



DEPRESION:

UNA CRISIS GLOBAL

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2012

The World Federation for Mental Health expresses its sincere appreciation to Prof. Dr Cecilia Alvarez, Professor of Psychiatry at the University of the Republic, Northern Region of Uruguay and Interpreter at Medical Conferences for this Spanish translation. We and our Spanish-speaking readers are indebted to her.

INTRODUCCION

Tras el comienzo de la conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental en 1992 muchos países lo han adoptado como medio de promoción de la salud mental.

Cada año se elige un tema y se distribuye material de educación por parte de la FMSM. En este 20 aniversario hemos elegido a la DEPRESION como tema central. La depresión puede afectar a cualquiera y es una de las enfermedades de mas amplia distribución, pudiendo coexistir con otras enfermedades severas. De acuerdo a la OMS, los trastornos depresivos unipolares ocuparon el tercer lugar en la causa de carga global de enfermedad en 2004 y llegaron al primer lugar en 2030.

Este paquete de Depresion 2012 intenta brindar informacion acerca de la depresión como enfermedad tratable, y difundir la idea de que la recuperación es posible y alcanzable. La informacion será útil tanto en países desarrollados como en países de ingresos medios y bajos que necesitan informacion básica para sus campanas nacionales y locales. En los países desarrollados, el actual revés económico ha llevado a un aumento del desempleo, las deudas y la inseguridad lo cual resulta en un aumento de la depresión en la población. Para el resto de los países, la educación del público acerca de la salud mental es muchas veces inadecuada por la falta de recursos. Esperamos que el material sea útil para la promoción en esos países.

El Día Mundial de la Salud Mental 2012 apunta a estimular a los gobiernos y a la población civil a que se enfrente a la depresión como una enfermedad ampliamente diseminada que afecta a los individuos, sus familias y sus pares, y a reconocer que es una enfermedad tratable. La gente debería estar alerta a los signos tempranos de un trastorno depresivo. Puede afectar a cualquiera, a gente joven y a adultos mayores. Se estima actualmente que hay 350 millones de personas afectadas a nivel mundial, y esta cifra alarmante es un llamado de atención a esta enfermedad global no transmisible.

El DMSM es el proyecto bandera de la FMSM y su paquete anual de informacion puede usarse de diversas formas.

Como Presidente de la Federacion Mundial apelo a todos a lograr que la depresión sea incluida en la agenda de salud de su país. También quiero expresar mi aprecio a todos aquellos que han preparado y apoyado el DMSM 2012 y celebro los esfuerzos que han realizado para apoyar la agenda global acerca de la depresión.

Deborah Wan

Presidente

Federacion Mundial de la Salud Mental

HOMENAJE A RICHARD HUNTER (1914-2004)

En este 20 Aniversario del Día Mundial de la Salud Mental (DMSM) queremos hacer un homenaje al fundador de la fecha, Richard Hunter. El habría estado muy orgulloso al ver la importancia que el Día ha tomado. El deseaba que las preocupaciones vinculadas a la salud mental fueran reconocidas como parte integral de la salud, y sentía que la misión de la Federación Mundial de la Salud Mental era igualar a la salud mental y física. Se embarcó apasionadamente en la cruzada para mejorar la atención de las personas con enfermedad mental, y cada año sin saberlo los organizadores de actividades nacionales y locales en el DMSM llevan adelante su propósito.

Dick se graduó como abogado en el estado de Minnesota, EEUU. Su carrera sufrió un vuelco cuando se registró para realizar tareas alternativas como objetor de conciencia durante la Segunda Guerra Mundial, habiendo declinado servir en las fuerzas armadas. Se le asignaron tareas en un hospital psiquiátrico donde trabajó durante tres años en Carolina del Norte y Nueva Jersey. Esos años forjaron su compromiso profundo con la necesidad de mejorar los estándares de atención. También lo motivó la lectura de Clifford Beers (1876-1943) que tras un período de severa enfermedad mental lideró un movimiento para reformar las condiciones de vida en los hospitales psiquiátricos de EEUU.

Después de la guerra Dick Hunter se unió a la Fundación Nacional de la Salud Mental y más tarde fue un miembro senior de la Asociación Nacional de Salud Mental (ahora conocida como Mental Health America). Tras jubilarse, Dick trabajó en forma voluntaria como Secretario General de la Federación Mundial, convirtiéndose en una figura central de la red mundial de la Federación, y siguió haciéndolo como consejero hasta unas pocas semanas antes de su muerte en 2004.

Fue Dick quien promovió la idea en 1992 de que la salud mental merecía un Día en el año como lo tienen otras causas. Penso que un día internacional podía ser “un foco de máxima atención pública para la lucha por la salud mental global”. Cuando se sugirió que la FMSM podría esponsorisar una teleconferencia a nivel internacional, vislumbro una valiosa oportunidad. Esa transmisión vista en muchos países podía convertirse en el centro de una celebración que vinculara actividades de defensa de la salud mental y de la educación del público.

Eligió la fecha del 10 de Octubre como día anual y desarrolló el concepto de un tema anual, planteando la elaboración de un paquete de información por parte de la Federación que podría replicado por las organizaciones participantes para seguir el tema a nivel local con eventos locales según sus presupuestos. Era una manera práctica de ampliar la lucha por la salud mental, llamando la atención sobre las necesidades de las personas con enfermedades mentales y la importancia de la salud mental. Casi en seguida se unieron autoridades a nivel nacional, organizando campañas a nivel de la educación pública. La participación en una actividad internacional generó una resonancia entre aquellos que creían que la atención y preocupación por aquellos con trastornos mentales debería tener alta prioridad.

Desde entonces las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo han reconocido el Día Mundial de la Salud Mental. Se han realizado eventos en muchas ciudades y países de todo el mundo.

La Federación Mundial de la Salud Mental honra a Richard Hunter en este 20 Aniversario del Día Mundial de la Salud Mental por su convicción de que la lucha podía reforzarse si las preocupaciones se compartían a nivel

internacional, logrando que las personas se unan para seguir trabajando en la mejora del cuidado y reconocimiento de la importancia de la Salud Mental.

L. Patt Franciosi, PhD

Coordinador del Día Mundial de la Salud Mental

Presidente de la FMSM 2003-2005

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL- 20 ANOS DESPUES

El Día Mundial de la Salud Mental fue establecido en 1992 gracias al trabajo de Richard (Dick) Hunter, Secretario General de la Federación Mundial de la Salud Mental. Tras un periodo de planificación la Federación proclamó el 10 de Octubre como el Día Mundial de la Salud Mental y Dick buscó formas de construir el apoyo que requería. Le resultó valioso trabajar con un productor televisivo, Richard Leighton, para hacer una transmisión mundial que fuera el eje central de las actividades a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud fue el co-patrocinador y el proyecto también fue apoyado por el Carter Center cuando la ex Primera Dama de los EEUU Rosalynn Carter aceptó el cargo de Presidente Honorario del evento.

La meta inmediata del proyecto era atraer atención hacia la salud mental como una causa común a todos los pueblos más allá de los límites nacionales, culturales, políticos o socioeconómicos. La meta a mayor plazo era establecer paridad entre la salud mental y la física en las prioridades nacionales de salud y servicios. El Primer Día fue un gran éxito. Se transmitió un especial de 2 horas a 127 países a través de la red mundial satelital de la Agencia de Información de los EEUU. Un grupo de dirigentes de la Federación y de la salud mental se reunieron en un estudio televisivo en Tallahassee en Florida, EEUU, para el programa. Grupos similares se juntaron en otros lugares del mundo para mirar o participar directamente en la transmisión. Esto fue en la era previa a la Internet y en ese momento constituía lo máximo en tecnología de telecomunicaciones.

Yo era Presidente de la Federación Mundial de la Salud Mental en ese momento, y como co-presidente de ese primer Día Mundial de la Salud Mental participé de la transmisión desde un estudio televisivo en Auckland, Nueva Zelanda. Fuimos uno de los sitios que ofreció sus comentarios en directo y sigo agradecido a los colegas que me acompañaron durante aquella madrugada. En Nueva Zelanda el Ministro de Salud hizo un anuncio formal reconociendo al Día y los miembros locales de la Federación acompañaron a Joan Bolger, la esposa del Primer Ministro, en una visita a locales comunitarios de salud mental. Las Asociaciones Locales de Salud Mental y otras ONGs organizaron actos en otras partes del país.

La Secretaria de la Federación recibió informes de 40 países que describían en ese primer año una amplia variedad de actividades de promoción de la Salud Mental como causa común. Fue muy grato ver que el Día

había convocado atención oficial y publica en tantas partes del mundo, incluso en países donde la salud mental estaba muy abajo en la agenda o los recursos.

Las transmisiones globales también se usaron en 1993 y 1994, pero eran asuntos muy costosos y no hubo suficientes recursos para cubrirlos tras esa fecha. En años subsiguientes el énfasis se puso en la preparación y distribución de paquetes de planificación, con información relevante según el tema particular de cada Día, y recursos para ayudar a las actividades locales. Se expandieron las traducciones a otros idiomas. Con el tiempo la distribución por Internet y la producción de DVDs aumentó y reemplazó la distribución física de los paquetes impresos por correo.

El personal, los miembros del Comité y los miembros de la Federación (ONGs nacionales e internacionales, organizaciones e individuos) fueron vitales para aumentar el alcance del programa. En algunos países el Día Mundial pronto se extendió a la Semana o Mes de la Salud Mental, con importante compromiso gubernamental y de ONGs. La importancia creciente del Día para la militancia y educación del público fue más reconocida todavía cuando el Secretario General de Naciones Unidas comenzó a difundir un mensaje anual relativo al tema del Día Mundial cada año.

Desde el principio se estimuló a los organizadores de eventos a enviar informes acerca de sus actividades a la FMSM. Además de las descripciones por escrito recibimos fotografías y ejemplos de materiales a nivel local. Hubieron muchos de países industrializados, pero nos asombró recibir fotos de marchas en Katmandu, carteles de Ulaan Baator, encuentros en Sudan, elefantes y camellos con banderas en India... A medida que aumentó el uso de Internet también aumentó la información recibida desde todo el mundo, a lo que se sumó el tráfico de información por Facebook y Twitter.

Al revisar las tendencias generales en esta área en las últimas dos décadas queda claro que ha habido cambios sustanciales en el lugar que ocupa la salud mental a nivel global, nacional y local. La investigación epidemiológica de alta calidad ha ayudado a cuantificar la magnitud y el impacto de los trastornos de salud mental en los individuos, familias y sociedades. Ahora ocupan los primeros lugares en los desafíos y prioridades de salud de la OMS y un número creciente de sus países miembro. Ha habido adelantos en derechos humanos, reducción del estigma, y empoderamiento de usuarios. En gran medida los asilos enormes y los hospitales mentales del pasado están siendo reemplazados por servicios de salud mental comunitarios y de apoyo. Cada vez más, los servicios de mental se fortalecen e integran mejor en los centros de atención primaria. Los tratamientos se vuelven más efectivos y disponibles.

A pesar de esto, hay amplias diferencias en el nivel de los servicios entre países y dentro de un mismo país. La indignante ignorancia, la omisión y el abuso circulan en paralelo con una comprensión iluminada y tratamiento

con apoyo y atención. Algunos países aun no han dado los primeros pasos. Los adelantos en otros países han sido revertidos o están en peligro a medida que la economía lucha o retrocede y los gobiernos buscan disminuir el gasto publico.

El Dia Mundial de la Salud Mental sigue siendo un agente importante para transmitir los objetivos de la salud mental a nivel mundial y presionar para que sigan habiendo mejoras en la atención. Ilustra la forma en que la Federacion Mundial trabaja para promover la lucha por sus objetivos a nivel global y facilita el compromiso de los gobiernos y las fuerzas locales a través de las redes y alcance de ONGs. Brinda un tiempo para que se reflexione y celebre lo logrado y se constate lo que aun esta por hacer, un tiempo para desarrollar planes y estrategias, un tiempo para sentirnos parte de una familia internacional con preocupaciones y deseos comunes.

Prof Max Abbott

Presidente de la FMSM 1991-1993

Pro-Vice Consejero y Decano

Facultad de Ciencias de la Salud y el Medio Ambiente

AUT University (North Shore), Nueva Zelanda

LA DEPRESION- UNA PREOCUPACION DE LA SALUD PUBLICA GLOBAL

Desarrollado por Marina Marcus, Taghy Yasamy, Mark van Ommeren, Dan Chisholm y Shekhar Saxena OMS-Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Es una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial. Actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas. La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas informo haber tenido un episodio depresivo en el año previo. Los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad; reducen el funcionamiento y frecuentemente son recurrentes. Por estas razones, la depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes en los estudios de carga global de enfermedad. La necesidad de contener a la depresión y otras enfermedades mentales va en aumento en el mundo. Una Asamblea de la Salud Mundial recientemente insto a la OMS y sus estados miembro a actuar en esta dirección (OMS 2012).

