



## Behavioral Health & Wellness Program

University of Colorado Anschutz Medical Campus  
School of Medicine

---

# DIMENSIONES: Herramientas de bienestar físico para los proveedores de salud

COMPLEMENTO

Poblaciones prioritarias: salud conductual



# Behavioral Health & Wellness Program

University of Colorado Anschutz Medical Campus • School of Medicine



Las DIMENSIONES: las herramientas de bienestar físico para proveedores de salud fueron desarrolladas por el Behavioral Health and Wellness Program de la University of Colorado Anschutz Medical Campus, School of Medicine  
Junio de 2013

Chad D. Morris, PhD: director  
Cynthia W. Morris, PsyD: directora clínica  
Laura F. Martin, MD: directora médica  
Sarah P. A. Brannon, PhD  
Patrece G. Hairston, PsyD

Para obtener más información sobre estas herramientas, comuníquese con:

Behavioral Health and Wellness Program  
University of Colorado Anschutz Medical Campus  
School of Medicine  
1784 Racine Street  
Mail Stop F478  
Aurora, Colorado 80045

Teléfono: 303.724.3713

Fax: 303.724.3717

Correo electrónico: [bh.wellness@ucdenver.edu](mailto:bh.wellness@ucdenver.edu)

Página web: [www.bhwellness.org](http://www.bhwellness.org)

### Agradecimientos:

Este proyecto fue posible gracias al financiamiento proporcionado por Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE). También queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a Evelyn Wilder, por sus creativas contribuciones.





# Poblaciones prioritarias: salud conductual

1. El peso y la salud
2. Factores contribuyentes
  - Farmacoterapia
  - Factores de estilo de vida
  - Falta de programas de bienestar
3. Intervenciones y programas específicos
  - InShape
  - Gestión del Bienestar Propio (WSM, por sus siglas en inglés)
  - Nutrición y ejercicio a través de bienestar y recuperación (NEW-R, por sus siglas en inglés)
  - Cuidado Colaborativo de Metas para la Vida
  - Programa de Bienestar Físico

## El peso y la salud

En los EE. UU., se diagnostica con algún trastorno conductual a aproximadamente el 25% de los adultos, y casi el 50% desarrollará un trastorno de salud conductual en algún punto de sus vidas.<sup>1</sup> Aunque los estudios de prevalencia varían en el porcentaje preciso de grupos con trastornos de salud conductual entre la población de los EE. UU., existe el consenso general de que los trastornos de salud conductual afectan a una proporción significativa de estadounidenses. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), los diferentes trastornos de salud conductual representan el mayor grupo de discapacidades en los países desarrollados, que cualquier otro grupo de enfermedades, incluyendo el cáncer y las enfermedades cardíacas.<sup>2</sup>

Con respecto a la población general, las personas con trastornos de salud conductual tienen mayor riesgo de sufrir de sobrepeso u obesidad. Un estudio de prevalencia de problemas de peso entre la población con trastornos de salud

conductual, indicó que el 29% de los hombres y el 60% de las mujeres con enfermedades mentales graves sufrían de sobrepeso u obesidad, con respecto al 18% de los hombres y el 28% de las mujeres de la población general. Estas cifras son terriblemente alarmantes y, para las personas con trastornos de salud conductual, la obesidad se ha declarado “una epidemia dentro de otra epidemia.”<sup>3,4</sup> Además del incremento en el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, el exceso de peso se asocia, directa e indirectamente, a la muerte prematura entre las personas con trastornos de salud conductual. Estas personas mueren hasta 25 años antes que las de la población general.<sup>5</sup> Numerosos estudios identifican los factores que contribuyen con esta disparidad en la expectativa de vida, entre los que se encuentran, los altos índices de pobreza, factores de estilo de vida (p. ej., conductas negativas para la salud), efectos secundarios de los medicamentos y la falta de programas de bienestar en los ambientes de tratamiento.

### Definición

El término “*poblaciones con trastornos de salud conductual*” representa al heterogéneo grupo de personas a las que se les diagnostica algún trastorno psiquiátrico o de abuso de sustancias, tal como lo describen y establecen los criterios médicos, incluyendo trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, inducidos por sustancias o cualquier otro tipo de enfermedad cerebral que dé lugar a cambios o deterioro psicológico o cognitivo.

## Factores contribuyentes

Las personas con trastornos de salud conductual se ven afectadas por similares factores biológicos, financieros y psicológicos que contribuyen a la obesidad de la población general. Sin embargo, debido a los índices de obesidad significativamente mayores entre las personas con trastornos de salud conductual, hay que analizar y abordar los factores adicionales mediante las intervenciones.

