



## **LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS**

Morillo Garay Mariflor<sup>1</sup>

1. Psiquiatra. Psicoanalista

### **RESUMEN**

El objetivo del presente trabajo es, el abordaje de los trastornos mentales presentes en las condiciones médicas crónicas y su diagnóstico precoz. La aplicación de guías clínicas y protocolos en cuanto a las distintas opciones y distintos modelos de tratamiento, que se están probando a nivel mundial.

### **ABSTRACT**

The objective of this article is, approaching the conclusions obtained for mental disorders, present in chronic medical conditions, and its early diagnosis. The application of clinical guidelines and protocols regarding different treatment options and methods, that are being tested worldwide.

# LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS

## INTRODUCCIÓN

Hay pruebas crecientes de que el apoyo prestado a personas con condiciones crónicas de salud y trastornos mentales comórbidos puede hacer mejorar ambas esferas, así como reducir los costes excesivos asociados a la comorbilidad. Al tratarse como problemas separados las enfermedades mentales y físicas, los problemas de salud mental comórbidos en las personas con enfermedades físicas crónicas no se detectan y donde se detectan, el apoyo prestado a menudo no es eficaz si no se vincula o es coordinado con la atención a los problemas físicos<sup>i</sup>.

Los trastornos mentales comórbidos más frecuentes son la depresión y la ansiedad. En un estudio epidemiológico multicéntrico y multicultural, coordinado por la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud<sup>ii</sup> 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, y 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.

## DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO

En cuanto al diagnóstico del trastorno mental, en la depresión nos podemos encontrar con los siguientes casos:

- que sea diagnosticada y tratada, siguiendo o no las pautas de alguna Guía clínica.
- Que sea diagnosticada pero no tratada.
- Que no sea diagnosticada ni tratada.

¿cómo se explican todas estas posibilidades?. Como nos dicen M. Stanners y Ch. Barton, (2012)<sup>iii</sup>, puede ser que se haya diagnosticado la depresión pero que se mantenga sin tratamiento por múltiples razones, entre ellas las siguientes:

- Que haya demandas competitivas durante el tiempo de consulta: al ser limitado el tiempo para consulta en atención primaria, se puede presentar la depresión junto con las enfermedades crónicas físicas y se puede priorizar el tratamiento de estas últimas. El paciente da más importancia a los síntomas físicos y puede no estar dispuesto a hablar de su salud mental. Los médicos pueden no estar dispuestos a plantear la cuestión del tratamiento de la depresión si el paciente no se ha quejado de sufrimiento psicológico.
- Por otro lado puede estar la resistencia del paciente a discutir sobre el diagnóstico de depresión o a aceptar el tratamiento. Esto es una dificultad, puesto que muchos niegan o

## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS

normalizan los síntomas depresivos o los atribuyen a la enfermedad física; y la participación del paciente es necesaria para el éxito del tratamiento de la depresión.

- El miedo a la polifarmacia, a los efectos de los antidepresivos
- Que tengan un acceso limitado a tratamientos y servicios

Puede ser que no se diagnostique la depresión. Es más frecuente que dos o más enfermedades crónicas se den juntas a medida que avanza la edad del paciente, y la sintomatología de la depresión es diferente en los adultos mayores. Sus quejas más frecuentes pueden ser: irritabilidad o abatimiento, pérdida de interés por las actividades que antes les eran placenteras, y también muy frecuentemente síntomas somáticos que complican el diagnóstico. Síntomas tales como: baja energía, falta de apetito, pérdida de peso o el deterioro cognitivo que pueden estar relacionados con la depresión, con la enfermedad o con ambas. También pueden aquejar síntomas sin explicación médica o mayores niveles de dolor.

Por tanto, cuando una enfermedad crónica está presente, la depresión corre el riesgo de no ser diagnosticada o tratada.

