudar a:

- Asimilar el diagnóstico
- Lidiar con el tratamiento
- Aceptar el impacto que el cáncer tendrá sobre su vida
- Manejar la depresión que a menudo acompaña al cáncer

Herramientas para el cuerpo:

- **Dieta.** Esto significa buena nutrición. Comidas balanceadas, ricas en vitaminas y nutrientes.
- **Sueño.** Cuando el cuerpo se esfuerza, necesita dormir más que nunca. Establecer buenos hábitos de sueño le ayudará a obtener el descanso que su cuerpo necesita.
- **Ejercicio.** Pídale a su médico un programa que funcione para usted. El ejercicio ayuda a la digestión, reduce el estrés, ayuda contra la depresión y le puede ayudar a dormir mejor.
- **Hábitos saludables.** El alcohol, los cigarrillos, la cafeína y otras drogas no hacen más que sumar problemas. Usted ya tiene suficiente sin agregarle más estrés al cuerpo.

Herramientas para la mente:

Un número considerable de personas con cáncer experimenta síntomas depresivos. La depresión hace que lidiar con la enfermedad sea más difícil. La depresión lleva a los pacientes a no asistir a sus citas médicas, a pasar por alto los consejos del médico y a una reducción de la capacidad de emplear el apoyo social a su disposición.

Los profesionales de la salud mental pueden ayudar a las personas con cáncer a lidiar con sus cambios físicos, emocionales y de estilo de vida. Se emplean estrategias de resolución de problemas para ayudar a:

- Pasar por los momentos de temor y luto
- Decidir cómo explicar la enfermedad a los niños y otros miembros de la familia
- Formular preguntas con aplomo durante las visitas médicas. Si usted participa más plenamente en el tratamiento y sus opciones, entenderá mejor la enfermedad y la forma de tratarla, y estará más dispuesto a cooperar en lo que tenga que hacer para volver a sentirse bien
- Tomar decisiones sobre las opciones de tratamiento y hospital
- Manejar el estrés. Dado que el estrés suprime la capacidad del cuerpo de protegerse, tiene sentido adquirir destrezas para superarlo
- La consejería familiar e individual ofrece ayuda práctica y emocional a cónyuges, hijos, padres y amigos
- Los ejercicios de relajación e imaginación alivian las náuseas y los vómitos que a veces acompañan a la quimioterapia.

La terapia cognitiva conductual por lo general hace hincapié en entender y cambiar nuestros patrones de pensamiento y conducta. A veces lo mejor es una combinación de tratamiento individual y de grupo, según las preferencias de la persona. Los grupos ofrecen la oportunidad de dar y recibir apoyo emocional y de aprender de la experiencia de otros que también tienen cáncer.

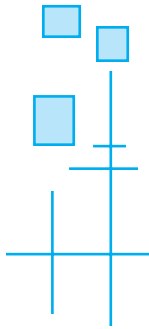
Herramientas para el alma:

A menudo la recuperación emocional lleva más tiempo que la física, y por lo general es más predecible. Nuestra sociedad presiona al sobreviviente de cáncer para que vuelva pronto a la normalidad, pero el sobreviviente necesita tiempo para crear una nueva imagen de sí mismo que incorpore tanto la experiencia como los cambios que se han producido en su cuerpo.

Ya que no podemos cambiar el diagnóstico, nuestra mejor opción parece ser transformar la experiencia en una oportunidad de crecimiento personal. La búsqueda de propósito o de sentido en la vida nos trae equilibrio y crecimiento espiritual. Cada uno de nosotros debe decidir cuál será nuestra senda, y luego tomar el primer paso. Hay tantas sendas como personas, y un número igual de maneras de terminar el viaje. La meditación, el relajamiento y la imaginería mental son todas buenas maneras de iniciar la marcha.

**2004 world mental health day
October 10, 2004**

La enfermedad cardiovascular y los trastornos mentales



Aproximadamente una de cada cinco personas pasa por un episodio importante de depresión en la vida. Ese número aumenta a uno de cada dos entre las personas con cardiopatía. Entre tres y cinco por ciento de población está deprimida en cualquier momento dado; 18 % de los pacientes cardíacos está deprimido en un momento dado. El riesgo de problemas cardíacos se duplica entre las personas con depresión.

El estrés mental y la depresión pueden tener efectos profundos sobre la enfermedad cardiovascular; esto sirve de causa y tiene repercusiones para la recuperación. Hay estudios que demuestran que el estrés mental aumenta la demanda de oxígeno porque la presión arterial y el ritmo del corazón aumentan, según el Dr. David S. Sheps, M.D. del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Florida. Un estudio de la Universidad del Estado de Ohio con 8.000 personas halló que los varones deprimidos tenían 70% más probabilidades de contraer enfermedad cardíaca. Las mujeres tenían una tasa considerablemente más baja del 12%, la cual aumentaba dramáticamente al 78% en casos de depresión grave. Un estudio en Gran Bretaña con 5.623 pacientes halló que los varones deprimidos tienen tres veces más probabilidades de daño al corazón por bloqueos de la sangre, y que corren más riesgo de episodios posteriores que las personas que no sufren de depresión. Cuantos más ataques sufra una persona, más deprimida probablemente se pondrá, lo cual a su vez bien puede afectar las arterias y el corazón. Es un círculo vicioso.

Aproximadamente la mitad de las personas con cardiopatía pasa por un episodio importante de depresión. El riesgo de enfermedad cardíaca es doble en las personas con depresión.

Según Rutledge y Con, existen pruebas convincentes de que los niveles elevados de angustia psicológica en las mujeres van asociados a un nivel elevado de contraer enfermedad de las arterias coronarias, así como de dificultar el diagnóstico de la enfermedad. Si bien muchos informes dicen que el principal momento para la enfermedad de las arterias coronarias en la mujer ocurre después de la menopausia, este estudio muestra que se trata de una vida entera de acumulación y que, por lo tanto, hay factores psicológicos y conductuales que afectan el potencial de la enfermedad mucho antes de la menopausia. Algunos estudios recientes también sugieren que las mujeres con niveles más altos de ira y síntomas de depresión tienen más probabilidades de fumar, abusar del alcohol, estar excedidas de peso y tener niveles más bajos del colesterol "bueno". Esto demuestra que los síntomas psicológicos entre las mujeres pueden aumentar su riesgo de enfermedad cardiovascular en forma directa por cambios biológicos, o indirectamente por conductas y estilos de vida no saludables. Lo que es exclusivo de las mujeres es que los factores psicológicos pueden tener efectos sobre la mujer antes de la menopausia, mediante su intervención en la función ovárica. El estrés ocasiona ciertos cambios que causan una reducción del estrógeno, la hormona que se cree proporciona cierta protección contra la enfermedad cardíaca coronaria.

Las mujeres japonesas que notifican niveles elevados de estrés mental muestran dos veces más riesgo de muerte relacionada con derrame cerebral y problemas cardíacos que aquéllas que notifican niveles bajos de estrés. Investigadores encabezados por Hiroyaso Iso, M.D., del Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk, analizó datos sobre 30.180 varones y 43.244 mujeres entre 40 y 79 años de edad, y notificó que 8.656 mujeres y 6.891 varones mencionaron niveles elevados de estrés mental. Tras ajustar los datos por factores de riesgo cardiovascular y variables psicológicas, las mujeres en el grupo de elevado estrés mostraban 2,24 veces más riesgo de derrame cerebral y 2,28 veces más riesgo de enfermedad cardíaca coronaria. También mostraban 1,64 veces más riesgo de muerte por cualquier enfermedad cardiovascular. Las mujeres que mostraban alto nivel de estrés eran alrededor de cinco años más jóvenes, más educadas, más sedentarias y su valor medio de índice

de masa corporal era más bajo que el de las mujeres que notificaban estrés mental bajo. También tenían más probabilidad de tener un historial de diabetes e hipertensión que las que sufrían menos estrés. Estas mujeres tenían más probabilidad de sentir ira, apuro, desesperanza e insatisfacción.

Los hombres mostraban una asociación similar, según este estudio en Japón, entre el estrés mental y los ataques al corazón. Los hombres que mencionaban un estrés mental mediano o alto tenían 1,74 veces más riesgo de ataque al corazón tras ajustar el cálculo por factores de riesgo físico cardiovascular.

La ansiedad y la depresión duplican o triplican el riesgo de adquirir hipertensión arterial, una causa primordial de enfermedad cardiovascular.

– Centros de los EE.UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos realizaron un estudio con 3.000 hombres que tenían la presión arterial normal; en los 16 años de seguimiento se halló que la ansiedad y la depresión duplicaban o triplicaban el riesgo de contraer hipertensión arterial. Un estudio en la universidad Johns Hopkins (Johns Hopkins Precursors Study) con 1.190 varones estudiantes de medicina a quienes se siguió durante 40 años halló que los que estaban deprimidos corrían mucho más riesgo de contraer enfermedad cardíaca que sus colegas, y que el aumento de riesgo continuaba hasta diez años después de un episodio de depresión. La publicación *Psychosomatic Medicine* (Medicina psicosomática, marzo de 2001) documenta que en personas hipertensas, el historial de depresión aumenta considerablemente el riesgo de enfermedad cardíaca; de hecho, las personas con depresión mostraban dos veces más riesgo de ataque al corazón que aquellos sin dicho historial. Otro estudio de largo plazo, (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) encontró que el riesgo de enfermedad cardíaca entre 5.000 mujeres era casi el doble para las que tenían depresión, aun cuando el riesgo de defunción por enfermedad cardíaca no se veía afectado por la depresión. El riesgo de enfermedad cardíaca en los hombres era casi el doble entre los deprimidos, al tiempo que el riesgo de defunción por enfermedad cardíaca era mucho más alto.

Un estudio del Centro Médico de Duke University demuestra que los síntomas moderados de depresión combinados con sentimientos de hostilidad en hombres saludables elevan el nivel de cierta clase de proteína (IL-6) asociada con arterias obstruidas y un riesgo más elevado de ataque al corazón. Se administró una prueba a 90 hombres saludables de 18 a 45 años de edad que no fumaban, por la cual debían responder a dos cuestionarios para determinar su nivel de síntomas depresivos y hostilidad. Los que mostraban síntomas más elevados mostraban niveles de proteína IL-6 dos a cinco veces más elevados que los que tenían un puntaje más bajo en cada prueba.

Otros estudios han demostrado que el abatimiento psicológico y la soledad pueden causar gran tensión sobre el corazón y cobrarse la vida de un sobreviviente de cardiopatía. El Dr. Dean Ornish, M.D. escribe en su libro [Amor y Supervivencia: Base Científica del Poder Curativo de la Intimidad](#): “Entre los pacientes cardíacos, la depresión es tan buen pronosticador de una muerte inminente como el tabaquismo, la obesidad o un ataque cardíaco previo. Estudio tras estudio demuestra que las personas que están solas, deprimidas y aisladas tienen tres a cinco más probabilidades de morir prematuramente que aquellas que tienen conexiones en la vida.”

Los investigadores del Instituto Cardíaco de Montreal siguieron a 222 supervivientes cardíacos y hallaron que los que tenían depresión tenían aproximadamente seis veces más probabilidades que los demás de morir en el lapso de los seis meses después del ataque. Estos investigadores luego hallaron que la depresión también lleva a un aumento de 8 veces en la tasa de mortalidad 18 meses después de un ataque al corazón. Un estudio de Duke University con 1.400 hombres y mujeres con por lo menos una arteria gravemente bloqueada halló que los pacientes que no estaban casados ni tenían amigos íntimos tenían tres veces más probabilidades que los demás de morir en los cinco años siguientes.

Un estudio en Johns Hopkins University demostró que la depresión hasta podría ayudar a comenzar la enfermedad cardíaca. Este estudio de 13 años con 1.500 personas halló que un episodio de depresión aumentó más de cuatro veces el riesgo de ataque al corazón, aun teniendo en cuenta el hábito de fumar y otros factores. Esto muestra que hay fuertes evidencias de que la depresión por sí misma es dañina para el corazón. ¿Por qué? La depresión parece nivelar los altibajos normales en el ritmo cardíaco, indicando que el órgano puede ser más débil y menos flexible. La angustia mental tiende a fomentar el agrupamiento de los glóbulos rojos en la sangre, lo cual puede marcar el comienzo de la formación de coágulos.

Está demostrado que las mujeres postmenopáusicas que experimentan síntomas de depresión tienen un 50 por ciento más de probabilidades de adquirir o morir de una enfermedad cardiovascular que las mujeres sin síntomas depresivos. En un estudio de 93.000 mujeres postmenopáusicas, 15,8 por ciento reveló síntomas de depresión.

Un estudio en Dinamarca siguió a 730 hombres y mujeres, todos nacidos en 1914, estudiados en 1964 y nuevamente en 1974 en busca de síntomas físicos y psicológicos de depresión. Los que mostraban síntomas elevados de depresión corrían un 70% más de riesgo de ataque al corazón, y de hecho, los que mostraban signos de depresión al comienzo del estudio tenían 60% más de probabilidades de morir de cualquier causa.

Esto lleva a la consideración de los efectos del manejo de la depresión y el estrés y la recuperación de la enfermedad cardiovascular. Se calcula que las personas con depresión considerable corren dos a cuatro veces el riesgo de morir en los meses que siguen a un infarto o a un bloqueo de la circulación de un órgano, lo cual lleva a la necrosis de los tejidos. Esto sugiere que las personas, especialmente las mujeres, se beneficiarían con programas de intervención contra la depresión en los hospitales. Las mujeres se beneficiarían en particular porque son las que más probabilidades tienen de satisfacer los criterios de depresión, y por eso corren más riesgo de complicaciones, hasta la defunción. Los estudios demuestran que el tratamiento psicosocial que reduce el estrés puede reducir la tasa de re-hospitalización y de fallecimiento, y que tanto hombres como mujeres responden favorablemente a estos programas.

También se ha demostrado que las personas que reciben tratamiento para la depresión tras un derrame cerebral tienen mejores probabilidades de restablecer su capacidad mental, la cual a menudo se daña con un derrame, como el sentido de orientación, la memoria, el lenguaje y la coordinación entre el ojo y la mano.

Un estudio demuestra que la reducción mental tras un derrame cerebral obedece a dos causas:

- Daño físico causado por el derrame y
- Depresión después del derrame.

Además, se ha descubierto que un programa de manejo del estrés reduce en 74 por ciento las probabilidades de que un paciente cardíaco sufra un ataque al corazón o necesite operación. También hay motivos para el optimismo sobre la teoría de que los antidepresivos ayudan a luchar contra la enfermedad cardíaca. Un psiquiatra de la Facultad de Medicina de Emory University halló que la administración de este tipo de medicamento a los supervivientes de un ataque al corazón hace que sus plaquetas sean menos "pegajosas" y reduce su riesgo de coágulos sanguíneos.

