



## **LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES EPIDEMIOLOGÍA E IMPLICACIONES SANITARIAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS**

Morillo Garay Mariflor<sup>1</sup>

1. Psiquiatra, Psicoanalista

### **RESUMEN**

A través de la revisión de la bibliografía existente desde los años 80 del pasado siglo hasta los artículos más recientes, este trabajo pretende destacar la frecuente existencia de comorbilidad entre enfermedades médicas crónicas y trastornos mentales. La bi-direccionalidad de ambos trastornos, la frecuencia, las repercusiones tanto para el paciente como para la sociedad y los sistemas sanitarios, que hacen necesaria la detección precoz y el tratamiento de los trastornos mentales en las condiciones crónicas.

### **ABSTRACT**

Through the review of existing references from the 80s of last century to the most recent articles, this paper pretend to highlight the frequent existence of comorbidity between chronic medical conditions and mental disorders. The bidirectional of both illness, the frequency and the impact for the patient, society and also for the health systems, make necessary the early detection and treatment of mental disorders on chronic conditions.

# LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES EPIDEMIOLOGÍA E IMPLICACIONES SANITARIAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS

## INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo XX, ha habido una creciente investigación en torno a la frecuente comorbilidad entre enfermedades físicas crónicas y trastornos mentales, a la vez que también se investiga la mayor prevalencia de enfermedades físicas crónicas en personas con trastornos mentales graves y crónicos (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor). La preocupación e investigación se produce a lo largo de todo el mundo, con estudios en los países desarrollados pero también, en África, Asia etc.

Los estudios más frecuentes son sobre la depresión, pero no solo preocupa la epidemiología y consecuencias de la co-morbilidad o multi-morbilidad, sino que hay toda una investigación en marcha para explorar las oportunidades de mejora de la calidad de vida y la atención conjunta de la salud en estas personas, teniendo como lema "No hay salud sin salud mental" y aplicándolo también a la cronicidad.

## ANTECEDENTES Y MARCO POLÍTICO

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud lanzó el proyecto de "Atención innovadora para las condiciones crónicas: elementos fundamentales para la acción", como una alerta tanto para quienes formulan políticas de salud pública, como para los que tienen capacidad de influir en los sistemas de salud, y ante los cambios que se presentan en la salud mundial y sus posibles soluciones, es decir, al problema creciente de las condiciones crónicas.

Se usa el término "condiciones crónicas" como referido a los problemas de salud que persisten a través del tiempo y requieren algún grado de atención. La diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la depresión, la esquizofrenia, la infección por el VIH/SIDA y las deficiencias físicas permanentes caen bajo la categoría de condiciones crónicas.

En el documento de la OMS antes citado, se proponían ocho elementos esenciales para la formulación de medidas, y eran los siguientes:

1. Apoyar el cambio de modelo. Dado que las condiciones crónicas requieren de un contacto prolongado y regular con el sistema de salud.
2. Manejar el ambiente político. Logrando el consenso y compromiso entre los interesados, en cada etapa; para que la transformación necesaria tenga éxito.
3. Desarrollar una atención integrada, compartiendo información, financiamiento e incorporando los recursos de la comunidad
4. Alinear las políticas sectoriales de salud, es decir, que sean concordantes con las prácticas laborales, los reglamentos agrícolas, educación y marcos legislativos amplios.
5. Utilizar al personal de atención de salud en forma más eficaz
6. Responsabilidad central del paciente en la atención de su salud

## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES EPIDEMIOLOGÍA E IMPLICACIONES SANITARIAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS

7. Generar apoyo para el paciente en sus comunidades
8. Poner énfasis en la prevención

En España en 2012, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobó la *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS<sup>ii</sup>*, donde se proponen los “cambios necesarios para responder a la carga de enfermedad que suponen las enfermedades crónicas y deberían orientar la organización del SNS a mejorar su prevención y la adecuación de los servicios a las nuevas necesidades de atención.”

