

LA SALUD MENTAL EN LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Índice:

1. Introducción
2. Concepto de condiciones crónicas
3. Factores significativos intervinientes
4. Percepción y vivencia de la enfermedad por parte del paciente
5. Necesidades , vivencias y alteraciones en familiares y cuidadores
6. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes
7. Desarrollo de estrategias para mejorar la salud mental en pacientes con patologías crónicas
8. Conclusiones
9. Bibliografía

1. Introducción

Las personas con enfermedades crónicas presentan un mayor número de trastornos mentales o síntomas inespecíficos que condicionan su calidad de vida. Diversos factores como: edad, diagnóstico, pronóstico, evolución y comorbilidad además de la existencia o no de una red de recursos sociales, sanitarios y familiares van a determinar de manera significativa el nivel de salud mental y bienestar y el distinto afrontamiento de la enfermedad.

Creemos que hay que hacer hincapié y tener presente este hecho suficientemente probado, como para ofrecer atención y apoyo a las personas afectadas, y explorar nuevos caminos en el tratamiento continuo y global de estas personas y sus cuidadores y familiares, ya que puede estar condicionando la adherencia al tratamiento, los autocuidados..., el aprendizaje sobre la propia enfermedad etc. e implicar mayores esfuerzos y gasto económico que no se traducen en satisfacción con el sistema sanitario, social y mejores resultados .

Introduction : People with chronic diseases have an increased number of mental disorders or nonspecific symptoms that affect their quality of life.

Various factors such as diagnosis and prognosis, age, evolution and comorbidity, the existence of a network of social, health and family will significantly determine their level of mental health and wellbeing.

We will consider perception and experience of the disease from the patient and their needs, expectations and resources, will also explore the experiences, needs and expectations of the professionals involved in your care.

We will see that mental health problems are more common depending on the factors listed above.

Highlight the need for increased awareness to develop strategies for improving mental health in these situations.

Discuss the establishment of integrated care in a chronic patient (taking into account the physical and psychological care), greatly improves the therapeutic results, without assuming an additional cost by reducing hospital days, optimize treatment outcomes and improve quality of life for patients through coordination and continuity of care and comprehensive care.

Evidenciaremos the many benefits (economic and social) that is, for health and social systems and for those affected, investing efforts in prevention and early identification of mental health problems so common in people with chronic conditions health.

2. Concepto

El concepto de *Condiciones crónicas* permite agrupar una serie de contingencias de larga duración que incluyen básicamente enfermedades no transmisibles (cardiopatía, diabetes, cáncer...), enfermedades transmisibles permanentes, por ejemplo Sida, trastornos mentales y deficiencias físicas y sensoriales. Independientemente de su etiología, son todas ellas condiciones crónicas y todas ellas requieren cambios, por tiempo indefinido, en el modo de vida de las personas afectadas y en las pautas de cuidado de su propia salud. Todas estas condiciones crónicas también requieren del sistema sanitario, pautas de atención que, sin perjuicio de las especificidades asociadas a la particular naturaleza de cada una de ellas, presentan en su esencia numerosas similitudes.

3. Factores significativos intervinientes:

Son muchos los factores que explican por qué un abordaje adecuado de las enfermedades crónicas es sumamente complicado:

Factores relacionados con el paciente, los profesionales y el sistema contribuyen a una atención incompleta. Puede que el paciente, sus cuidadores y red de apoyo no reconozcan o identifiquen correctamente los síntomas, o tal vez vacilen y demoren en buscar atención. A veces los profesionales tienen una excesiva carga de trabajo, no

cuentan con el equipamiento o el apoyo adecuados para proporcionar intervenciones apropiadas. Puede que los sistemas de salud tengan limitaciones relacionadas con los recursos económicos y con la disponibilidad y el acceso a la atención y tratamiento de la salud mental.

El sobrellevar los retos mentales y emocionales de una enfermedad crónica exige un enfoque realista pero a la vez positivo. Al principio se hace difícil adaptarse a ella o sentirse positivo con respecto al futuro, pero se puede lograr.

La capacidad de adaptación es a menudo una combinación de características internas y conductas aprendidas, pero también se puede desarrollar a partir de factores externos tales como los sistemas de apoyo social y una buena relación con el sistema sociosanitario.