Se ha demostrado que la depresión es común en las personas que sobreviven un ataque al corazón, y que hay formas importantes de depresión que son persistentes en una mayoría de las personas. Una vez dadas de alta del hospital, a menudo las personas tienen que tomar nuevos medicamentos, dejar de fumar, y hacer cambios en su estilo de vida. Tal vez pierdan el empleo, se preocupen por el efecto de las actividades normales sobre el corazón, y realicen frecuentes visitas al médico. Estos cambios pueden producir ansiedad, sentimientos de dependencia, preocupación por el futuro, y desesperanza. La capacidad del individuo de realizar los cambios necesarios puede ser más difícil todavía si padece de un trastorno emocional. Es verdad que el tratamiento de la depresión debería hacer que la persona participe más activamente en la atención de su salud y resultar en una mejor y más temprana detección de los síntomas de enfermedad cardíaca, así como respeto a las recomendaciones de que se reduzcan los riesgos de problemas cardíacos futuros.

Según los mismos estudios, aprender a prevenir la hostilidad y la depresión crónicas puede ser tan importante como dejar de fumar, manejar el colesterol y hacer ejercicio. Un estudio de personas sometidas a angioplastia por balón (un tratamiento muy corriente por el cual se emplea un catéter delgado para abrir una arteria de modo que adentro se pueda inflar un pequeño balón que permite un mayor flujo de sangre al corazón) demostró que más de 1/3 de estos pacientes necesitaron un segundo procedimiento similar dentro de los seis meses. La razón para ello puede tener que ver con el temperamento de la persona.

Mark Goodman, especialista en medicina conductual, señala que las personas remitidas a él para que les enseñe a reducir el estrés después de repetidas angioplastias tendían a ser personas iracundas, hostiles y difíciles de llevar. Otros estudios muestran que las personas con estos tipos de personalidad tienen niveles más elevados de hormonas del estrés en la sangre, lo cual hace más posible que las venas se les constriñan y formen bloqueos. Sobre la base de esto, los autores de un estudio han elaborado un programa de modificación de la conducta como parte de la rehabilitación de pacientes de angioplastia, a fin de ayudarles a reducir la hostilidad, y de esa forma reducir las

probabilidades de que se necesite otro procedimiento. A menudo hemos oído el consejo “piense positivamente.” Muchos estudios ahora demuestran que hay pruebas médicas fehacientes de los beneficios de esta idea en lo que hace a las enfermedades cardíacas. Lamentablemente, da la impresión de que los médicos cardiólogos rara vez tienen en cuenta la posibilidad de depresión.

Si bien se ha hecho mucho sobre la relación entre el estrés, la depresión y la enfermedad cardíaca, es importante señalar otras enfermedades mentales que también pueden causar efectos sobre la persona que experimenta cardiopatía. Michael Davidson, M.D. de la Universidad de Tel Aviv en Israel, ha estudiado el riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte súbita en la esquizofrenia. El Dr. Davidson encontró que, en general, las personas con esquizofrenia corren más riesgo de enfermedades médicas que las personas en la población general, y que tienen 2 a 4 veces más probabilidades de morir prematuramente, por lo menos diez años antes que sus contrapartes de la misma edad. Una razón para estas estadísticas puede ser el uso de medicamentos antipsicóticos. Estos medicamentos pueden causar aumento de peso y cambios en el flujo sanguíneo, que a su vez pueden causar ciertas afecciones al corazón.

El tabaquismo es un factor prevalente de riesgo de enfermedad cardiovascular, y es un hábito común entre las personas que viven con esquizofrenia. El tabaco también cambia la forma en que los medicamentos antipsicóticos actúan, causando que a veces la persona necesite dosis más altas para alcanzar el efecto deseado. Lamentablemente, parece que las personas con esquizofrenia tienen menos probabilidades de recibir atención adecuada de la salud que las personas en la población general, lo cual reduce las oportunidades de prevención de enfermedad cardíaca. También parecen tener considerablemente más tolerancia al dolor, lo cual puede impedir un diagnóstico adecuado de dolor en el corazón. Está claro que la falta de integración entre los sistemas de atención médica y mental puede resultar en numerosos problemas adicionales para las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales.

El diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales en conjunción con el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares hace mucho para obtener buenos resultados en ambas categorías de enfermedad. Una no debe verse en forma aislada de la otra si se desea que cualquier tratamiento alcance un máximo de efectividad.

Referencias:

- Angst F., Stassen H.H., Clayton, P.J., Angst, J. "Mortality of patients with Mood Disorders: Follow-up over 34-38 years." *J Affective Disorders* 2002; 68(2-3):167-181.
- Blumenthal, James, Newman, Mark, *et. al.* "Depression As A Risk Factor for Mortality After Coronary Artery Bypass Surgery" in the *Lancet*, August 23, 2003.
- Brown, S. "Excess Mortality of Schizophrenia: A Meta-Analysis." *British Journal of Psychiatry* 1997;171:502-8.
- Cohen, Hillel W. and Alderman, Michael H. "The Association Between Depression and Cardiovascular Disease in Patients with Hypertension" in *Primary Psychiatry* 2001; 8(7): 39-54.
- Davidson, Michael. "Risk of Cardiovascular Disease and Sudden Death in Schizophrenia" in *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; 63, suppl. 9.
- "Depression and Heart Disease" on National Institute of Mental Health website at www.nimh.nih.gov.
- "Depression and Heart Disease" on *McMan's Depression and Bipolar Webat* www.mcmanweb.com. July 11, 2003.
- "Depression and Heart Disease" on *LifeHeart.com* at www.lifeheart.com. March 13, 2003.
- "High Mental Stress Linked with Increased Risk of Cardiovascular Death" in *Circulation: Journal of the American Heart Association*, August 7, 2002.
- Hoopes-Ulinsky, Karen; Winter, Ruth. "Cardiac Directions: Healthy Habits for your Heart" Definition Publishing Co., 2002.
- "Hostility, Depression May Boost Heart Disease Protein Level" in Aetna IntelliHealth featuring Harvard Medical School's Consumer Health Information, July 31, 2003. www.intelihealth.com.
- "New Study Says People Take Mental Stress to Heart" in *Circulation: Journal of the American Heart Association*, March 25, 2002.
- Ornish, Dean, *Love and Survival: The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy*. Harper-Collins, 1997.
- Ösby U, Correia N., Brandt, L. Ekblom, A., Sørensen, P., "Mortality and Causes of Death in Schizophrenia in Stockholm County, Sweden." *Schizophrenia Res* 2000;45(1-2):21-8.
- Sobel, David S. "Hostility, Depression and Heart Disease" in *Health World Online* at www.healthy.net.
- "Relieving Post-Stroke Depression Also Restores Lost Mental Function in Many Patients" in *Stroke: Journal of the American Heart Association*. July 7, 2000.
- Rutledge, Thomas, Ph.D. and Con, Andrea, M.A. "Psychological Factors and Cardiovascular Disease in Women: Risk and Clinical Implications" in *Primary Psychiatry* 2001; 8(7): 55-58.
- "Taking Control of High Cholesterol" *Viewpoints on Health* (supplement to Reader's Digest),
- "The Latest Research on Depression and Heart Disease" in Depression Information Center of the American Federation for Aging Research, www.aging.org. May 19, 2003.
- Wassertheil-Smoller, Sylvia PhD; Shumaker, Sally, PhD; Ockene, Judith, PhD; Talavera, Greg A.,MD, MPH; Greenland, Philip, MD; Cochrane, Barbara, RN, PhD; Robbins, John, MD; Aragaki, Aaron, MS; Dunbar-Jacob, Jacqueline, PhD, RN; "Depressive and Cardiovascular Sequelae in Postmenopausal Women" in *Archives of Internal Medicine*, 2004 164 289.
- Woolston, Chris. "Depression and Heart Disease" on BlueCross/BlueShield's *A Healthy Me* at www.ahealthyme.com. March 26, 2003.
- Zeigelstein, Roy. "Heart Disease and Depression" in *Healthy Directions: Health Information from Johns Hopkins Bayview Medical Center* at www.jhbmc.jhu.edu. April 11, 2001.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

La enfermedad cardiaca y la depresión a menudo van de la mano

Hoja electrónica sobre tratamiento de la depresión (Depression Treatment website)

La depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo, y la enfermedad cardiaca es de lejos la causa principal en los Estados Unidos (en la actualidad se calcula que uno de cada tres habitantes de este país morirá de alguna forma de enfermedad cardiaca).

En los últimos veinte años la investigación ha demostrado que la depresión y la enfermedad cardiaca son compañeras frecuentes. Resultados de estudios recientes indican que la depresión es un factor de riesgo lo suficientemente importante de enfermedad cardiaca como para casi igualar el riesgo del colesterol en la sangre y la hipertensión arterial. Se calcula que una de cada seis personas experimentará un episodio importante de depresión por lo menos una vez en su vida, pero la cifra aumenta a una de cada dos personas con enfermedad cardiaca.

La depresión puede aparecer después de la enfermedad cardiaca o una operación quirúrgica por enfermedad cardiaca. En una investigación, casi la mitad de las personas estudiadas una semana después de una operación de desvío cardiopulmonar experimentaba serios problemas cognoscitivos, lo cual en algunas personas puede contribuir a la depresión clínica.

La depresión puede dificultar el que las personas tomen los medicamentos que necesitan para el tratamiento de la enfermedad cardiaca. Más aún, los estudios han demostrado que la mayoría de las personas con afecciones cardiacas no reciben tratamiento para la depresión, lo cual puede ser resultado de que los médicos se equivocan en el diagnóstico o intentan tratar los síntomas con sedantes, lo cual empeora la depresión.

En muchos casos, la enfermedad cardiaca sigue a la depresión – También hay múltiples estudios que indican que la enfermedad cardiaca puede seguir a la depresión. La angustia psicológica que se experimenta durante la depresión puede causar:

- Aceleración en el ritmo cardiaco
- Hipertensión arterial
- Coagulación sanguínea más rápida
- Niveles crónicamente elevados de hormonas de estrés, como cortisol y adrenalina
- Activación del sistema nervioso del gran simpático (parte de la respuesta instintiva de hacer frente a un peligro o a huir de él), que puede hacer que el corazón trabaje más, y
- El metabolismo se distrae del tipo de reparación de tejidos que hace falta para contrarrestar la enfermedad cardiaca.

Con el tratamiento viene la esperanza – La depresión es eminentemente tratable. Conocer los síntomas de la depresión y conseguir ayuda terapéutica a los primeros síntomas puede ahorrarle incontable dolor emocional y sufrimiento físico. Independientemente de cuál venga primero, la depresión y luego la enfermedad cardiaca, o la enfermedad cardiaca y luego la depresión, el tratamiento efectivo de la depresión es imperativo.

Las intervenciones preventivas basadas en la terapia cognitivo-conductual pueden promover el cambio de comportamiento que puede ayudar a evitar resultados adversos asociados tanto con la depresión como con la enfermedad cardiaca. Con el descubrimiento de medicamentos efectivos para tratar la depresión, es posible tratar de manera efectiva a más personas con problemas cardiacos sin riesgo de complicar la situación con los efectos secundarios cardiovasculares de muchas de las drogas con que se contaba hasta ahora. Se está realizando investigación para saber si estos tratamientos también reducen el riesgo asociado de un segundo ataque cardiaco.

El ejercicio es otra medida importante para reducir tanto la depresión como la enfermedad cardiaca. Los estudios de observación continuamente indican que el ejercicio se relaciona con menos síntomas depresivos y que el ejercicio adecuado es, por supuesto, un importante factor de protección contra la enfermedad cardiaca también. Los expertos recomiendan que se adopte un régimen de por lo menos 20 minutos de ejercicio sostenido tres veces por semana o más, por ejemplo una caminata a paso rápido.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

La salud mental positiva y la cardiopatía.

The Irish Heart Foundation

La presencia de apoyo social y las redes sociales tal vez sean tan importantes como los factores de riesgo físico (no fumar, hacer ejercicio y mantener niveles saludables de ejercicio, colesterol y tensión arterial) para mejorar la salud y prevenir defunciones prematuras;

- Las personas que no tienen un círculo integrado de buenos contactos y relaciones tienen 2 a 4 veces más probabilidades de morir de enfermedad cardíaca, derrame cerebral, cáncer, enfermedad respiratoria o gastrointestinal.
- Las personas que mantienen relaciones cálidas y cariñosas con sus padres tienen menos probabilidades de contraer enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, úlceras, cáncer o suicidarse más tarde en la vida.
- Las personas que se sienten amadas tienen más probabilidades de adoptar prácticas que realzan la buena salud.
- Las personas que no se sienten amadas en una relación íntima tienen 3 veces más probabilidades de morir de un ataque al corazón, derrame cerebral y otras enfermedades.
- La angustia psicológica es un pronosticador del ataque isquémico mortal. (Stroke 2002 enero; 33 (1): 7-12.)

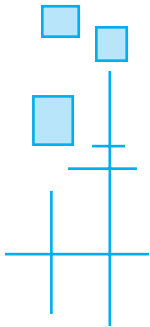
Se han identificado cinco variables clave como posibles factores psicológicos de riesgo de enfermedad cardíaca coronaria:

- Estrés agudo y crónico
- Hostilidad
- Depresión
- Apoyo social y
- Condición socioeconómica. (Annual Review of Psychology 2002;53:341-69)

Otros estudios demuestran que:

- La mortalidad por motivos cardíacos aumenta en ocasiones de estrés psicológico. BMJ 2001 Dic 22;323)
- Las emociones negativas, así como el apoyo familiar y social tienen relación con la enfermedad cardiovascular (Herz 2001 agosto; 26(5): 316-25)
- Las emociones negativas pueden intensificar una diversidad de amenazas a la salud. Las emociones negativas tienen relación con una serie de enfermedades cuyo inicio y desarrollo pueden verse influenciados por el sistema inmune, incluidas la enfermedad cardiovascular y la diabetes tipo 2. Recursos como las relaciones personales estrechas que disminuyen las emociones negativas realzan la salud en parte mediante su impacto positivo sobre la regulación inmune. (Annu Rev Psicol 2002; 53:83-107)
- El deterioro por afecto negativo está asociado con el riesgo alto a largo plazo de mortalidad. La prevención del deterioro por afecto negativo es un mecanismo que puede explicar el efecto benéfico de una rehabilitación integral sobre el pronóstico en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria. (Circulación 2001 Oct 23;104 (17):2018-23)
- Se reconoce que el estrés contribuye en gran medida a la enfermedad cardíaca y los investigadores reconocen que es una de las influencias más profundas sobre la forma en que el estrés afecta el sistema cardiovascular. (RS Eliot. From Stress to Strength. New York: Bantam Books, 1994)
- Una suma creciente de investigación demuestra que, entre los pacientes de enfermedad cardíaca, el estrés mental es tan peligroso para el corazón como el estrés físico. (CN Bairey, y col. El estrés mental es un agudo detonante de la disfunción del ventrículo izquierdo y de la elevación de la presión arterial en pacientes coronarios. American Journal of Cardiology 66: 1991, 28G)
- La enfermedad cardíaca se resume como “una interacción de la mente, el cuerpo y la conducta.” El riesgo coronario de cada uno probablemente depende de la forma en que su mente interpreta situaciones y su cuerpo reacciona, y la frecuencia con que su conducta lo pone en situaciones de estrés. (Stress, Success and Samoa. Hippocrates Mayo/Junio: 1987, 84.)

