



Acta de la sesión de la ANM del 12 de octubre de 2016

Simposio

La comorbilidad en psiquiatría es la regla y no la excepción.

Coordinador: Dr. Gerhard Heinze Martín

Introducción-Dr. Gerhard Heinze Martín

El Dr. Heinze resaltó que el tema del simposio sobre la comorbilidad, refleja un problema frecuente que se refiere a que las enfermedades físicas se asocian con trastornos mentales, como la depresión. Además señaló que en el caso de las enfermedades crónicas, tienen gran repercusión en la salud mental y muchas veces no son reconocidas como una causa, por lo que pueden complicar el caso clínico. Hizo un listado de todas las enfermedades físicas que cursan con depresión, como son la diabetes, las enfermedades del corazón, la obesidad, el Parkinson, los síndromes dolorosos, y muchas más. Enfatizó que en el manejo de las enfermedades mentales faltan políticas de salud, sobre todo al nivel primario de atención.

Comentó que participarían en la sesión ponentes muy distinguidos.

La mortalidad prematura de las personas con enfermedad mental grave.

Dra. María Elena Medina Mora, Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPs).

Al iniciar su participación, la Dra. Medina Mora agradeció la invitación para participar en el simposio.

Dijo que la mortalidad prematura asociada a trastornos mentales es una causa de muerte que no se contabiliza. Resaltó que se ha visto en países desarrollados en los que se ha estimado, que personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, o demencia, mueren de manera prematura. Comentó que las enfermedades mentales contribuyen con el 32% de pérdida de los días vividos sin salud, y que esto debe ser sumado a los días de vida saludable perdidos por el abuso en el consumo de sustancias. También resaltó que la mortalidad por suicidio no se contabiliza como asociada a trastornos mentales.

Alguno de los principales problemas asociados a las enfermedades mentales que redundan en muertes prematuras son el tabaquismo, la morbilidad asociada a los efectos adversos de los medicamentos que se usan para tratar los padecimientos mentales, como es la obesidad. Adicionalmente los enfermos mentales tienen una dificultad de comunicar sus padecimientos a los médicos. También hay que considerar que la



esquizofrenia sucede en edades tempranas, por lo que los pacientes viven muchos años teniendo que tomar los medicamentos

El riesgo relativo de morir prematuramente es 7 veces más en los enfermos mentales. En Dinamarca hay datos que cuantifican esta situación, pero también sucede en los países subdesarrollados.

La Dra. Median Mora comentó que si una enfermedad mental se combina con abuso de sustancias, el panorama es peor: Estas sustancias que empeoran el pronóstico incluyen por supuesto al tabaco, pero no así a la marihuana.

Si se compara la probabilidad de muerte de las personas en condición de calle (“homeless”) que tengan o no un trastorno psiquiátrico, se puede ver que los que no tienen un trastorno tienen una menor probabilidad de muerte.

En cuanto al tabaquismo resaltó que entre el 40 y el 60% de los enfermos mentales fuman. Para reducir el impacto del tabaquismo en la comorbilidad de los pacientes con enfermedades mentales, en el INPs se impide que los pacientes internados fumen y se les ponen parches con nicotina. Esta medida no redujo el ingreso. Asimismo, para combatir la obesidad de los internos se introdujo un programa de alimentación rica en verduras; con esta dieta los internos bajaron en promedio 2 kg, pero hay pacientes que redujeron 6 o 8 kg.

Otro factor que contribuye a la muerte prematura de los enfermos mentales son los accidentes, y que es frecuente que se autolesionen, y que tengan una conducta suicida. En este sentido, la Dra. Medina Mora comentó que se ha trabajado en la prevención de accidentes, pero que estos percances se han considerado menos que otras enfermedades, entre otras causas porque hay poca comunicación de los pacientes psiquiátricos con los médicos.

Resaltó que las metas del milenio no incluyeron las enfermedades mentales. Sin embargo, sí se toma en cuenta la reducción de las muertes prematuras, por lo que es necesario aplicar las medidas planteadas a las enfermedades mentales.

Asimismo dijo que es necesario contabilizar lo que está pasando en México, que hay que reducir el estigma de los enfermos mentales e implementar acciones simples para mejorar su salud de manera integral.

Otro factor que contribuye a las muertes prematuras de los enfermos psiquiátricos con las infecciones en instituciones en donde están hacinados y abandonados. En estos lugares en los que son reclusos hay también personas con deterioro cognitivo grave, que no son enfermos mentales. Es necesario tomar medidas para preparar la salida de los pacientes reclusos para que no se sumen a las malas condiciones. Se busca ahora el enfoque de que los pacientes con enfermedades mentales tengan un internamiento de



corta estancia. Resaltó el estudio del Dr. Madrigal en Jalisco, que mostró que es mucho más caro tener a los pacientes internados en instituciones.