### DEFINICIONES

1. Pluripatología o multimorbilidad como presencia de dos o más condiciones crónicas en un individuo, con tres definiciones operativas que se recogen de Marengoni y col. (2011)<sup>iii</sup> a través de la revisión sistemática de la literatura hasta la actualidad:
  - Numero de enfermedades concurrentes en un individuo (no hace diferencia entre pacientes que viven libres de síntomas y los que experimentan severas pérdidas funcionales).
  - Índices acumulativos de medida, tanto en número como en gravedad de las condiciones, utilizados en los estudios clínicos para la identificación de pacientes en riesgo de resultados negativos para la salud.
  - Efectos acumulativos de las condiciones, la carga de síntomas y la disfunción física y cognitiva, que se utiliza en necesidades de cuidados y uso de servicios.
2. Para reflejar además la carga de enfermedad se han desarrollado escalas como la Charlson Comorbidity Index que proporciona una medida de gravedad o severidad, el Index of Coexistent Diseases (ICED) que incluye el recuento de enfermedades, la gravedad y el deterioro físico y el Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) que clasifica las enfermedades por órganos y atribuye una puntuación de gravedad a cada uno.
3. Comorbilidad como la presencia de cualquier enfermedad, además de una enfermedad índice bajo estudio.

### EPIDEMIOLOGÍA

Las enfermedades crónicas son la principal fuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. Entre los trastornos mentales la depresión es uno de los problemas más comunes en las poblaciones y se encuentra en personas de todas las regiones, países y sociedades<sup>iv</sup>; pero es más común entre los jóvenes, mujeres y quienes tienen menores ingresos y nivel de educación, viven en

## **LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES EPIDEMIOLOGÍA E IMPLICACIONES SANITARIAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS**

la pobreza o en barrios más pobres. Otro de los grupos particularmente vulnerables a la depresión son las personas con enfermedades crónicas<sup>3</sup>.

En un estudio epidemiológico multicéntrico y multicultural , coordinado por la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup>, sobre los síntomas psicológicos entre pacientes que consultan en el nivel primario de atención, se obtuvo una prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados con el *Composite Internacional Diagnostic Instrument* (CIDI) de 27,2% para el conjunto de los centros participantes frente a un 19,1% para los individuos sin enfermedades crónicas, que confirma que la comorbilidad es frecuente.

El trastorno de somatización, la dependencia de alcohol y el trastorno de ansiedad generalizada se presentaron con el doble de frecuencia en pacientes con enfermedades médicas crónicas. El abuso de alcohol, la depresión y "neurastenia" fueron otros de los diagnósticos con altas prevalencias. Pero fue el abuso de alcohol el que más se reconoció por los médicos de atención primaria.

En un artículo de revisión, W. Katon y P. Ciechanowski<sup>vi</sup> destacan que las tasas de prevalencia de la depresión mayor se ha demostrado que aumentan de un 2-5% en el seno de la comunidad a un 5-10% en atención primaria y entre 6-14% en pacientes hospitalizados médico/ quirúrgicos. La mayoría de muestras de estudios de pacientes con enfermedades médicas comunes, tales como diabetes, enfermedades del corazón, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), también han demostrado un aumento de la prevalencia de la enfermedad afectiva. Por ejemplo, en una revisión de 10 estudios controlados de prevalencia de depresión mayor o de síntomas depresivos en pacientes con diabetes, la depresión fue significativamente más común entre diabéticos en comparación con los controles ,en todos los estudios menos uno.

En relación con la discapacidad y el número de enfermedades crónicas se ha encontrado que la discapacidad es más predictiva de mortalidad que el número de enfermedades de recuento y también más predictiva de depresión que el número de enfermedades.

## **EPIDEMIOLOGÍA DE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS**

Las personas con enfermedades mentales graves (esquizofrenia, trastornos esquizo- afectivo, bipolar y depresivo mayor) tienen tasas excesivas de mortalidad, dos o tres veces mayores que las de la población general, lo que se traduce en una esperanza de vida entre 13-30 años menor. Casi un 60% de esta mortalidad excesiva se debe a enfermedades orgánicas<sup>vii</sup>. Entre los factores que contribuyen a una peor salud física están, el acceso a la asistencia sanitaria y su utilización, la prestación de cuidados, los psicofármacos, los estilos de vida y los síntomas psiquiátricos. Entre los principales trastornos físicos comórbidos se encuentran: la obesidad, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, enfermedades por virus (VIH, Hepatitis), enfermedades del sistema respiratorio, neoplasias malignas, enfermedades musculoesqueléticas, genitourinarias y complicaciones del embarazo y enfermedades bucodentales.