VIH/SIDA y los trastornos mentales



Las personas con VIH/SIDA deben prestar estrecha atención a su salud física, pero además hay condiciones importantes de salud mental asociadas con la enfermedad. Entre los trastornos psicológicos comunes asociados con el VIH/SIDA se encuentran la depresión, la ansiedad, y a veces la demencia. Hay numerosas razones para estos problemas, por ejemplo el hecho de que la población general tenga miedo de estar en compañía de gente con VIH/SIDA, o piense que los sidóticos son menos por tener la enfermedad. A menudo un ser querido ha fallecido de la enfermedad y este hecho se suma a su temor y su dolor. Tal vez las personas con VIH/SIDA tengan que tomar muchos medicamentos que producen efectos secundarios y su calidad de vida puede cambiar para siempre pues por el momento no se ha hallado cura para la enfermedad.

La depresión es el problema psicológico más común que afecta a los infectados con VIH. Si bien está claro que hay una conexión entre la enfermedad por VIH y la depresión, la relación no es directa; rara vez hay una relación de causa y efecto entre las dos. Muchas personas infectadas con el VIH que padecen de trastornos depresivos tienen un historial de depresión antes de contraer VIH/SIDA. La depresión puede resultar en:

- Baja autoestima
- ansiedad
- olvidos
- problemas de sueño
- cambios de apetito
- ganancia o pérdida de peso
- menos interés en la vida sexual
- sentido de desesperanza

La ansiedad puede causar una especie de entumecimiento y distancia emocional. Hay una clase de demencia llamada Encefalopatía del SIDA, o Demencia compleja del SIDA, que es muy común entre las personas con un grado avanzado de la enfermedad. Estas personas tienen problemas para pensar con claridad y pueden tener:

- falta de concentración
- pérdida de memoria
- aislamiento social
- pensamiento lento
- poco tiempo de concentración
- coordinación deficiente
- dificultad para formar juicios sensatos
- problemas visuales
- personalidad cambiada

El tratamiento por trastornos mentales y demencia incluye medicamentos y consejería profesional; si bien se puede usar uno sin el otro, los resultados son mejores cuando los dos métodos se emplean juntos.

Hay pruebas de que las personas con VIH positivo a menudo responden de manera diferente a los medicamentos que las personas sin la enfermedad. Tal vez sean más sensibles y deban “comenzar de a pocos y seguir de a pocos.” Además, las personas que viven con VIH/SIDA por lo general toman múltiples medicamentos, lo cual crea más oportunidades de interacción entre las drogas. Los efectos

Se calcula que en la actualidad 33,4 millones de personas de todas partes del mundo viven con VIH/SIDA.

Aproximadamente 43% de los adultos que viven con VIH/SIDA en todo el mundo son mujeres, y el porcentaje va en vías de crecimiento.

secundarios de los medicamentos también pueden ser muy diferentes al resto de la población sin VIH. Algunos efectos secundarios pueden ser benéficos y otros pueden empeorar los síntomas de la infección por VIH.

Por cierto que el VIH/SIDA es una enfermedad angustiante, y la tristeza es una parte real de la angustia. La tristeza puede tener relación con la enfermedad o la muerte de un familiar o un amigo, y con el temor del propio futuro de uno. Lo bueno es que hay pruebas de que la depresión no aumenta con el tiempo. Diagnosticar la depresión es delicado pues sus síntomas a menudo se asemejan a los de la propia enfermedad por VIH. La pérdida de energía física y de interés son dos cosas diferentes pero estrechamente relacionadas. El hecho de que los pacientes tengan que hacer un verdadero esfuerzo para hacer las cosas o de que hayan dejado de realizar actividades que antes les resultaban placenteras puede deberse a la depresión, la fatiga o la falta de capacidad física. Para juzgar la falta de interés frente a la falta de capacidad, el terapeuta puede preguntar, "¿Si tuviera la energía, hay algo que le gustaría hacer hoy?"

También hay pruebas de estudios desde 1990 que confirman y fortalecen la impresión de que las personas con esquizofrenia tienen un riesgo mucho más alto que el promedio de contraer VIH/SIDA, y que como medida de salud pública tienen necesidades especiales de protección. Asimismo, las personas con VIH/SIDA pueden correr más riesgo en algunos países, como Sudáfrica, que las personas en algunas partes del mundo desarrollado, debido a sus condiciones de vida potencialmente estresantes que incluyen altas tasas de pobreza y desempleo, vivienda pobre e inestable, servicios sociales inadecuados y altas tasas de delito y violencia doméstica.

Ahora hay mucho más reconocimiento de los aspectos de salud mental del VIH/SIDA que durante el primer par de decenios de la epidemia. Marshall Forstein, M.D., un psiquiatra que ha tratado a muchas personas que viven con VIH/SIDA y que ha trabajado mucho en el programa de SIDA de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría afirmó en 1999 que en esos primeros años, la salud mental se consideraba un lujo y no una parte integral de la evaluación y el tratamiento primarios. Él cree que es muy costoefectivo para los médicos ocuparse de las necesidades de salud mental porque la consejería puede tener enorme influencia sobre la persona para que tome o no sus medicamentos.

Para tratar con efectividad la depresión relativa al VIH, el terapeuta tiene que ser flexible en términos de disponibilidad durante episodios de enfermedad, disposición a visitar al paciente en su casa y a ampliar su atención durante las últimas etapas de la enfermedad, cuando es posible que lo acompañen los familiares del paciente. Deben estar preparados para hablarle a la persona sobre su progresiva declinación física, el acercamiento de la muerte y las circunstancias de la muerte.

Se necesitan una actitud positiva, empeño y disciplina para lidiar con éxito con el estrés y evitar conductas de riesgo. Es muy bueno que los que tienen VIH/AID se mantengan al tanto de los últimos adelantos científicos, al tiempo que mantienen su complicado régimen de medicamentos, cambiando horarios para cumplir con sus visitas al médico y elaborando el duelo por la muerte de personas queridas. La depresión impide que una persona tenga todas estas características vitales. Las personas con VIH/SIDA también pueden sufrir de trastornos por ansiedad, como trastornos por pánico.

La depresión tiene efectos considerables sobre la calidad de vida, el avance de la discapacidad y la capacidad de obtener buena atención médica. Desde la creación de medicamentos que tienen el potencial de controlar la infección por VIH y aumentar la esperanza de vida, el tratamiento de la depresión es más crítico todavía. Si la depresión se deja sin tratar, puede hacer que la gente no tome sus medicamentos y aumente los efectos incapacitantes de la enfermedad. También hay ciertas pruebas de que la depresión crónica puede acelerar la muerte de las personas que viven con VIH/SIDA.

Los niños tienen necesidades muy especiales cuando viven con VIH/SIDA, o sus padres o cuidadores tienen la enfermedad. Cifras de ONUSIDA en el año 2000 calculan que a nivel mundial 21,8 millones de adultos han muerto de SIDA desde que comenzó la epidemia, dejando un enorme número de niños huérfanos. Además, en aquel momento se calculó que 1,4 millones de niños viven con SIDA en el mundo. África alberga 70% de los adultos y 80% de los niños que viven con SIDA en el mundo. La enfermedad presenta aspectos psicológicos especiales que afectan a los niños, aparte de los efectos económicos, educacionales y sociales:

1. Los niños con padres enfermos se preocupan sobre el futuro, a dónde van a ir y quién se va a ocupar de ellos, y hasta pueden pensar que ellos también tienen VIH/SIDA. A veces los padres no les dicen a sus hijos que tienen la enfermedad ni cómo se propaga. Esta falta de información también puede tener un efecto

psicológico grave sobre los niños, porque ellos instintivamente saben que su padre o su madre ya no son como antes; pueden internalizar la situación y sentirse personalmente responsables.

2. La pérdida de una crianza estable, que puede llevar a problemas graves del desarrollo y a la pérdida de orientación, dificulta el proceso de maduración de los niños y su integración a la sociedad.
3. El daño psicológico puede aparecer en cualquier momento después del inicio del VIH/SIDA. A menudo es bueno crear un grupo de pares en el cual los niños puedan compartir experiencias similares y apoyarse mutuamente.
4. Es posible que los niños no entiendan la situación y por lo tanto no puedan expresar su dolor normalmente. Aun cuando quieran expresar sus sentimientos, a menudo no hay nadie allí para escucharlos. Si tienen la oportunidad de discutir la situación, los temores se alivian y los niños pueden manejar mejor el estrés.
5. Los efectos psicológicos sobre los niños son los menos visibles, y a menudo sus consecuencias se pasan por alto. Los niños tienen que estar preparados, dentro de lo posible, para la muerte de alguien que padece una enfermedad terminal. Puede ser muy útil asignarle al niño un papel en la atención de un padre mortalmente enfermo, pues ello reduce el dolor cuando llega la muerte. La consejería para elaborar el duelo puede ser muy útil tanto antes como después del fallecimiento.
6. El sufrimiento emocional se manifiesta de diferentes formas, que pueden ser diferentes en cada persona. Las consecuencias pueden incluir depresión, agresión, consumo de drogas, trastornos del sueño, malnutrición y 'problemas de crecimiento' por los cuales los niños no maduran física o emocionalmente hasta alcanzar su potencial.

Por otro lado, ocasionalmente los médicos clínicos informan que el trabajo con personas infectadas con VIH puede ser sorprendentemente gratificante porque la posibilidad de una vida abreviada puede ayudar a las personas a concentrarse en lo que es realmente importante para ellas, y motivarlas para alcanzar las metas a las que han aspirado. Con frecuencia el tiempo es limitado, pero puede ser valioso y productivo si de entrada se sabe que hay un límite.

Claramente la prevención es un aspecto sumamente importante de la epidemia de VIH/SIDA, ya que la enfermedad SE PUEDE prevenir y las dimensiones de salud mental son clave para la prevención y el tratamiento. Un estudio de la Columbia University School of Public Health (Nueva York) demostró que los jóvenes homosexuales con más probabilidades de participar en programas de prevención del SIDA sufren de síntomas de ansiedad y depresión no necesariamente relacionados con el SIDA. Además, los que notifican prácticas sexuales muy peligrosas rara vez recaban ayuda o consejo de programas para adoptar prácticas sexuales menos riesgosas. La conducta riesgosa puede ser un síntoma de problemas de salud mental. Por ejemplo hombres con problemas de abuso de sustancias y homofobia muy instalada tenían ocho veces más probabilidades de participar en prácticas sexuales de alto riesgo y de mantener el secreto ante sus amigos homosexuales.

Con todo, algunos países han tomado gran conciencia de los aspectos psicológico y conductual de la atención de las personas con VIH/SIDA. Un ejemplo es el programa en la República de Irán, por el cual se ha iniciado un servicio integrado para personas con VIH/SIDA, bajo el nombre de "Clínicas triangulares". Estos servicios, fáciles para el usuario, aumentan la adhesión al tratamiento y reducen el estigma y la discriminación.

En el año 2001, Parlamentarios de los países correspondientes a la región Sud-Este de la Organización Mundial de la Salud formularon recomendaciones con respecto a los desastrosos resultados sociales y económicos del VIH/SIDA y la enfermedad mental. Estos parlamentarios reconocieron la importante función que desempeñan educando al público sobre los problemas que crean estas enfermedades y asignando suficientes fondos para su prevención, manejo y atención. Estas son epidemias nacionales y los gobiernos pueden desempeñar papeles importantes. Este grupo hizo hincapié en el papel de la familia y la comunidad en el manejo y la atención de la enfermedad mental y el VIH/SIDA, así como sobre la necesidad de voluntad política por parte de los legisladores de todas partes del mundo.

Referencias

- "AIDS Education Must Consider Mental Health" in *Columbia University Record*, March 22, 1996, Vol. 21, No. 20.
- American Psychiatric Association, "Practice Guideline for the Treatment of Patients With HIV/AIDS," American Psychiatric Publishing, Inc. 2001.
- Franklin, Nora. "Mental Health Issues with HIV/AIDS," on *The Body: The Center for AIDS: HIV Treatment ALERTS* at www.thebody.com.

- "Depression and HIV" from www.athealth.com, June 2000.
- "Depression and HIV/AIDS" from National Institute of Mental Health. May 2002.
- Elliot, Andrew. "Depression and HIV: Assessment and Treatment" in *Perspective*, Winter/1977, Volume 9, No. 1 on *The Body: An AIDS and HIV Information Resource* at www.thebody.com.
- Entwisle, Stephen. "Mental Health and HIV," AIDS Calgary (Alberta, Canada) Awareness Association
- Gottesman II, Groome CS. "HIV/AIDS Risks as a Consequences of Schizophrenia" in the *Schizophrenia Bulletin*, 1997; 23(4): 675-84.
- "Investing in Our Future, Psychological Support for Children Affected by HIV/AIDS: A Case Study in Zimbabwe and the United Republic of Tanzania." USAIDS Case Study, July 2001.
- Leiphart, Jeffrey M., Ph.D. "Mind-Body Medicine and HIV/AIDS" on *The Body: An AIDS and HIV Information Resource*. April 20, 2003.
- Levine, Jeff. "Mental Health Status of HIV Patients Often Ignored" on WebMD Medical News Archive, November 3, 1999.
- "Mental Health and HIV/AIDS," in SAMHSA's National Mental Health Information Center, Center for Mental Health Services, 1/2004.
- Murray, Christopher J.L. and Lopez, A.D. *The Global Burden of Disease*, published by The Harvard School of Public Health on behalf of The World Health Organization and The World Bank. 1996.
- Olley, B.O., Gxamza, F., Seedat, S., Reuter, H., Stein, D.J. "Psychiatric Morbidity in Recently Diagnosed HIV Patients in South Africa: A Preliminary Report" in *AIDS Bulletin of the Medical Research Council of South Africa*, April 2003, Vol. 12, No. 1.
- Rabkin, Judith. "Depressive Disorder and HIV Disease: An Uncommon Association," on *The Body: an AIDS and HIV Information Service* at www.thebody.com.
- "Mental Health Services for Refugees with HIV/AIDS: A Resource Guide for Case Managers" in *Special Issues in Medical Case Management*. Immigration and Refugee Services of America, Washington, D.C., 2002.
- World Health Organization's South-East Region Press Release, 21 December 2001. SEA/PR/1332.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

La depresión y el VIH/SIDA

The National Institute of Health

La depresión es una condición que afecta los pensamientos, los sentimientos y la capacidad de funcionar día a día. La depresión puede ocurrir a cualquier edad y es tratable. La depresión es producto del funcionamiento anormal del cerebro y de la interacción entre la predisposición genética y el historial de vida de una persona, la cual parece determinar el nivel de riesgo de una persona. Los detonantes de un episodio de depresión pueden ser:

- estrés
- acontecimientos difíciles de la vida
- efectos secundarios de los medicamentos
- los efectos del VIH sobre el cerebro

Sea cual sea su origen, la depresión puede limitar la energía que se necesita para concentrarse en mantener la salud, y la investigación demuestra que puede acelerar la conversión del VIH en SIDA.