Para terminar, la Dra. Medina Mora dijo que es necesario terminar las muertes excesivas, ya que la mayoría son prevenibles.

Diabetes y depresión: estudio internacional. Dr. Gerhard Heinze Martín

El Dr. Heinze presentó un estudio internacional sobre diabetes y depresión que se inició hace casi 2 años y que posiblemente se llevará a cabo por 3 años.

Presentó las 4 principales causas de discapacidad entre 300 enfermedades, que son la lumbalgia, la depresión, la enfermedad de los sentidos y la diabetes.

Enfatizó que el control de la diabetes en México es pobre ya que sólo el 6% con esta enfermedad tienen un tratamiento óptimo, del 38% al 56% tienen un tratamiento no adecuado, y el resto de los pacientes no reciben ningún tratamiento.

En el estudio reseñado se determinó la prevalencia e incidencia de un trastorno depresivo de una duración de 2 meses o más durante 12 meses de observación. Participaron 16 países entre los que están Argentina, Brasil y México. El estudio incluye 200 pacientes por país, y ya se cumplió el primer ciclo.

Los índices usados para medir la depresión son: MINI, PAID, Hamilton Depresión WHO-5 PHQ-9 .

Los resultados en el caso de México que incluye 120 mujeres y 74 hombres, se encontró que había 34 mujeres y 14 hombres con depresión lo que corresponde a 46 con comorbilidad de depresión y diabetes, según la prueba MINI. Si se usa la prueba Who 5 que es una escala de bienestar, hay más prevalencia y es significativa. En cuanto a la prueba PAID, que mide la angustia se encontró que los diabéticos deprimidos tienen mayor malestar que los que no tienen depresión. Los que tienen depresión tienen 54.2% neuropatía diabética y 30% sin depresión.

Se encontró además que hay una mayor falta de control de la diabetes en los pacientes que tienen depresión.

Como conclusión de la primera etapa, se tiene que los pacientes comórbidos con depresión y diabetes están subdiagnosticados y subtratados. Estos pacientes tienen un pobre control de la diabetes, menos adherencia terapéutica y menos comunicación con el médico.

Para terminar el Dr. Heinze recalcó que necesitamos un nuevo modelo para comprender los padecimientos emocionales del paciente diabético. El diagnóstico de la comorbilidad debe hacerse lo antes posible y darse un tratamiento integral del paciente. Enfatizó además que los médicos de primer nivel deben estar preparados para el tratamiento de la depresión como comorbilidad de la diabetes.



Necesidades de atención en salud mental para población de la tercera edad que acude a centros de atención primaria de la Ciudad de México (CDMX).

Dra. Shoshana Berenzon

Al iniciar su intervención, la Dra. Berenzon le agradeció al Dr. Heinze por la invitación a participar en el simposio. Comentó que presentaría la investigación que realizó en los servicios de primer nivel de la CDMX.

Asimismo dijo que para comprender la dimensiones del problema hay que considerar que a nivel mundial hay un envejecimiento de la población; hoy 20% de la población tienen más de 60 años, con lo que aumentará la prevalencia de depresión y demencia. Además se sabe que los adultos mayores con depresión tienen una frecuencia de 2 a 6 veces más de enfermedades crónicas, y que es frecuente el suicidio entre este grupo poblacional, llegando al doble que en adultos jóvenes, e sólo en segundo lugar que el suicidio en adolescentes. Se ha estimado que en el 2030 en México el grupo de edad de más de 65 años será el 15% de la población, por lo que se incrementará la presión sobre los servicios de salud.

Las enfermedades mentales en los adultos mayores tienen que ver con el abuso del alcohol, la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, y el deterioro cognitivo. Señaló que el sistema de salud no está preparado para contender con este problema.

En cuanto a los factores de riesgo para que los adultos mayores tengan una enfermedad mental, señaló los siguientes:

- El deterioro gradual de la capacidad física.
- La jubilación.
- La pérdida de estabilidad económica, y la pobreza que esto conlleva.
- El miedo de perder la independencia.
- La pérdida de sus amigos.
- El aislamiento
- El maltrato.
- Las mujeres son más vulnerables.

La Dra. Berenzon resaltó que en el primer nivel de atención, no hay un programa de salud específico que se enfoque a atender los problemas de salud mental en adultos mayores. En este grupo de edad sólo se consideran las adicciones y la violencia. Un problema adicional es que no hay geriatras, la atención recae en la familia, y no hay programas para atender a los familiares.