Que es la depresión ?

La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. A menudo, la depresión a menudo se presenta con síntomas de ansiedad. Estos trastornos pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias. En casos severos, puede llevar al suicidio. Se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más que intentan terminar con su vida (OMS,2012).

Hay muchas formas de depresión. La diferencia a resaltar es la presencia o no de antecedentes de episodios de manía.

-Los episodios depresivos cursan con síntomas tales como el ánimo en menos, pérdida de interés y placer, y aumento de la fatigabilidad. Según el número y la severidad de los síntomas, puede clasificarse como leve, moderado o severo. Alguien con un episodio leve tendrá alguna dificultad para seguir adelante con su trabajo y actividades sociales pero no dejara de funcionar completamente. Pero durante un episodio severo, es muy poco probable que la persona pueda continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas.

-El trastorno afectivo bipolar se caracteriza por episodios maníacos y depresivos separados por periodos de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con exaltación del humor y aumento de la sensación de energía, lo cual lleva a hiperactividad, verbosidad y disminución de la necesidad de sueño.

Aun cuando la depresión es causa de incapacidad para hombres y mujeres, la carga de la depresión es un 50% mayor en la mujeres (OMS 2008). De hecho, la depresión es la causa principal de carga de enfermedad para las mujeres tanto en países de alto nivel de ingresos como en los de niveles medio o bajo. (OMS,2008). La investigación en los países en vías de desarrollo sugiere que la depresión en las madres puede ser un factor de riesgo para retraso del crecimiento en los niños pequeños. (Rahman et al, 2008). Este factor de riesgo puede significar que la salud mental materna en los países de bajos ingresos puede tener influencia importante en el

crecimiento durante la niñez, afectando de este modo la depresión no solo a la generación actual sino también a la siguiente.

Manejo de la depresión

La depresión es un trastorno que puede ser diagnosticado y tratado en forma confiable en atención primaria. Como se ha delineado en la Guía de Intervención OMS mhGAP, la mejor opción de tratamiento consiste en apoyo psicosocial básico combinado con medicación antidepressiva o psicoterapia, tales como terapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal, o tratamiento enfocado en la resolución de problemas. Los antidepressivos y formas breves y estructuradas de psicoterapia son efectivos. Los antidepressivos pueden ser muy efectivos para la depresión moderada a severa pero no son el tratamiento de primera línea para la depresión leve o subumbral. Como estrategia coadyuvante a la atención del especialista o del médico de atención primaria, la autoayuda es un abordaje importante para ayudar a las personas con depresión. Estrategias innovadoras tales como los libros de autoayuda o los programas de autoayuda basados en internet han demostrado ayudar a reducir o tratar la depresión en muchos estudios en países occidentales (Andrews et al, 2011).

Efectividad del tratamiento en situaciones de recursos limitados

En la última década, una serie de ensayos clínicos han demostrado la efectividad del tratamiento de la depresión en un amplio rango de recursos.

-Uganda: Un ensayo llevado a cabo en la Uganda rural, por ejemplo, demostró que la psicoterapia interpersonal grupal redujo en forma sustancial los síntomas y prevalencia de la depresión entre 341 hombres y mujeres con criterio de depresión mayor o depresión subsindrómica. (Balton et al, 2003).

-Chile: Un ensayo conducido en 240 mujeres de bajos recursos con depresión mayor para ver la efectividad de una intervención múltiple que incluía intervenciones de psicoeducación grupal, seguimiento estructurado y sistemático, y tratamiento psicofarmacológico para aquellas con depresión severa, encontró que había una diferencia sustancial a favor del programa de atención múltiple al compararlo con la atención estándar en atención primaria. Un test de depresión administrado en el punto de seguimiento a los 6 meses encontró que un 70% había mejorado, comparado con un 30% en el grupo de tratamiento habitual. (Araya et al, 2006).

-India: Se llevó a cabo un ensayo para verificar la efectividad de una intervención dirigida por consejeros de salud no profesionales en atención primaria para mejorar el resultado en personas con depresión y ansiedad. La intervención consistía en manejo del caso e intervención psicosocial llevada a cabo por un consejero en salud no profesional con formación, así como la supervisión a cargo de un especialista en salud mental y medicación de un médico de atención primaria. El estudio mostró que los pacientes en el grupo de la intervención tenían más probabilidades de haberse recuperado a los 6 meses que aquellos pacientes en el grupo control, y por lo tanto que una intervención hecha por un consejero formado no profesional puede llevar a la mejoría en la recuperación de la depresión (Patel et al, 2010).

A pesar de la conocida efectividad del tratamiento, menos del 25% de aquellos afectados (en algunos países, menos del 10%) lo reciben. Las barreras incluyen la falta de recursos, la falta de proveedores entrenados, y el estigma social asociado a las enfermedades mentales.

Reduccion de la carga de la depresion

Aunque la carga global de la depresión plantea un desafío sustancial a la salud pública, tanto a nivel social y económico como clínico, hay una serie de estrategias bien definidas y basadas en la evidencia, que pueden afrontar o combatir dicha carga. Para trastornos mentales comunes de manejo en atención primaria como la depresión, las intervenciones clave son el tratamiento con antidepresivos genéricos y psicoterapia breve. El análisis económico ha indicado que el tratamiento de la depresión en atención primaria es factible, financiable, y costo afectivo.

A medida que la carga global de la depresión aumenta y lleva a un impacto creciente, la prevención de la depresión es un área que merece atención. Muchos programas preventivos implementados a lo largo de la vida han demostrado reducir niveles elevados de síntomas depresivos. Las aproximaciones comunitarias efectivas en la prevención apuntan a varias acciones que llevan al fortalecimiento de los factores protectores y reducción de los factores de riesgo. Algunos ejemplos incluyen programas basados en las escuelas que son dirigidos a las habilidades para resolución de problemas y habilidades sociales de niños y adolescentes así como programas de ejercicio para los adultos mayores. Se puede reducir los síntomas depresivos parentales mejorando los resultados en los niños con trastornos de conducta por medio de intervenciones que mejoran el bienestar de los padres por medio de información y entrenamiento en estrategias comportamentales de crianza de los niños.

Conclusion

La depresión es un trastorno mental de alta frecuencia en el mundo y que nos afecta a todos. A diferencia de otros problemas mundiales de gran escala, hay soluciones para la depresión al alcance de la mano. Hay tratamientos eficaces y costo-efectivos disponibles que mejoran la salud y las vidas de millones de personas en todo el mundo afectadas por la depresión. A nivel individual, comunitario y nacional, es tiempo que nos eduquemos acerca de la depresión y que apoyemos a aquellos que padecen este trastorno mental.

References

- Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One*. 2010 Oct 13;5(10):e13196.
- Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1379-87.
- Bolton P, Bass J, Neugebauer R, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;289(23):3117-3124.
- Patel V., Weiss H.A., Chowdhary N., Naik S., Pednekar S., Chatterjee S., De Silva M.J., (...), Kirkwood B.R. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial (2010) *The Lancet*, 376 (9758), pp. 2086-2095.
- Rahman A, Patel V, Masekko J, Kirkwood B. The neglected 'm' in MCH programmes—why mental health of mothers is important for child nutrition. *Trop Med Int Health* 2008; 13: 579-83
- World Health Organization 2008, The Global Burden of Disease 2004 update.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf Accessed 16.6.2012
- World Health Organization, World suicide prevention day 2012.
http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/
Accessed 16.6.2012
- World Health Organization, Sixty-fifth world health assembly 2012.
<http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html>
Accessed 16.6.2012

HOJA DE DATOS

LA DEPRESION EN EL MUNDO

Varia mucho entre los distintos países quienes son los que se ven afectados por la depresión. La prevalencia a lo largo de la vida va desde un 3% en Japón a un 16.9% en EEUU, llegando entre un 8 a 12 % la mayor parte de los países. (1) La falta de criterios diagnósticos de despistaje hace difícil comparar tasas de depresión entre las naciones. Además, las diferencias culturales y los diferentes factores de riesgo afectan la expresión del trastorno. (2) Si sabemos que los síntomas de depresión pueden identificarse en todas las culturas. (3) En todo el mundo hay algunos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir depresión:

- Género. La depresión es dos o tres veces más común en las mujeres, aunque algunos estudios hechos en África no respaldan este dato. (4)
- Desventajas económicas, o sea la pobreza. (5)
- Desventajas sociales tales como el bajo nivel educativo. (6)
- Genética. Si hay alguien con el trastorno en la familia inmediata, se tienen dos a tres veces más probabilidad de adquirir la enfermedad en algún momento de la vida. (7)
- Exposición a la violencia. (8)
- Ser separado o divorciado, especialmente para los hombres. (9)
- Otras enfermedades crónicas.

Como recibir ayuda, en todo el mundo

Hay muchos tratamientos posibles para la depresión, pero también muchas barreras que lo obstaculizan. (10) La Organización Mundial de la Salud estudio recientemente lo que llama 'brechas terapéuticas' en la atención en salud mental y encontró que la tasa media en el mundo de depresión no tratada es de aproximadamente 50%. (11) En algunos países, recibe tratamiento para la depresión menos del 10% de los pacientes con depresión. (12) Cuando se recibe tratamiento muchas veces es inadecuado. Algunos escenarios de distintas partes del mundo:

- un estudio de 2007 a nivel internacional de 84.850 encuestas de hogares en 17 países encontró necesidades no resueltas de tratamientos de salud mental importantes y preocupantes en países menos desarrollados. (13)
- Un estudio internacional llevado a cabo en seis sitios (España, Israel, Australia, Brasil, Rusia, y EEUU) mostro que es improbable que una persona reciba tratamiento para la depresión aunque haya sido visto por un médico de atención primaria que haya hecho el diagnóstico. Este estudio mostro que la

probabilidad de recibir tratamiento se relacionaba más con el sistema de salud y las barreras financieras que con las características de cada individuo. (14)

- En una revisión reciente de la literatura, los investigadores informan que solo 14% de los pacientes con depresión buscan tratamiento en el primer año después del inicio de la depresión (15)
- Un estudio reciente de varios países de América Latina (Perú, México, y Venezuela) encontró una brecha significativa en el tratamiento de la depresión en el adulto mayor. La mayoría de los participantes con síntomas no habían recibido tratamiento nunca. (16)
- Hay solamente 26 psiquiatras para una población de aproximadamente 80 millones en Etiopía de acuerdo a un estudio reciente. (17) Algunos países cuentan con un solo psiquiatra. En muchos países en el mundo hay muy pocos profesionales de la salud disponibles o entrenados para brindar tratamientos efectivos.

Su usted o alguien que usted conoce está deprimido, puede ser difícil llegar a un tratamiento efectivo, dependiendo de donde habite y de los recursos disponibles. A pesar de que muchos tratamientos pueden ser provistos y supervisados en atención primaria, (18) hay muchas barreras como la falta de recursos y de personal entrenado. Incluso algunos síntomas de la depresión pueden ser un obstáculo. Las personas pueden sentirse demasiado cansadas o apesadumbradas como para buscar ayuda.

El primer paso para encontrar ayuda comienza en su comunidad, con recursos conocidos. Intente hablar con alguien que sea funcionario de la salud. Si no hay proveedores de salud en su comunidad, hable con algún representante de ONGs. 93% de los países africanos y 80% de los países asiáticos tienen ONGs del sector de la salud mental. (19)

Estas organizaciones brindan distintos servicios tales como consejería, apoyo informal, prevención del suicidio, consejería sobre uso abusivo o abuso de sustancias, investigación, y lucha por los usuarios. En algunos países, son el único servicio disponible; en otros complementan programas existentes.

Si existe alguna universidad cercana, los departamentos de psiquiatría o psicología pueden ser de ayuda. Se puede buscar en la guía telefónica o en una guía de recursos comunitarias, en la sección que diga 'salud mental', 'servicios sociales', 'prevención del suicidio', 'hospital', 'intervención en crisis', 'clínicas de salud', 'médicos' o 'salud'. Otra fuente de tratamiento y apoyo podría ser el sanador tradicional o curandero, común en muchos países y culturas.

La depresión puede ser desconocida para las personas que están tratando de ayudarlo. Comparta con ellos la información de este documento. Si no encuentra la ayuda que busca, es posible que tenga que buscar más lejos. La búsqueda por internet puede ser muy útil. Si no tiene acceso a internet, diríjase a una biblioteca o ONG como las que se encuentran al final de esta publicación.

Vivir con depresión

Puede ser agotador vivir con depresión, especialmente si es crónica o recurrente, haciendo sentir sobrepasado e indefenso. Estos sentimientos pueden dar ganas de darse por vencido. Reconocer que estos pensamientos

negativos son parte de la depresión es el primer paso hacia la recuperación. Es importante que se cuide si mismo durante el tratamiento, y esto puede ser muy difícil al principio, antes que el tratamiento comience a actuar.