Numerosos factores afectan en su conjunto al abordaje de las enfermedades crónicas y tienen especial incidencia en el ámbito de la atención a la salud, así como en los servicios sociosanitarios. Entre estos factores vamos a destacar los siguientes:

- Los cambios en los perfiles de los pacientes. Las pluripatologías: Las enfermedades neurodegenerativas, cardiovasculares y cerebrales, pacientes oncológicos y otros procesos terminales, las lesiones medulares, en general las enfermedades crónicas aumentan y su abordaje se hace complejo.
- Las necesidades de provisión de continuidad en los cuidados y la atención integral, concebida como necesidad de la atención social y sanitaria de manera simultánea y complementaria.
- Los nuevos valores y los cambios en la sociedad y ciudadanos. Las demandas que presentan. Los derechos de información y participación. Las nuevas oportunidades en la gestión de la información y la generación de conocimiento.
- Los cambios en las organizaciones y las nuevas estrategias de gestión de los recursos. La coordinación entre recursos y profesionales de diferentes dependencias orgánicas.
- El desarrollo de las políticas de calidad. La evaluación de los recursos en términos de procesos y resultados en la población. Es necesaria una atención centrada en la persona.
- El contexto general de la contención/racionalización del gasto público. La eficacia y la eficiencia en la gestión de los recursos. Las sinergias de la acción coordinada.

- Las necesidades de encontrar un nuevo marco conceptual de la atención social y sanitaria; y la de concreción del marco de la atención sociosanitaria.
- Los cambios sociológicos: El aumento de la esperanza de vida. El envejecimiento de la población. Las nuevas formas de vida, Los cambios en las familias y en las redes sociales. La globalización. La movilidad geográfica. La sociedad del riesgo.

Todos estos factores intervienen y determinan la actual atención a las enfermedades crónicas y a la salud mental de las personas que las presentan, así como su evolución.

4. Percepción y vivencia de la enfermedad por parte del paciente

Hay bastantes estudios cualitativos que se centran en pacientes agrupados por determinadas patologías crónicas y que tratan de dar una visión subjetiva y complementaria de lo vivido por pacientes y familiares, por ejemplo, diabetes mellitus tipo 2, fibromialgia, pacientes oncológicos.

La frecuencia de este tipo de estudios sobre pacientes con diabetes mellitus tipo 2, quizás está motivado por la gran cantidad de personas que padecen esta enfermedad, el aumento progresivo de la misma, la posibilidad de disminuir la morbilidad si las poblaciones ponen en marcha conductas de prevención como: un cambio de hábitos en su vida, no consumo de alcohol y tabaco, alimentación sana y ejercicio físico diario. La adherencia al tratamiento médico-farmacológico y el autocuidado de la salud pasan por una serie de filtros culturales, económicos y sociales a tener en cuenta en las políticas cuando invierten grandes recursos económicos y con poco impacto en la población de destino.

En cuanto a los pacientes con fibromialgia tienen una sintomatología diversa, pero en todos hay una disminución de la calidad de vida, la enfermedad es incapacitante y difícil de sobrellevar. En las crisis abandonan las actividades habituales, dejan de salir, tienen frecuentes cambios de carácter, de humor, con tensión, nerviosismo y reducción del círculo de apoyos. Antes del diagnóstico tienen el sentimiento de incompreensión por parte de familiares y profesionales sanitarios y destacan síntomas de depresión. En su atención sanitaria, suelen afrontar procesos asistenciales largos y penosos y trayectorias específicas y personales, es decir, no coinciden en el proceso sino que cada uno lo recorre de una forma diferente. Pero coinciden en visitar a una serie larga de profesionales como: reumatólogo, médico de familia, traumatólogo, psiquiatra, servicio de urgencias.

En el estudio del Paciente Oncológico se destaca el diagnóstico de cáncer como un proceso de ruptura en la personalidad de los pacientes afectados (yo- enfermo de cáncer), autoaislamiento y estigmatización social.

La autopercepción está condicionada por la edad, tipo de cáncer y la gravedad del mismo. El proceso de atención sanitaria es insatisfactorio al comienzo, por la espera ante el diagnóstico etc., luego se percibe al oncólogo y al lugar del tratamiento como donde se puede hablar del cáncer y a los profesionales como los que más saben y que están respaldados por un equipo. Según el tipo de pacientes va a haber una mayor o menor dependencia emocional, con un papel pasivo en la toma de decisiones.