La Dra. Berenzon presentó los resultados de unos estudios que tenía como objetivo identificar la situación de la salud mental de 529 personas, adultos mayores (60 años o más). Para ello se realizó una encuesta y se aplicó en los Centros de Salud de la CDMX,



a una población de bajos recursos (con un ingreso mensual entre 1 y 2 salarios mínimos), que se encontraban en condiciones vulnerables; el 81.7% eran mujeres. La mayoría de los encuestados sí tenían pareja.

Las principales preocupaciones que se detectaron son:

- La falta de dinero.
- Los problemas con los hijos (ya sea que los han abandonado o los adultos mayores los seguían manteniendo)
- La falta de trabajo
- Las enfermedades crónicas.
- Sentirse solos (muchas mujeres viven solas)
- La inseguridad percibida en la zona.

La Dra. Berenzon presentó algunos relatos de los entrevistados para ejemplificar su problemática.

En las encuestas también se exploró qué hacen las personas mayores cuando tienen algún malestar. Se encontró que la mayoría se auto médica (desde un analgésico para un dolor de cabeza, hasta ansiolíticos), también consumen remedios caseros, acuden a ministros religiosos, o hacen ejercicio; sólo el 13% va al médico general cuando tiene un malestar.

Ante el cuestionamiento de por qué no hablan con el médico, se detectó que tienen reservas de que puedan solucionar los problemas que no son médicos, y consideran que la consulta médica no es el espacio adecuado para tratar sus pesares y angustias. También contribuye el estigma a los servicios de salud mental, y les da vergüenza hablar de sus problemas.

Nunca les han preguntado sobre su salud mental y consideran que los trastornos son parte de ir envejeciendo. Ya que no son debidamente diagnosticados, no se dan los medicamentos adecuados para los padecimientos que tienen; si acaso se les dan consejos y muy pocos se refieren a médicos especialistas que atiendan su problema de salud mental. Es necesario contar con un espacio para autoayuda y en el que se pueda realizar ejercicio.

Par terminar refirió los principales retos que hay que enfrentar:

- Se requieren programas que consideren los problemas de los adultos mayores.
- Hay que capacitar al personal para escuchar problemas de salud mental.
- Es necesario fomentar la promoción de la salud.



Estrategias para la identificación y tratamiento de trastornos mentales comunes en atención primaria. Dra. Rebeca Robles

La Dra. Robles afirmó que la enfermedad mental es una de las principales causas de carga de la enfermedad, y hay pocos profesionales para atender a los enfermos, de modo que hay una enorme brecha para el tratamiento.

Ante esta problemática la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto facilitar la identificación y el tratamiento de trastornos mentales en el primer nivel de atención. En el primer contacto es el escenario ideal para incrementar la frecuencia de identificación y tratamiento efectivo de personas con padecimientos mentales. Además resaltó que hay mejor impacto cuando los pacientes son tratados de enfermedades mentales de manera oportuna, y hay menos impacto de la enfermedad física.

La Dra. Robles presentó el desarrollo de herramientas basadas en evidencias, que son de utilidad clínica para el diagnóstico de enfermedades mentales. Relató que se ha hecho un esfuerzo para la identificación de estos trastornos mediante la prueba de Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, versión 11 (CIE-11). Se realizó una versión en español y se hicieron estudios de campo para validarla. Además, se llevó a cabo la capacitación del personal de primer nivel para la aplicación de este instrumento. Relató que ya hay una versión previa, pero a diferencia de la versión que se está probando, no se hizo para los clínicos de primer nivel.

Mediante este sencillo instrumento se pueden identificar qué necesitan los médicos de primer nivel para identificar los trastornos más frecuentes, como son la depresión y la ansiedad, o la presencia de malestar sin una explicación que es un signo de un trastorno mental y es muy frecuente. Comentó que mediante cinco reactivos se puedan tamizar depresión y ansiedad entre los pacientes que acuden a la consulta de primer nivel. Dijo que cuando se detectan síntomas somáticos sin explicación médica, se deben establecer constructos para no romper el diálogo terapéutico. El 80% de los pacientes con esta problemática tienen depresión y ansiedad. Por ello es muy importante fomentar el diálogo terapéutico para tratar esos padecimientos.

Por otra parte comentó que se determinó que estos reactivos sí funcionan, al comparar distintos países con CIE-11 y las entrevistas psiquiátricas altamente estructuradas, ya que los resultados obtenidos correlacionan muy bien.

La Dra. Robles enfatizó que hay tratamientos efectivos para la depresión y la ansiedad, pero es necesario capacitar a los médicos para que puedan prescribirlos. Este es el objetivo de la guía mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada, realizada por la Organización Panamericana de la Salud y la OMS**.