Cuidandose a si mismo

La depresión es real. Es una enfermedad del cerebro que en general requiere alguna forma de tratamiento. Es importante que se reconozca esto, que se tome la enfermedad en serio, y cuidarse bien a si mismo.

La depresión puede volver difícil aun lo mas simple de cada día. Hay algunas cosas que se pueden hacer para sentirse mejor, aunque se en forma leve. La persona a cargo de su tratamiento puede hacer algunas de estas sugerencias también.

- Haga algo de ejercicio diariamente. El ejercicio es bueno para la salud mental y física. Establecer una rutina regular de ejercicio ayudara a mantener un peso saludable y reducirá el nivel de estrés, lo cual es importante para quienes sufren de depresión.
*Intente alimentarse en forma balanceada todos los días. Una dieta saludable que incluya granos integrales, fruta y verduras frescas, proteína, y poca grasa, ayudara a mantener la salud.
- Hay muchas técnicas de relajación para disminuir el estrés, como la meditación y la respiración profunda, que también son de ayuda en la depresión y están ampliamente disponibles en todo el mundo, siendo además de bajo costo.
- Mantenga hábitos saludables de sueño. Tenga una rutina que garantice suficiente sueño, que no sea tampoco excesivo.
- Evite y reduzca el estrés. El estrés tanto en el trabajo como en el hogar pueden aumentar sus síntomas.
- Mantenga horarios predecibles y manejables. Dialogue en forma abierta con los miembros de su familia y seres queridos para tenerlos al tanto de lo que esta pasando en su vida, a fin de facilitar un mejor relacionamiento y obtener apoyo.
- Limite o abandone el consumo o abuso de alcohol y sustancias psicoactivas. Pueden empeorar sus síntomas o interferir con la medicación.
- Tenga una rutina diaria. Organizar y planificar su día le ayudara a manejar sus tareas. Use una agenda y un calendario mensual.
- Tenga paciencia consigo mismo. Hasta las tareas mas simples pueden parecer imposibles a alguien con depresión.

Si no encuentra energía para salir a caminar hoy, tome un poco de aire fresco afuera de su vivienda. Si no puede prepararse una comida saludable, coma una fruta. Si no puede conciliar el sueño, considere aprender meditación u otras técnicas de relajación. Si tiene demasiado sueño durante el día, busque estrategias para no permanecer tanto tiempo en la cama. Esto no hara que la depresión desaparezca pero volverá mas sencillo su día.

Buscando apoyo

Una buena red de familiares y amigos pueden marcar la diferencia para alguien deprimido. Busque a sus amigos y familiares así como a organizaciones locales para que le brinden ayuda.

Amigos y familiares

Pueden ser una fuente importante de apoyo para afrontar la depresión.

- Pueden hacerle sentir que no está solo
- Pueden escuchar.
- Pueden ayudarle a encontrar recursos y a informarse sobre la depresión.
- Pueden ayudarle a mantener un estilo de vida saludable todos los días.
- Pueden ayudarle a adherirse a su plan de tratamiento.

Busque amigos que puedan ayudarle durante los tiempos difíciles. Pídale ayuda con rutinas diarias, tales como ir a la consulta, hacer ejercicio o ser de estímulo para cuidarse.

Puede ser que necesite dar información a sus amigos acerca de la depresión. Puede ser que no entiendan que la depresión es una enfermedad que requiere tratamiento. Puede ser que ellos creen que es necesario que usted enfrente las cosas y se mejore. Pueden creer que ellos pueden alegrarle. Considere compartir esta información sobre el Día Mundial de la Salud Mental con ellos.

Grupos de Apoyo

Los grupos de apoyo con pares, o sea los encuentros con otras personas deprimidas puede ser de ayuda para algunas personas. Estos grupos si están bien organizados brindan insight sobre el afrontamiento diario del trastorno.

La investigación ha mostrado que estos grupos pueden ser útiles en algunas áreas específicas, como brindar apoyo, ayudar a afrontar problemas y crisis, y lograr adherencia a los planes terapéuticos. (20) Sin embargo, una revisión sistemática reciente muestra que se necesita más investigación para saber y evaluar que condiciones vuelven efectivos a estos grupos. Las comunidades de pares existentes actualmente han sido evaluadas solamente en paralelo con intervenciones adicionales e interacciones con otros profesionales de la salud.(21)

Para ubicar un grupo de ayuda en su comunidad, consulte los números telefónicos de las organizaciones profesionales de salud mental a nivel estatal, regional, o provincial. Otra posibilidad la brinda Internet. Hay muchas organizaciones que ponen en marcha grupos que llegan a todo el mundo. No hay muchos datos que avalen la calidad de estos grupos o su impacto sobre los síntomas de depresión.(22)

De todas maneras, según donde usted viva, puede valer la pena investigar si hay algún grupo de apoyo online que pueda ayudar. Como con cualquier otro servicio online, por favor tenga cautela e informese acerca de la organización y el tipo de apoyo que brinda. Podría mandar emails para preguntar como determinan quienes participan y como se monitoriza el grupo. O pregúntele o su prestador de servicios de salud si conocen este grupo. Otra posibilidad es comunicarse con alguien que haya participado en el grupo. Si bien los grupos no son para todos, la participación puede hacer sentir menos solo y aislado y dar una oportunidad para ver como otros con el mismo trastorno salen adelante. También ofrecen actividades estructuradas para afrontar el día a día.

Organizaciones de salud mental.

Muchas organizaciones comunitarias locales, junto a las organizaciones nacionales, pueden ayudar brindando información y recursos en muchos temas, desde la búsqueda de proveedores de servicios de salud mental a la solución de problemas de seguros de salud o temas de empleo. Fijese la sección Recursos al final del documento.

Recuperación

En muchos países desarrollados se ha puesto un creciente énfasis en la recuperación y el manejo activo de la enfermedad para las personas con trastornos de salud mental, como la depresión. Este modelo que surgió a partir de la experiencia de los programas de recuperación de adicciones, da importancia a :

- Encontrar esperanza
- Empoderamiento personal del tratamiento y bienestar
- Ampliación del conocimiento acerca de la enfermedad y el tratamiento
- Establecimiento de redes de apoyo y búsqueda de la inclusión
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento
- Creación de un refugio seguro en el hogar
- Definición de un sentido de la vida

Tanto los modelos de recuperación manejados por los profesionales como aquellos de los usuarios manejan los siguientes tres puntos: (1)Cada camino de recuperación es único; (2)La recuperación es un proceso, no un punto final; (3)La recuperación es un proceso activo, en el que el individuo se responsabiliza por el resultado, dependiendo el éxito de la colaboración de amigos, familia, comunidad, y apoyo profesional.

La recuperación como movimiento también tiene sus raíces en lo que se visualiza como falta de conexión entre los profesionales que buscan éxito terapéutico y los pacientes que no se sienten bien aun. Muchos pacientes con depresión plantean síntomas residuales a pesar de un tratamiento aparentemente exitoso. Sienten que el éxito y la recuperación debía incluir el bienestar psicológico. (24) Este ángulo ha llevado a hacer esfuerzos para hacer un mejor enlace entre las mediciones de éxito y el bienestar que el paciente siente. Por ejemplo, un grupo en Escocia ha desarrollado el Indicador Escocés de Recuperación, que es una herramienta complicada que intenta ayudar a los servicios de salud mental se aseguren de que sus actividades se focalizan en el apoyo y recuperación de sus usuarios. (ver www.scottishrecoveryindicator.net/).

Hay cientos de recursos basados en la recuperación en todo el mundo. En EEUU, un programa como estos es el Plan de Acción Bienestar-Recuperación, que recomienda cinco acciones:

1. Cree en usted mismo y su recuperación
2. Hagase responsable
3. Informese
4. Defienda sus derechos
5. Busque como recibir y dar apoyo (25)

Resumen

Vivir con depresión puede ser difícil. Se necesitara mucho apoyo para mantener un estilo de vida saludable y adherirse al tratamiento. Los familiares y amigos pueden ser fundamentales en su plan de tratamiento. Los

grupos de apoyo y las organizaciones de salud mental pueden ser fuentes de apoyo para el afrontamiento. Cada vez se le asigna mas importancia al modelo de recuperación que implica el empoderamiento de las personas con enfermedades mentales para hacerse cargo de sus enfermedades, tratamientos, y vidas.

1. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12(1):3-21.
2. Weissman MM, Bland RC, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276(4):293-9.
3. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
4. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
5. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
6. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
7. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261(15): 2229-35.
8. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
9. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261(15): 2229-35.
10. World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
11. Kohn R, Saxena S, et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004 Nov;82(11):858-66. Epub 2004 Dec 14.
12. World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
13. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007 Sep 8;370(9590):841-50.
14. Simon GE, Fleck M, et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004 Sep;161(9):1626-34.
15. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. The epidemiology of depression in Belgium. A review and some reflections for the future [Article in Dutch]. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50(10):655-65.
16. Guerra M, Ferri CP, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *Bri J Psychiatry* (2009) 195: 510-515.
17. Shibre T, Spångéus A, et al. Traditional treatment of mental disorders in rural Ethiopia. *Ethiop Med J* 2008 Jan;46(1):87-91.
18. World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
19. Hyman S, Chisholm D, et al. *Mental Disorders. 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)*, New York: Oxford University Press, 2006: 5/Chpt-31.
20. Depression and Bipolar Alliance Support Groups: An important step on the road to recovery, 2008. Downloaded on 18 Dec 2009 from http://www.dbsalliance.org/site/DocServer/DBSASupportGrps_0708_FINAL.pdf?docID=2381.
21. Eysenbach G, Powell J, et al. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ* 2004 May 15;328(7449):1166.
22. Griffiths KM, Calear AL, et al. Systematic Review on Internet Support Groups (ISGs) and Depression (1): Do ISGs Reduce Depressive Symptoms? *J Med Internet Res* 2009;11(3):e40. Available online, <http://www.jmir.org/2009/3/e40/>
23. Out of the Shadows At Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada. A report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, May 2006. <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/rep02may06-e.htm>
24. Fava GA, Ruini C, Belaise C. The concept of recovery in major depression. *PsycholMed* 2007 Mar;37(3):307-17.
25. Retrieved from www.mentalhealthrecovery.com.

LA DEPRESION COMO CONSECUENCIA DE LA CRISIS ECONOMICA

Prof. George N. Christodoulou

Profesor de Psiquiatria, Universidad de Atenas

Presidente electo, Federacion Mundial por la Salud Mental

Fellow Honorario de la Asociacion Psiquiatrica Mundial

Introduccion

A pesar de que se considera escasa la investigación a nivel poblacional de la relación entre las crisis económicas y algunos trastornos mentales específicos (Lee et al, 2010), va surgiendo evidencia a partir de crisis económicas previas en EEUU, Asia y la antigua URSS y de la crisis actual que asocian estas crisis con la psicopatología (Araya et al 2003b)- en particular la depresion (Butterworth et al 2009) y el suicidio (Lee et al 2010)

Tristeza normal y depresion

Es importante diferenciar la tristeza normal de la depresion. Frente a eventos adversos tales como la muerte de un familiar, la humillación (especialmente en algunas culturas), la desilusion, la perdida de estatus social, y las perdidas económicas, se espera una respuesta psicológica que es, por supuesto, normal. Seria anormal la ausencia de respuesta como sucede con la apatía que a menudo se ve en pacientes con esquizofrenia y en algunos pacientes con trastornos de la personalidad. (Christodoulou et al 2000).

Por lo tanto es importante diferenciar una respuesta 'adaptativa' de una respuesta 'disfuncional' a un evento vital adverso, aun cuando a veces es difícil hacerlo. (Maj, 2011).

Tanto la tristeza como la depresion son esperables en los periodos de crisis económicas. En el primero de los casos, se necesitan programas activos de mercado laboral, apoyo familiar, solidaridad y apoyo psicológico. En el caso de la depresion, se necesita además tratamiento.

Prevalencia de la depresion

Una de cada diez personas presentan depresion mayor y casi uno de cada cinco ha tenido el trastorno durante su vida (prevalencia a un año 10% y prevalencia a lo largo de la vida 17%) (Kessler et al 1994). Para el 2020 la depresion será la segunda causa de incapacidad a nivel mundial (OMS, 2001) y para 2030 se cree que será la mayor responsable de carga de enfermedad (OMS, 2008).

Estas cifras muestran la importancia de la depresion a nivel de la salud publica, pero atrás de los números se encuentran personas que sufren y esto es ciertamente mas importante. El grado de dolor psíquico de una persona con depresion puede entenderse si se considera que muchos pacientes prefieren la muerte a seguir sufriendo. En la medida que la inmensa mayoría de las personas que se suicidan son personas con enfermedades mentales, en especial depresion, la necesidad del despistaje para la detección precoz de la depresion en los servicios de atención primaria se ha vuelto indiscutible (Patel et al 2010, Araya et al 2003a).