### Farmacoterapia

Un efecto secundario identificado y reportado de muchos medicamentos antipsicóticos, es el aumento de peso —un principal contribuyente al incremento en los índices de Obesidad entre la población con trastornos de salud conductual. Las personas que comienzan a tomar medicamentos psiquiátricos a una edad temprana (antes de los 24 años) y que los toman por al menos 5 años, son más propensas a ser obesas.<sup>6</sup> Entre los medicamentos que generaron el mayor aumento de peso, se encuentran: Olanzapina (un aumento de peso promedio de 37 lbs.), Risperidona (un aumento de peso promedio de 28 lbs.), y Haloperidol (un aumento de peso promedio de 9 lbs.).<sup>7</sup> Actualmente no se conoce el mecanismo biológico mediante el cual se produce el aumento de peso. Parece que los antipsicóticos atípicos pueden afectar directamente los centros de apetito del hipotálamo, alterar las señales de saciedad que se originan en el tejido adiposo o crear resistencia hormonal al control de la saciedad.<sup>8</sup>

Es importante notar que se sabe que el aumento de peso asociado con los medicamentos psiquiátricos afecta negativamente el correcto consumo de los mismos.<sup>9</sup> Puede que las personas decidan no tomarlos, lo que puede dar lugar al empeoramiento de los síntomas de salud mental y al subsecuente aumento de las hospitalizaciones psiquiátricas.<sup>10</sup> si no se aborda

este problema, mediante intervenciones eficaces de bienestar, solo se contribuirá a empeorar la calidad de vida de las personas con trastornos de salud conductual.

### Factores de estilo de vida

Ciertas conductas que afectan la salud, tales como un estilo de vida sedentario y una alimentación poco adecuada, son más prevalentes entre las personas con trastornos de salud conductual que en la población general.<sup>11,12</sup> Los estudios indican que las personas con esquizofrenia se ejercitan muy poco y son más propensas a consumir alimentos poco nutritivos.<sup>13,14</sup> Al combinarse con los efectos biológicos de los medicamentos psicotrónicos, estos factores también contribuyen con los elevados índices de diabetes, enfermedades cardíacas y obesidad de las personas con trastornos graves de salud conductual.<sup>15</sup>

Adicionalmente a estos factores de estilo de vida, las personas con trastornos de salud conductual son más propensas a vivir por debajo de la línea de pobreza y tienen mayor riesgo de no tener hogar. Además, estas personas tienen acceso limitado a los servicios de salud y pueden ser más propensas a no conversar sobre sus síntomas físicos con sus proveedores de salud.<sup>16</sup>



## Falta de programas de bienestar

A pesar de la reciente tendencia de la población en general, hacia los programas de promoción de la salud y al incremento en el riesgo de obesidad y conductas negativas para la salud, los programas de bienestar diseñados para las personas con trastornos de salud conductual continúan siendo escasos,<sup>17,18</sup> incluyendo los programas no ambulatorios de hospitales psiquiátricos y los ambientes comunitarios ambulatorios.

Muchas personas con trastornos de salud conductual asisten a los programas psiquiátricos para pacientes internos o semiambulatorios, en donde también reciben alimentos. Por lo tanto, es probable que estas personas obtengan gran parte de sus calorías diarias de las comidas institucionales, que a menudo son altas en calorías y bajas en densidad nutricional.<sup>19</sup> Adicionalmente, muchas instalaciones psiquiátricas de tratamiento ambulatorio no ofrecen programas integrales de bienestar con educación para el control de peso y nutricional. A menudo, los proveedores de salud se enfocan exclusivamente en controlar los síntomas psiquiátricos y no abordan los factores de estilo de vida que contribuyen con la obesidad y promueven el control de peso.



# Intervenciones y programas específicos

## Intervenciones conductuales

Las intervenciones tradicionales, tales como las Entrevistas Emocionales (MI, por sus siglas en inglés) y la Terapia Conductual Cognitiva (CBT, por sus siglas en inglés) pueden aplicarse y ser exitosas entre la población con trastornos de salud conductual. Sin embargo, como esta población tiene mayor riesgo de obesidad y complicaciones médicas relacionadas con la misma, es vital analizar los factores programáticos adicionales que puedan incrementar el éxito. En 2012, se condujo un análisis sistemático integral de la literatura científica sobre las intervenciones disponibles para el control de peso y la nutrición entre la población con trastornos de salud conductual, particularmente entre las personas con impedimentos psiquiátricos significativos. Los resultados fueron los siguientes:<sup>20</sup>

- Los programas de mayor duración (de más de 3 meses) fueron más exitosos en lograr progresos relativos al bienestar;
- Los programas más exitosos combinan enfoques psicoeducativos y basados en investigaciones, mediante un formato estandarizado y estructurado —los programas no estructurados, no intensivos y no estandarizados, o programas que solo se enfocan en la nutrición o en el control de peso únicamente, fueron menos efectivos en mejorar la buena condición física, las conductas de alimentación y la salud general;
- Para rebajar el exceso de peso, no es suficiente proveer información sobre nutrición y/o apoyo únicamente — a fin de garantizar el éxito, las personas con trastornos de salud conductual deben involucrarse en actividades de ejercicio físico (p. ej., evaluaciones de caminatas de 6 minutos o supervisión de actividades físicas estandarizadas) y estrategias para el control de peso (p. ej., diarios de alimentación).