En cuanto a la mejora de la calidad en su atención, se pide una mejor gestión de la incertidumbre que acompaña a los tiempos de espera (para pruebas, comunicación de resultados etc.); mayor coordinación entre los diferentes dispositivos y servicios y una atención específica en los aspectos emocionales.

Al tratar de ver los aspectos comunes de todos estos pacientes, podemos establecer una serie de momentos, por ejemplo el del diagnóstico, el paciente atraviesa tras el mismo, una serie de etapas principalmente de estrés, depresión y ansiedad. Hay una alteración en la vida cotidiana, que puede cambiar o desestabilizar todo lo que damos por supuesto. En este sentido, las enfermedades crónicas se prolonga de por vida, cambian la percepción de cuerpo de quien las padece, afectan en mayor o menor manera las actividades habituales, tienen un tratamiento de eficacia limitada y exige la continuación de por vida. Alteran el sentido de la vida, de la autoestima, la motivación y dominio personal.

Curar y atender las enfermedades crónicas es una ardua tarea para las instituciones sanitarias y sus profesionales con un alto coste económico en su medicalización, pero para los pacientes y sus familias queda el sobrellevar los costes emocionales que conllevan.

Hay una pérdida en el momento del diagnóstico, la de la salud. O una pérdida desde que se empezaron a notar los primeros síntomas y una ganancia (como expresan los enfermos de fibromialgia) al conocer el nombre de la enfermedad. El diagnóstico es un hito esencial en el camino de la recuperación porque da entidad a la dolencia, permite soluciones y tranquiliza. Permite buscar información, compartir temores y expectativas con otras personas en su misma situación y concentrarse en su recuperación, aprender a vivir con la enfermedad, recurrir a ayuda profesional o espiritual o incluso a asociaciones que proporcionan: información, apoyo, refuerzo, entretenimiento y en ocasiones alternativas.

Esas etapas emocionales de estrés, ansiedad, depresión del comienzo pueden ser superadas o controladas, pero en otras ocasiones constituyen un cuadro psicopatológico que precisa de un tratamiento específico.

Una vez obtenido el diagnóstico, cada persona vive su dolencia de una forma propia, por eso se dice que no hay que tratar enfermedades sino enfermos. A esto se añade la necesidad de los seres humanos de compartir las emociones socialmente, aunque cada enfermedad crónica tiene sus peculiaridades biológicas y cada paciente y su familia sus propias interpretaciones y significados de la enfermedad.

Este cuadro resumen obtenido del importante trabajo sobre como se siente el paciente oncológico nos puede ilustrar sobre expectativas para otras enfermedades crónicas:

Es importante reseñar las necesidades y expectativas sobre los profesionales sanitarios y sobre el sistema sanitario:

Expectativas sobre sistema sanitario	Expectativas sobre profesionales
<ul style="list-style-type: none"> - Que mejore su calidad de vida - Acceso a servicios sanitarios y consultas de especialidad - Agilidad en citas - Continuidad de profesionales en las consultas - Pruebas diagnósticas necesarias para emitir diagnóstico - Acceso a terapias alternativas - Mejora de la accesibilidad a Rehabilitación y consultas de Psicología - Buena definición de proceso asistencial - Investigación sobre la enfermedad - Subvenciones para asociaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Que muestren interés , investiguen los síntomas y pidan las pruebas necesarias cuando sea preciso - Comprensión por la vivencia, la experiencia y la situación de cada paciente - Que tengan información sobre la enfermedad concreta que padecen - Formación para diagnosticarla y tratarla - Tiempo para atender a los pacientes - Escuchar suficientemente - Que sean capaces de establecer una buena comunicación y una relación terapéutica.

5. Necesidades, vivencias y alteraciones en familiares y cuidadores.

Está universalmente reconocido que la familia interviene en los momentos más significados de la vida de sus miembros y ésta es una realidad manifiesta en la actualidad. La familia cubre aquellos aspectos no visibles como son el afecto, la calidez, la cercanía, la solidaridad. El cuidado de personas con enfermedades crónicas genera una serie de demandas en su atención que requieren mucha dedicación y entrega, y la familia los acepta como una responsabilidad propia. La carga de tales cuidados tiende a incrementarse por el proceso del envejecimiento demográfico, que implica un número superior de personas mayores a cuidar, con mayor esperanza de vida y, por tanto, un riesgo de soledad y dependencia superiores.