Expresion clínica atípica de la depresion

Es notorio que la depresión puede expresarse de diversas formas y es por naturaleza cambiante. Puede estar detrás de una variedad de afecciones desde la tendencia a los accidentes a una disfunción sexual. Puede ocurrir (comorbilidad) junto a una gran cantidad de enfermedades tales como ansiedad, ataques de pánico, alcoholismo y enfermedades somáticas como cáncer, diabetes, y dolor crónico. En algunos casos la depresión puede expresarse a través de una variedad de síntomas diferentes a los síntomas cardinales (depresión enmascarada, 'depresión sin depresión') e incluso con síntomas antitéticos ('depresión sonriente')(Christodoulou,2000). Debido a las diferentes formas de expresión, el diagnóstico requiere de habilidades clínicas y experiencia por parte del clínico.

Parece ser que una gran parte de los suicidios ocurridos durante las crisis económicas son cometidos por personas que sufren de depresión típica o atípica. En esos casos, la crisis económica (y en especial el desempleo) actúa como precipitante. Por lo tanto es particularmente importante detectarla durante estos periodos de dificultad económica.

Crisis económica y salud mental

La crisis económica mundial actual que comenzó en 2008 ha sido precedida históricamente por las crisis en EEUU en 1929, la severa crisis en la antigua URSS al principio de los noventa y la de Asia a fines de los noventa. En base a estas experiencias sabemos que las crisis económicas se acompañan de ingresos reducidos, desempleo e incertidumbre, y también recortes en los recursos destinados a servicios públicos (incluyendo los del sector de la salud mental).

En su prólogo al folleto de la OMS 'Impacto de la crisis económica sobre la salud mental' (2011) la directora regional de la OMS para Europa, Zsuzsanna Jakab, afirma que la crisis económica actual ha llevado a disminución significativa de la actividad económica, aumento del desempleo, depresión del mercado inmobiliario y aumento del número de personas afectadas por la pobreza. Los severos recortes del gasto público han llevado a que muchos países enfrenten una era de austeridad en los servicios de salud y de apoyo social.

En estas circunstancias las personas de bajos ingresos y en especial aquellos que viven cerca de la línea de pobreza están sometidos a un gran estrés psicosocial (OMS 2009).

A través de la influencia sobre los padres, una crisis financiera afecta la salud mental de los niños (Solantaus et al 2004, Anagnostopoulos & Soumaki 2012) lo cual puede llevar a déficits en el desarrollo cognitivo, emocional y físico de los mismos. (Marmot 2009)

La salud de las personas se ve afectada por la degradación económica debida a las pérdidas de trabajos y limitaciones en los ingresos (Wilkinson & Marmot 2003) y la inequidad social en la salud puede volverse más pronunciada (Kondo et al 2008).

El desempleo, el empobrecimiento y las distorsiones familiares tienen probabilidad de producir o precipitar una serie de problemas de salud mental. Entre ellos figuran la depresión, el suicidio, y el alcoholismo (Dooley et al 1994, Clark & Oswald 1994, Dorling 2009, Lewis & Sloggett 1998, Agerbo 2005). El desempleo se asocia fuertemente al suicidio (Stuckler et al 2009, Economou et al 2008). Cada aumento de 1% en la tasa de desempleo se asocia con un 0.79% de aumento en los suicidios en los menores de 65 años (Stuckler et al 2009). Los hombres son particularmente vulnerables al suicidio (Berk et al 2006).

El endeudamiento parece ser un factor crucial para el desarrollo de problemas de salud mental. (Jenkins et al 2008, Skapinakis et al 2006, Brown et al 2005). Lo mismo vale para los problemas para pagar la vivienda y los problemas financieros en general pero parecería que las deudas tienen una carga psicológica mayor, ya que para algunas personas sensibles y para las personas predispuestas a tener reacciones depresivas pueden precipitar o aumentar sentimientos previos de culpa. Cuanto mayor la deuda mayor la probabilidad de sufrir un trastorno mental (Jenkins et al 2008).

La asociación entre psicopatología y pobreza (situación resultante de una crisis económica, en particular para personas que viven en el límite del colapso económico) ha sido demostrado repetidamente (p. ej. Patel et al 2003). La evidencia de Japon, Hong Kong, Korea y otros países de Asia (Chang et al 2009) indica que las pérdidas económicas severas debidas a la crisis económica en Asia y en particular el desempleo, tuvieron como resultado un aumento en las tasas de suicidio. Lo mismo vale para China como resultado del cambio social que llevo a diversas pérdidas incluyendo pérdidas financieras severas que produjeron o precipitaron depresión y suicidio (Philips et al 1999). Los suicidios en masa de agricultores en India tras la reforma de la agricultura a mediados de la década del 90 que provoco una abrupta caída en la economía van en la misma línea (Sundar 1999).

Kentikelenis et al (2011) han informado que debido a la crisis económica en Grecia el presupuesto de los hospitales públicos sufrió un recorte de 40% en 2011, aumentaron los ingresos a los mismos y aumento la proporción de ciudadanos que pensaban que su estado de salud era malo o muy malo. Incluso la tasa de homicidio y robos casi se duplico entre 2007 y 2009, aumento dramáticamente la tasa de suicidio, el uso de la heroína, y se multiplico por 10 la tasa de infecciones en los usuarios de heroína entre 2009 y 2010. Hubo sin embargo un efecto colateral positivo de la crisis que fue la reducción del numero de conductores alcoholizados relacionado a la disminución del consumo de alcohol.

Una encuesta telefónica en Grecia (Economou et al 2011) revelo un aumento del 36% en el numero de intentos de autoeliminación entre 2009 y 2011. Estos hallazgos son similares a los de Stuckler et al (2011).

Hubo un aumento marcado de las llamadas telefónicas con referencias directas o indirectas a la crisis económica desde el 2010 en adelante informada por Economou et al (2012). Las personas que llamaban presentaban síntomas depresivos y eran predominantemente desempleados.

Esta asociación entre la crisis económica actual en Grecia y el suicidio ha sido cuestionada por Fountoulakis et al (2012) en base a informes estadísticos relevantes de la OMS y de Grecia que no indicaron cambios sustanciales durante el periodo de crisis económica. Estos autores recomiendan cautela al interpretar los datos existentes.

Medidas para prevenir psicopatología durante los periodos de crisis económica

La asociación entre el desempleo y psicopatología, en especial depresión y suicidio, hace que sean fundamentales los programas que ayuden a las personas a recuperar empleo.

Es interesante que en Finlandia y Suecia durante un periodo de recesión económica, no hubo efecto sobre la tasa de suicidio, probablemente por la eficiencia de los servicios sociales y los beneficios sociales. (Ostamo and Lonngvist 2001, Hintikka et al 1999). Lo mismo puede concluirse desde otro angulo: las reducciones del gasto en ayuda del estado en EEUU se asocio a tasas de suicidio mas elevadas (Zimmerman, 2002).

Esta conclusión esta respaldada por los siguientes datos:

Una comparación entre las tasas de suicidio en Suecia y España de 1985 a 2005 revelo que mientras que la severa crisis bancaria en Suecia a principio de los 90 que produjo un rápido aumento del desempleo no aumento las tasas de suicidio, se observo lo inverso en España luego de las múltiples crisis bancarias de los 70 y los 80 (Stuckler et al 2009). Aunque ciertamente hay muchas diferencias socioculturales entre ambos países, un factor fundamental fue probablemente el grado en que se utilizaron recursos para protección social (OMS, 2011).

Los datos de Grecia (Gloukopoulos et al 2012) son similares y se ha demostrado que las tasas de suicidio eran inversamente proporcionales al numero de servicios de atención primaria y salud mental y de infraestructuras de salud mental en Grecia.

Los programas activos de mercado laboral pueden contrarrestar los efectos deletéreos del desempleo sobre la salud mental hasta cierto punto (Stuckler et al 2009). Estos programas incluyen programas de salud mental de promoción de fortalecimiento de la resiliencia para personas desempleadas que son costo-efectivas (Vuori et al 2002, Vinocur et al 1991).

Los programas de apoyo familiar son importantes durante los periodos de crisis económica. El problema es que los recursos para los mismos y los salarios de los profesionales que trabajan en ellos se ven recortados durante las crisis y algunos programas son abandonados directamente. Sin embargo, hay evidencia que en los países de la Union Europea, cada US\$100 por persona destinados a estos programas reduce en 0.2 puntos porcentuales la tasa de suicidio. (Stuckler et al 2009). Esta claro que los profesionales y defensores de la salud mental deberían señalar el costo efectividad de estos programas.

Entre los temas y recomendaciones hechas por la OMS en su informe de 2011 se incluye:

*Control del precio y la disponibilidad de alcohol dada la asociación entre el aumento del desempleo y el aumento de muertes debidas al uso de alcohol en muchos países de la UE tras las crisis de 1991 y 1998 en Rusia (Zaridze et al 2009).

*Reconocimiento precoz de problemas de salud mental, ideas suicidas y consumo importante de alcohol.

*Desarrollo de servicios de salud mental basados en la comunidad que demuestran reducir el numero de suicidios (Pirkola et al 2009).

*Promocion de habilidades para la resolución de problemas que protejan contra la depresion y los comportamientos suicidas (Informe OMS 2009).

*Programas de alivio del endeudamiento.

*Lucha contra el estigma (las campanas al nivel del publico en general tienen efecto modesto, se recomiendan metas dirigidas).

*Demostrar que la inversión en salud mental tiene beneficio económico.

*Seguir adelante con las reformas de la salud mental (desinstitucionalización y desarrollo de los servicios de salud mental en el marco de la atención primaria), vinculando los recursos a sistemas de acreditación y evaluación de los mismos.

Conclusion

La depresión, especialmente en su expresión clínica autodestructiva es una de las situaciones psicopatológicas vinculadas a las crisis económicas.

El despistaje de la depresión y las tendencias suicidas durante los periodos de crisis económica se recomienda como estrategia de prevención psiquiátrica.

Dada la asociación entre el potencial suicida y el desempleo, son necesarios los programas de mercado laboral activo y apoyo.

Se recomienda enfatizar lo mencionado arriba y luchar para el establecimiento de programas costo efectivos de mercado laboral activo, rehabilitación, y apoyo familiar.

Agerbo E. (2005). Effect of psychiatric illness and labor market status on suicide: a healthy worker effect? *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, 598-602

Anagnostopoulos D., Soumaki E. (2012). The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents. *Editorial. Psychiatriki* 23: 15-16

Araya R., Lewis G., Rojas G., Fritsch R. (2003b). Education and Income: which is more important for Mental Health? *J. Epidem. Commun. Health* 57, 501-555

Araya R., Rojas G., Fritsch R. et al (2003a). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 361, 995-1000

Berk M., Dodd S., Henry M. (2006). The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychological Medicine* 36, 181-189

Brown S., Taylor K., Price SW. (2005). Debt and distress: evaluating the psychological cost of credit. *Journal of Economic Psychology* 26, 642-663

Butterworth P., Rodgers B., Windsor TD. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH through the Life Survey. *Soc Sci Med* 69: 229-237

Chang SS., Gunnell D., Sterne JAC et al (2009). Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in east/southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong-Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc. Sci Med.* 69, 1322-1331

Christodoulou GN and collaborators (2000). *Psychiatriki*, Beta, Athens

Clark A., Oswald AJ. (1994). Unhappiness and unemployment. *Economic Journal* 104, 648-659

Dooley D., Catalano R., Wilson G. (1994). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Community Psychology* 22, 745-765

Dorling D. (2009). Unemployment and health. *British Medical Journal* 338, b829

Economou M., Madianos M., Theleritis CP., Peppou L., Stefanis C. (2011). Increased suicidality and economic crisis in Greece. *Lancet* 378, 1459

Economou A., Nikolaou A., Theodossiou I. (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies* 35, 368-384

Economou M., Peppou LE., Louki E., Komporozos A., Mellou A., Stefanis C. (2012). Depression telephone helpline: Help seeking during the financial crisis. *Psychiatriki* 23: 17-28

Fountoulakis K., Grammatikopoulos I., Koupidis S., Siamouli M., Theodorakis P (2012). Letter to the Editor, *Lancet* 379, 1001

Giotakos O., Karabelas D., Kafkas A. (2011). Financial crisis and mental health in Greece: Findings from the association between financial and mental health factors. *Psychiatriki* 22, 109-119

