



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 depresion 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. Tambien 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. Pienso 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 Dia Mundial de la Salud Mental fue establecido en 1992 gracias al trabajo de Richard (Dick) Hunter, Secretario General de la Federacion Mundial de la Salud Mental. Tras un periodo de planificación la Federacion proclamo el 10 de Octubre como el Dia Mundial de la Salud Mental y Dick busco formas de construir el apoyo que requería. Le resulto valioso trabajar con un productor televisivo, Richard Leighton, para hacer una trasmisión 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 acepto 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 mas alla de los limites 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 Dia fue un gran éxito. Se trasmitió un especial de 2 horas a 127 países a través de la red mundial satelital de la Agencia de Informacion de los EEUU. Un grupo de dirigentes de la Federacion 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 trasmisión. 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 Federacion Mundial de la Salud Mental en ese momento, y como co-presidente de ese primer Dia Mundial de la Salud Mental participe de la trasmisión 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 Dia y los miembros locales de la Federacion 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 Federacion 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 Dia 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 trasmisiones 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 informacion relevante según el tema particular de cada Dia, 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 aumento y reemplazo la distribución física de los paquetes impresos por correo.

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

Desde el principio se estimulo 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 asombro recibir fotos de marchas en Katmandu, carteles de Ulaan Baator, encuentros en Sudan, elefantes y camellos con banderas en India...A medida que aumento el uso de Internet también aumento la informacion recibida desde todo el mundo, a lo que se sumo el trafico de informacion por Facebook y Twitter.

Al revisar las tendencias generales en esta area en las ultimas 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. Ahorán ocupan los primeros lugares en los desafíos y prioridades de salud de la OMS y un numero 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 mas, los servicios de mental se fortalecen e integran mejor en los centros de atención primaria. Los tratamientos se vuelve mas 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 maniacos y depresivos separados por periodos de ánimo normal. Los episodios maniacos 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 antidepresiva o psicoterapia, tales como terapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal, o tratamiento enfocado en la resolución de problemas. Los antidepresivos y formas breves y estructuradas de psicoterapia son efectivos. Los antidepresivos 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):e131196.

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, Maselko 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

World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings 2010.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

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 depresion 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 depresion puede volver difícil aun lo mas simple de cada dia. 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 depresion.
*Intente alimentarse en forma balanceada todos los idas. 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 depresion y están ampliamente disponibles en todo el mundo, siendo además de bajo costo.
- Mantenga habitos saludables de sueno. Tenga una rutina que garantice suficiente sueno, 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 dia 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 depresion.

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 sueno, considere aprender meditación u otras técnicas de relajación. Si tiene demasiado sueno durante el dia, busque estrategias para no permanecer tanto tiempo en la cama. Esto no hara que la depresion desaparezca pero volverá mas sencillo su dia.

Buscando apoyo

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

Amigos y familiares

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

- Pueden hacerle sentir que no esta solo
- Pueden escuchar.
- Pueden ayudarle a encontrar recursos y a informarse sobre la depresion.
- 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 mostro 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.

Recuperacion

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. Sientan 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. Crea 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).

Expresión clínica atípica de la depresión

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, Zuzsanna 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 número 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 número 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 ángulo: las reducciones del gasto en ayuda del estado en EEUU se asoció a tasas de suicidio más elevadas (Zimmerman, 2002).

Esta conclusión está respaldada por los siguientes datos:

Una comparación entre las tasas de suicidio en Suecia y España de 1985 a 2005 reveló que mientras que la severa crisis bancaria en Suecia a principios de los 90 que produjo un rápido aumento del desempleo no aumentó las tasas de suicidio, se observó 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 (Glatakis et al 2012) son similares y se ha demostrado que las tasas de suicidio eran inversamente proporcionales al número 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-efectivos (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 Unión Europea, cada US\$100 por persona destinados a estos programas reduce en 0.2 puntos porcentuales la tasa de suicidio. (Stuckler et al 2009). Está 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 número de suicidios (Pirkola et al 2009).

*Promoción de habilidades para la resolución de problemas que protejan contra la depresión 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.

REFERENCES

- 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
- 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 European Union. *Journal of Economic Studies* 35, 368-384
- Economou M., Peppou LE., Louki E., Kompodoros 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
- 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*
- 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.
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

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 mas información contactar a Deborah Maguire, dmaguire@wfmh.com

Comunicado de Prensa por el Dia 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 depresion será la segunda causa principal de causa de incapacidad (OMS;2001) y para el 2030 sera 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 perdida de la habilidad para llevar a cabo las tareas habituales. La depresión no tratada puede ser causa de peligrosidad para si mismo o para terceros y llevar potencialmente al suicidio.

Es importante diferenciar entre la tristeza normal y la depresión clínica. Todos podemos estar triste 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 economica significativa a nivel mundial, no solo a los individuos afectados, sino también a sus familias, comunidades, empleadores, sistemas de salud y presupuestos de salud. Tambien 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 aumento en forma sustancial el numero 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 economica 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 numero de personas viviendo por debajo de la línea de pobreza. Los recortes del gasto publico 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 DMSM contiene una hoja de datos acerca de como ser de ayuda en esta situación. Tambien 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 Federacion Mundial de la Salud Mental apela a los medios para brindar informacion al publico en general recalcando el hecho que hay tratamientos disponibles.

La Federacion Mundial de la Salud Mental establecio el Dia Mundial de la Salud Mental en 1992, es la única campaña global anual de concientización acerca de aspectos específicos del a salud mental y los trastornos mentales. Y se conmemora en mas de 90 paises el dia 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, Zimmermangasse 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@sdnp.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!