## **LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES EPIDEMIOLOGÍA E IMPLICACIONES SANITARIAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS**

### **RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y FÍSICA**

La relación resulta de una compleja combinación e interacción de factores biológicos (vulnerabilidad genética y biológica) , psicosociales (adversidad en la niñez), ambientales y de comportamiento (tabaquismo, sedentarismo, sobrealimentación), además existe una bidireccionalidad , de forma que tener un trastorno mental –como hemos visto anteriormente- aumenta el riesgo de padecer enfermedades físicas crónicas y las personas afectadas por enfermedades físicas crónicas tienen dos o tres veces más probabilidades de padecer una enfermedad mental comórbida.

En cuanto a los grupos de población que experimentan comorbilidad con mayor frecuencia tenemos: las personas con dos o más enfermedades crónicas son siete veces más propensas a tener depresión que aquellas que no tienen una enfermedad crónica y el experimentar malestar psicológico se ve agravado por la privación socioeconómica. Por tanto, hay una interacción entre: condiciones sociales, salud mental y salud física.

La prevalencia de comorbilidad es mayor en pacientes hospitalizados y en mujeres<sup>viii</sup>.

### **IMPLICACIONES DE LA COEXISTENCIA DE UN TRASTORNO MENTAL EN ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS, PARA LOS PACIENTES Y SUS MÉDICOS**

#### **Dificultades en la relación médico-paciente y peores resultados clínicos y pronósticos**

La satisfacción con la calidad de los cuidados médicos está unida a la adherencia a los tratamientos. Los trastornos depresivos se suelen asociar con la disminución de los índices de satisfacción. A la vez los trastornos de ansiedad y depresión en los adultos se asocian con altas tasas de adversidad en la infancia así como un apego desadaptativo. Este apego puede dificultar el desarrollo de relaciones con la gente y la confianza en ella, incluyendo a los médicos. Ciechanowski et al. mostraron dos tipos de apego desadaptativo en los que hay dificultades para depender de otros y que se asociaron con mala adherencia al régimen diabético y niveles más altos de hemoglobina glicosilada<sup>ix</sup>

Esto explica el que los médicos tienen más dificultades de tratamiento con los pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad (DSM-IV), y también el porqué los pacientes con estos trastornos reciben menos cuidados preventivos.

#### **Peor auto cuidado y más comportamientos nocivos para la salud**

El autocuidado en las enfermedades crónicas incluye la automonitorización (comprobación de glucosa en sangre, de la presión arterial etc.), la aplicación de regímenes concretos de medicación, seguimiento de dietas y ejercicios prescritos, abandono del hábito tabáquico, reducción o abandono de la toma de bebidas alcohólicas y minimizar el impacto de la enfermedad en el rol social de la persona.

## **LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES EPIDEMIOLOGÍA E IMPLICACIONES SANITARIAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS**

Pero los trastornos mentales y entre ellos la depresión (como uno de los más investigados) tienen un efecto negativo en las medidas de autocuidados, sobre todo en la memoria, atención, energía, sentido de autoeficiencia e interacciones interpersonales. Todo lo cual predice una mala adherencia al tratamiento (cumplimiento de citas, de todas de fármacos y medidas de autocuidado).

### **Baja calidad de vida: mayor carga de enfermedad y discapacidad**

Unützer et al.<sup>x</sup> compararon los pacientes de atención primaria de más de 65 años con clínica significativa de síntomas depresivos con individuos de esta edad y entre 1-8 enfermedades físicas crónicas, encontrando que los pacientes con depresión tenían una mayor disminución en los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) que los individuos no deprimidos, incluso después de ajustar por diferencias de edad, género y trastornos médicos crónicos. Sólo la artritis y las enfermedades del corazón se asociaban con disminuciones mayores en los AVAC que la depresión. Y los pacientes con depresión y una de estas enfermedades crónicas tuvieron decrementos añadidos en los AVAC.

El deterioro funcional predice el desarrollo de la depresión y viceversa, los síntomas depresivos son un factor de riesgo para la progresión de la discapacidad.

Múltiples estudios han demostrado que las medidas de la depresión y la discapacidad cambian de forma sincronizada en el tiempo, y que cuando la depresión mejora también lo hacen las medidas de deterioro funcional.