- Giotakos O., Tsouvelas G., Kontaxakis V. (2012). Suicide rates and mental health services in Greece, *Psychiatriki* 23: 29-38
- Hintikka J., Saarinen PI., Viiramäki H. (1999). Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27: 85-88
- Jenkins R., Bhugra D., Bebbington P. et al (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine* 38, 1485-1493
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanikolas I., Basu S., Mc Kee M., Stuckler D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 378, 1457-1458
- Kessler RC., McGonagle KA., Zhao S. et al (1994). Lifetime and 12month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US : Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 51, 8-19
- Kondo N. et al (2008). Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62, 869-875
- Lee Sing, Guo Wan-Jun, Tsang Adley, Mak Arthur DP, Wu Justin, Ng King Lam, Kwok Kathleen (2010). Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong 126, 125-133
- Lewis G., Sloggett A. (1998). Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *British Medical Journal* 317, 1283-1286
- Maj M. (2011). Clinical Depression VS Understandable Sadness. Is the difference clear and is it relevant to treatment decisions? Festschrift volume for Prof. George Christodoulou, Beta Publishers, Athens pp. 174-178 (www.paeeb.com – editions)
- Marmot MG., Bell R. (2009). How will the financial crisis affect health? *British Medical Journal* 338, b1314
- Ostamo A., Lönnqvist J. (2001). Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36: 354-360
- Patel V., Gwanzura F., Simunyu E., Mann A., Lloyd K. (1995). The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe, *Psychol. Med* 25, 1191-1199
- Patel V., Weiss HA., Chowdhary N. et al (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counselors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomized controlled trial. *Lancet* 376, 2086-2095
- Philips MR., Liu H., Zhang Y. (1999). Suicide and social change in China. *Cult Med Psychiatry* 23, 25-50
- Pirkola S. et al (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*, 373: 147-153
- Skapinakis P. et al (2006). Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK, *British Journal of Psychiatry* 189, 109-117
- Solantaus T., Leinonen J., Punamäki RL. (2004). Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Development. Psychology* 40, 412-429
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., Mc Kee M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *Lancet* 374, 315-323
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., Mc Kee M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 378, 124-125
- Sundar M. (1999). Suicide in farmers in India. *Br J Psychiatry* 175, 585-586
- Vinokur AD., van Ryn M., Gramlich EM., Price RH. (1991). Long – term follow-up and benefit-cost analysis of the jobs program: a preventive intervention for the unemployed. *Journal of Applied Psychology* 76: 213-219
- Vuori J. et al (2002). The Työhön Job. Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 78: 43-52
- WHO Global Burden of Disease (2008): 2004 update. Geneva: World Health Organization.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf (accessed Feb. 5, 2012)
- Wilkinson R., Marmot M. (eds) (2003). *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd ed. Copenhagen, Regional office for Europe
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health. New Understanding. New Hope*. Geneva WHO
- World Health Organization (2009). *Financial crisis and global health: report of a high-level consultation*. Geneva, World Health Organization
- World Health Organization (2011). *Impact of Economic crises on mental health*, Regional Office for Europe, Copenhagen

Zaridze D. et al (2009). Alcohol and cause – specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48.557 adult deaths. *Lancet* 373: 2201-2214

Zimmerman SL. (2002). State's spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 190: 349-360

FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA A TRAVES DEL SECTOR DE LA SALUD PARA PROMOVER RESILIENCIA EN TIEMPOS DE DIFICULTADES ECONOMICAS

Dr Gabriel Ivbijaro MBE, MBSS, FRCGP, FWACPpsych, MMedSci, MA
Vice President WFMH (Europe)
Forest Clinical Commissioning Group, London, UK
gabriel.ivbijaro@gmail.com

Chair Waltham
E-Mail:

En este 20 aniversario del Dia Mundial de la Salud Mental, estamos poniendo el foco en la depresion como crisis global.

Ya sea que se habite en países de alto, mediano, o bajo nivel de ingresos, la crisis económica global actual nos afecta a todos y esto contribuye a la carga de enfermedad resultante de la depresion. Es necesario construir resiliencia global para que los individuos y los estados puedan limitar el impacto sobre nuestras sociedades. Nadie esta a salvo de las consecuencias de la crisis económica global, de modo que es necesario fortalecer nuestros servicios de salud para que respondan a la depresion y a muchos de los factores que la causan- incluyendo los factores socioeconómicos (1) en forma holística. Esto significa que debemos incluir la promoción de salud, las intervenciones sociales, el diagnostico precoz, tratamientos apropiados, y por encima de todo, debemos brindar esperanza a los usuarios de los servicios, sus familias y amigos, abordando el estigma y mejorando el acceso. Este año el Dia Mundial de la Salud Mental nos brinda una oportunidad para reflexionar acerca de las cosas practicas que podemos hacer. No hacer nada no es una opción.

El impacto de la Depresion sobre la salud

Desde 1978, la Declaracion de Alma-Ata (2) ha sido fundamental para el desarrollo de la atención primaria en todo el mundo. Planteo a la atención primaria el abordaje de los problemas de salud en la comunidad, brindando servicios de prevención, promoción, curación y rehabilitación que reflejaran la situación económica y los valores sociales del país y sus comunidades. La atención primaria se considero especialmente importante para los países de bajos ingresos en la medida que sus elementos esenciales eran la promoción de la alimentación apropiada y un adecuado suministro de agua potable, saneamiento básico, atención a la mujer y el niño incluyendo planificación familiar, vacunación, control de enfermedades endémicas, educación en salud y tratamiento apropiado para enfermedades frecuentes y heridas (Ivbijaro et al 2008) (3). La contribución de la depresion a la carga de enfermedad es muy significativa y la capacidad de la

atención primaria requiere ser mejorada para apoyar la resiliencia de la población a la depresión.

La depresión y otros problemas frecuentes de salud mental que se presentan en atención primaria, aunque sean leves, contribuyen en forma significativa a la carga de discapacidad y empeoran la calidad de vida de las personas. Problemas frecuentes de salud mental aun en niveles subumbrales se asocian a deterioro sustancial en la calidad de vida relacionada a la salud. (Spitzer et al 1995) (4). Esto sugiere que en atención primaria se deberían abordar aun las formas mas leves de enfermedad por medio de una mejor accesibilidad y diagnóstico precoz.

El endeudamiento actúa como factor predisponente, precipitante o de mantenimiento de la depresión y se debería brindar a las personas acceso a asesoramiento de buena calidad en cuanto al manejo de recursos y de la deuda a fin de mantener la esperanza al enfrentar dificultades financieras.

Aun antes de la crisis económica global actual, la Organización Mundial de la Salud estimaba que la depresión sería un factor en aumento en la carga global de enfermedad, subiendo del tercer lugar en 2004 con 4.3% del total al primer lugar en 2030 con 6.2% del total (seguido por la enfermedad cardíaca isquémica, accidentes de tránsito, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica). La OMS encontró que la depresión ya era la causa principal de pérdida de años de buena salud para las mujeres en el grupo etario de 15-44 (5) Es necesario actuar para abordar esta tendencia en alza de esta enfermedad ampliamente diseminada.

La depresión tiene costos socioeconómicos significativos. Los estudios europeos han mostrado que la jubilación precoz explicaba 47% del costo de la depresión, la licencia por enfermedad un 32% adicional, comparado con solo un 3% de costo de fármacos para el tratamiento de la enfermedad ((Sobocki et al , 2007, European Psychiatry). También es un factor significativo la disminución del rendimiento en el trabajo (Centro de Salud Mental, Salud Mental en el Trabajo: 2007) ya que muchas veces se pasa por alto síntomas depresivos tales como falta de atención, pérdida de memoria, y dificultades para la planificación y toma de decisiones, aunque afectan hasta a un 94% de los pacientes, con enorme impacto en la habilidad para trabajar (Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Psychol Med. 2010 Oct 8:1-10).

Es importante recordar que un trastorno depresivo no es un signo de debilidad personal. Sin tratamiento los síntomas pueden durar meses, semanas, o años. La depresión es un trastorno de salud mental que impide que las personas lleven adelante una vida normal, mantengan un trabajo, se eduquen o hagan otras funciones normales. La depresión afecta a todas las edades

cualquiera sea el estado laboral: empleados, desempleados, jubilados. Es el desafío más prevalente y costoso de salud mental en pacientes en edad laboral: 11% de los ciudadanos de la UE sufren depresión en algún momento de su vida (Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar, 2008).

Fortalecimiento del Sistema

Teniendo en cuenta la gravedad creciente de la crisis financiera y la prevalencia en aumento de la enfermedad, es necesario administrar los recursos de mejor manera. En 2008 la Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca) y la OMS publicaron “Integración de la Salud Mental a la Atención Primaria: una perspectiva global” (6) que ponía énfasis en la preferencia del paciente de recibir atención en salud mental en atención primaria.

Aunque a nivel global hay muchos servicios de atención primaria que brindan intervenciones de salud mental, esto aún no es una realidad en muchos lugares. Muchas veces los pacientes que sufren crisis de salud mental en países de bajos, medianos, y algunos de altos ingresos, no tienen acceso inmediato a atención en salud mental completa gratis o accesible económicamente. Por lo tanto es necesario desarrollar un abordaje integrado a la atención que ponga rienda a los determinantes sociales de la salud a fin de construir poblaciones que sean más resilientes a los problemas de salud mental. En la figura 1 (Ivbijaro 2012) (7) se describe la compleja red de factores que contribuyen a construir un sistema de atención en salud que favorezca la resiliencia. El objetivo es desarrollar resiliencia a nivel individual y comunitario promoviendo un abordaje basado en la evidencia asociado a los que diseñan las políticas y al gobierno. Las vías pueden ser adaptadas al ingreso de los distintos países, y el énfasis puede ser colocado en el fortalecimiento de aquellos elementos que ya existen en la comunidad e integrarlos a la atención secundaria por medio de una red de atención primaria.

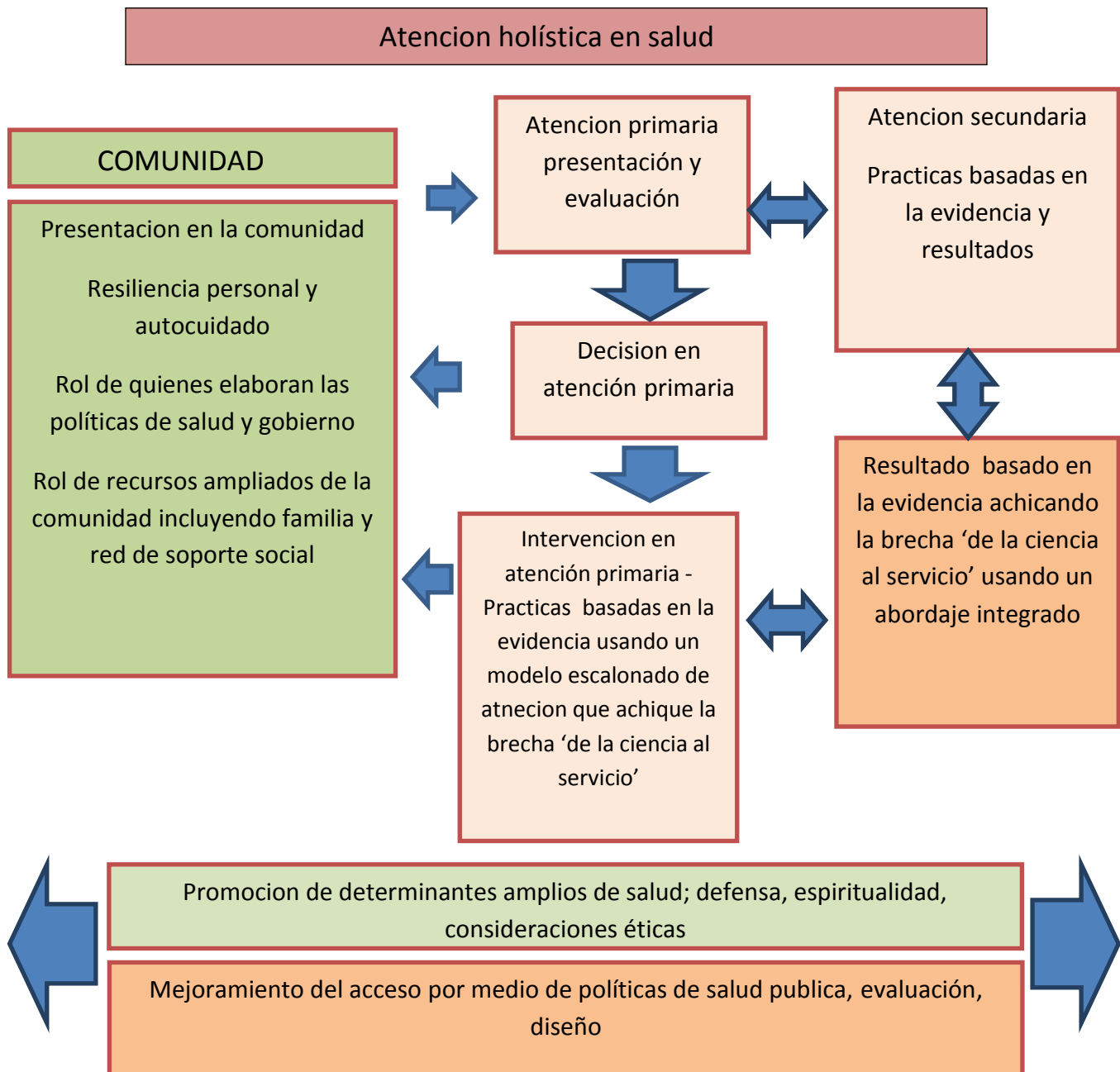
Financiamiento

Para obtener el mejor valor y calidad para nuestras comunidades e individuos, la salud requiere financiamiento apropiado. La Organización Mundial de la Salud ha planteado que todos deberían acceder a los servicios de salud sin someterse por ello a dificultades económicas (OMS 2010) (8), aunque reconoció que se está lejos de este ideal.