Otro de los problemas para los médicos generalistas, de los que se han ocupado diversos autores (Volkers, Nuyen et al. 2004; Barley, Murray et al. 2011) es: detectar la depresión y la angustia y diferenciarla de los problemas sociales y la respuesta natural a la enfermedad. Algunos médicos ven la depresión en los pacientes con comorbilidad, como una respuesta natural a la enfermedad y a la discapacidad. De esta forma pueden dejar de reconocer la depresión clínica y suspender o no instaurar, el tratamiento al normalizar y justificar la depresión.

### TRATAMIENTO

Katon W.J. 2011,<sup>iv</sup> nos dice que tanto las psicoterapias basadas en la evidencia como los fármacos antidepresivos son tratamientos eficaces en la depresión y que los modelos de atención en salud de tipo colaborativo<sup>v</sup>, han demostrado ser una forma efectiva para dar tratamiento a grandes poblaciones de pacientes con depresión y enfermedades médicas crónicas en atención primaria.

La Guía clínica NICE en sus recomendaciones sobre identificación, tratamiento y manejo de la depresión en adultos mayores de 18 años, que tienen a su vez un problema crónico de salud física (como cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, trastornos musculoesqueléticos, respiratorios o neurológicos)<sup>vi</sup> hace recomendaciones para reducir el número de personas con condiciones crónicas que desarrollen problemas de salud mental, o si lo tienen detectarlos y tratarlos:

- **Un enfoque preventivo**, por el cual las personas con condiciones crónicas deben ser un objetivo prioritario de los enfoques en salud pública y tener una orientación hacia la salud mental. Para los que tienen empleo, el lugar de trabajo es importante para promover la protección y promoción de la salud mental.

## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS

- **La detección precoz de la comorbilidad**, ya que los casos de depresión entre las personas con enfermedades físicas pasan desapercibidas y no son tratadas. Hay que procurar una detección activa de casos, porque tanto los pacientes como los profesionales tienden a centrarse en los síntomas físicos.
- **Integración de la salud mental en los programas de gestión de las enfermedades crónicas** y utilización de intervenciones estándar tales como: tratamientos con antidepresivos y/o terapia cognitivo-conductual (CBT por sus siglas en inglés). Los mejores resultados no se obtienen sumando intervenciones o tratamientos sino mediante la integración de los mismos.
- **Las intervenciones pueden ser adaptadas e integradas en el marco de programas de rehabilitación** diseñados para apoyar a las personas en la gestión de su enfermedad. Ejemplos: Añadir un componente psicológico en los programas de rehabilitación pulmonar de la EPOC, con paquetes de CBT proporcionados por una enfermera entrenada en ello y que puede reducir la ansiedad en estos pacientes, mejorando y reduciendo las exacerbaciones e ingresos innecesarios (NICE, 2009). También fue eficaz un programa de gestión de la enfermedad cardiovascular y trastorno bipolar para auto-controlar la afección médica y psiquiátrica. Las intervenciones basadas en la CBT pueden mejorar la adherencia al tratamiento, el ajuste psicosocial, habilidades de afrontamiento y la calidad de vida, así como reducir el uso de los servicios de salud. Los paquetes informáticos disponibles pueden ser incluidos como un componente de los protocolos de autocontrol de las enfermedades crónicas (NICE 2006). Pueden ser ventajosos para las personas renuentes a aceptar sus necesidades en salud mental y aquellas que tengan una movilidad reducida, como por ejemplo, las personas con EPOC.
- **Apoyo al autocuidado**: Las personas con problemas de salud mental comórbidos pueden ver reducida su capacidad para el autocuidado, será pues necesario la remisión e inclusión en programas de soporte a la autogestión. También se pueden beneficiar del apoyo de compañeros.
- **La integración de la salud mental en atención primaria**: mejorar el apoyo a la salud mental y psicológica de las personas con enfermedades físicas crónicas, no puede convertirse en derivar a un gran número de ellas a los servicios especializados en salud mental; lo que se necesita es un enfoque integrado desde atención primaria. Es un argumento para el trabajo estrecho entre especialistas en salud mental y atención primaria. Hay varios ejemplos a través de distintos programas a nivel internacional (*Intermountain's mental health integration programme; Collaborative care for people with co-morbid mental health problems, Primary Care Psychological Health in Kensington and Chelsea*).
- Los elementos clave del **modelo de cuidado colaborativo** incluyen: un encargado del caso y responsable de la coordinación entre los diferentes componentes de la atención; un plan de atención estructurado y compartido con el paciente; un seguimiento sistemático; un enfoque multiprofesional que permita un trabajo estrecho entre primaria y especializada; la

## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS

- educación del paciente y apoyo a la autogestión; cambios en el enfoque de atención, limitando las intervenciones más intensivas para los que no responden a la atención inicial.
- **Soporte integrado en casos agudos. La importancia de la psiquiatría de enlace:** La comorbilidad con problemas de salud mental es altamente prevalente en los hospitales. Los servicios de psiquiatría de enlace desempeñan un papel crucial en la identificación y apoyo, mientras las personas están hospitalizadas. Además de las funciones de evaluación y tratamiento, tienen el papel de entrenar al personal en habilidades en salud mental y su difusión.
  - Mejorar la atención a personas con condiciones crónicas y comorbilidad con problemas de salud mental puede requerir más **trabajo no sólo entre servicios de atención en salud mental y física, sino también con servicios sociales**, salud pública y una amplia gama de otros servicios de apoyo social. Las organizaciones de voluntarios del sector pueden trabajar en ese terreno, incluso mediante el soporte de los grupos de apoyo mutuo y los servicios inter pares.
  - Necesidad de un mejor **sistema de recogida de datos** para que los grupos clínicos tengan una comprensión más detallada del problema y donde recaen los costes. Lo que se podría hacer mediante la extensión del registro de enfermedades crónicas para que incluyese información sobre problemas comórbidos de salud mental.
  - Los profesionales de la atención primaria y secundaria deben tener la oportunidad de **desarrollar habilidades básicas en salud mental** adecuadas al escenario donde trabajan. Para ello, están disponibles una serie de programas de capacitación y herramientas de consulta.
  - Para que se den los cambios necesarios se requiere la **participación activa de las personas que trabajan con la enfermedad física crónica y los profesionales de atención social** necesitarían desempeñar un papel en la prestación integral de servicios a las personas con necesidades complejas

Además de estas consideraciones generales en el tratamiento de los trastornos mentales comórbidos con enfermedades físicas crónicas, que podrían ser aplicables en nuestro medio adaptándolas a nuestro Sistema Nacional de Salud, es importante destacar algunas pautas de tratamiento.

De nuevo, la Guía Clínica del NICE, nos explica en la introducción las recomendaciones sobre la identificación, tratamiento y manejo de la depresión en mayores de 18 años con un problema crónico de salud física.

Define como síntomas centrales en la depresión, el estado de ánimo deprimido y/o la pérdida de placer en la mayoría de actividades. Y la retroalimentación y bi-direccionalidad del problema de salud y la depresión, siendo probable un mayor deterioro funcional cuando se dan ambos. Otra cuestión a tener en cuenta es la gravedad de la depresión y el número de síntomas, presentes durante un tiempo

## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS

determinado. (por ejemplo, durante dos años en el caso de la distimia, o durante meses pero de baja intensidad en los "síntomas subdepresivos subliminales").

También aborda la dificultad de evaluar algunos síntomas que son comunes a los trastornos mentales y físicos, como por ejemplo la fatiga. Explica así mismo, la decisión del Grupo de Desarrollo de la Guía de la adopción de los criterios diagnósticos de la DSM-IV, en la que el umbral para la depresión leve es más alta que en el CIE-10 y el grado de deterioro funcional debe hacerse de forma rutinaria antes del diagnóstico.