### **Riesgo de suicidio, aumento de mortalidad y mortalidad prematura**

Uno de los efectos de la combinación de enfermedad física y trastorno psiquiátrico comórbido es, el riesgo de suicidio que se ha empezado a investigar recientemente. Según el estudio de P.Qin y col.<sup>xi</sup> obtenido de los registros de la población nacional de Dinamarca y realizado con los 27.262 casos de suicidio y 468.007 controles vivos, se ha visto la importancia del tiempo de aparición de la comorbilidad, para tener en cuenta la elevación o no del riesgo de suicidio. El riesgo fue muy elevado cuando la enfermedad física y psiquiátrica se iniciaban juntas y también cuando el trastorno mental se iniciaba algún tiempo después de la enfermedad física. Pero la combinación de enfermedad física y antecedentes psiquiátricos preexistentes se vincularon con un riesgo de suicidio más bajo. El riesgo aumenta al acortar los intervalos en la aparición de los dos tipos de enfermedad. Esto lleva a los autores a alertar sobre la gestión y control de la medicación utilizada, sobre todo, cuando hay un trastorno psiquiátrico comórbido. La petición de una mayor integración entre los servicios clínicos con los de salud mental, la necesidad de detección y tratamiento del trastorno psiquiátrico en personas con enfermedades físicas, vigilancia de la desesperanza e ideación suicida, así como, la inclusión como componente de las estrategias de prevención del suicidio y la continuación de las investigaciones en este terreno.

## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES EPIDEMIOLOGÍA E IMPLICACIONES SANITARIAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS

Respecto a la mortalidad, ya hemos visto en la epidemiología de enfermedades físicas crónicas en pacientes con trastornos mentales crónicos, que estos tienen tasas de mortalidad dos o tres veces mayores que las de la población general y una esperanza de vida entre 13-30 años menor. Pero en grandes estudios epidemiológicos realizados a finales de los años noventa se vió que la depresión mayor era un factor de riesgo importante para el desarrollo de la enfermedad coronaria y la diabetes mellitus, y que había un incremento de mortalidad cardiovascular entre los pacientes deprimidos y no deprimidos.

Las emociones negativas tales como hostilidad y depresión se han asociado con un aumento de mortalidad tras un infarto de miocardio, Frausure-Smith et al. encontraron un aumento cuatro veces mayor de mortalidad en pacientes post infarto de miocardio y depresión mayor en comparación con los que no tenían el trastorno afectivo, incluso tras controlar la gravedad de la enfermedad coronaria.

### IMPLICACIONES PARA LOS SISTEMAS DE SALUD

#### Aumento de costes en los servicios de salud

En el artículo de revisión ya citado sobre el impacto de la depresión mayor en las enfermedades médicas crónicas<sup>6</sup>,Katon y Ciechanowski recogieron el aumento significativo de costes médicos en pacientes con síntomas depresivos o depresión mayor en todas las categorías medidas (visitas en atención primaria, en especialidades, pruebas de laboratorio, gastos de farmacia, costes de hospitalización y visitas en Salud Mental) Simon et al<sup>xii</sup>.

	6.256 pacientes con diagnóstico de depresión	6.257 pacientes sin diagnóstico de depresión
Costes en consulta en EEUU	4.246\$ por año	2.371\$ por año
Ajustado por enf. médica crónica	4.246 \$ por año	2.880\$ por año

Ciechanowski et al. <sup>xiii</sup>demostraron que los pacientes con diabetes mellitus con niveles más altos de síntomas depresivos habían tenido costes significativamente más altos. Para ello dividió a 367 pacientes diabéticos atendidos en atención primaria en tres terciles según las categorías de depresión, basadas en las puntuaciones de depresión obtenidas a través de la Hopkins Syntoms Checklist. Siendo los costes totales del tercil superior de 3.654 \$ EEUU, 2.653 \$ del medio y 2.094\$ del bajo, tras ajustar por gravedad de la diabetes y comorbilidad médica.

En el informe *Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities*<sup>8</sup> nos dicen que entre el 12-18% del total del gasto del National Health System británico está vinculado a la mala salud mental y a la pérdida de bienestar en las condiciones crónicas, entre 8 y 13 mil millones de libras cada año. Lo que equivale a alrededor de 1libra por cada 8 gastadas en las condiciones crónicas.