Es necesario poner el foco en los sistemas de financiación de salud domésticos para mejorar la cobertura (9). Para obtener la cobertura universal, se necesita aumentar los fondos compartidos para incluir a aquellas personas que hasta el momento se encuentran sin cobertura. El tratamiento de la depresión en la atención primaria debería estar incluido en los sistemas de salud. Esto ayudaría a asegurar que las barreras financieras no impidan que las

personas accedan a una serie de intervenciones para la promoción de salud, asesoramiento sobre sus deudas y tratamiento de la depresión. La crisis global actual nos da un impulso adicional para revisar la financiación de servicios para la prevención y tratamiento de la depresión a fin de construir resiliencia para todas las presiones que enfrentamos como individuos y sociedades. (Jenkins et al 2011) (10, 11, 12,13)

Figura 1: Atención holística en salud



Conclusion

La crisis financiera global actual se ha sumado a la carga social que enfrentamos en el mundo y ha tenido como resultado un aumento en el número de personas con depresión. Ya sea leve, moderada, o severa, la depresión contribuye significativamente a la carga de discapacidad y afecta la calidad de vida.

Es necesario que se fortalezcan los servicios para aumentar el número de personas con acceso a atención en salud. Se requiere que las ONG y los estados trabajen juntos en forma más coordinada para que haya un mejor manejo de los recursos apuntando a la cobertura universal de salud.

El tema del Día Mundial de la Salud Mental 2012, Depresión: una Crisis Global, nos brinda la oportunidad de poner el foco en la mejor forma de trabajar juntos usando los recursos disponibles para construir mayor resiliencia en los individuos y sociedad a fin de disminuir la carga de enfermedad y el sufrimiento resultante de la depresión.

El Día Mundial de la Salud Mental 2012 da una oportunidad a las Universidades y Academia que entrenan a los trabajadores de la salud de volver a la idea de trabajar juntos como lo hicieron en 1992 en la Campaña Derrotar la Depresión, que tuvo un impacto significativo en el acceso a la atención en salud aumentando la conciencia comunitaria y profesional de esta enfermedad común reduciendo el estigma asociado al mismo. (14,15)

Para evitar esta crisis global será necesaria la colaboración continua entre gobiernos, donantes, organizaciones no gubernamentales, compañías farmacéuticas y la sociedad civil para unir nuestros recursos y fortalecer la resiliencia de los individuos y las estructuras que los apoyan.

Agradecimientos

Quisiera agradecer al Profesor Chris Dowrick, Dr. Pat Franciosi, Profesor Michael Kidd, Dra. Lucja Kolkiewicz, Profesora Rachel Jenkins y Dr. Filippo Zizzo por sus revisiones. También quisiera agradecer a los miembros de los Programas de Salud de Londres y al Waltham Forest Clinical Commissioning Consortium por su apoyo.

References

Miech RA, Caspi A, Moffitt TE, Wright BE, Silva PA (1998). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. *Working Paper No. 98-05*, Center for Demography and Ecology, Madison, WI

Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, Sept 6-12, 1978.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (accessed 18.03.2012)

- Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Lionis C, Svab I, Cohen A, Sartorius N (2008) Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Mental Health in Family Medicine*. 5: 67-9
- Spitzer RL, Kroenke K, Linzer KM, Hahn SR, Williams JBW, deGruy FV, Brody D, Davies M (1995) Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *Journal of the American Medical Academy*. 274 (19): 1511-1517
- World Health Organization (2008). Global Burden of Disease: 2004 update 46, 51.
- WHO/Wonca (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. Geneva: WHO
- Ivbijaro GO (ed) (2012). *Companion to Primary Care Mental Health*. Radcliffe/Wonca
- World Health Organization (2010). *The World Health Report. Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO
- Evans DB, Etienne C (2010). Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin World Health Organization* 88: 402
- Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) Mental health and the global agenda: core conceptual issues. *Mental Health in Family Medicine* 8:69-8
- Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. *Mental Health in Family Medicine* 8:87-96
- Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) International and national policy challenges in mental health. *Mental Health in Family Medicine* 8:101-114
- Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) Health system challenges and solutions to improving mental health outcomes. *Mental Health in Family Medicine* 8:119-127
- Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D (1997) The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. *American Journal of Psychiatry* 154 (festschrift supplement): 59-65
- Rix S, Paykel ES, Lelliot P, Tylee A, Freeling P, Gask L, Hart D (1999) Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign *British Journal of General Practice* 49: 99-10
- Sobocki P, Lekanderl, Borgström, Ström O, Bo R (2007) The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry* 22(3): 146-152
- Sainsbury Centre for Mental Health (2007) Policy Paper 8. Mental Health at Work: Developing the Business Case. Sainsbury Centre for Mental Health London UK (Accessed 15.07.2012 http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf)
- Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P (2011) Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3 year prospective study. *Psychological Medicine* 44: 1165-1174
- European Pact for Mental Health and Well-Being EU High Level Conference Brussels, Belgium 12-13th June 2008*. (Accessed 15.07.2012 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

EL IMPACTO ECONOMICO DE LA DEPRESION

R. Jenkins
WHO Collaborating Centre
Institute of Psychiatry, Kings College London
Email: Rachel@olan.org

D. McDaid
London School of Economics and Political Science
Email: d.mcdaid@lse.ac.uk

La depresión es un problema frecuente. Si se define en forma amplia que incluya tanto la depresión en forma pura como la depresión ansiosa mixta, afecta cerca de un 5-10% de los adolescentes y 10-15% de los adultos. Puede ser desencadenado por una serie de diferentes factores personales, sociales y económicos, incluyendo los shocks macro-económicos importantes(1). Impone una carga económica significativa en todo el mundo, no solo sobre los individuos sino también sobre las familias, comunidades, empleadores, sistemas de salud y presupuestos generales de los gobiernos. En tiempos de crisis económica en tantos lugares del mundo, es por lo tanto un tema que las sociedades ignoran a su cuenta y riesgo: la falta de atención para la prevención y tratamiento de la depresión en la población, y la consiguiente pérdida de capacidad de trabajo, puede dificultar aun mas la salida de los países de la austeridad económica.

Se ha investigado mucho sobre las cargas económicas atribuibles a los trastornos mentales en países con alto nivel de ingresos (2-4) y hay una base de evidencia mas limitada pero creciente acerca de las consecuencias económicas en países con bajo y mediano nivel de ingreso (5,6). Es probable que los estimados de estos costos sean conservadores; pocos toman en cuenta la manera en que las familias pueden movilizarse y redirigir recursos de formas que tienen repercusiones a largo plazo para la familia, corriendo el riesgo de agravar y perpetuar las inequidades socioeconómicas. Cuando se agregan a través de las economías, estos costos domésticos pueden tener un importante efecto sobre el tamaño y la productividad de la fuerza de trabajo y sobre los ingresos nacionales en general. Los estimados de los costos usualmente tampoco toman en cuenta los riesgos aumentados de la mala salud física que han sido asociados a la depresión.

La depresión también perpetúa el ciclo de la pobreza, interfiriendo con la capacidad para funcionar tanto en un trabajo como en otras actividades familiares, lo cual lleva a una disminución de la productividad social y económica. Es así que las personas con depresión crónica se encuentran frecuentemente en la pobreza porque es posible que ni ellos ni sus

cuidadores puedan trabajar. En los países sin acceso universal a la atención en salud, es posible que los individuos tengan que gastar gran parte de sus ahorros o pedir prestado dinero para comprar medicamentos convencionales y/o tradicionales. Por lo tanto es vital romper la cadena de pobreza y deuda que rodea a las personas con depresión en todo el mundo para abordar la meta del milenio de erradicar la pobreza y el hambre (MDG1). Este no es, sin embargo, un problema exclusivo de los países con bajo nivel de ingresos. Se pueden observar niveles muy altos de deuda inmanejable y pobreza en países de Europa y otros que han estado experimentado los peores impactos del declive económico.

Otra razón de peso por la cual abordar la depresión es la gran evidencia de los estudios longitudinales hechos en una serie de países de alto nivel de ingresos que la depresión no tratada en niños y adolescentes puede tener consecuencias sociales y económicas duraderas en la edad adulta, incluyendo peores niveles de logros educativos, aumento de contacto con el sistema judicial por delitos, niveles más bajos de empleo y a menudo salarios más bajos cuando se está empleado, y dificultades en las relaciones personales (7-10). Además, la depresión en los padres puede tener impacto adverso sobre la salud, desarrollo y educación en los hijos (11). En algunos países es posible que los hijos tengan que abandonar las clases durante las crisis de salud de sus padres para brindarles cuidados informales, o que el progenitor esté demasiado enfermo como para asegurar que el hijo vaya a clase. Una vez más, en tiempos de crisis económica es importante invertir en la salud y bienestar de los hijos que representan la futura riqueza de un país.

Los costos de la depresión son sustanciales pero ¿qué sabemos acerca de los costos de inversión en prevención y tratamiento de la depresión? Mientras que se deben tomar decisiones cuidadosas acerca de cómo invertir en todos los aspectos de la atención en salud, hasta en las regiones más pobres del mundo se pueden identificar acciones costo efectivas para afrontar la depresión (12). También hay una base de evidencia, aunque de países de contexto de alto nivel de ingresos, que indica que hay algunas aproximaciones costo efectivas para la prevención de la depresión a lo largo de la vida (13).

En suma, aunque los efectos de la mala salud sobre la pobreza no son exclusivos de la depresión, la larga duración de una proporción de las enfermedades depresivas hace que el impacto negativo sea mayor que la condición física más aguda. Estos impactos variados aumentan el riesgo de que los hogares caigan en dificultades económicas severas, con consecuencias mayores sobre la economía nacional. Es posible que estos riesgos aumenten durante las épocas de crisis económica, haciendo que sea aún más importante no descuidar la salud mental.

References:

1. Anderson P, McDaid D, Basu S, Stuckler D. Impact of economic crises on mental health. . Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2011.
2. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project Report. London: The Government Office for Science; 2008. <http://www.foresight.gov.uk/>.
3. McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. Paying the price: the cost of mental health care in England to 2026. London: King's Fund; 2008.
4. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2011;21(10):718-79. Epub 2011/09/20.
5. Shah A, Jenkins R. Mental health economic studies from developing countries reviewed in the context of those from developed countries. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101:87-103.
6. McDaid D, Knapp M, Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low and middle income countries. *World Psychiatry*. 2008;7(2):79-86.
7. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*. 2001;323(7306):191.
8. Fergusson DM, John Horwood L, Ridder EM. Show me the child at seven II: childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(8):850-8.
9. McCrone P, Knapp M, Fombonne E. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: predicting costs in adulthood. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;14:407-13.
10. Chen H, Cohen P, Kasen S, Johnson JG, Berenson K, Gordon K. Impact of Adolescent Mental Disorders and Physical Illnesses on Quality of Life 17 Years Later. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):93-9.
11. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*. 1984;14:853-80.
12. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2004;184:393-403. Epub 2004/05/05.
13. McDaid D, Park AL. Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health promotion international*. 2011;26 Suppl 1:i108-39. Epub 2011/12/07.

HOJA DE DATOS

COMO AYUDAR A ALGUIEN CON DEPRESION

Los amigos y familiares pueden ser fundamentales para alguien con depresión. Tu puedes ser un factor crítico en su recuperación. La información de esta hoja de datos te brindara algunas guías para darles la mejor atención posible, cuidándote a ti mismo al mismo tiempo.

Lo que puedes hacer para ayudar

Hay muchas cosas que puedes hacer para ayudar según la severidad de la depresión. Una de las principales es hablar y escuchar a tu ser querido. Pregúntale como se está sintiendo pero no lo fuerces a hablar si no lo desea. Permitir que la conversación sea sencilla y abierta puede demostrarle que estas ahí para ayudar. También es bueno preguntarle que es lo que mas le ayuda cuando se está sintiendo deprimido. Escucha lo que te diga. Dile que estas para escuchar cuando necesite hablar.

Entender la depresión

También es importante entender la depresión, los síntomas, posible evolución y tratamientos. Esto será de ayuda para entender a tu ser querido y como se está sintiendo. También te ayudara a saber si se está mejorando. La información de este paquete puede ayudarte a entender mejor la complejidad de este trastorno. Hay también muchos recursos online y en el mundo con mas información.