Debe entenderse por cuidado familiar aquel que se propicia en el entorno familiar y por una persona de este grupo. Una ayuda que, además de requerir una preparación y adaptación adecuada por parte del que la presta, debe intentar ser ayuda “integral”, centrada en la persona sin olvidar ninguna de sus dimensiones fundamentales.

En definitiva, la función de la familia y, sobre todo, del acompañante o cuidador no profesional es la realización de su tarea con el mejor y mayor nivel de formación y calidad que sea posible.

Por otro lado, la disponibilidad de recursos familiares para los cuidados tiende a reducirse, por la gradual incorporación de la mujer al mundo laboral y por la necesidad de atender el resto de cuidados dentro del hogar, así como las tareas básicas de la vida diaria.

El proporcionar atención implica muchos factores estresantes: cambios en la dinámica de la familia, perturbación del grupo familiar, posibles repercusiones en la economía familiar.

El estado actual de conocimiento muestra con claridad la importancia de los cuidadores en la atención de las personas con enfermedad crónica, la mayor parte de las cuales son cuidadas por un familiar. Se ha señalado de manera reiterada que para los receptores del cuidado la presencia, la actitud y los conocimientos de los cuidadores son definitivos como parte de su entorno y bienestar.

Es esencial dar al cuidador herramientas para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento de manera tal que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador-persona cuidada, reconociendo y

estableciendo apoyos formales e informales, manejando sentimientos de inadecuación o culpa, y planeando su propio futuro y el de su grupo familiar.

El bienestar del cuidador comprende:

- Buen estado de salud, percibido y objetivo.
- Elevado control sobre su realidad cotidiana y sobre el contexto de cuidados.
- Capacidad para tomar decisiones y optimizar los apoyos y ayudas disponibles.
- Ausencia de riesgo de dependencia futura provocado por los cuidados
- Plena integración comunitaria y social.

Las dificultades que experimentan los cuidadores surgen principalmente de:

- La enorme inversión en tiempo y en esfuerzos de naturaleza física y emocional que exigen los cuidados.
- Los cambios que los cuidadores experimentan en su vida cotidiana y en su propio plan de vida.
- La ausencia de apoyos y ayudas suficientes para desempeñar la labor de cuidar y cuidarse a sí mismos.
- Disminución de la calidad de vida percibida.
- Exposición a riesgos para su salud.
- Situaciones de aislamiento y soledad.
- Aumento de la exposición a riesgos de exclusión social, enfermedad crónica y estado de dependencia futuro.
- Los problemas de salud más comunes en las personas cuidadoras son:
 1. Mayores niveles de depresión, ansiedad, estrés y frustración.
 2. Fatiga frecuente, dolores musculares, cefaleas, sintomatología digestiva, mayor vulnerabilidad a las infecciones, y a desarrollar enfermedades (cardiopatías, diabetes.)
 3. Peor estado de salud percibido.

En la prestación de cuidados, la oferta de servicios sociales y de salud no responde a las necesidades de los familiares y cuidadores en general quienes, en muchos casos, se encuentran vulnerables y con sentimientos de frustración, a pesar de lo cual deben asumir tareas para las que no tienen preparación adecuada. Con frecuencia los cuidadores hablan de dificultades con la soledad, la falta de servicios accesibles de salud y los costos de los tratamientos ordenados.

La experiencia de ser cuidador modifica la vida de las personas de manera importante. La experiencia va más allá de tener una tarea o responsabilidad por otra persona para

generar una forma de vida y relación diferente consigo misma, con la persona cuidada y con el mundo.

No todo es dificultad en el cuidado, aunque en el ámbito profesional se han establecido como parámetros de adaptación y aceptación del rol la satisfacción con la salud física, con la salud emocional, con el estilo de vida, con la ejecución del rol habitual, con el soporte social, con el apoyo instrumental, con el soporte profesional y con las relaciones sociales, los cuidadores señalan que es satisfactorio saber que el ser querido está entre en la familia o entorno cercano es sumamente gratificante percibir el cariño y afecto de ese ser querido que depende del cuidado.