La importancia de considerar una amplia gama de factores psicológicos y sociales que tienen un impacto significativo tanto en el curso de la depresión como en la respuesta al tratamiento. Por lo que se deben considerar tanto los antecedentes personales como familiares antes de realizar el diagnóstico. El tratamiento de la depresión en personas con un problema crónico de salud física tiene el potencial de aumentar la calidad y la esperanza de vida. Siempre que sea posible, el objetivo será obtener la remisión de la misma, es decir, el alivio completo de los síntomas.

Además de la importancia de la existencia de depresión, su gravedad, el tiempo de duración etc. algo que destaca la Guía NICE y que es relevante al contar con uno de los principios éticos de la atención clínica es, la **atención centrada en el paciente**, entendiéndose por ello que el tratamiento debe tener en cuenta las necesidades y preferencias del paciente, que pueda tomar decisiones informadas, (incluyendo decisiones y declaraciones anticipadas) en colaboración con sus médicos. La colaboración entre médicos y pacientes debe apoyarse en información escrita basada en la evidencia y a la medida de las necesidades del paciente; ser culturalmente apropiadas, accesibles a las personas con necesidades adicionales y a las que no hablan o leen inglés.

Prioridades clave para la implementación:

- **Evaluación exhaustiva de la depresión** basándose no solo en el número de síntomas, sino también en el grado de deterioro/discapacidad funcional asociada, y duración del episodio.
- **Realización de intervenciones efectivas por profesionales competentes.** Las intervenciones psicológicas y psicosociales deberán basarse en el tratamiento procedente de manuales relevantes, que guíen la estructura y duración de la intervención.
- **Identificación de casos y reconocimiento:** Estar alerta ante una posible depresión, sobre todo, en pacientes con antecedentes de depresión o una enfermedad crónica con deterioro funcional asociado y preguntar a los pacientes:
  - Si durante el último mes se ha sentido triste, deprimido y sin esperanza
  - Si a menudo se ha sentido con poco interés o placer haciendo cosas (que antes sí se lo producían).
- **Intervenciones psicosociales de baja intensidad:** para pacientes con síntomas depresivos subliminales persistentes, o depresión de leve a moderada y un problema crónico de salud física. Se ofrecen al paciente los siguientes programas:

## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS

- Programa grupal de actividad física estructurada
  - Programa (auto ayuda) de apoyo mutuo grupal entre iguales, basado en los principios de la terapia cognitivo conductual (cognitive behavioral therapy: CBT)
  - La terapia cognitivo-conductual computarizada (CCBT)
- **Tratamiento para la depresión moderada:** se ofrecen al inicio las intervenciones psicológicas de alta intensidad (CBT grupal o individual y terapia conductual de parejas)
- **Fármacos antidepressivos:** no se utilizan de forma rutinaria para tratar síntomas depresivos subliminales o leves en pacientes con un problema crónico de salud física (relación riesgo/beneficio es escasa), pero se considera el tratamiento con estos fármacos cuando los pacientes tienen:
- antecedentes de depresión moderada o grave
  - depresión leve que complica la atención del problema físico de salud
  - presentación inicial de los síntomas depresivos subliminales que han estado presentes durante un largo periodo (al menos 2 años)
  - Los síntomas depresivos subliminales o depresión leve que persisten después de otras intervenciones
- **Cuando se prescriba un antidepressivo, se debe tener en cuenta lo siguiente:**
- la presencia de trastornos físicos adicionales
  - los efectos secundarios de los antidepressivos que pueden tener un impacto sobre la enfermedad física subyacente (por ejemplo ISRS que pueden exacerbar la hiponatremia, especialmente en las personas mayores)
  - No hay evidencia que apoye el uso de antidepressivos específicos en pacientes con problemas crónicos de salud física concretos.
  - interacciones con otros medicamentos
- **Cuidados colaborativos:**

En la Guía se establece ,en los cuidados de las personas con depresión y un problema crónico de salud física, una atención escalonada en cuatro pasos, estableciendo a través de los mismos, distintos niveles en el enfoque de la intervención y su naturaleza.