Apoyar el tratamiento

Un punto crítico para el apoyo de alguien con depresión es trabajar para que mantenga su plan de tratamiento, o sea, que tome la medicación tal cual esta prescrita, que cumpla con las consultas que se le recomienden, y que busque apoyo adicional si es necesario. Tal vez seas quien tenga que recordarle a tu ser querido que tome su medicación todos los días. También puedes ayudar marcando o acompañando a las consultas. Si no mejora, tal vez necesites estimular otras consultar o apoyos.

Reconocer signos de alarma en relación al suicidio

Es importante saber que las personas con depresión tienen mas probabilidad de intentar o cometer un suicidio. Toma en cuenta cualquier comentario acerca del suicidio o de querer morirse. Aunque no creas que de verdad quiera lastimarse, la persona se encuentra claramente en problemas.

Ayudar con la vida diaria

Con frecuencia las personas con depresión tienen dificultades en la vida cotidiana básica. Si la depresión es lo suficientemente severa, la depresión puede dar sensación de estar inmobilizado, desmotivado e incapaz para muchas de las tareas más sencillas de la vida. En esos momentos, una persona con depresión puede necesitar ayuda para actividades comunes— a veces hay que insistir que se bañe, que coma, o tome aire fresco. Y a veces puede precisar ayuda para ir al almacén, limpiar la casa, y pagar las cuentas.

Apoyar las actividades regulares

Intenta estimular a tu ser querido a mantener las actividades que normalmente hacen cuando no están deprimidos. Si juega al tenis regularmente, ofrece llevarlo a los partidos. Si es voluntario en alguna clínica local, ayuda a que lleguen allí. Si siempre iban al cine una vez por semana, sigue yendo. También puedes apoyar el regreso al trabajo. No lo fuerces a hacer cosas para las que aun no está listo, pero si intenta ayudarlo a que permanezca involucrado en su vida.

LLAMADO A LA ACCION

Uno de los objetivos anuales del Día Mundial de la Salud Mental es estimular y promover la militancia informada y la acción a favor de la mejoría de los servicios para las personas con trastornos mentales y del comportamiento, de la promoción de la salud mental y el bienestar, y la prevención de trastornos mentales.

Las recomendaciones que se citan mas abajo son un recordatorio de lo que aún queda por hacer a nivel del trabajo por la defensa de la salud mental en todo el mundo. La FMSM invita a las asociaciones de salud mental, las asociaciones profesionales, las organizaciones de usuarios y familiares, y a los ciudadanos como individuos a considerar de qué forma incorporar estas recomendaciones en sus agendas anuales.

*Brindar Tratamiento en el Primer Nivel de Asistencia: El manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el primer nivel de atención es un paso fundamental que permitiría al número mayor de personas a acceder a los servicios en forma fácil y rápida. Muchos ya se están atendiendo en este nivel. Para que este modelo sea exitoso, sin embargo, el personal de la salud necesita ser entrenado en las habilidades esenciales de la atención en salud mental. La salud mental debería ser incluida en la curricula de entrenamiento, con cursos de actualización para mejorar la efectividad del manejo de los trastornos mentales en los servicios generales de salud.

*Hacer que los Psicofármacos estén disponibles: Los medicamentos psicotrópicos esenciales deberían ser provistos y estar constantemente disponibles en todos los niveles de asistencia en salud. Este tipo de medicamentos muchas veces configuran el tratamiento de primera línea, especialmente en aquellas situaciones en que las intervenciones psicosociales y los profesionales especializados no están disponibles.

*Brindar Atención en la Comunidad: La atención en la comunidad es mejor que en las instituciones en cuanto a resultados y calidad de vida de los individuos con trastornos mentales crónicos. Llevar a los pacientes de los hospitales mentales hacia la comunidad también es costo efectivo y respeta los derechos humanos. Este cambio hacia la atención en la comunidad requiere que haya trabajadores sociales y servicios de rehabilitación disponibles a nivel comunitario así como apoyo en crisis, vivienda protegida, y empleo protegido.

*Educar al Público: La educación del público y las campañas de concientización en salud mental deberían ser lanzadas en todos los países. Las campañas de concientización y

educación del público bien planificadas pueden reducir el estigma y la discriminación, aumentar el uso de los servicios de salud mental, y acercar la salud mental a la salud física.

*Involucrar a la Comunidad, las Familias, y los Usuarios: Las comunidades, las familias y los usuarios deberían estar incluidos en el desarrollo y toma de decisiones de las políticas, programas y servicios. Las intervenciones deberían tomar en cuenta la edad, el sexo, la cultura y las condiciones sociales, para cubrir las necesidades de las personas con trastornos mentales y sus familias.

*Establecer Políticas Nacionales, Programas y Legislación: Las políticas en Salud Mental, los programas y la legislación son pasos necesarios para la acción significativa y sostenida. Estas deberían estar basadas en conocimientos actuales y consideración de los derechos humanos. Las reformas de salud mental deberían formar parte de reformas más amplias del sistema de salud y de los esquemas de cobertura de atención de modo que no discriminen a las personas con trastornos mentales, a fin de brindar acceso más amplio al tratamiento y reducir la carga de la atención.

*Desarrollar Recursos Humanos: La mayoría de los países en desarrollo necesitan aumentar y mejorar el entrenamiento de profesionales de la salud mental, que deberán brindar atención especializada y apoyar los programas de atención primaria en salud. La mayoría de estos países no tienen un número adecuado de especialistas para cubrir los servicios de salud mental. Una vez entrenados, se debería estimular a estos profesionales a permanecer en sus países en puestos que aprovechen sus habilidades de la mejor manera.

*Vínculos con otros Sectores: Otros sectores tales como educación, trabajo, bienestar social, y legal, y organizaciones no gubernamentales deberían ser mucho más proactivos, con roles mejor definidos, y brindar más apoyo a las iniciativas locales.

*Monitorizar la Salud Mental de la Comunidad: La Salud Mental de las comunidades debería ser monitorizada mediante la inclusión de indicadores de salud mental en los sistemas de información y de reporte. Estos índices deberían incluir tanto el número de individuos con trastornos mentales y la calidad de la atención, como algunas medidas más generales de la salud mental de las comunidades. Se necesita esta monitorización para evaluar la efectividad de los programas de prevención y tratamiento en salud mental, y además fortalecer los argumentos a favor de la asignación de más recursos. Se necesitan más indicadores de la salud mental de las comunidades.

*Apoyar la Investigación: Se necesita más investigación sobre los aspectos biológicos y psicológicos de salud mental para aumentar la comprensión acerca de los trastornos mentales

y desarrollar intervenciones mas efectivas. Esta investigación debería llevarse a cabo con una amplia base internacional para poder comprender variaciones entre las comunidades y saber mas acerca de los factores que tienen influencia sobre la causa, el curso y evolución de los trastornos mentales. Es urgente que se construya capacidad de investigación en los países en desarrollo.

ESTRATEGIA PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACION

Cualquier evento que planifiquen para el Día Mundial de la Salud Mental (DMSM) tendrá mayor alcance con una buena estrategia hacia los medios de comunicación. Haganlo con tiempo! Diseñen una estrategia para difundir el mensaje y planifiquen con anticipación como usar el tipo de medios disponible para dar publicidad al evento. Tengan en cuenta diarios, revistas, radio, televisión y difusión electrónica. La gente está usando las redes sociales como Facebook y Twitter para enviar información sobre los eventos del DMSM.

Si trabajan con la prensa preparen un mensaje escrito sobre el evento que contenga los principales puntos acerca de la depresión. Será útil para los periodistas que no sepan mucho del tema. Siempre que sea posible eviten usar términos usuales relacionados a enfermedad mental; usen palabras alternativas e incluyan mensajes positivos acerca de la disponibilidad de tratamientos y la posibilidad de recuperación. Se incluye a continuación un ejemplo que podrían adaptar a cada situación.

Envíen la información a la prensa con suficiente antelación, junto con preguntas que desearían que el periodista pudiera plantear y una lista de contactos de personas capacitadas para responder. Obtengan previamente la autorización de esas personas para ser entrevistadas, y hagan llegar la información y las preguntas para que también se encuentren preparados para la entrevista.

Recuerden que los periodistas no son expertos en salud mental. Intenten ayudar brindando información útil.

Si tienen acceso a video, consideren la posibilidad de preparar un video acerca del evento; se puede subir a YouTube, que se ha convertido en un motor de búsqueda ampliamente utilizado.

Manténganse en contacto con la Federación Mundial de la Salud Mental a través de los sitios de la WFMH en Facebook y Twitter (<http://www.facebook.com?WFMH>) y (<http://twitter.com/#!/WFMH>). Usenlos para mandarnos novedades acerca de sus planes. Nos da mucho gusto ver como crece nuestra comunidad de salud mental en ambas redes.

Después del 10 de Octubre, mándenlos sus informes y fotografías! Por favor envíenlos a wmhday@wfmh.com – nos encanta recibirlos y nos permite saber cuanto crece nuestra campaña en todo el mundo.

DRAFT MEDIA RELEASE

Por más información contactar a Deborah Maguire, dmaguire@wfmh.com

Comunicado de Prensa por el Día Mundial de la Salud Mental CAMPAÑA DE CONCIENTIZACION GLOBAL POR EL 20 ANIVERSARIO DEL DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL- NECESIDAD DE BRINDAR MAS ATENCION A LA DEPRESION COMO CRISIS INTERNACIONAL EN AUMENTO

La depresión es un trastorno mental muy común que puede tener consecuencias severas. Sin embargo, PUEDE ser tratada con éxito. Para el 2020, la depresión será la segunda causa principal de incapacidad (OMS;2001) y para el 2030 será la principal responsable de carga de enfermedad (OMS,2008)

La depresión afecta a todos sin distinción étnica, racial, geográfica o socio económica. Tiene repercusión económica significativa debido a la pérdida de la habilidad para llevar a cabo las tareas habituales. La depresión no tratada puede ser causa de peligrosidad para sí mismo o para terceros y llevar potencialmente al suicidio.

Es importante diferenciar entre la tristeza normal y la depresión clínica. Todos podemos estar tristes en algún momento pero la verdadera depresión es una situación clínica. No es culpa de la persona que la sufre y nadie debería avergonzarse por tenerla. No es un signo de debilidad personal. Es extremadamente importante pedir ayuda. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses, o años. Es un trastorno que impide a las personas llevar adelante su vida normal, mantener su trabajo, concurrir a clase o hacer otras actividades normales. Los individuos deprimidos pierden el interés en las actividades que normalmente disfrutarían y pueden surgir otros temas de salud. Tienden a tener energía disminuida, problemas para dormir o alimentarse, y sentimientos de baja autoestima. La depresión impone una carga económica significativa a nivel mundial, no solo a los individuos afectados, sino también a sus familias, comunidades, empleadores, sistemas de salud y presupuestos de salud. También hay evidencia clara de estudios llevados a cabo en una serie de países con alto nivel de ingresos que la depresión no tratada en la infancia y juventud puede tener consecuencias en la vida adulta profundas y duraderas.

El revés económico que comenzó en 2008 aumentó en forma sustancial el número de personas con depresión en todo el mundo, afectando también a los servicios de salud mental por recortes presupuestales. En su introducción al folleto de la OMS "Impacto de la crisis económica en la salud mental" la directora regional de OMS para Europa, Zsuzsanna Jakab, refiere que la crisis económica actual ha llevado a declive significativo de la actividad económica, aumento del desempleo, depresión del mercado inmobiliario y aumento del número

de personas viviendo por debajo de la línea de pobreza. Los recortes del gasto público resultantes han llevado a muchos países a enfrentar una era austera en los servicios de salud y asistencia.

Los miembros de la familia y amigos de las personas con depresión pueden ser de gran ayuda. El paquete del DSM-5 contiene una hoja de datos acerca de cómo ser de ayuda en esta situación. También hay organizaciones de salud mental, grupos de apoyo a familiares, y muchos profesionales de la salud mental listos para ayudar a aquellos que lo necesitan.

La Federación Mundial de la Salud Mental apela a los medios para brindar información al público en general recalcando el hecho que hay tratamientos disponibles.

La Federación Mundial de la Salud Mental estableció el Día Mundial de la Salud Mental en 1992, es la única campaña global anual de concientización acerca de aspectos específicos de la salud mental y los trastornos mentales. Y se conmemora en más de 90 países el día 10 de Octubre a nivel local, regional y nacional.