### **Aumento del uso de servicios**

Katon y Ciechanowski<sup>6</sup> nos informan que en varios estudios en atención primaria los hiperutilizadores de atención estaban representados de manera desproporcionada, el 10% tenían más visitas médicas y más días de hospitalización que el resto. Entre este 10% la mitad tenía malestar psicológico significativo; más de las 2/3 partes tenían episodios de trastornos depresivo mayor recurrente y aproximadamente 1/3 tenía distimia. Dos tercios de hiperutilizadores tenían una o más enfermedades crónicas.

### **CONCLUSIÓN**

Podemos decir, que es necesario tener muy en cuenta la alta probabilidad de que existan trastornos mentales concurrentes en las condiciones crónicas, tanto en las enfermedades físicas crónicas que se produzca comorbilidad con un trastorno mental, como en las enfermedades mentales crónicas a las que se añade una enfermedad física crónica. Con las múltiples repercusiones en distintos niveles y ámbitos de la vida del paciente, de su familia y de los sistemas de salud.

También se ha constatado en distintos estudios, que son más vulnerable: los jóvenes, mujeres, de menor nivel educativo y con menores ingresos. Lo que habrá que tener en cuenta a la hora de planificar actividades tanto de prevención, promoción como de diagnóstico e intervención precoz.

Siguiendo el lema "No hay salud sin salud mental" se podrán poner en marcha actuaciones que mejoren la atención a la cronicidad, una mayor calidad de vida mediante la disminución de la carga de la enfermedad y discapacidad, junto con un mejor aprovechamiento de los recursos de los sistemas de salud, y la consideración de que es necesario el cambio de modelo no solo, por el cambio de atención de procesos agudos a crónicos, sino también por la necesaria atención a varias condiciones crónicas en una misma persona, lo que se considera un criterio de aumento de la complejidad del caso.

### **BIBLIOGRAFÍA**

---

<sup>i</sup> Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas: Agenda para el cambio. Informe Global. 2002 Organización Mundial de la Salud. Traducido al castellano por la Organización Panamericana de Salud. 2003.

<sup>ii</sup> Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)

<sup>iii</sup> Melinda Stanners; Christopher Barton: Depression in the context of chronic and multiple chronic illnesses Discipline of Psychiatry, University of Adelaide, South Australia Social Health Sciences, Flinders University, South Australia. Australia. [www.intechopen.com](http://www.intechopen.com)

<sup>iv</sup> Murthy R; Bertolotte JM; et al.: The World Health report 2001: Mental Health-new understanding, new hope. (2001) <http://www.who.int/whr/2001/es/>



## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES EPIDEMIOLOGÍA E IMPLICACIONES SANITARIAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS

---

- v Üstün T, Sartorius N.: Mental illness in general health care: an international study. 1995. London; John Wiley&Sons.
- vi Wayne Katon, Paul Ciechanowski Impact of major depression on chronic medical illness. Journal of Psychosomatic Research 53 (2002) 859– 863  
[http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(02\)00313-6/fulltext](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(02)00313-6/fulltext)
- vii Enfermedades físicas en pacientes con trastornos mentales graves 1. prevalencia, repercusión de los medicamentos y discrepancias en la asistencia sanitaria. World Psychiatry 2011;10:52-77
- viii Chris Naylor; Michael Parsonage; David McDaid; Martin Knapp; Mat Fossey; Amy Galena: Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities. The King's Fund and Centre for Mental Health 2012
- ix Wayne J.Katon. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biol. Psychiatry 2003;54:216-226
- x Unützer J, Patrick D, Dichr P, Simon G, Gremboski D, Katon W. :Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. Int. Psychogeriatric Med 2000; 12:25-33.
- xi Ping Qin, Keith Hawton, Preben Bo Mortensen; Roger Webb Combined effects of physical illness and comorbid psychiatric disorder on risk of suicide in a national population study. Br J Psychiatry. 2014 Jun;204(6):430-5.  
doi: 10.1192/bjp.bp.113.128785. Epub 2014 Feb 27
- xii Simon GE, Von Korff M, Barlow W. Health care costs of primary care patients with recognized depression. Arch Gen Psychiatry 1995;52:850-6
- xiii Ciechanowski P, Katon W, Russo J. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. Arch. Intern Med 2000;160:3278-85