Existe una colaboración entre la Universidad Autónoma de Madrid y la UNAM que tiene como objetivo el evaluar el impacto de la capacitación en los médicos de primer nivel. Es importante que estos médicos se den cuenta de que si ya saben cómo pueden manejar un padecimiento mental, lo pueden aplicar en su práctica clínica. La mayoría de los médicos que se capacitaron mediante este programa pasaron de una actitud de contemplación, y después de la capacitación pasaron a la acción. Relató que el programa sigue en fases de evaluación para ver si realmente se implantó, además de seguir con la capacitación en el ISSSTE. Se busca formar a alumnos de pregrado para que se logre implementar en gran parte de los egresados. Este instrumento en línea y es fácil de implementarse.

Existen muchos retos en la capacitación de los médicos de primer contacto, como por ejemplo el definir cómo identificar, realizando pruebas de descarte para ver si no es trastorno bipolar, que debe ser referido a un especialista; o establecer cuándo se debe dar medicamentos, y cuándo no. El uso del instrumento descrito por la Dra. Robles es sin duda la mejor opción de capacitación para orientar a los médicos de primer contacto. Su aplicación podría reducir entre el 10% y el 30% de la carga que representa la depresión.

Un caso de comorbilidad psicopatológica-artística. Dr. Héctor Pérez Rincón

El Dr. Pérez Rincón se refirió a que la Dra. Kay Redfield Jamison (autora del libro *Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*, entre otros), señala a la bipolaridad como comorbilidad con la actitud artística.

Su presentación versó sobre el compositor napolitano de música sacra y madrigales Carlo Gesualdo Da Venosa, en el que su creatividad como músico se mezcló con expresiones de inestabilidad emocional muy marcadas. Hizo un relato de su biografía y comentó que su valor artístico es independiente de su patología.

Para terminar dijo que la más perturbadora de las comorbilidades es la que conjunta la fascinación con el horror.



Discusión y conclusiones.

- Una pregunta que se realizó a través del internet fue: ¿Qué nos pueden decir de la fobia social?

La Dra. María Elena Medina Mora comentó que generalmente no se identifica que es numerada dentro del DSM5, sin embargo no llega a la consulta, pero que se le puede ayudar considerablemente. Se sabe que aumenta el riesgo de adicción 3 veces en hombres y 10 veces en mujeres; se deberían de diagnosticar para prevenir males mayores.

- El Dr. Manuel de la Llatta comentó que ve con frecuencia a pacientes diabetes y deprimidos, y que ha notado que los que tienen neuropatía tienen más depresión. Su pregunta fue, si esto es la causa o consecuencia.

El Dr. Heinze le contestó que según los datos del estudio que presentó seguido a los 2 años, se puede ver que la neuropatía es una consecuencia de la depresión, ya que depende de la edad del paciente y se presenta por una falta de adherencia al tratamiento, pero los depresivos tienen menos adherencia que los pacientes diabéticos no deprimidos.

- El Dr. Miguel Cruz, preguntó si la depresión también es evidente en la familia y si depende de la edad del paciente.

El Dr. Heinze le contestó que los pacientes que se incorporaron al estudio en México estaban entre 35 y 55 años, y que la comorbilidad con la depresión depende también del tiempo de aparición de la diabetes.

- La Dra. Teresita Corona le preguntó al Dr. Heinze sobre si las baterías psiquiátricas que había utilizado medían la aparición de la demencia, ya que la depresión es uno de los primeros síntomas de muchas demencias. Por ello se debe poner una metodología que mida el deterioro cognitivo ya que se puede estar perdiendo esa comorbilidad.

El Dr. Heinze contestó que sólo se usan pruebas para ver la asociación diabetes con depresión.

- Otra pregunta de la audiencia fue: ¿Hay datos que demuestren que dando tratamiento para la depresión los pacientes diabéticos tienen mejoría metabólica?

El Dr. Heinze contestó que en 1200 pacientes en los que se ha tratado la depresión, se mejora la adherencia lo que redundará en una mejor evolución de la diabetes.

- Otra pregunta fue: ¿En el caso de Carlo Gesualdo Da Venosa tenía sífilis?

El Dr. Pérez Rincón contestó que no parece haberla tenido, tenía síntomas de la llamada melancolía.



- Otro comentario fue acerca de que en los estudios psicohistoria era patente que una buena parte de los nacimientos eran problemáticos antes del desarrollo gineco-obstétrico y que esto pudo haber sido la causa de muchos desórdenes psiquiátricos.

*<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/14-135541-ab/es/>

** <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>

***El texto de esta ponencia se encuentra disponible en la página de la ANM**