En la experiencia positiva del cuidador es fundamental la confianza en la resolución de problemas, el reconocimiento de cambios en el estatus de salud del receptor de cuidado, y en su comportamiento, la habilidad para anticipar las necesidades de la persona cuidada, la capacidad de obtener y supervisar los servicios necesarios para éste. Al cuidador/a, en su desempeño, lo apoyan los profesionales de los servicios sociales y de salud, el compromiso de otros miembros de la familia, y redes de apoyo.

6. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes

Por comorbilidad entendemos la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales. La comorbilidad entre trastornos mentales y físicos nos lleva a la interrelación entre salud mental y física. Los mecanismos son complejos y las pruebas nos remiten a una combinación e interacción de factores biológicos, psicosociales, ambientales y de comportamiento. Todo esto ocurre en ambas direcciones. Aquí estamos hablando de, cómo el tener una o varias enfermedades físicas crónicas, implica frecuentes problemas de salud mental. Hay numerosas pruebas de que tener un problema de salud mental (depresión, ansiedad etc.) aumenta el riesgo de aparición de una amplia variedad de enfermedades físicas, por ejemplo la depresión aumenta el riesgo de enfermedad coronaria y cardiopatía isquémica y el estrés crónico tiene un impacto sobre el sistema cardiovascular, el nervioso e inmunológico, siendo por tanto más susceptible a una amplia gama de enfermedades.

Las diversas pruebas recogidas sugieren que al menos el 30% de todas las personas con una condición crónica tienen también un problema de salud mental (Cimpean y Drake 2011)

Los grupos de población que experimentan más frecuentemente la comorbilidad son:

- Personas con múltiples enfermedades crónicas (los pacientes con dos o más enfermedades son siete veces más propensos a tener depresión).
- Se agrava en los casos de deprivación socioeconómica, ya que hay una interacción entre condiciones sociales, salud mental y salud física.
- Existe una mayor comorbilidad en pacientes hospitalizados y entre mujeres.

Los trastornos mentales que con más frecuencia acompañan a las condiciones crónicas de salud son: depresión, ansiedad o demencia en las personas mayores.

Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve, enfermedad de Alzheimer y demencia vascular son, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

La depresión, la ansiedad y en concreto el trastorno de ansiedad generalizada se asocian frecuentemente a enfermedad cardiovascular.

En la diabetes se afirma que uno de cada cuatro pacientes con este trastorno padece depresión. También existe una asociación independiente con la ansiedad.

Las personas con cáncer avanzado o terminal padecen depresión, ansiedad y trastornos de adaptación. A su vez los cánceres, especialmente de mama y el de pulmón, son la segunda causa de mortalidad en las personas con esquizofrenia, cuyo riesgo de muerte por cáncer es un 50% mayor que le de la población general.

Los trastornos de ansiedad y más concretamente el trastorno de pánico son más frecuentes en las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los trastornos y ataques de pánico, los trastornos de ansiedad generalizada y las fobias parecen ser los trastornos de ansiedad más asociados con el asma. Así mismo hay una asociación entre depresión y ansiedad en la obesidad y la depresión es común en trastornos musculoesqueléticos crónicos (hasta un 33% en las mujeres y más del 20% en los hombres con artritis pueden tener depresión comórbida)

La presencia de una comorbilidad entre condiciones crónicas y trastornos mentales implica para los pacientes:

- Peores resultados clínicos, menor calidad de vida y reducción de la capacidad para manejar con eficacia los síntomas físicos. Por ejemplo en personas con diabetes, los problemas de salud mental comórbidos se asocian con, peor control glucémico, más complicaciones y menor adherencia a la medicación. Los niños con diabetes tipo 1 son más propensos a sufrir retinopatía si también tienen depresión. O en personas con EPOC se asocian con peor estado de salud y falta de aire. O la tasa de mortalidad de las personas con asma y depresión son el doble de las personas con asma solo, sin trastorno mental asociado.

- Presentar comportamientos nocivos para la salud, como falta de actividad física, no seguir los regímenes, no dejar de fumar, bajas tasa de seguimiento de las citas médicas y menor adherencia al tratamiento.
- En cuanto a la calidad de vida presentan más discapacidad que el correspondiente al nivel de gravedad de su enfermedad física.