Por ejemplo:

Paso 1: Todas las presentaciones sospechosas y conocidas de depresión

## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS

Paso 2: Síntomas depresivos subliminales persistentes y depresión de leve a moderada.

Paso 3: Síntomas de depresión subliminal persistente o depresión de leve a moderada con respuesta inadecuada a las intervenciones iniciales. Depresión moderada y grave.

Paso 4 : La depresión grave y compleja con riesgo para la vida, la autonegligencia grave.

Enfoque de la intervención	Naturaleza de la intervención
PASO 4 : La depresión grave y compleja [a] ; con riesgo para la vida , la autonegligencia grave	Medicamentos, intervenciones psicológicas de alta intensidad, terapia electroconvulsiva, servicio en crisis los tratamientos combinados atención multiprofesional y hospitalización.
PASO 3 : los síntomas de depresión subliminal persistente o la depresión de leve a moderada con respuesta inadecuada a las intervenciones iniciales ; la depresión moderada y grave	Medicamentos, intervenciones de alta intensidad psicológica, los tratamientos combinados atención colaborativa [b ] y remisión para su posterior evaluación e intervención
PASO 2 : síntomas depresivo subliminales persistentes, depresión de leve a moderada	Intervenciones psicosociales de baja intensidad, intervenciones psicológicas, medicación y remisión para una evaluación adicional e intervenciones
PASO1 : Todas las presentaciones sospechosas y conocidas de la depresión	Evaluación, apoyo y monitorización activa de la psicoeducación y remisión para su posterior evaluación e intervenciones.
<p>[a] incluye la depresión compleja, que muestra una respuesta inadecuada a múltiples tratamientos, se complica por síntomas psicóticos , y / o se asocia con significativas comorbilidades psiquiátrica o factores psicosociales</p> <p>[b] Sólo para la depresión cuando la persona también tiene un problema crónico de salud física y deterioro funcional asociado (ver " La depresión en los adultos con un problema de salud física crónico: el tratamiento y la gestión " [ NICE clinical guideline 91]</p>	

Vemos que no es tan taxativo, como se afirma por algunos autores, (Stanners M. y Barton Ch., 2012 y otros citados por ellos como: Montano 1999 y Frazer, Christensen et al. 2005 en pacientes de edad avanzada) que el tratamiento antidepressivo sea el recomendado como de primera elección. Parece más adecuado que se sigan los pasos indicados en la Guía anteriormente citada y adaptado al tipo de depresión diagnosticada, ya que en personas con multimorbilidad y edad avanzada, la polifarmacia y los efectos secundarios de los fármacos son preocupaciones importantes. Lo que hace que aumente la renuencia de los médicos a prescribirlos y de los pacientes a probarlos. Por otro lado, el incumplimiento es una barrera para el tratamiento de la depresión. Zivin y Kalen (2008), observaron que el rango de no adherencia en pacientes ancianos con depresión variaba entre un 40-75%. La identificación de las preferencias del tratamiento, la resistencia a ver la depresión como una enfermedad



## **LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS**

médica, el apoyo social, el coste del tratamiento y el estigma son factores que afecta a la falta de adherencia. Experiencias negativas anteriores, el miedo a las reacciones adversas, el temor a la adicción a los antidepresivos y la polifarmacia impactan negativamente en la adherencia a la medicación<sup>vii</sup>.

### **DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS**

#### **Intervenciones psicoterapéuticas a través de Internet**

Entre los programas que se usan en el tratamiento de la depresión, que acompaña a veces a los trastornos físicos crónicos, están la terapia cognitivo conductual computerizada, es decir a través de Internet, lo que nos ha llevado a un artículo sobre el tema de las intervenciones psicoterapéuticas a través de Internet<sup>viii</sup>.