En los Estados Unidos el *VIH/SIDA* se notificó por primera vez en 1981, y desde entonces se ha convertido en una epidemia mundial. VIH significa "Virus de Inmunodeficiencia Humana" y destruye la capacidad del organismo de luchar contra las infecciones y ciertas formas de cáncer. El término SIDA se aplica a las etapas más avanzadas de la infección por VIH. La epidemia está creciendo más rápidamente entre las mujeres y las poblaciones minoritarias.

En la mayoría de los casos el *VIH* se propaga mediante las relaciones sexuales con una persona infectada. También se disemina por contacto con sangre infectada, o por consumo de drogas entre personas que comparten agujas hipodérmicas en las cuales la sangre de una persona se mezcla con la de otra u otras. Las mujeres con VIH pueden transmitir el virus a sus bebés durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. Sin embargo, si la madre toma la droga AZT durante el embarazo, puede reducir las probabilidades de que el niño se infecte con el VIH.

Los síntomas del VIH/SIDA no siempre aparecen enseguida de producida la infección. Algunas personas pueden sentirse gripadas dentro del mes o dos meses de producida la exposición al virus. A veces no aparecen síntomas más graves hasta diez o más años más tarde en los adultos y dos años en los niños que nacen con la infección por VIH. Este lapso en que los síntomas no aparecen puede ser diferente entre las personas, pero está claro que el infectado puede contagiar fácilmente la enfermedad durante ese tiempo. Muchas personas se sienten tan mal con la enfermedad que no pueden mantener un trabajo regular ni hacer las tareas de la casa. Otras pueden sentirse muy mal de vez en cuando en alternancia con períodos de actividad normal.

El diagnóstico de VIH se realiza mediante una prueba de sangre, pero a veces la infección demora hasta seis meses en aparecer en la sangre en cantidad suficiente para que se la pueda diagnosticar. Por ello, una persona que ha estado expuesta a VIH/SIDA debe someterse a análisis durante este tiempo.

El tratamiento contra el VIH se realiza con medicamentos contra la infección por VIH y sus infecciones y cánceres asociados. Todos estos medicamentos tienen efectos secundarios que pueden ser graves.

El tratamiento por depresión en las personas con VIH/SIDA debe estar en manos de profesionales de la salud mental en estrecha comunicación con el médico que administra el tratamiento de VIH/SIDA. Esto es especialmente importante cuando se recetan medicamentos antidepresivos de modo que se puedan evitar posibles interacciones entre las drogas. Es sumamente importante que una persona con depresión o con VIH/SIDA explique todos los medicamentos que toma a todos los médicos que visita. Si bien recuperarse de la depresión puede llevar tiempo, no importa cuán avanzado esté el VIH, no hay motivo para que la persona sufra de depresión pues el tratamiento puede ser efectivo.

Las personas con VIH/SIDA no deben tomar remedios de ningún tipo basados en hierbas sin antes hablarlo con su médico. Por ejemplo, los científicos han descubierto que una hierba llamada St. John's Wort, un tratamiento para la depresión leve, puede tener interacciones negativas con otros medicamentos, incluidos los recetados por VIH, y reducir la efectividad de las drogas contra el VIH.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

La medicina cuerpo/mente y el VIH/SIDA

The Body web site

Desde mediados de los ochenta, los investigadores de la medicina cuerpo/mente vienen estudiando la conexión entre el cuerpo y la mente en relación con el VIH/SIDA. Han estudiado por qué algunas personas se enferman y mueren de VIH, mientras que otras se mantienen saludables y sin muestras de síntomas. Veamos algunos datos específicos:

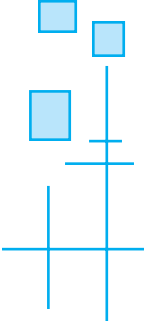
1. *Creencias:* creer que inevitablemente uno tiene que morir por estar infectado con el VIH puede desencadenar temor, reducciones en la inmunidad, evitación de conductas que promueven la salud y a la larga acortar la vida.
2. *Estrés:* quedar estancado en el “estrés de la supervivencia” durante muchos meses, durante los cuales la persona se siente insegura y amenazada, puede afectar negativamente el funcionamiento del sistema inmune y acelerar el progreso hacia la aparición del SIDA.
3. *Luto:* sentirse de luto es normal tras la pérdida de una persona, una mascota o una meta importante para uno. Si ese dolor “se guarda” y no se expresa por muchos meses, puede desatar una reducción de la inmunidad y acelerar el avance de la enfermedad.
4. *Conversación franca con alguien de confianza:* La ciencia ha demostrado que hablar de los problemas con franqueza con alguien de confianza eleva el funcionamiento del sistema inmune.
5. *Metas y finalidad de la vida:* los estudios de investigación de personas con VIH+ que mantienen la salud durante períodos extensos muestra que por lo general estas personas tienen “motivos para vivir”, ya sean generales (“quiero disfrutar de mis amistades y mi familia”) o específicos (“quiero tomar una clase de cocina el mes que viene”). Al parecer las “razones para vivir” fortalecen el sistema inmune y la supervivencia.
6. *Auto-afirmación,* definida como la capacidad de decir “no” a algo que uno realmente no quiere hacer, y “sí” a algo que quiere o le gusta. La investigación médica muestra que la auto-afirmación promueve la fuerza y la cantidad de células asesinas naturales (Natural Killer, NK) del sistema inmune. Esto es importante porque las células asesinas pueden matar al VIH en el cuerpo, y pueden hacerlo en personas con recuentos muy bajos de CD4.
7. *Atención del cuerpo* se define como hacer lo que corresponde con regularidad para mantener la salud corporal. Esto incluye tener conciencia del ritmo respiratorio y corregir los problemas (como la respiración superficial o el contener el aliento inconscientemente). La persona debe beber un mínimo de ocho vasos de agua todos los días y mantener buena nutrición y patrones de alimentación para que el cuerpo, incluidas las células inmunes, reciba la nutrición que necesita. También es importante dormir lo suficiente para despertarse “descansado” la mayoría de las mañanas.

Por último, la persona debe hacer ejercicio moderado con regularidad (3 veces por semana). Un ejemplo de esto es una caminata rápida de 20 minutos que lo haga respirar un poquito más a fondo, y tal vez le ponga unas gotas de sudor en la frente. ¿Se acuerda de las células asesinas naturales que mencionamos arriba? El ejercicio promueve la fuerza y la cantidad de estas células que luchan contra el VIH.

Es importante aplicar esta nueva información sobre la relación cuerpo/mente para mejorar la salud en relación con el VIH. Por cada uno de los aspectos mencionados arriba, piense qué calificación se daría usted mismo: bueno, regular o deficiente. Seguidamente haga una lista de los “deficientes” y busque a alguien con quien hablar con franqueza de cada uno de los problemas. Puede elegir a una persona diferente para cada tema. Terminada la conversación, elabore un plan para mejorar cada uno de ellos y comience a trabajar para mejorarlo.

Si desea más información, consulte la hoja electrónica del programa L.I.F.E. en www.Shanti.org.

Relacion entre el cuerpo y la mente



A partir del siglo XVII, las culturas occidentales separaron al cuerpo de la mente, lo cual les dio a las ciencias médicas la libertad de explorar el cuerpo físico, mientras que la mente era dominio de la iglesia. Sin embargo, en los últimos treinta años los científicos de diferentes partes del mundo han venido estudiando las interconexiones entre el cuerpo y la mente. James Gordon, M.D., médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown en Washington, D.C. indica que las personas acosadas por la pobreza, la insatisfacción en el trabajo, los prejuicios, la interrupción cultural, la soledad en el largo plazo o la pérdida súbita de un ser querido son mucho más vulnerables a la enfermedad y la muerte que aquéllos que se sienten realizados en su mundo social e interpersonal. Muchos consideran que la medicina cuerpo/mente es un método revolucionario del siglo XXI para atender la salud, el cual incluye una amplia gama de intervenciones en conducta y estilo de vida, tan importante como las intervenciones médicas tradicionales. En el mundo de hoy, muchas enfermedades son producidas por el estilo de vida, las costumbres alimenticias, el nivel de actividad, además de causas tradicionales como infecciones, virus, bacterias y trauma físico. El estado de ánimo, la actitud y las creencias pueden afectar todas las enfermedades crónicas: el temor, el cinismo, la desesperanza y la impotencia pueden tener malos efectos sobre la salud, en tanto que el coraje, el buen humor, el sentido de control y de esperanza pueden tener efectos benéficos.

Muchos países se benefician de las prácticas de los sanadores tradicionales que emplean hierbas y otros métodos naturales para curar a los enfermos. A menudo los sanadores trabajan con médicos y profesionales de la salud mental pero, especialmente en países donde hay pocos médicos, a menudo trabajan solos. La medicina con rituales y hierbas ha sido extraordinariamente importante en países de Africa, por ejemplo, y a veces los curanderos tradicionales han empleado curas de las que no se disponía en la medicina moderna. Un buen ejemplo es un medicamento Ayurvedic, de la India, que contiene Reserpina. Este medicamento, en forma de SARPAGANDHA (raíz de serpiente) se usó como tratamiento de trastornos mentales durante miles de años, y recién se lo descubrió como calmante a mediados del siglo pasado. Uno de los aspectos importantes de estos sanadores es que la población confía en ellos y creen que se curarán si acuden a él. Se han logrado buenos resultados en la educación de sanadores sobre todos los aspectos de las enfermedades graves, como el VIH/SIDA, y hay más cooperación con los médicos profesionales, en la medida de lo posible. Así es en Swazilandia, por ejemplo, donde el ministerio de salud ha hecho un esfuerzo por atraer a curanderos tradicionales en sus esfuerzos para contener el VIH y ayudar a las personas con enfermedades relacionadas al VIH. Asimismo en Pakistán, los profesionales de la salud mental y los curanderos tradicionales han creado un método cooperativo para atender a personas que padecen de trastornos neuropsiquiátricos. Esta cooperación revierte décadas de separación entre la medicina tradicional y la moderna.

La preocupación consiste en crear un pensamiento negativo en nuestra mente al cual nuestro cuerpo responde- con lágrimas, aumento del ritmo del corazón y la tensión arterial, respiración irregular, tensión muscular, tensión estomacal, etc. Un solo pensamiento causa millones de reacciones bioquímicas en las células.

-The Women's Center for Mind-Body Health

En años recientes, se han establecido programas integrales de medicina cuerpo/mente en muchas universidades y centros por todo el mundo, incluidas las de Harvard, Stanford, California y Miami en los Estados Unidos. Estas se suman a las de los países en vías de desarrollo en los cuales estos métodos vienen siendo parte de la sociedad desde hace muchos siglos (yoga, meditación). En estos centros, los pacientes con enfermedades crónicas como cáncer, SIDA y enfermedad cardiaca están aprendiendo a cambiar sus hábitos y actitudes, igual que su dieta, su régimen de ejercicio y su manera de pensar.

Los estudios han demostrado que las personas funcionan con más efectividad, se sienten mejor y en algunos casos viven más tiempo.

Para trabajar con este método se han formado alianzas entre especialistas de la salud corporal y mental. Entre los primeros se pueden encontrar médicos, enfermeras practicantes y psicólogos, y entre los segundos se pueden encontrar practicantes de la bio-realimentación (biofeedback), quiroprácticos, nutricionistas, asesores espirituales y profesores de yoga. Cuando se emplea este método, un equipo integrado de profesionales se ocupa de la mente, el cuerpo y el espíritu. La medicina cuerpo/mente aplica muchas técnicas de la medicina alternativa como masajes, hipnosis, ejercicios, meditación, bio-realimentación, hipnoterapia, imaginería guiada, yoga, hierbas medicinales, acupuntura, y técnicas de respiración y relajamiento.

Cuán bien uno piensa que se siente puede ser el mejor pronosticador del bienestar y la salud futura.

Ellen Idler and Stansilav Kasi

Las personas deben recordar que cuando hay una persona gravemente enferma, hay muchos afectados a su alrededor. Se deben tener en cuenta las necesidades de las personas cercanas al enfermo, especialmente las de los principales encargados de atenderlo. Las conexiones entre el cuerpo y la mente no tienen por objetivo ayudar a las personas a suprimir sus sentimientos sobre la enfermedad grave. Es perfectamente normal y razonable preocuparse por estar gravemente enfermo; la conexión cuerpo/mente ayuda al enfermo y a los que lo rodean a manejar la situación de la mejor manera posible y aumentar su posibilidad de mantener sus "ganas de pelear" contra la enfermedad.

El Centro de la Mujer para la Salud Cuerpo/mente (Women's Center for Mind-Body Health) notifica sobre algunos destacados estudios que muestran la efectividad del método cuerpo/mente:

- En un estudio de mujeres con infertilidad, la tasa de embarazos en un grupo de apoyo que se reunió una vez por semana durante diez semanas e incluía relajamiento e imaginería fue de 55%, frente a un grupo corriente de apoyo en el cual la tasa fue apenas 20%.
- Las personas que pudieron aplicar el autohipnotismo para imaginarse la cura de rachas de herpes genital, redujo la frecuencia de dichas rachas de un promedio de 2,5 episodios por semana a 0,84 episodios.
- Mujeres menopáusicas que padecían de calores aprendieron la "respuesta del relajamiento" y experimentaron una reducción considerable en la intensidad de los calores. Este grupo también redujo considerablemente los síntomas de depresión y ansiedad.
- Un grupo de mujeres con síntomas de parto prematuro mientras descansaban en cama escuchó una cinta de relajamiento entre 5 y 20 minutos por día, y sus síntomas fueron considerablemente más bajos en comparación con el descanso en cama únicamente y con un grupo que no siguió el régimen. Además, los bebés del grupo de relajamiento pesaban considerablemente más que los de los otros grupos.
- El relajamiento disminuyó en casi 2/3 la necesidad de internación debida a complicaciones del embarazo por hipertensión arterial.