También implica costes para el sistema, tales como un aumento del uso de los servicios (rehospitalizaciones, consultas en atención primaria por quejas físicas etc.), además los costes son mayores en relación a los días de baja por enfermedad o por mortalidad prematura.

7. Desarrollo de estrategias para mejorar la salud mental en pacientes con patologías crónicas

Promover servicios integrados, formas integradas de trabajo y formación e investigación integradora, lo que conllevará:

- Desarrollar los servicios sociosanitarios.
- Garantizar una atención integrada en el continuo asistencial
- Implantar una atención comunitaria transversal que garantice la continuidad de cuidados en el domicilio habitual de las personas con la implicación de los equipos de atención primaria, red de salud mental y servicios sociales.
- Rediseñando el servicio de ayuda a domicilio con la co-participación de los servicios sociales y la atención domiciliaria sanitaria.
- Facilitar la coordinación sociosanitaria, dotando a la red asistencial de los profesionales necesarios para ello, tanto en la red de atención primaria como en la de salud mental, consensuando procedimientos de actuación conjunta en las mejores condiciones de garantía de cuidados.
- Incluir en el diseño de modelos de atención a pacientes con condiciones crónicas de salud la intervención psicosocial por parte del equipo que atiende al paciente (por ejemplo Programas de terapia cognitivo-conductual dentro de programas de rehabilitación cardiacos, respiratorios etc. aplicados por el personal sociosanitario previamente entrenado).
- Incorporando nuevas tecnologías de información y comunicación, pudiendo ayudarse incluso de la psicoterapia asistida por ordenador que se podría complementar con el contacto presencial.
- Crear e implementar el desarrollo del modelo de psiquiatría de enlace con atención primaria.

- Potenciar la atención mediante la metodología de gestión de casos como elemento fundamental para la coordinación sociosanitaria.
- Determinar estrategias para implantar un modelo de atención a determinados colectivos en situación o riesgo de exclusión social.
- Identificar los problemas que puedan impedir a los colectivos en situación o riesgo de exclusión social el acceso a los recursos de forma normalizada.
- Reforzar los servicios y prestaciones de carácter socioeducativo y laboral en la atención a personas en riesgo o situación de exclusión social.
- Impulsar la creación de un servicio de apoyo a las personas sin hogar y que presenten enfermedades crónica y/o de salud mental.
- Reorganizar y mejorar la atención a personas con problemas de salud mental y que a su vez presenten otras enfermedades crónicas.
- Potenciar los programas de alta intensidad de cuidado en su entorno habitual de residencia, disponiendo de los recursos necesarios y desarrollando programas de apoyo a las personas y a las familias.
- Analizar y desarrollar de forma multidisciplinar el abordaje más adecuado de las necesidades de tratamiento de colectivos específicos tales como personas con trastorno grave de conducta asociado a discapacidad intelectual y otras enfermedades crónicas.
- Implantar un sistema de información y comunicación en el que confluyan los sistemas sanitario y social.
- Promover la formación, la investigación y la innovación en el espacio sociosanitario

8. Conclusiones

- El bienestar de la persona tiene una relación directa con su entorno. A diferencia de la felicidad, el bienestar es instrumental y podemos influir directamente sobre el para que actúe como elemento favorecedor del desarrollo del cuidado humano. Ética de las organizaciones.
- El derecho a la autonomía de la persona en la toma de decisiones sobre su propio cuidado es la garantía del cumplimiento de sus deseos y de la protección de la vulnerabilidad. El reconocimiento de la integridad física y moral de la persona conlleva la expresión de “vida digna”, en las personas que presentan una patología crónica encontramos mayor necesidad de preservar este reconocimiento de integridad.