Hay tratamiento psicoterapéuticos que se administran a través de este medio y en los que al menos alguna tarea terapéutica se delega en un ordenador. Los modelos más investigados son la psicoterapia cognitivo conductual por Internet (ICBT por sus siglas en inglés) y en menor grado la psicoterapia psicodinámica e interpersonal.

En cuanto a la ICBT, los pacientes pueden registrarse en una página Web segura, durante un determinado periodo, y leer y descargar materiales en línea dispuestos por módulo o lecciones. En ellos se asignan tareas y cuestionarios en relación con los problemas principales.

Hay programas automatizados que no incluyen relación interpersonal y en otros hay intervenciones terapéuticas con un profesional. Las intervenciones que conllevan contacto con el terapeuta pueden ser sincrónicas (teléfono, video, mensajería) o asincrónicas (correo electrónico). También se puede utilizar una combinación de ambas.

Ventajas y desventajas que conllevan:

- Reclutamiento de los pacientes: se puede hacer a través de publicidad y en promociones online y tradicionales, por medio de encuestas epidemiológicas, de páginas Web y de forma menos frecuente remitidos por médicos. Una de las ventajas de la remisión por el propio paciente puede ser, que personas que dudan en consultar y no han acudido a una clínica, utilicen este medio. Se ha cuestionado si los pacientes son más cultos o están más motivados que los que acuden a la clínica. Según la experiencia de los autores los pacientes que utilizan tratamientos aplicados por Internet pertenecen a una amplia gama en cuanto a grados de cultura y tienen una amplia variedad de experiencias previas en servicios de salud mental. Hay indicios de que los participantes en estudios de Internet son más similares a las personas de la población general.

## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS

También se dispone de estudios de eficacia de ICBT en ámbitos clínicos normales que demostraron efectos prometedores de la misma.

### - Ventajas y desventajas de las Evaluaciones y diagnósticos basados en Internet:

#### **Ventajas:**

1. Reducir el riesgo de pasar por alto algunos aspectos y resaltar cuestiones decisivas (por ejemplo riesgo de suicidio) de forma automática.
2. Generar puntuaciones totales y crear algoritmos para vigilar los progresos, por parte de los terapeutas. E intervenir en caso de fallos
3. Reducción de costes inherentes

#### **Desventajas:**

1. Cuestiones de seguridad (almacenamiento de datos y recopilación de los mismos)
2. Dificultad para verificar la exactitud de las respuestas (se puede pedir al paciente que las confirme) y obtener información adicional (adopción de protocolos que precisan el contacto telefónico cuando hay indicaciones clínicas). Necesidad de implementarlo dentro de un modelo que reconozca las cuestiones legales y de consentimiento informado.
3. Límites del diagnóstico a través de Internet. Si es necesaria una reevaluación diagnóstica en una clínica, se pueden reducir algunas de las ventajas. En investigación se llevan a cabo entrevistas psiquiátricas estructuradas por vía telefónica, puede ser mejor que no establecer ningún diagnóstico, pero tiene la desventaja de no ver al paciente y perder la información. Parece ser necesario establecer protocolos clínicos de tal forma que ante la complejidad de los síntomas se exijan evaluaciones directas que permitan abordar aspectos relacionados con la precisión diagnóstica.

En relación con la inclusión del componente psicológico en los programas de rehabilitación en enfermedades crónicas, se ha planteado como una mezcla entre la entrega presencial por parte de una enfermera entrenada y la posibilidad de utilizar paquetes informáticos de terapia cognitivo-conductual disponibles y que pueden ser incluidos como un componente de los protocolos de autocontrol de las condiciones crónicas.