La mayoría de los médicos reconoce la importancia del estrés, la dieta y el ejercicio, pero a menudo estos factores se consideran una vez que los tratamientos convencionales han fracasado. La medicina cuerpo/mente involucra intervenciones conductuales y psicosociales al mismo tiempo que tratamientos convencionales. A las personas se les dan papeles muy activos desde el principio en la elaboración de un plan de tratamiento, y asumen responsabilidad por los aspectos psicosociales y de estilo de vida del plan. Este método hace hincapié en la educación y la autoadministración como partes integrales de la práctica clínica. Algunos han perdido de vista el extraordinario poder de la mente sobre el cuerpo.

En la atención primaria hay algunos difíciles problemas que se resuelven mejor con el método cuerpo/mente:

- Trastorno de somatización: cuando los problemas emocionales causan síntomas físicos aunque no haya base física para ellos. Esto puede aumentar si los médicos únicamente buscan causas físicas y ordenan pruebas que aumentan el temor en la persona de que tiene una enfermedad física grave.
- Quejas no diferenciadas: cuando la persona tiene síntomas graves como dolor en el pecho, fatiga, mareos, dolores de cabeza, dolor de espalda, no puede dormir, dolores de estómago, tos, pérdida de peso, etc. Se ha

establecido que un porcentaje muy pequeño de personas que se queja de estos síntomas tiene un problema físico claro.

- Trastornos psicofisiológicos: cuando las personas tienen dolencias físicas incrementadas por estrés de diferentes tipos. El estrés crea síntomas específicos en diferentes personas – algunos pueden estar relacionados con el corazón, algunos con los músculos, algunos con el estómago, etc. Estas personas pueden recibir grandes beneficios de la educación en el manejo del estrés.
- Condiciones post-trauma: cuando las personas tienen efectos duraderos a causa del abuso sexual o físico, experiencias traumáticas y pérdidas. Las personas con este historial tienen más síntomas somáticos que otras, y les resulta más difícil a ellas o a su médico conectar los síntomas actuales con el trauma anterior.
- Dolencias crónicas: cuando las personas tienen enfermedades como diabetes, artritis, hipertensión y cardiopatía crónica. El estilo de vida, la dieta, el ejercicio, el tabaquismo, el abuso de sustancias y el estrés situacional desempeñan un papel importante en el manejo de dichas enfermedades en el curso de una vida. Es difícil que los medicamentos den buenos resultados si el paciente y el médico que lo atiende no tratan estos aspectos de la situación.

Los principios de la medicina cuerpo/mente provienen de la opinión de que la energía es el patrón sobre el que se basa el universo. Hay similitudes con muchas filosofías asiáticas que consideran al ser humano como parte de un campo energético universal e interconectado, y desde hace siglos creen que la conciencia desempeña un papel esencial en la salud física y psicológica.

En la medicina cuerpo/mente, uno mira más allá del problema inmediato e incluye una dimensión más amplia de la vida. Por ejemplo, un ataque al corazón puede ser una señal para que la persona sea menos hostil y no esté siempre a la defensiva, o sea menos competitiva en el trabajo y preste más atención al relajamiento, los hobbies, la familia y las partes bellas de la vida.

En el caso de la población aborigen de Canadá, los problemas más graves de salud mental son la depresión, el abuso de sustancias, la violencia familiar, las altas tasas de suicidio en algunas comunidades, los trastornos mentales y el dolor por las múltiples pérdidas experimentadas y los cambios en su estilo de vida. Creen que cuando experimentamos angustia, estamos “desequilibrados” y nuestras mentes y cuerpos piden algún tipo de ayuda. Si el desequilibrio es demasiado grande, la salud se resiente, ya sea a nivel del cuerpo, el espíritu, las emociones o la mente. Ellos no conciben que la enfermedad mental o la física se considere como un problema separado de otros aspectos de la vida de la persona.

La medicina cuerpo/mente abarca los siguientes principios básicos:

- Todas las personas son singulares. La razón por la que una persona se enferma puede ser completamente diferente a la de otra, y los métodos de recuperación pueden también ser igualmente individuales.
- Estrés crónico. El estrés y la falta de equilibrio pueden contribuir a la enfermedad; la distensión, los métodos positivos de lidiar con el estrés y la restauración del equilibrio pueden llevar a la salud. El cardiólogo británico Peter Nixon explica que el aumento del estrés ocasiona muchos cambios en el cuerpo que interfieren con el sistema inmune, el uso de las proteínas y el funcionamiento del corazón. Por el lado positivo, la reducción del estrés puede promover la sanación.
- Asumir responsabilidad por la cura. El Dr. Lawrence LeShan, Ph.D., especialista en el tratamiento cuerpo/mente para el cáncer, ha demostrado que las personas que están recibiendo tratamiento contra el cáncer y que asumen el control de su vida tienen más probabilidades de recuperarse que aquellas que aceptan pasivamente su diagnóstico. Tomar medidas reduce el temor y la depresión que a menudo acompañan a la enfermedad grave.
- La capacidad innata del cuerpo de mejorar. El cuerpo tiene una tendencia natural hacia la salud y la curación, y a veces puede curarse solo, lo cual queda claramente demostrado con el efecto de los “placebos”, que consiste en un estudio controlado por el cual alguien piensa que está tomando medicamentos cuando en realidad está tomando una “píldora de azúcar.” La efectividad varía según la expectativa que la persona tiene de mejorar. Los que piensan que van a mejorar tienen más probabilidades de mejorar que los que piensan que van a empeorar ...y de hecho empeoran.
- La importancia de la relación entre el cliente y el proveedor del servicio. Está demostrado que una actitud positiva del médico puede influir sobre el resultado de un tratamiento dado, mientras que comentarios desalentadores pueden socavar la confianza del paciente y obstaculizar el proceso de curación. La relación

ideal considera que el proceso de curación es una alianza de trabajo en la cual las dos partes tienen que mostrar respeto por el conocimiento y la intuición del otro.

- **Método de sistemas.** La vida humana está influenciada por muchos factores interrelacionados, incluidos la genética, los antecedentes familiares y socioeconómicos, la dieta, el ejercicio físico, el apoyo social, la conducta de riesgo, las actitudes y las prácticas espirituales. Una enfermedad se puede manifestar sobre el cuerpo físico pero también puede comenzar con otros aspectos de la persona, como su estado mental o emocional. Una enfermedad específica puede estar presente en una parte pequeña del cuerpo, pero sus interacciones con todas las partes del individuo pueden ser muy complejas.
- **La perspectiva del campo energético.** Cada persona tiene varios campos de energía que se pueden medir con pruebas específicas como un electrocardiograma, un electroencefalograma o la prueba de bio-realimentación por electroacupuntura que se basa en la medición de la energía en puntos de acupuntura. Estos campos de energía se ven afectados por cambios en la salud física y psicológica, y se pueden ver afectados por los campos energéticos de terceros. El médico Robert Becker, M.D., halló que pequeñas corrientes eléctricas pueden estimular células para que se regeneren, que las fracturas se curan más rápidamente y que los tejidos se reparan solos. Es a partir de estos hechos que la enfermera diplomada Dolores Krieger, Ph.D., creó la técnica de “Toque terapéutico” que se ha demostrado reduce la ansiedad y el dolor, acelera la curación de heridas quirúrgicas y ayuda a corregir las disfunciones del sistema nervioso. Es la falta de contacto que causa en los niños el síndrome de “falta de crecimiento” cuando la glándula pituitaria no secreta suficiente hormona del crecimiento.
- **La enfermedad como mensaje, no como enemigo.** La enfermedad bien puede ser un mensajero para las personas; puede servir de advertencia de que otros aspectos de la vida emocional y psicosocial necesitan atención. La medicina cuerpo/mente anima a los individuos a ver la totalidad del cuadro, ya que todos los aspectos del ser están interrelacionados.

También sería bueno para algunos examinar alternativas para el cuidado de la salud mental, incluidos la autoayuda, la dieta y la nutrición, la orientación pastoral, las terapias asistidas por animales, las terapias expresivas, las artes de la sanación con base cultural, yoga y meditación, terapia de masaje, etc. Cuanto mejor sea la salud mental de uno, mejor equipado estará para atacar sus problemas físicos. Janet Meagher, de Australia, informa que en una reunión celebrada en Taiwan en octubre del 2003 sobre el tema “Cuerpo, mente y alma- Cómo luchar contra el cáncer y la depresión” conoció a personas que viven con cáncer y a otras que viven con enfermedad mental y comunican muchos de los mismos sentimientos. Las personas se sentían superadas por el impacto de su diagnóstico, sufrían por la pérdida de un futuro definido, pérdida de su contribución a la sociedad y pérdida de autoimagen, todo esto acompañado de sentimientos arrolladores de dolor y depresión. Los participantes se beneficiaron mucho del contacto con los demás y el grupo experimentó verdadera empatía. La Dra. Meagher también informa sobre un masaje especial para la espalda creado allí, pues extrañaban el contacto humano. Las personas del grupo se daban masajes entre sí durante 10 o 15 minutos. Esto les hacía sentir más aceptados y apreciados, como seres humanos. Antes de irse, compartían una comida o una taza de té. El resultado fue que en este pequeño grupo se creó una comunidad de apoyo e interés mutuo.

Los estudios han arrojado luz sobre la importancia del “recuerdo del bienestar” que significa que toda persona enferma guarda en su memoria el recuerdo de sentirse bien. Este es un factor importante en el proceso de curación, cuando tanto la persona sometida a tratamiento como el profesional que la trata creen en los beneficios del tratamiento. La creencia se puede convertir en realidad. Hay predicciones de que en el futuro habrá un sistema integrado de atención médica y conductual, con una alianza entre practicantes del conductismo, médicos y enfermeras trabajando juntos para resolver los problemas del enfermo. El ya mencionado Dr. Gordon cree que hay un cambio de opiniones en muchos médicos tradicionales sobre la relación cuerpo/mente con las enfermedades graves y terapias de alternativa a dichas terapias. El da el ejemplo de un distinguido oncólogo de Washington, D.C. quien hace cinco años no habría remitido ningún paciente al Centro de Medicina Integral Cuerpo/Mente para el Tratamiento del Cáncer. En la actualidad, ese mismo oncólogo remite a muchos pacientes al Dr. Gordon y entiende los resultados de sus regímenes.

Referencias:

- “Alternative Approaches to Mental Health Care,” U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration’s National Mental Health Information Center.

- “Asian Mental and Physical Treatments” – paper of the Taiwan Cancer Friends New Life Association; www.love-newlife.org.tw.
- Carlin, Peter. “Heal the Body, Heal the Mind,” *A Healthy Me* at www.ahealthyme.com. Blue Cross/Blue Shield.
- Haber, Sandra. “Coping with Serious Illness: Sandra Haber, Ph.D., Answers Your Questions.” The American Psychological Association Help Center at www.helping.apa.org/mind_body/haber.html.
- Idler, E.L.; Kasi, S.V.; and Lemke, J.H. “Self-Evaluated Health and Mortality Among the Elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982-1986.” *American Journal of Epidemiology* 131 No. 1 (January 1990)
- Meagher, Janet. Honorary Secretary, WFMH. Personal communication, Australia, 2003.
- “Mental Health” on Gandeepam.org in India.
- “Mind/Body Basics,” The Mind/Body Medical Institute at www.mbmi.org.
- “Mind/Body Connection,” The American Psychological Association Help Center at www.helping.apa.org/mind_body/.
- “Mind-Body Connection” The Women’s Center for Mind-Body Health, at www.womensmindbodyhealth.info/conn31.htm.
- “Mind/Body Medicine,” *Alternative-Medicine-And-Health.Com* at www.alternative-medicine-and-health.com/therapy/mind-body.htm.
- “Mind/Body Medicine,” in *Alternative Medicine*, at www.alternativemedicine.com.
- “Mind/Body Medicine: An Alternative and Complementary Medicine Resource Guide” of the Alternative Medicine Foundation at www.amfoundation.org/mindbodymed.htm.
- Moss, Donald. “Mind Body Medicine, Evidence-Based Medicine, Clinical Psychophysiology, and Integrative Medicine” in *Handbook of Mind-Body Medicine for Primary Care*. Sage Publications. In publication and on www.aapb.org/public/articles/details.cfm?id=150.
- National Indian & Inuit Community Health Representatives Organization (Canada) website at www.niichro.com.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (one of the institutes under the U.S. National Institutes of Health) website at www.nccam.nih.gov.
- “Principles of Mind/Body Medicine,” in *Alternative Medicine*, at www.alternativemedicine.com.
- “Swaziland: Traditional Healers, New Partners against HIV/AIDS.” IRIN News of the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. February, 2003.
- Woolston, Chris. “Illness: The Mind/Body Connection,” *A Healthy Me* at www.ahealthyme.com. Blue Cross/Blue Shield. 2003.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

Factores del estilo de vida que influyen sobre afecciones médicas

The Australian Psychological Society, Ltd.

Las afecciones médicas, las enfermedades y las lesiones a veces pueden sumar presiones a nuestras vidas ya apuradas y estresadas. Por lo general una afección médica puede limitar nuestra capacidad y causar problemas en nuestro estilo de vida. Estas limitaciones e interrupciones pueden ir desde simples restricciones y cambios en nuestra rutina diaria a cambios importantes en nuestro patrón y estilo de vida, incluidos dieta, trabajo, familia y ratos libres. En el manejo de las afecciones médicas hay varios factores relacionados con nuestro estilo de vida que pueden impedir la recuperación o causar un aumento en los síntomas. Estos factores incluyen la preocupación y la ansiedad, el estrés y la tensión, la dieta y el ejercicio, el sueño y el apoyo social.

Pensamientos negativos- Preocupación

El problema de preocuparse: Preocuparse, o pensar negativamente en reiteradas ocasiones sobre posibles situaciones adversas es una de las maneras más destructivas y dañinas de pensar. Las personas que se preocupan mucho tienden a experimentar altos niveles de ansiedad y tensión, lo cual afecta negativamente su salud física. Esta situación, combinada con una afección médica, puede agregar más complicaciones aún.