PROCLAMA 2012

PROCLAMA DEL DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2012

EN TANTO QUE la Federacion Mundial de la Salud Mental ha dedicado el Dia Mundial de la Salud Mental 2012 a 'La Depresion: una crisis global' y

EN TANTO QUE la depresión afecta a 121 millones de personas en todo el mundo, pudiendo llevar al suicidio en los casos severos, que causa 850.000 muertes al año y

EN TANTO QUE para el 2020 la depresión será la segunda principal causa de incapacidad y la mayor responsable de carga de enfermedad para el 2030 (OMS,2008)

EN TANTO QUE existen muchos tratamientos efectivos para la depresión, tales como psicoterapia, medicación y tratamientos alternativos, y que es necesario conocer las opciones para decidir cuales podrían ser de ayuda en cada caso en particular,

SE RESUELVE QUE EN NOMBRE DEinstamos a todos los ciudadanos a unirse a los esfuerzos de todo el año para :

*concientizar que la depresión es un problema de salud local, nacional y mundial que impacta el bienestar de individuos, familias, comunidades, y naciones

*apoyar esfuerzos destinados a difundir información acerca de los factores de riesgo y de alarma asociados con la enfermedad mental

*promover la implementación de estrategias que reduzcan el estigma y discriminación asociada al hecho de ser un usuario de un servicio de salud mental o de tratamiento de uso problemático de sustancias, o de prevención del suicidio

*promover la adopción de políticas y recursos necesarios para implementar la prevención, intervención y tratamientos efectivos para reducir la depresión

*promover la disponibilidad y el acceso al diagnóstico, intervención y tratamiento y

*promover y apoyar los programas de investigación y educación para reducir el impacto de los desastres económicos, naturales y causados por el hombre sobre la salud mental de las personas

Invitamos a todos nuestros conciudadanos a formar parte de actividades diseñadas para celebrar el Dia Mundial de la Salud Mental, el 10 de Octubre de 2012

PROCLAMA DEL DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2012

LA DEPRESION: una crisis global

RESOURCES

American Psychological Assn
Office of International Affairs
750 First Street NE
Washington, DC 20002-4242 USA
Web: www.apa.org

American Psychiatric Association
1000 Wilson Boulevard, Suite 1825
Arlington, VA 22209 USA
Web: www.psych.org

Aware: Helping to Defeat Depression
72 Lower Leeson Street
Dublin 2 Irelanda
Phone: 01 661 7211
Phone helpline: 1890 303 302
Fax: 01 661 7217
Email: info@aware.ie
Web: www.aware.ie/index.htm

Beyond Blue
PO Box 6100
HawthornWest 3122 Australia
Web: www.beyondblue.org.au

Brazilian Association of Families, Friends and
Sufferers from Affective Disorders (ABRATA)
Av. Paulista, 2644-7 andar - Conj. 71
01310-300 - Sao Paulo - SP, Brazil
Phone: 55 11 256.4831 / 55 11 256.4698
Email: apoio@abrata.org.br
Web: www.abrata.org.br

Club D&A (Depression and Anxiety Club)
A-1090 Wien, Zimmermannngasse 1A/Hochparterre
Phone: 0676/846 22 816
Fax: 01/40 500 80
Email: office@club-d-a.at
Web: www.club-d-a.at/

Chinese Mental Health Association
Wah Sum Phone Helpline: 0845 122 8660
Web: www.cmha.org.uk/

Depression Canada
Web: www.depressioncanada.com/

Depression Alliance
20 Great Dover Street
London SE1 4LX UNITED KINGDOM
Email: information@depressionalliance.org
Web: www.depressionalliance.org/

Depression and Bipolar Support Alliance
730 N. Franklin Street, Suite 501
Chicago, Illinois 60610-7224
Toll free: (800) 826-3632
Fax: (312) 642-7243
Email: info@dbsalliance.org

Global Alliance of Mental Illness Advocacy
Networks (GAMIAN-Europe)
c/p FIAB, rue Washington 60
B-1050 Brussels Belgium
Web: www.gamian.eu

Hogg Foundation for Mental Health
The University of Texas at Austin
P. O. Box 7998
Austin, Texas 78713-7998 USA
Phone: 512-471-5041
Email: Hogg-Info@austin.utexas.edu
Web: www.hogg.utexas.edu

Mental Health America
2000 N. Beauregard Street, 6th Floor
Alexandria, Virginia 22311
Main: (703) 684-7722
Main Toll Free: (800) 969-6MHA (6642)
Fax: (703) 684-5968
Crisis Line: (800) 273-TALK (8255)

Mental Health Europe
7, Boulevard Clovis
B-1000 Brussels BELGIUM
Email: info@mhe-sme.org
Web: www.mhe-sme.org

Mind, The Mental Health Charity
15-19 Broadway, Stratford,
London E15 4BQ UNITED KINGDOM

T: 020 8519 2122,
F: 020 8522 1725
e: contact@mind.org.uk
Web: www.mind.org.uk/

Multicultural Mental Health Australia
Locked Bag 7118 Parramatta BC NSW
2150 Australia
Phone: (02) 9840 3333
Fax: (02) 9840 3388
Email: admin@mmha.org.au
Website: <http://www.mmha.org.au/>

New Life Psychiatric Rehab Association
Head Office
332 Nam Cheong Street, Kowloon,
Hong Kong
Tel : (852) 2332 4343
E-mail: ho@nlpra.org.hk
Web: www.nlpra.org.hk/

SAMHSA Mental Health Information Center
PO Box 42557
Washington DC 20015, USA
Web: www.mentalhealth.samhsa.gov

SANE Australia
PO Box 226
South Melbourne, Victoria 3205
Australia
Email: info@sane.org
Web: www.sane.org

South African Federation for Mental Health
National Office
267 Long Avenue
Ferndale, Randburg 2194
SOUTH AFRICA
Office: 27 11 781 1852
Email: safmh@sn.apc.org
Web: www.safmh.org.za

St. John of GOD Community Services
P. O. Box 744
Mzuzu, MALAWI
Office: 265 1 332 690
Email: sjog@sdp.org.mw
Web: www.sjog.ie

World Health Organization
Dept of Mental Health and Substance Abuse
Avenue Appia 20
CH - 1211 Geneva 27
SWITZERLAND
www.who.int

World Organization of Family Doctors
Wonca Working Party on Mental Health
The Wood Street Health Centre
6 Linford Road, Walthamstow, London
E17 3LA UNITED KINGDOM
Phone: 44 208 430 7712
Email: Gabriel.ivbijaro@gmail.com
Web: www.GlobalFamilyDoctor.com

YoungMinds
Suite 11, Baden Place, Crosby Row
London, SE1 1YW
Telephone: 020 7089 5050
Fax: 020 7407 8887
Email: ymentquiries@youngminds.org.uk
Web: www.youngminds.org.uk/

WebMD
<http://www.webmd.com/mental-health/default.htm>

ShareCare.com
<http://www.sharecare.com/topic/mental-health>

**This list is intended to supplement the resources listed in the preceding text. It is by no means a complete list of good resources on this theme. Do not hesitate to do your own searches and further educate yourself on the subject!

UN MUNDO DE AGRADECIMIENTOS

Al celebrar otra campaña del Día Mundial de la Salud Mental, celebramos también el 20 aniversario del Día MSM. Seguimos apreciando el progreso, los resultados de nuestro duro trabajo, y las increíbles respuestas de miles en todo el mundo que lo han celebrado con nosotros.

A lo largo de los años hemos visto celebrar eventos destacadísimos el 10 de Octubre. Estas actividades son osadas, bien organizadas, involucran a muchas personas y a veces han incluido animales! Cada año nos impacta el trabajo que hace la gente para asegurar que este día se celebre de manera que asegure respeto, atención y cambios positivos a la comunidad de la salud mental.

La FMSM ha recibido apoyo para producir el material del Día MSM durante estos 20 años- colaboradores leales que han hecho posible la distribución del material sin costo año tras año. No podríamos haber continuado durante tanto tiempo sin el apoyo de nuestros patrocinadores y de los eventos organizados por los participantes del DMSM en todo el mundo.

Este 20 aniversario es por tanto una celebración de quienes han mantenido con vida este increíble proyecto, haciéndolo crecer. El Board y el personal de la FMSM les agradecen su dedicación, perseverancia y apoyo.

Quisiéramos extender nuestro genuino agradecimiento a todos por su ayuda individual y colectiva, la cual vuelve posible el proyecto de este año. Gracias al Board y personal de la FMSM que coordinaron la investigación, redacción y producción del material y la campaña de este año. Un agradecimiento especial a nuestra diseñadora, Gemma Griffin-Dzikiewicz. También quisiéramos reconocer a nuestros redactores invitados especiales de este año por su disposición para contribuir con este tema- Dr Shekar Saxena, Prof George Christodoulou, Dr Jeffrey Geller, Dr Rachel Jenkins, Dr David McDaid, y con especial importancia, al Dr Gabriel Ivbijaro por su ayuda a lo largo de todo el proyecto.

Una vez más, hemos logrado brindar una serie de traducciones este año gracias a la generosa donación de las siguientes personas y empresas:

Hindú- Centro Psiquiátrico Agrawal, Dr M.L. Agrawal, Dr Aruna Agrawal, Dr Anuj Mittal, Mr M P Sharma

Japonés- Dr Shimpei Inoue de la Universidad de Kochi, Japón

Ruso- Astra Zeneca, Rusia

Español- Prof.Adj.Dra Cecilia Alvarez, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay

Desafortunadamente, debido a circunstancias imprevistas, no nos es posible brindar traducción al Francés este año como lo hemos hecho en el pasado.

Finalmente, la FMSM desearía agradecer a sus patrocinadores por los grants educacionales que hicieron posible este programa:

H. LUNDBECK A/S

LILLY USA,LLC

OTSUKA AMERICA, INC

La FMSM cree que el proyecto del Día Mundial de la Salud Mental sigue estando al frente de la educación y defensa de la Salud Mental- y el aumento en la participación cada año nos muestra lo importante que es el proyecto para cada uno. Seguiremos trabajando intensamente para acercarnos la mejor información sobre temas y tópicos relevantes de la atención en salud mental hoy en día. Solo mediante el trabajo conjunto lograremos cambiar la forma en que se considera y trata la salud y enfermedad mental.

FORMULARIO DE INFORME

Como fue su celebración del Día?

Aquí esta su oportunidad para informarnos acerca de sus eventos para el Día Mundial de la Salud Mental y ayudarnos a mejorar los futuros paquetes de educación. La fortaleza de este proyecto es el efecto que tiene a nivel de campo- por lo tanto les rogamos que nos envíen un informe de sus actividades del 2012. Esperamos que todos se unan, no solo haciendo actividades para la difusión sino también informándonos a nosotros a fin de que el resto del mundo sepa lo que están haciendo!

(POR FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACION)

NAME:

ORGANIZACIÓN:

DIRECCIÓN:

TELEFONO:

FAX:

EMAIL:

1. De que manera ha mejorado este paquete educativo su habilidad para educar a las personas de su comunidad?

2. Que impacto ha tenido el programa del Dia MSM en...

*la reducción del estigma en su comunidad?

*la mejoría del tratamiento o del acceso a medios de tratamiento?

*la atracción de mayor atención a su organización y a su trabajo en la comunidad?

3. Dónde y cómo usó el material en este paquete?

4. A cuantas personas llegó con su evento? A que tipo de personas llegó?

5. Si tuviese que elegir el resultado de su evento para la celebración del DMSM de este año que mas orgullo le da, cual elegiría? (Use paginas adicionales si es necesario)

6. Como hara el seguimiento de lo realizado este ano para el DiaMSM?

Por favor enviar el informe a:

World Federation for Mental Health

PO BOX 807, Occoquan, VA 22125 USA

wmhday@wfmh.com

FORMULARIO DE INFORME

Como fue su celebración del Día?

Aquí esta su oportunidad para informarnos acerca de sus eventos para el Día Mundial de la Salud Mental y ayudarnos a mejorar los futuros paquetes de educación. La fortaleza de este proyecto es el efecto que tiene a nivel de campo-por lo tanto les rogamos que nos envíen un informe de sus actividades del 2012. Esperamos que todos se unan, no solo haciendo actividades para la difusión sino también informándonos a nosotros a fin de que el resto del mundo sepa lo que están haciendo!

(POR FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACION)

NAME:

ORGANIZACIÓN:

DIRECCIÓN:

TELEFONO:

FAX:

EMAIL:

1.De que manera ha mejorado este paquete educativo su habilidad para educar a las personas de su comunidad?

2. Que impacto ha tenido el programa del Dia MSM en...

*la reducción del estigma en su comunidad?

*la mejoría del tratamiento o del acceso a medios de tratamiento?

*la atracción de mayor atención a su organización y a su trabajo en la comunidad?

3. Dónde y cómo usó el material en este paquete?

4. A cuántas personas llegó con su evento? A qué tipo de personas llegó?

5. Si tuviese que elegir el resultado de su evento para la celebración del DMSM de este año que más orgullo le da, cuál elegiría? (Use páginas adicionales si es necesario)

6. Como hará el seguimiento de lo realizado este año para el DíaMSM?

Por favor enviar el informe a:

World Federation for Mental Health

PO BOX 807

22125 USA

Occoquan, VA

wmhday@wfmh.com