Programas de promoción de la salud para las personas con enfermedades mentales: ¿qué funciona? Una evaluación y análisis sistemáticos de la base de evidencias de la literatura correspondiente a las investigaciones publicadas sobre los programas de ejercicio y nutrición.

[http://www.integration.samhsa.gov/Health\\_Promotion\\_White\\_Paper\\_Bartels\\_Final\\_Document.pdf](http://www.integration.samhsa.gov/Health_Promotion_White_Paper_Bartels_Final_Document.pdf)

## Programas específicos

A medida que los promotores de salud aumentan las conversaciones entre sí, sobre la promoción de la salud, comienzan a desarrollarse programas de bienestar para abordar las necesidades de la población con trastornos conductuales. La siguiente tabla muestra los programas clave desarrollados para esta población:

Nombre del programa	Descripción y recursos
<b>Programa InShape</b>	<p>Un programa de bienestar basado en la comunidad, diseñado para las personas con trastornos severos de salud conductual. A las personas se les asigna un “mentor de salud”, que provee asistencia sobre control de peso y nutrición.</p> <p><a href="http://www.lapeercmh.org/programsandservices/inshapeprogram/">www.lapeercmh.org/programsandservices/inshapeprogram/</a></p>
<b>Control del bienestar propio</b>	<p>Un programa integral, basado en la evidencia, y con énfasis en el bienestar y la estabilidad mentales y físicos. El programa contiene varios elementos que incluyen estrategias para promover la recuperación, el bienestar de salud mental y la prevención de las recaídas.</p> <p><a href="http://www.nyebpcenter.org/CPIInitiatives/WellnessSelfManagementWSM/tabid/189/Default.aspx">www.nyebpcenter.org/CPIInitiatives/WellnessSelfManagementWSM/tabid/189/Default.aspx</a></p>
<b>Nutrición y ejercicio a través de bienestar y recuperación (NEW-R)</b>	<p>Un programa estandarizado, estructurado y diseñado por profesionales de salud conductual, que se enfoca en “ser intencionado” y en promover cambios en el nivel de actividad física y en la ingesta de alimentos. Los participantes asisten regularmente a sesiones semanales programadas y obtienen apoyo de profesionales capacitados y de otros miembros del grupo.</p> <p><a href="http://www.cmhsrp.uic.edu/download/WeightWellnessParticipantManual.pdf">www.cmhsrp.uic.edu/download/WeightWellnessParticipantManual.pdf</a>  <a href="http://www.cmhsrp.uic.edu/download/WeightWellnessLeaderManual.pdf">www.cmhsrp.uic.edu/download/WeightWellnessLeaderManual.pdf</a></p>
<b>Cuidado Colaborativo de Metas para la Vida: bienestar para personas con trastorno bipolar</b>	<p>Una intervención psicosocial basada en evidencia, con un enfoque en los servicios de atención integrada e intervenciones de bienestar. Las personas reciben atención médica simultánea por parte de proveedores de salud conductual y de proveedores de salud física. Ha demostrado eficacia entre las personas con trastornos de abuso de sustancias.</p> <p><a href="http://sww.umich.edu/programs/ce/LGCC_Brochure_Approved.pdf">sww.umich.edu/programs/ce/LGCC_Brochure_Approved.pdf</a></p>
<b>DIMENSIONES: Programa de Bienestar Físico</b>	<p>Un programa integral, estructurado y estandarizado de bienestar que se enfoca en el control de peso, nutrición y ejercicio orientado a las personas pertenecientes a la población con trastornos de salud conductual. Este modelo puede ser utilizado por proveedores de salud, proveedores de salud conductual y/o compañeros capacitados que trabajen coordinadamente.</p> <p><a href="http://www.bhwellness.org">www.bhwellness.org</a></p>