Reducción de la preocupación: Dejar de preocuparse por las cosas puede parecer una tarea imposible. Los psicólogos y otros profesionales de la salud mental son muy duchos en este aspecto, pues han recibido extensa capacitación en el manejo de la ansiedad y la preocupación. A continuación se mencionan algunas estrategias para comenzar:

- Cuando usted se descubra preocupándose por las cosas, no trate de parar, sino que vaya escribiendo sistemáticamente las consecuencias o inquietudes que lo acosan. No solo escriba los posibles resultados negativos sino también los positivos, sin importar su grado de probabilidad. Seguidamente estudie cada escenario y piense en los posibles aspectos positivos. Recuerde que, aunque no le guste, usted puede manejar la situación, y así lo hará.
- Si le falta información sobre algún aspecto (prognosis o resultados probables y tiempos de acción de los medicamentos, por ejemplo), busque más información y educación en fuentes apropiadas (v.g. especialistas médicos o clínicos).
- Trate de evaluar sus preocupaciones con realismo y prepare otras cosas en qué pensar. Encuentre un buen amigo con quien hablar (mejor todavía, visite a un profesional de la salud mental) para seguir este proceso.
- Aumente su nivel y variedad de actividades cada día para encontrar otras cosas en que concentrarse, como caminar, leer, ver una película u otra actividad que no afecte negativamente su afección médica.

El estrés y la tensión

Efectos negativos del estrés y la tensión: Estrés y tensión se refieren a reacciones físicas en forma de tensión y contracción muscular. La tensión muscular estresante se puede sentir en diferentes puntos, incluidos los ojos, la mandíbula, el cuello, los hombros, la espalda y la zona abdominal. La tensión muscular prolongada puede llevar a dolores que van desde ligeros dolores de cabeza a dolores de espalda, a migraña crónica, espasmos musculares y lesiones.

Reducción de la tensión física y el estrés: Reducir las señales físicas de estrés mediante el conocimiento y el relajamiento de los músculos del cuerpo no es tan fácil como aparenta. Primero, uno tiene que aprender a reconocer cuándo está estresado y qué grupos de músculos son los más tensos. Luego hay que aprender a relajar sistemáticamente todos los músculos, especialmente los más tensos. Esto lleva práctica y destreza y su profesional de la salud mental puede ayudarle. La siguiente información ofrece algunos puntos de partida para ayudarle a reducir el estrés y la tensión física:

- Aprenda a reconocer los signos de tensión física en su cuerpo. Esto se logra deteniéndose a pensar con cuidado en qué forma los diferentes músculos del cuerpo se sienten a intervalos regulares durante el día. De esta forma usted identificará los grupos de músculos que se sienten más tensos cuando usted se siente estresado.
- Practique la respiración lenta y profunda. Hágalo a intervalos regulares durante el día, particularmente cuando se siente tenso y estresado. Cuando exhale, dígame a sí mismo la palabra 'calma' en tono tranquilizador.
- Comience a aprender a distenderse. Encuentre música e imágenes (v.g. escenas o recuerdos agradables) que a usted lo tranquilicen, e invóquelos cuando se sienta estresado.

- Aprenda a relajar sus músculos progresivamente. Es la contracción y distensión sistemática de los músculos para inducir un fuerte sentimiento de relajación física. Por lo general al principio es bueno visitar al psicólogo para que le ayude a comenzar.

Dieta, ejercicio y sueño

Estos tres grandes problemas a menudo complican las cosas cuando las personas padecen de afecciones médicas. A veces los medicamentos, tratamientos y síntomas, como el dolor, pueden afectar negativamente el apetito, el nivel de energía y el patrón de sueño.

Mejorar la dieta, el ejercicio y el sueño: Para lidiar con problemas médicos es esencial que hagamos todo lo posible por mantener una dieta saludable, ejercicio regular y suficientes horas de sueño, también en forma regular y satisfactoria. A continuación mencionamos algunos puntos y estrategias básicos, que su profesional de la salud mental podrá ampliar:

- *Dieta:* Comer con regularidad durante el día. Seleccionar alimentos nutritivos y preferiblemente apetitosos. Si no tiene ganas de comer, mordisquea la comida que pueda tolerar. Si tiene restricciones en lo que puede comer, cuide de no tener a mano alimentos prohibidos (tírelos, para no tentarse). Si es posible, cuénteles a sus amigos y familiares cuál debe ser su dieta, para que ellos se lo recuerden con regularidad.
- *Ejercicio:* Mantener la actividad del cuerpo es esencial para prevenir lesiones y promover la salud mediante la liberación de sustancias químicas corporales que ayudan a sentirse bien. Mantener la actividad física es fundamental para promover el bienestar. En muchos casos, su afección médica le impedirá participar en ejercicios de los que antes disfrutaba. En este caso, es vital aprender ejercicios nuevos y practicarlos con regularidad. Visite a su médico o especialista clínico para que le ayude a elegir actividades físicas apropiadas y un calendario regular de actividades.
- *Sueño:* Dormir lo suficiente es crítico cuando se tiene un problema médico. Asegúrese de aumentar su potencial de dormir bien reduciendo al mínimo las siestas durante el día, no consumiendo estimulantes como té y café por la noche y haciendo ejercicio durante el día, para que su cuerpo se canse físicamente y esté listo para dormir por la noche.

Apoyo social

Pérdida de apoyo social: Una afección médica a menudo puede ser una experiencia estresante, frustrante y aislante. A menudo cuando uno no se siente bien las oportunidades de contacto social se reducen, por sus propias limitaciones y restricciones (por ejemplo incapacidad de trabajar con los colegas o participar en actividades social recreativas) y falta de motivación.

Conseguir el apoyo social que cada uno necesita: Cuando uno lucha contra una afección médica, el apoyo social ha demostrado ser una forma efectiva de ayuda para mantener la calidad de vida. A menudo, formas de apoyo de que antes se disponía, como colegas o amistades, tal vez ya no estén disponibles, pero puede haber otras que sí lo estén. Los siguientes puntos ofrecen algunas sugerencias para cultivar fuentes de apoyo social y garantizar que las necesidades se cubren:

- Tómese el tiempo de pensar en todas las personas con las que todavía mantiene contacto y planee comunicarse con ellas para ponerse al día con sus novedades.
- Cuando se comunique con amigos, cuénteles su situación y déles algunas ideas sutiles sobre la mejor forma en que pueden apoyarlo. Recuerde que si usted no les dice el tiempo de apoyo apropiado que ellos le pueden dar, por su cuenta nunca lo van a saber!
- Mantenga contactos regulares durante la semana. Combínese para salir a almorzar, tomar un café y mantenerse al día con la gente. Planee con anticipación para no encontrarse con desagradables lagunas durante la semana.
- Si su red de apoyo no es adecuada, piense en otros grupos como grupos de apoyo, grupos que se reúnen para practicar un hobby o un interés, y oportunidades de ofrecer trabajo voluntario. Su profesional de la salud mental puede ayudarle a elaborar e implementar un plan para explorar y desarrollar más oportunidades de apoyo social.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

Medicina complementaria y alternativa

Taiwan Cancer Friends New Life Association

Muchas personas con enfermedades físicas graves están explorando terapias complementarias que se concentran en la mente, el cuerpo y el espíritu y que se suman a las terapias médicas. Estas terapias pueden reducir el estrés, reducir los efectos secundarios del tratamiento, y mejorar el bienestar. Además, el paciente puede sentir que tiene más control de su tratamiento y resultados. Algunas de las terapias que se emplean en Taiwan, aparte de la terapia del arte, el humor, el mantenimiento de un diario, reiki, terapia de la música, de las mascotas y otras, incluyen:

Bio-realimentación: método para aprender a controlar las respuestas de relajamiento mediante realimentación con una máquina que siente cuándo el cuerpo muestra tensión y cuándo se distiende.

Distracción: uso de una actividad que distrae a la mente de las preocupaciones y las incomodidades, tal como la lectura, ir al cine, realizar un trabajo manual como labores de aguja, pintura, armar rompecabezas, mirar televisión, escuchar la radio, hablar con amigos, etc.

Hipnosis: pone a la persona en un estado de relajamiento profundo, lo cual puede ayudar a reducir la incomodidad y la ansiedad.

Imágenes: una forma de soñar despierto que usa todos los sentidos; por ejemplo, imaginarse que uno mueve una pelota con el aliento. La pelota puede parecer más y más grande a medida que absorbe la tensión y la incomodidad.

Terapia de masaje: incluye el tacto y diferentes métodos de trabajar los músculos del cuerpo con un toque sanador. Esta forma de terapia debe dejarse en manos de un terapeuta entrenado y licenciado.

Meditación y oración: técnica de relajamiento que permite que uno concentre su energía y sus pensamientos en algo muy específico. Otra forma es dejar que los pensamientos, los sentimientos y las imágenes fluyan por la mente. Para los que creen que hay un poder espiritual más alto, la oración puede traer fortaleza, consuelo e inspiración en tiempos de enfermedad.

Tensión y relajamiento muscular: consiste en inhalar y exhalar en profundidad al tiempo que se tensa y se relaja un músculo o grupo de músculos. Esto se relaciona con el "relajamiento progresivo" por el cual se comienza por los dedos de los pies y se avanza hacia arriba, tensando y distendiendo los músculos progresivamente y en orden hasta llegar a la cabeza.

Ejercicio físico: puede ayudar a reducir el dolor, fortalecer músculos débiles, restablecer el equilibrio y reducir la depresión y la fatiga.

Respiración rítmica: inhalar y exhalar cómodamente por la nariz mientras la mente se concentra en una escena serena con el pensamiento claro. Se puede mantener el ritmo contando a medida que se respira.

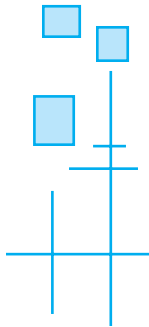
Visualización: similar a la formación de imágenes, salvo que el practicante crea una imagen interna que representa la lucha contra la enfermedad, por ejemplo el paciente de quimioterapia que se imagina cohetes que disparan contra las células cancerosas.

Yoga: método por el cual la persona tiene un lugar cómodo y sereno al cual se retira en algún momento del día para practicar respiración, estiramiento muscular y meditación. Se puede tomar una clase de yoga, leer libros, escuchar cintas o ver videocintas sobre el yoga.

La medicina con hierbas, la acupuntura y los tratamientos relacionados se practican mucho en Taiwan y están cubiertos por el seguro nacional de salud. Estas antiguas artes de la curación han pasado por considerables evoluciones, y se han convertido en ramas de la medicina moderna con base científica, con investigación que demuestra gradualmente su valor y su efectividad. La medicina china de la actualidad combina prácticas antiquísimas con tecnología avanzada.

2004 world mental health day

Impacto de los problemas de salud física October 10, 2004 en personas con trastornos mentales graves



Las personas que padecen de un trastorno mental grave y persistente, incluidas la esquizofrenia o la manía-depresión, a menudo presentan una variedad de problemas físicos, entre ellos la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes. Para muchas de estas personas, la atención médica de calidad de sus necesidades de salud física no existe o no está a su alcance por falta de seguro de salud o de recursos financieros personales. En muchos casos los problemas pueden resultar de efectos secundarios de medicamentos que se toman para manejar el trastorno mental; a su vez, los problemas de salud física pueden fomentar el incumplimiento del régimen de medicamentos psiquiátricos recetados. En esta sección exploraremos éste y otros aspectos relativos a los problemas de salud física en personas con trastornos mentales graves y persistentes.

“Las personas con enfermedades mentales están entre las más marginadas de nuestra comunidad. Las consecuencias de la enfermedad mental a menudo se extienden más allá de los síntomas directos de la enfermedad y afectan el bienestar social y económico de las personas y todos los aspectos de su vida.”

“Las personas con enfermedades mentales a menudo están aisladas de sus familiares y amigos. La enfermedad mental también puede afectar sus perspectivas de trabajo, así como conseguir y retener empleo permanente. Enfrentan discriminación continua basada en el temor a la enfermedad mental. La separación de la atención de la salud física y la salud mental a menudo fragmenta la atención que se le ofrece a este grupo de personas. Estos factores a menudo causan que las personas con una enfermedad mental no reciban la atención adecuada en relación con la totalidad de sus necesidades.”

Estos párrafos introductorios han sido tomados del Resumen para el Consumidor de *Obligación de atender: Enfermedad física en personas con enfermedad mental* es un estudio realizado por el Departamento de Salud Pública y el Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta de la Universidad del Oeste de Australia entre 1980 y fines de 1998. El estudio representa un importante esfuerzo por determinar hasta qué punto los usuarios de los servicios de salud mental tienen tasas de enfermedad física en comparación con la población general. El estudio comparó los fallecimientos, el número total de cánceres diagnosticados y las tasas de hospitalización de las personas con enfermedad mental en comparación con la población general.

Los siguientes párrafos del Resumen para el Consumidor ofrecen un vistazo del principal efecto que las necesidades físicas sin satisfacer tienen sobre las personas con problemas graves y persistentes de salud mental. Los resultados también sirven de llamado a la acción a profesionales de la salud mental, abogados de la causa y pacientes/consumidores de todas partes del mundo, al tiempo que demuestran la magnitud del descuido en todo el mundo cuando se trata de crear un método integrado de atención de la salud entre los que experimentan problemas graves de salud mental.

“La índole y la prestación de servicios psiquiátricos han cambiado drásticamente en el siglo XX. Esto ha dado por resultado una gran reducción en el número de personas con enfermedades mentales internadas en hospitales y otras instalaciones de salud mental. La principal razón de este cambio es que se han hallado tratamientos más efectivos para los trastornos mentales, especialmente la introducción de medicamentos nuevos más efectivos. Esto ha permitido que muchas personas con enfermedades mentales reciban tratamiento fuera de instituciones y les ha ayudado a encontrar la senda de vidas más normales.”

“Después de la enfermedad cardíaca, la enfermedad mental es la causa más común de muerte prematura. Asimismo, un 30% de la carga de enfermedades no letales en la comunidad se debe a la enfermedad mental. La depresión es la causa más común de enfermedades no letales. Existe una diversidad de tratamientos efectivos para la mayoría de los trastornos mentales. Sin embargo, un fuerte estigma, basado en el temor a la enfermedad mental, sigue siendo una barrera considerable

para el tratamiento y la rehabilitación efectivos. La muerte prematura es más común entre las personas con enfermedad mental. Esto se debe a que entre ellos hay una tasa más alta de enfermedad física, y al hecho de que tienden a que éstas sean mucho más graves. La tasa más elevada de enfermedad física entre las personas con enfermedad mental agrega a las dificultades de vivir con una enfermedad mental.”

“La enfermedad física también puede ser resultado del tratamiento para un trastorno mental (por ejemplo, los efectos secundarios de algunos medicamentos). Es posible que la enfermedad física no se diagnostique ni trate correctamente, o que los problemas de salud física se diagnostiquen en una etapa posterior.”

“Las enfermedades mentales a menudo se asocian con conductas riesgosas, como fumar, beber y abusar de otras sustancias, mala dieta y falta de ejercicio. Las enfermedades mentales pueden crear dificultades para comunicar los síntomas de enfermedad física, lo cual puede a su vez complicar el diagnóstico. También es probable que las personas con alguna enfermedad mental tengan menos contacto con los servicios generales de salud y más probabilidades de que sus enfermedades no se identifiquen ni se traten.”