Es un terreno abierto a interrogantes sobre, el papel que desempeña el terapeuta, como se establece la alianza terapéutica, para que tipo de trastornos puede ser más efectivo etc. Pero ahora hay suficientes estudios y un apoyo considerable para utilizar Internet para proporcionar psicoterapia

## **LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS**

de los trastornos mentales frecuentes basada en la evidencia. Este campo ha evolucionado hasta el punto de que hay clínicas que están proporcionando estos servicios como parte de la atención sanitaria. Otro posible campo de desarrollo e investigación es la exploración de quién se puede beneficiar más de este tipo de tratamiento, como integrarlos con los servicios existentes y las estrategias óptimas para combinar las intervenciones por Internet y la medicación.

### **Necesidad de contar con un marco político adecuado en la intervención de las enfermedades crónicas**

Es importante tener en cuenta el papel que desempeñan los problemas de salud mental en la exacerbación de la salud física y el aumento de los costes de servicios en distintos niveles. Una de las formas de conseguir mejorar las intervenciones y que fuesen más coste-efectivas es trabajar bajo modelos de servicios integrados.

Sería necesario incluir como indicador de calidad el cuidado de las personas con condiciones crónicas y complementarlo con el indicador de mortalidad prematura entre las personas con enfermedad mental grave.

Tener en cuenta incentivos para los profesionales que recojan los problemas comórbidos de enfermedad mental de manera sistemática y que participan en este tipo de cambio en la clínica y en el registro, así como a los profesionales de la salud mental que mejoran la capacidad de atención primaria y otros lugares del sistema.

Organizar grupos clínicos para avanzar en la mejora de la atención a personas con condiciones crónicas y problemas comórbidos de salud mental.

Evaluar los resultados de los modelos de servicios de salud mental integrada, para valorar las diferentes formas de atención.

En sus conclusiones, el documento de *Long-term conditions and mental health. The cost of comorbidities*, nos dice:

- El cambio hacia la autogestión de la enfermedad crónica y la reducción de la demanda de atención formal tiene el riesgo de fracasar sino se reconoce que, muchas de las personas están afectadas de forma comórbida por problemas emocionales o de salud mental y que pueden tener reducida su capacidad y motivación para la autogestión.
- Los costes de los problemas comórbidos de salud mental son grandes, se calcula que en Reino Unido 1 de cada 8 libras gastadas en las condiciones crónicas está vinculada a la mala salud mental. Un apoyo más integral podría mejorar los resultados.
- Necesidad de cambios en los modelos actuales de servicios orientados a enfermedades individuales y no a la coordinación, cuando hay un creciente número de personas con múltiples problemas de salud.
- Se necesita fortalecer la comunicación entre los que cuidan la salud mental y física

## LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS Y MENTALES (II). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DESAFÍOS Y NUEVOS PLANTEAMIENTOS

- Los organismos nacionales deben crear un marco normativo favorable para recompensar y valorar los resultados de mejora para las personas con problemas combinados de salud mental y física.

### BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>i</sup> Naylor Ch.; Parsonage M.; McDaid D.; Knapp M.; 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.

<sup>ii</sup> Üstün T, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. 1995. London; John Wiley & Sons.

<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> Wayne J. Katon.: Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2011; 13: 7-23 [www.dialogues-cns.org](http://www.dialogues-cns.org)

<sup>v</sup> Jürgen Unützer et al. The collaborative care model: an approach for integrating physical and mental health care in medicaid health homes. Health Home. Information resource center. May 2013. [www.medicaid.gov](http://www.medicaid.gov)

<sup>6</sup> NICE clinical guideline 91. Depression in adults with a chronic physical health problem. Treatment and Management October 2009. [www.nice.org.uk/accreditation](http://www.nice.org.uk/accreditation)

<sup>vii</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>viii</sup> Andersson G.; Titov N.: Ventajas y limitaciones de las intervenciones terapéuticas para los trastornos mentales frecuentes por medio de Internet. *World Psychiatry* 2014;13:4-11 (Ed. Esp.)12:1