- Las enfermedades mentales y físicas están entremezcladas. Muchos pacientes que sufren de una enfermedad mental también sufren dolencias físicas, ya sea como consecuencia del tratamiento que reciben o como parte de la complejidad de la enfermedad misma. Con frecuencia la atención sanitaria no ofrece un enfoque integrado adecuado con respecto a la atención de ambas. La persona suele recibir atención para su enfermedad mental y para la física en espacios diferentes, como consecuencia la atención es fragmentada o incompleta y la persona no recibe la atención integrada apropiada, lo que puede llevar a una esperanza de vida menor, con una peor calidad de vida. Muchas personas que viven con una enfermedad mental grave también tienen problemas físicos crónicos coexistentes, el efecto de cada dolencia produce peores resultados en la salud del paciente.
- Promocionar y cuidar de la calidad de vida en las personas con enfermedades crónicas, es uno de los retos más inmediatos de las políticas sanitarias y sociales. La calidad de vida en estas situaciones implica necesariamente el apoyo sanitario, social y familiar tanto para las personas que desean continuar viviendo en la comunidad como las que por diversas razones optan o se ven obligados a hacerlo en centros residenciales, la promoción del autocuidado se hace difícil y es importante potenciar la capacidad que pueden ir conservando así como proporcionarles estrategias que suplan sus déficits en aumento.
- Se evidencia la preferencia de los cuidados domiciliarios frente al ingreso en instituciones residenciales.
- Es necesario idear nuevas vías de apoyo a la familia o cuidadores informales.
- Para una mayor adherencia al tratamiento, una mejor recuperación y mantenimiento de los cuidados adecuados, es necesario tener en cuenta en el diseño de intervención al paciente y a su cuidador.
- Avanzar en la coordinación en los cuidados –que engloba la propia coordinación sociosanitaria– es esencial para asegurar un continuo asistencial y proporcionar, por tanto, un mayor nivel de calidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- La necesidad de abordar las carencias del personal (profesionales) en el cuidado formal de atención a la población que presenta patologías crónicas.
- El derecho a la autonomía de la persona en la toma de decisiones sobre su propio cuidado es la garantía del cumplimiento de sus deseos y de la protección de la vulnerabilidad. El reconocimiento de la integridad física y moral de la persona conlleva la expresión de “vida digna”. En las personas que

presentan una patología crónica encontramos mayor necesidad de preservar este reconocimiento de integridad.

Toda persona con una condición crónica de salud presenta con mayor frecuencia un trastorno mental que es preciso detectar y sobre el que es preciso intervenir de forma precoz y prioritaria.

9. Bibliografía

- OMS “Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio”
- Ararteko. Informe Extraordinario al Parlamento Vasco. *Atención Sociosanitaria: Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos.*
- Velázquez Mendoza M.J; Balcázar Nava P.; Vivencia personal de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2.XII Congreso Virtual de Psiquiatría. Com. Interpsiquis 2012
- Escudero-Carretero MJ.; García-Toyos N.; Prieto-Rodríguez M.A.; Pérez-Corral O.; March-Cerdá J.C.; López-Doblas M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatol.Clin.* 2010; 6: 16-22
- Artills JJ(Superv); Novell AJ; Navarro M.D. (Dir.Tec.); Cirera M.(Trab, cvampio y análisis cualitativo)”Necesidad y demanda del paciente oncológico” FUNDSIS. Barcelona 2003
- World Federation for Mental Health La salud mental y las enfermedades físicas crónicas. La necesidad de atención constante e integrada. 2010
- Taylor Ch.;Parsonage M.;McDaid D.;KnappM.;Fossey M.;Galea A.;*Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities.* The King’s Fund and Centre for Mental Health 2012
- Elosegui E. y otros. Osteba “La Gestión del Paciente Mayor con Patología Crónica” Proyecto de Investigación Comisionada” 2008.
- Fernández J.N. IMSERSO. “La Coordinación Sociosanitaria en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia” I Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida 2007.
- Kirmayer LJ Robbins JM, Dworkind M, Yaffee MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150:734-741
- Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J: An international study of the relation between somatic symptoms and depression. : *N Engl J Med* 1999; 341:1329-1335
- Orihuela Villameriel, Teresa; Gómez Conejo, Pablo y otros (2003): Población con enfermedad mental grave y prolongada. IMSERSO, Madrid.

- Querejeta González, Miguel (2004): Discapacidad / Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. IMSERSO, Madrid.
- Martínez Fenollar, Sandra, *et al.* "El domicilio familiar como espacio de encuentro terapéutico". Comunicación XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Bilbao, 2004. Publicado en el libro del congreso.
- Sales, Rafael. "Continuidad de cuidados domiciliarios". Ponencia del XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Bilbao, 2004. Publicado en el libro del congreso.