“El tabaquismo es un gran factor de riesgo de muchas enfermedades físicas. Consumir tabaco es común entre las personas con enfermedad mental. La tasa más alta y el consumo más alto se da entre aquellos cuyos trastornos son más graves. En la zona occidental de Australia, 43% de las personas con enfermedad mental diagnosticable fuma, comparada con 24% en la población general. A pesar de los efectos negativos que el tabaco puede tener sobre las personas con enfermedad mental, rara vez se las anima a dejar el hábito.”

“El abuso de alcohol y de drogas ilícitas también es un problema común entre las personas con enfermedad mental. Alrededor de la mitad de las personas con trastornos psicóticos notifican consumo de estupefacientes. Las personas con enfermedad mental también tienen tasas más altas de obesidad y mala nutrición.”

“Si una persona con enfermedad mental bajo tratamiento contrae una enfermedad física, hay grandes probabilidades de que la enfermedad física pase sin diagnóstico. Esto puede ocurrir aun cuando la enfermedad física cause o exacerbe el trastorno mental. El tratamiento adecuado de una afección física y mental al mismo tiempo aumenta la probabilidad de bienestar físico total del consumidor. Se han identificado barreras contra el tratamiento efectivo de personas con enfermedad mental en situaciones de práctica de medicina general. Asimismo, algunos psiquiatras tienden a considerarse especialistas a los que no se les debe pedir que diagnostiquen enfermedades físicas. La separación de los servicios de salud mental ha llevado a una atención fragmentada de las personas con enfermedades mentales.”

Entre las conclusiones y recomendaciones que extraen de su investigación, los autores del estudio sugieren algunas maneras de reducir el efecto negativo de los problemas físicos no reconocidos ni tratados entre las personas con enfermedades mentales. Estas recomendaciones también pueden ofrecer oportunidades y orientaciones acerca de programas, servicios y defensa de la causa para organizaciones como asociaciones de salud mental y otros grupos en sus propias comunidades y países. Por ejemplo, los autores sugieren que:

- *“Se necesitan métodos más integrados y cooperativos de atención de la salud para satisfacer con efectividad todas las necesidades de las personas con enfermedad mental. En la actualidad el método fragmentado de atención de los enfermos mentales ocasiona que demasiadas personas escapen la detección, lo cual ocasiona que con demasiada frecuencia hay enfermedades que no se diagnostican ni se tratan;*
- *El abuso de sustancias y la adicción son problemas graves para los enfermos mentales. Se deben incorporar servicios para lidiar con la adicción en la atención diaria de las personas con enfermedad mental. Los programas para reducir el tabaquismo y el abuso de otras sustancias entre las personas con enfermedad mental podrían llevar a una reducción considerable de la enfermedad física en este grupo;*
- *Las personas con enfermedad mental no se han beneficiado de las campañas de salud pública orientadas a reducir los principales factores de riesgo. Los programas con destinatarios específicos serían bien recibidos. Se necesitan más servicios de extensión y más iniciativas para la atención de la salud de personas con enfermedad mental; de lo contrario, se arriesgan a perder servicios vitales de atención de la salud;*
- *Los servicios de atención de la salud deben adaptarse a las necesidades de las personas con enfermedad mental; de lo contrario, este vulnerable grupo seguirá teniendo una tasa inaceptablemente alta de*

defunciones y una esperanza de vida reducida. Se pueden tomar varias medidas para resolver estos problemas, incluidos programas para reducir el tabaquismo y el abuso de otras sustancias, promover estilos de vida más saludables, y elaborar servicios integrados de salud que incluyan diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas de salud física como prioridad de la atención general de la salud de las personas con enfermedad mental.”

La preocupación sobre los problemas de salud física sin tratar entre las mujeres diagnosticadas con una enfermedad mental grave está creciendo, especialmente entre consumidores y defensores de la causa. Las principales razones para este aumento de la preocupación son que las mujeres que experimentan problemas graves de salud mental tienen muchas más probabilidades que otras de que sus quejas de salud queden sin atención, y segundo que es probable que la falta de tratamiento de los problemas de salud física en el momento adecuado puede necesitar intervenciones mucho más costosas más adelante, lo cual da resultados negativos para los hombres y las mujeres afectados, así como para el sistema de salud en general.

La Dra. Vivian Brown y un grupo de colegas que formaban el Grupo Técnico de Expertos en temas de la Mujer, la Violencia y la Enfermedad Mental, del Centro Nacional de Recursos para la Prevención y el Tratamiento del Alcohol, el Tabaco y otras Drogas y la Enfermedad Mental, con el apoyo de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, realizó en junio de 1977 una de las investigaciones más amplias sobre el alcance y las consecuencias de dejar problemas de salud física sin tratar entre las mujeres a quienes se les ha diagnosticado enfermedad mental grave.

Tal como se describe en el Resumen Ejecutivo del informe, *“La población de mujeres con diagnóstico de enfermedad mental grave incluye a mujeres con diversos diagnósticos, diferentes historiales de tratamiento, niveles funcionales, diagnósticos, razas y etnias. Lo que es común a la mayoría de estas mujeres es que a menudo son víctimas de una planificación insensible y servicios de salud mental y física inadecuados. La investigación sugiere que las mujeres a quienes se les ha diagnosticado enfermedad mental grave sufren de enfermedad física, y a menudo fallecen, a niveles más altos que la población general.”*

El informe identifica una cantidad de barreras clave que impiden que las mujeres con diagnóstico de enfermedad mental grave obtengan una atención sensible y coordinada de la salud. Entre las barreras se hallan:

- **Falta de diagnóstico o diagnóstico equivocado:** Tanto los médicos de atención primaria como los profesionales de la salud mental no diagnostican enfermedades en mujeres con enfermedad mental grave. Además, los facultativos a menudo no descubren que hay un historial de trauma en situaciones psiquiátricas, que el abuso de sustancias contribuye a la falta de un diagnóstico preciso, y que hay una falta de atención y detección de problemas ginecológicos de rutina.
- **Falta de estudios de género en relación con medicamentos psicoactivos, interacción entre los medicamentos, y la terapia electroconvulsiva (ECT):** El resultado es que a las mujeres se les recetan medicamentos cuya variedad de dosis y efectos secundarios sobre las mujeres no han sido probados. También hay una falta de investigación en el largo plazo sobre los efectos de la ECT y los medicamentos psicotrópicos en la mujer y el feto;
- **Estigma:** Para las mujeres a quienes se les diagnostica enfermedad mental grave, la respuesta de la comunidad puede ser insensible, aislante y estigmatizante;
- **Idioma y cultura:** Ciertos factores sistémicos, como la falta de personas bilingües y biculturales, intérpretes mal capacitados o sin capacitación, y la falta de extensión en las comunidades de color que cree conciencia sobre los servicios, puede contribuir al mal servicio y a la deficiencia de servicios.

Más allá de las barreras sistémicas al acceso y la utilización de servicios adecuados y apropiados de atención de la salud, las mujeres con diagnóstico de enfermedad mental grave a menudo tienen problemas concurrentes y problemas de seguridad que complican aún más su acceso a la atención. Entre estas barreras adicionales se encuentran la falta de cuidado prenatal regular y apropiado durante el embarazo, el abuso de sustancias que sirve para exacerbar la enfermedad asociada con trastornos mentales, la falta de techo, el VIH/SIDA, y el abuso físico y sexual.

Como señala la Dra. Brown, el abuso físico y sexual puede tener efectos especialmente devastadores tanto para la salud mental como para el bienestar físico de la mujer: *“Para muchas mujeres, el abuso físico y sexual es la norma*

antes que la excepción. La mujer que ha experimentado el abuso a menudo descuida su propia salud, por temor a revelar el abuso o por temor al sistema médico. Sin embargo, aun cuando la mujer entre al sistema, rara vez se le pregunta sobre el abuso físico o sexual, aun cuando dicho abuso, ya sea en la niñez o en la edad adulta, deja un legado de daño físico y mental.”

En un *Comentario* sobre los resultados y las recomendaciones del estudio en el *Journal of the American Medical Women's Association* del verano de 1998, la Dra. Brown apeló a los sistemas separados de salud física y mental para que creen enlaces que promuevan la atención integrada y reduzcan las dificultades que las mujeres con enfermedad mental grave y problemas de salud física enfrentan para encontrar los servicios que necesitan y obtener acceso a ellos. Las recomendaciones contenidas en el comentario de la Dra. Brown también pueden servir de guía a los que abogan por mejores servicios para las personas con problemas de salud física y mental concurrentes. Las recomendaciones incluyen:

- *Evaluación integral de la salud física y mental, historial de trauma y abuso de sustancias en todos los puntos de ingreso al sistema. No importa por dónde entre la mujer, sus necesidades deben ser satisfechas.*
- *Capacitación para los que prestan servicios. Los clínicos deben estar entrenados para seguir directrices que se concentran en las mejores prácticas para las mujeres a las que se les ha diagnosticado enfermedad mental grave, y especialmente en formas de tratarlas que no les causen nuevo trauma. Los encargados de la atención médica primaria deben aprender a detectar historiales de abuso físico y sexual, y a entender cómo esos historiales y posible abuso de sustancias concurrente puede interferir con la capacidad de una mujer de revelar problemas específicos de salud física. Los profesionales de la salud mental deben reconocer y asumir responsabilidad por los problemas de salud física de sus pacientes. Tanto los profesionales de la salud primaria y de la salud mental deben conocer las posibles interacciones entre los medicamentos psicotrópicos y los recetados por afecciones médicas.*
- *Reorientación, del enfoque en la atención aguda a la atención preventiva de la salud.*
- *Acceso a atención dental, ya que muchas veces las mujeres con enfermedad mental grave y problemas de abuso de sustancias tienen problemas serios de salud oral sin diagnosticar.*
- *Promoción de la continuidad de la atención de la salud primaria y mental, y coordinación entre los médicos. El elevado nivel de morbilidad entre las mujeres con diagnóstico de enfermedad mental grave arguye en favor de una coordinación agresiva entre los prestadores de los servicios.*

La asociación entre la enfermedad mental y la deficiente atención de la salud física es algo que se reconoce desde hace mucho. El *British Medical Journal (BMJ)* habló por primera vez de esta relación en un artículo que apareció hace más de 60 años. Según los autores de un artículo editorial en el *BMJ* de febrero de 2001, investigación posterior en muchos países indica con regularidad que los pacientes psiquiátricos tienen altos niveles de enfermedad física, la cual pasa en gran medida sin detección. Dichas investigaciones han suscitado llamadas a los profesionales de la salud para que tomen más conciencia de estos resultados y apliquen más pruebas de detección y tratamiento a sus pacientes psiquiátricos. Según los autores, por el momento no hay pruebas de que esto esté ocurriendo, y el exceso de enfermedad y mortalidad continúa sin freno. Los pacientes psiquiátricos tratados como pacientes ambulatorios tienen dos veces más la probabilidad de morir que la población general.

Como señala el artículo editorial, *“Diversos factores impiden que las personas con enfermedad mental reciban buena atención de su salud física. Las personas con esquizofrenia tienen menos probabilidades que las personas saludables de informar espontáneamente sobre sus síntomas. Algunos síntomas de las consecuencias de la esquizofrenia, como reducción de la función cognoscitiva, el aislamiento social y la naturaleza suspicaz, pueden contribuir a que el paciente no recabe ayuda o no se adhiera al tratamiento. En los casos en que sí se dan a conocer, su falta de tacto social y el estigma de la enfermedad también pueden hacer menos probable que reciban buena atención.”*

“En la mayoría de los países industrializados las reformas en materia de salud mental han causado el cierre de muchos hospitales con internado para el largo plazo y la creación de equipos comunitarios para la atención de la salud mental. Se prevé que dichos equipos satisfarán todas las necesidades sanitarias y sociales. Con frecuencia las internaciones son breves y poco frecuentes, y la atención de la salud física no recibe prioridad necesariamente. En Gran Bretaña el servicio nacional de salud mental declara que las personas con una enfermedad mental grave deben primero ser sometidas a una evaluación de su salud física. No obstante, muchos practicantes de la salud

mental tienen escasa capacitación en atención de la salud física. Las evaluaciones físicas por psiquiatras jóvenes de pacientes psiquiátricos internados son deficientes, y por lo general la vigilancia de la salud física y la educación sanitaria por el personal comunitario de salud mental son poco satisfactorias.”

“La mayoría de los pacientes con enfermedad mental mantiene contacto frecuente con los servicios de salud primaria, y en muchos casos éste es único contacto con los servicios de salud. Sin embargo, este contacto no garantiza necesariamente que estas personas reciben buena atención de la salud física. La orientación de la atención primaria es reactiva, lo cual puede no satisfacer las necesidades de pacientes que pueden ser renuentes, o incapaces, de buscar ayuda. El corto tiempo que los médicos dedican a la consulta dificulta que los médicos evalúen la condición mental y realicen una evaluación física, especialmente en pacientes que describen su situación con vaguedad o se muestran suspicaces. Es posible que cuando personal de salud mental acompaña a los pacientes, se preste más atención a los aspectos psicológicos y sociales. Los médicos que no tienen experiencia o se sienten incómodos con el trabajo de salud mental pueden no interesarse activamente por los síntomas del paciente ni realizar un reconocimiento físico para no profundizar el contacto con el paciente.”

“El estilo de vida de los pacientes con enfermedad mental grave sugiere la necesidad de una promoción de la salud que sea efectiva. Por ejemplo, la terapia de grupo es efectiva para ayudar a los pacientes con esquizofrenia a dejar de fumar. El progreso en este sentido se ve obstaculizado por las actitudes negativas del personal. Las iniciativas en este sentido deben venir acompañadas de investigación, para que se identifiquen y adopten los métodos más efectivos.”

“Las pruebas sugieren que es posible mejorar la salud física de este vulnerable sector de la población. No obstante, el progreso dependerá de que el personal de atención de mental y primaria tome conciencia del problema y esté dispuesto a encontrar soluciones imaginativas que sean útiles y aceptables a los pacientes.”