# Notas finales

- <sup>1</sup> Reeves, W. C., Strine, T. W., Pratt, L. A., Thompson, W., Ahluwalia, I., Dhingra, S. S., McKnight-Eily, L. R., Harrison, L., D'Angelo, D. V., Williams, L., Morrow, B., Gould, D. & Safran, M. A. (2011). *Mental Health Surveillance in the United States*. Public Health Surveillance Office, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Retrieved from [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6003a1.htm?s\\_cid=su6003a1\\_w](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6003a1.htm?s_cid=su6003a1_w).
- <sup>2</sup> World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (summary report). Available at [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).
- <sup>3</sup> Allison, D. B., Newcomer, J. W., Dunn, A. L., Blumenthal, J. A., Fabricatore, A. N., Daumit, G. L., Cope, M. B., Riley, W. T., Vreeland, B., Hibbeln, J. R. & Alpert, J. E. (2009). Obesity among those with mental disorders: A National Institute of Mental Health meeting report. *American Journal of Preventative Medicine*, 36(4), 341-350.
- <sup>4</sup> National Association of State Mental Health Program Directors. (2008). Obesity reduction & prevention strategies for individuals with serious mental illness. Retrieved from <http://www.nasmhpd.org/Publications/NASMHPDMedicalDirectorsCouncil.aspx>.
- <sup>5</sup> National Association of State Mental Health Program Directors. (2008). Obesity reduction & prevention strategies for individuals with serious mental illness. Retrieved from <http://www.nasmhpd.org/Publications/NASMHPDMedicalDirectorsCouncil.aspx>.
- <sup>6</sup> Susce, M. T., Villanueva, N., Diaz, F. J. & de Leon, J. (2005). Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 167-173.
- <sup>7</sup> Strassnig, M., Miewald, J., Keshavan, M. & Ganguli, R. (2007). Weight gain in newly diagnosed first-episode psychosis patients and health comparisons: One-year analysis. *Schizophrenia Research*, 93(1-3), 90-98.
- <sup>8</sup> National Association of State Mental Health Program Directors. (2008). Obesity reduction & prevention strategies for individuals with serious mental illness. Retrieved from <http://www.nasmhpd.org/Publications/NASMHPDMedicalDirectorsCouncil.aspx>.
- <sup>9</sup> Klein, D. J., Cottingham, E. M., Sorter, M., Barton, B. A. & Morrison, J. A. (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of metformin treatment of weight gain associated with initiation of atypical antipsychotic therapy in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2072-2079.
- <sup>10</sup> Bean, M. K., Stewart, K., & Olbrisch, M. E. (2008). Obesity in America: Implications for clinical and health psychologists. *Journal of Clinical Psychological Medical Settings*, 15, 214-224.
- <sup>11</sup> Kilbourne, A. M., Rofey, D. L., McCarthy, J. F., Post, E. P., Welsh, D. & Blow, F.C. (2007). Nutrition and exercise behavior among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 9(5), 443-452.
- <sup>12</sup> Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, H., Heider, D., Schindler, J., Riedel-Heller, S. & Angermeyer, M. C. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 268-276.
- <sup>13</sup> Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, H., Heider, D., Schindler, J., Riedel-Heller, S. & Angermeyer, M. C. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 268-276.
- <sup>14</sup> Brown, S., Birtwhistle, J., Roe, L. & Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29(3), 697-701.
- <sup>15</sup> Bartels, S. & Desilets, R. (2012). *Health promotion programs for people with serious mental illness*. Prepared by the Dartmouth Health Promotion Research Team. Washington, D.C.: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions.
- <sup>16</sup> Dixon, L., Postrado, L., Delahanty, J., Fischer, P. J. & Lehman, A. (1999). The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 496-502.
- <sup>17</sup> Bartels, S. & Desilets, R. (2012). *Health promotion programs for people with serious mental illness*. Prepared by the Dartmouth Health Promotion Research Team. Washington, D.C.: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions.
- <sup>18</sup> Phelan, M., Stradins, L. & Morrison, S. (2001). Physical health of people with severe mental illness. *British Medical Journal*, 322, 443-444.
- <sup>19</sup> Casagrande, S. S., Dalcin, A., McCarron, P., Appel, L. J., Gayles, D., Hayes, J. & Daumit, G. (2011). A nutritional intervention to reduce the calorie content served at psychiatric rehabilitation programs. *Community Mental Health Journal*, 47(6), 711-715.
- <sup>20</sup> Bartels, S. & Desilets, R. (2012). *Health promotion programs for people with serious mental illness*. Prepared by the Dartmouth Health Promotion Research Team. Washington, D.C.: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions.

El Behavioral Health and Wellness Program DIMENSIONES está diseñado para capacitar a compañeros y proveedores a ayudar a la gente para que mantenga un estilo de vida saludable. Las DIMENSIONES: Las capacitaciones sobre las Técnicas Avanzadas del Programa de Bienestar Físico apoyan a las personas a fin de que conciban y logren sus metas de bienestar físico mediante estrategias de participación motivacional, procesos grupales, remisiones comunitarias y actividades educativas. Comuníquese con el Behavioral Health and Wellness Program en [bh.wellness@ucdenver.edu](mailto:bh.wellness@ucdenver.edu) para obtener más información.



Behavioral Health &  
Wellness Program

University of Colorado Anschutz Medical Campus  
School of Medicine