Dos reuniones recientes en Estados Unidos trataron temas similares sobre la importancia de que los profesionales de la atención primaria y la salud mental trabajen en colaboración para entender mejor y satisfacer las necesidades de las personas con enfermedades mentales graves y persistentes que también tienen problemas de salud física. En noviembre de 2003, la Asociación de Salud Mental celebró un simposio en Nueva York en el cual practicantes e investigadores hablaron de la conexión entre la salud mental y física. Como se informa en Medscape Medical News, el Dr. Richard K. Nakamura, PhD, dijo al público que *“La depresión es una enfermedad sistémica que es factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades y dolencias. La depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular y derrame cerebral, y puede afectar el tratamiento de diabetes mellitus y aumentar el riesgo de muchas otras infecciones. Los médicos de atención primaria deben estar alertas para detectar a pacientes que se presentan a la consulta con regularidad con una serie de enfermedades y males diferentes.”*

Una transmisión reciente por Internet por Eli Lilly Company habla de la necesidad de prestar más atención a las necesidades físicas de los pacientes de salud mental en riesgo de ganar peso y otras complicaciones relativas a la obesidad. En la transmisión se reunía a un panel de expertos en salud mental para destacar la importancia de un seguimiento más cercano de las necesidades físicas de los pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes (EMGP) para ayudarles a reducir el riesgo de problemas relacionados con el sobrepeso. El panel se mostró en favor de Complete Wellness [bienestar total]: el método de tratamiento de la persona completa, el cual ofrece recursos para ayudar a los que viven con EMGP a educarse sobre dieta, ejercicio y modificaciones saludables al estilo de vida.

William M. Glazer, M.D., panelista y profesor clínico asociado de psiquiatría en la Facultad de Medicina, de Massachusetts General Hospital y presidente de Glazer Medical Solutions, explicó el momento oportuno en que se realizó la transmisión. *“Este evento es particularmente importante últimamente, dado el reciente pedido de la Administración Estadounidense de Alimentos y Drogas en el sentido de que todos los antipsicóticos atípicos incluyan una advertencia con información adicional sobre hiperglucemia y diabetes,”* comentó Glazer. *“El cambio de etiqueta es un paso positivo para la atención de los pacientes pues recuerda a los profesionales de la salud la necesidad de prestar atención a la salud física –además de la salud mental – de sus pacientes.”*

Los panelistas convinieron en que atender el bienestar físico de los pacientes con EMGP es tan importante como tratarles la salud mental. No obstante, a menudo se presta demasiado poca atención a las necesidades físicas de esta población de pacientes. Para ayudar a resolver esta necesidad

insatisfecha, se creó un nuevo método de tratamiento que combina educación e intervención en el estilo de vida a fin de mejorar la atención y los resultados en los pacientes. El método de Bienestar Total ayuda a los pacientes a combatir los síntomas primarios de enfermedad mental y aporta recursos a los profesionales de la salud mental para ayudar a los que viven con EMGP a educarse sobre dieta y ejercicio, y a realizar modificaciones para llegar a un estilo de vida saludable.

Referencias:

- Baez, M. "Primary Care Physicians Should be Aware of Links Between Physical and Mental Health." *MedScape Medical News*, November 19, 2003. <http://www.medscape.com/viewarticle/464742>
- Baez, M. *Medscape Medical News*, November 19, 2003
- Brown, PhD V: "Untreated Physical Health Problems Among Women Diagnosed With Serious Mental Illness." *Journal of the American Medical Women's Association*, (Vol. 53, Number 4), Summer 1998, pages 159-160.
- Brown, PhD, Vivian: "Untreated Physical Health Problems Among Women Diagnosed with Serious Mental Illness." ©June 1997 PROTOTYPES System Change Center, Culver City CA USA www.prototypes.org
- Coghlan, Rebecca; Lawrence, David; Holman, D'Arcy; Jablensky, Assen: "DUTY TO CARE: Physical illness in people with mental illness." *Consumer Summary*, 2001, Department of Public Health & Department of Psychiatry, University of Western Australia. www.dph.uwa.edu.au , page 2.
- Lilly Newsroom: "Greater Attention Needed to the Physical Needs of Mental Health Patients at Risk for Weight Gain and Obesity-related Complications," October 15, 2003. http://newsroom.lilly.com/news/corporate/2003-10-15_completewellness_webcast?pfv/html
- Phelan, M.; Stradins, L.; Morrison, S. "Physical health of People with Severe Mental Illness: Can Be Improved if Primary Care and Mental Health Professionals Pay Attention To It" (Editorial) *British Medical*

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

LA RELACION ENTRE LA SALUD FISICA Y LAS SALUD MENTAL

Necesidades de atención de la salud física de las personas con una enfermedad mental grave
RETHINK, Hermandad Nacional de Esquizofrenia

Política de Rethink

Rethink cree en una solución integral para evaluar las necesidades de una persona. Es crucial que las personas con una enfermedad mental grave se sometan a pruebas de rutina, por lo menos una vez al año, de su salud física y que reciban la atención de la salud física que necesitan.

Elaboración de la política

- 1 Por *atención de la salud física* nos referimos a:
 - Atención médica por nuestros problemas de salud física
 - vigilancia de los efectos secundarios físicos de los medicamentos antipsicóticos
 - promoción de un estilo de vida saludable, incluidos ejercicios y una dieta nutritiva
 - atención dental, de la vista y la audición.
- 2 Los exámenes físicos de rutina deben incluir
 - medición del peso y la presión arterial
 - citas con el dentista y el oftalmólogo
 - detección de diabetes y cáncer, por ejemplo frotis cervicales para las mujeres
 - vigilancia de los pulmones y el corazón, que se pueden ver afectados negativamente por el tabaco
 - detección y monitoreo de los efectos secundarios de los medicamentos.
- 3 Las decisiones sobre los medicamentos deben basarse en la necesidad individual de cada persona, tomando en consideración los efectos secundarios en el corto y el largo plazo, *no* en el costo. Las drogas atípicas y antipsicóticas deben considerarse para todos los que se puedan beneficiar de ellas.
- 4 Los médicos deben:
 - reconocer posibles signos de efectos secundarios de la medicación lo antes posible
 - rastrear otros posibles efectos secundarios de la medicación, registrar informes sobre ellos y ajustar la receta, en la medida de lo posible
 - escuchar cuidadosamente cuando se mencionan problemas de salud física e investigarlos.
- 5 En el hospital, los pacientes deben tener oportunidades de hacer ejercicio, deben recibir comidas nutritivas y de buena calidad, acceso fácil a bebida y alimentos ligeros en todo momento, reconociendo que algunos medicamentos causan sequedad en la boca.
- 6 En la comunidad, los servicios de salud mental deben ocuparse de que los pacientes reciban comidas adecuadas, organizar ayuda si hace falta, e inclusive recomendar una dieta apropiada en los casos necesarios.
- 7 A las mujeres en edad fértil se les debe informar si los medicamentos antipsicóticos que están tomando son inocuos en caso de quedar embarazadas. Los servicios de salud mental deben prestar atención especial durante todo el embarazo para tener la seguridad de que las mujeres reciben la ayuda que necesitan.
- 8 A las personas con una enfermedad mental grave que fuman se les debe ofrecer ayuda gratuita y apoyo para que dejen el hábito del cigarrillo.

Acción

Rethink hace campaña para que a las personas se las evalúe y sus necesidades se atiendan de manera integral. Esto incluye consideración de la atención de la salud física y un examen físico anual.

Preguntas y respuestas

Q ¿Es más probable que las personas con una enfermedad mental grave tengan problemas físicos?

A Sí. Esto puede deberse a:

- los efectos secundarios físicos de los medicamentos
- aislamiento social
- cansancio y falta de motivación, que son efectos en el largo plazo de la enfermedad crónica
- estilo de vida negativo, que puede incluir la falta de techo, dieta deficiente, falta de ejercicio, tabaquismo y falta de higiene personal.

Q ¿Reciben las personas con enfermedad mental grave la atención médica que necesitan?

A A menudo no, tal vez porque:

- no estén registradas en el consultorio de ningún médico o dentista
- no se cuidan y carecen de autoestima
- no ofrecen información voluntariamente sobre su salud física
- no tienen tratos con servicios especializados
- los médicos no siempre los escuchan cuando notifican problemas físicos, por ejemplo cuando a algunos se los considera hipocondríacos.

Antecedentes

- 1 Las personas con una enfermedad mental grave tienen el mismo tipo de problema de salud física que cualquiera, pero además pueden sufrir de otros problemas físicos debidos a:
 - efectos secundarios de los medicamentos
 - problemas relacionados con el tabaco,
 - abuso de sustancias
 - dieta poco saludable
 - falta de ejercicio
 - efectos de vivir en la calle.
- 2 En 1997, un grupo de trabajo liderado por el Profesor Malcolm Lader declaró que los profesionales deben tener en cuenta los siguientes factores que pueden afectar la salud física de las personas con una enfermedad mental grave:
 - estilo de vida caótico
 - circunstancias sociales, por ejemplo una tendencia al descenso en la escala social
 - cualquier tendencia a hacerse daño
 - aislamiento social
 - descuido de sí mismo
 - vida en instalaciones inadecuadas
 - conducta ilusoria, por ejemplo negarse a comer porque creen que la comida está envenenada
 - accidentes.
- 3 Según un estudio internacional, *Excess Mortality of Esquizofrenia* [Mortalidad excesiva por esquizofrenia], publicado en *British Journal of Psychiatry* en diciembre de 1997, 80% de las personas con esquizofrenia muere de causas naturales en comparación con 97% de la población general. Las causas más generalizadas de mortalidad de personas con esquizofrenia en el estudio (comparadas con el 100% de la población general) fueron:
 - suicidio 896%
 - enfermedad respiratoria 226%
 - accidentes 205%
 - trastornos digestivos 185%
 - enfermedad genito-urinaria 161%.
- 4 Tal vez sea difícil para personas con una enfermedad mental grave obtener atención médica porque:
 - es posible que no estén registrados con ningún médico, por haberse mudado a otra casa o haber sido excluidos de algunas listas de médicos
 - no pueden dar una explicación coherente de sus síntomas
 - los efectos secundarios de su medicamento pueden confundir la situación clínica.
- 5 Los medicamentos antipsicóticos más nuevos (atípicos) son más efectivos para tratar la esquizofrenia y tienen efectos secundarios que pueden ser mejor tolerados que los medicamentos anteriores. Como resultado, las personas pueden sentirse más motivadas para tomarlos. Sin embargo, la efectividad de cada medicamento en particular varía entre las personas, igual que los efectos secundarios.

- 6 Todo medicamento tiene efectos secundarios físicos, los cuales, en el caso de los antipsicóticos, pueden incluir:
- disquinesia tardía, un trastorno del sistema nervioso central relacionado con el uso de medicamentos antiguos; entraña movimientos musculares incontrolables:
 - distonía, una condición dominada por espasmos musculares sostenidos, lo cual puede ser muy doloroso
 - convulsiones
 - síndrome neuroléptico maligno, que entraña cambios en la respiración y el ritmo cardíaco y puede ser fatal
 - inquietud, somnolencia, sequedad de la garganta y aumento de peso
 - reducción del deseo sexual y disfunción sexual; para la mujer, cambios en el ciclo menstrual y en la lactancia
 - sentir frío, o no darse cuenta del frío y otras incomodidades
 - ritmo cardíaco perturbado y caída de la presión arterial.
- 7 Algunas drogas antipsicóticas no son seguras durante el embarazo.
- 8 La encuesta *A Question of Choice*, (2000) emprendida en forma conjunta por Rethink, MIND y la Hermandad de la Manía-Depresión, halló que los efectos físicos secundarios de los medicamentos antipsicóticos eran el aumento de peso (62%) y los efectos sobre los ojos (38%).
- 9 Según investigación que aparece en *Tobacco control policies within psychiatric and long-stay units [Políticas de control del tabaco en unidades psiquiátricas y de estancias prolongadas]* (2000), entre 62% y 81% de las personas con diagnóstico de esquizofrenia fuman tabaco, comparadas con 25% de la población general. Según el Departamento de Salud, más de 120.000 muertes al año ocurren como resultado de enfermedades causadas en todo o en parte por el hábito de fumar. El tabaquismo también puede causar muchos problemas dentales.
- 10 Un estudio por Menezes y col., *Drug and alcohol problems among persons with a serious mental disease in South London [Problemas de alcohol y drogas en personas con una enfermedad mental; grave en la zona sur de Londres]* (1996) halló tasas de prevalencia de casi 32% para el abuso de alcohol y de 16% para consumo de drogas de la calle.
- 11 Las personas con una enfermedad mental grave pueden mantener una dieta deficiente por:
- ingresos insuficientes o incapacidad de manejar su presupuesto con eficiencia
 - incapacidad de comprar o preparar alimentos
 - inclinación hacia los alimentos ricos en grasas y procesados, lo cual también puede producir problemas dentales.
- 12 Según la Unidad de Exclusión Social, en 1998 todavía había 2000 personas sin techo en Inglaterra cada noche; más de 10.000 en un año. De ellas, entre 30% y 50% sufría de problemas de salud mental.
- 13 Un estudio, 'The health of single homeless people' [La salud de las personas solteras sin techo] por la Universidad de York (1991) halló que las personas sin techo tenían tres veces más problemas físicos múltiples, por ejemplo artritis y problemas respiratorios, que la población en general.
- 14 El informe, *Pressure Points [Puntos de presión]* (1999), por 'Crisis', una organización de caridad de servicio a la población sin techo, calculó que:
- la tercera parte de las personas desalojadas de su vivienda padecen de enfermedad mental
 - 60% de las personas sin techo sufre de algún padecimiento mental
 - 20% de las personas sin techo padece de una enfermedad mental grave
 - Las personas con problemas de sueño tienen 35 veces más probabilidades de suicidarse que la población general.

Author Mike Took

May 2001

Rethink es el nombre con que funciona la Hermandad Nacional de Esquizofrenia.

Estos materiales fueron apoyados por una contribucion caritativa de las siguientes companias:



Bristol-Myers Squibb Company



Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.



La Federacion Mundial para la Salud Mental desea agradecer a los siguientes patrocinadores del proyecto Dia Mundial de la Salud Mental de este ano. Su ayuda ha contribuido a la produccion y distribucion de esta publicacion. Si este documento les ha sido util, les instamos a que envíen unas breves notas de agradecimiento a lost principales patrocinadores, por medio de los siguientes contactos:

BRISTOL MYERS SQUIBB COMPANY

Sam Sukoneck
PO BOX 4000
Princeton, NJ 08543-4000 USA

ASTRAZENECA

Nancy Olson
1800 Concord Pike
PO BOX 15437-OW3
Wilmington, DE 19850-5437 USA

ELI LILLY AND COMPANY

Valerie Erb Tully
Lilly Corporate Center
Indianapolis, IN 46285 USA

OTSUKA AMERICA PHARMACUETICAL

Debra Kaufmann
2440 Research Boulevard
Rockville, MD 20850 USA

ORGANON INTERNATIONAL

Thomas Schrooyen
56 Livingston Avenue
Roseland NJ 07068 USA



For more information on World Mental Health Day or to obtain further information about the World Federation for Mental Health, contact:

World Federation for Mental Health
PO BOX 16810
Alexandria, VA 22302-0810 USA
Phone: + 703.838.7543
Fax: +703.519.7648
Email: wmhday@wfmh.com
Web sites: www.wmhday.net or www.wfmh.org