

La comorbilidad de la depresión y otras enfermedades: un antiguo problema sanitario, un nuevo programa de la OMS

José Manoel Bertolote¹, Lorenzo Tarsitani²,
Fernanda Lia de Paula Ramos³

Concepto de comorbilidad depresiva.

La comorbilidad se refiere a la existencia concomitante de dos o más trastornos, los cuales pueden ser tanto físicos como mentales. Diversos estudios han indicado una alta prevalencia de la comorbilidad; según uno de ellos, realizado en los Estados Unidos de América (Kessler et al, 1994), 79% de los portadores de un trastorno mental tenían además otro trastorno; o sea, sólo el 21% de los sujetos con alguna enfermedad, en este estudio de cobertura nacional, tenían sólo una enfermedad aislada.

Por extensión, depresión co-mórbida designa la ocurrencia simultánea de un trastorno depresivo (lo que incluyó: (a) episodios depresivos aislados o recurrentes (en los términos de la Clasificación Internacional de Enfermedades –CIE– de la Organización Mundial de la Salud), (b) depresión *mayor* (en los términos del Manual de Diagnóstico y Estadística –DSM– de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana), o (c), distimias), con otras enfermedades físicas. Esta concepción técnica no se refiere a una asociación al azar ni tampoco al estado de desmoralización o de tristeza que suele acompañar el sufrimiento causado por las enfermedades crónicas.

La revisión de los estudios publicados sobre la prevalencia de la depresión en algunas enfermedades física indica unas tasas más altas que la prevalencia aislada de la depresión en la población general. Todos los estudios incluidos en esta revisión, resumida en la Figura 1., emplearon el diagnóstico de depresión de acuerdo con la CIE (episodio depresivo aislado o recurrente, distimia) o la DSM (depresión *mayor* o distimia); fueron eliminados todos aquellos estudios que se referían a

depresión como un puntaje predefinido en una escala de identificación o de medida de severidad de depresión (por ejemplo, las escalas de Beck o de Zung). Un total de 9.504 personas con diagnósticos variados de enfermedades físicas fueron examinados en cuanto a la presencia de una forma de depresión (y no apenas sintomatología depresiva por debajo del umbral diagnóstico de una forma de enfermedad depresiva).

En estas enfermedades, la depresión varió de 22% (en pacientes con infarto del miocardio) hasta 44% y 46%, respectivamente, en portadores del VIH y de tuberculosis. Estos números son considerablemente más altos que la prevalencia de 10%, encontrada en la población general norteamericana por los estudios *ECA-Epidemiology Catchment Area* (Kessler, et al, 1994). Todas las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Cabe señalar que todos esos estudios han sido conducidos en países desarrollados y que no existen informaciones comparables para países en otros niveles de desarrollo, brecha que debe llenarse lo antes posible.

Varias hipótesis han sido propuestas para explicar estas elevadas prevalencias de depresión en estas enfermedades

¹Coordinador del Equipo de Control de Trastornos Mentales y Cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

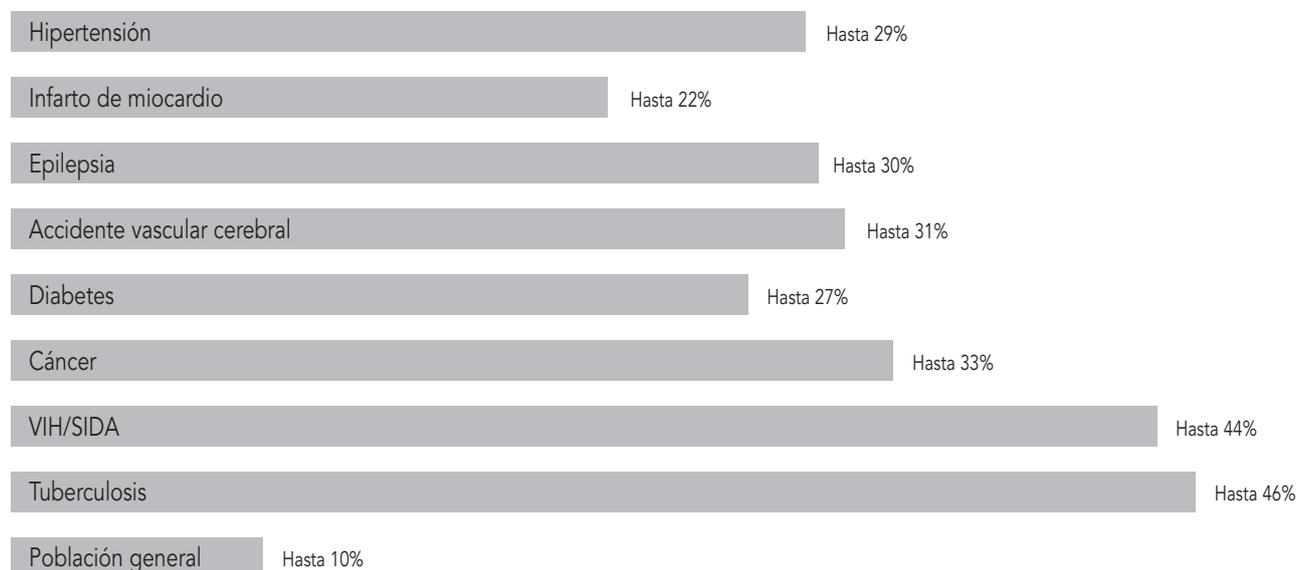
²Residente en Psiquiatría, Università La Sapienza, Roma, Italia. Exasante del Departamento de Salud Mental y Toxicomanias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

³Exasante del Departamento de Salud Mental y Toxicomanias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Estudiante de 4º año de la Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil

Figura 1
Prevalencia de depresión en portadores de distintas enfermedades físicas.

DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES FÍSICAS

Prevalencia



físicas. A pesar de los mecanismos etiopatogénicos específicos de cada una de ellas, se cree que en la etiopatogénesis de la comorbilidad depresiva la interacción de la activación directa de procesos fisiológicos que inducen a enfermedades y de la reacción de duelo como respuesta a pérdidas relacionadas a las enfermedades puede tener un papel importante (Kendler et al, 2003; Bertolote y Tarsitani, enviado para publicación).

La importancia de la comorbilidad depresiva.

Entre los casi 500 millones de casos de trastornos mentales existentes hoy día en el mundo, la mayoría está compuesta de personas con trastornos del humor, o depresión en el lenguaje corriente. Y, a pesar de la posibilidad y facilidad clínica del diagnóstico de la depresión, aún en servicios de atención primaria y por su propio personal, sólo del 25% al 50% de las personas con depresión es reconocido como tal en lo servicios de atención primaria, y aún menos que ese porcentaje recibe un

tratamiento antidepressivo adecuado (OMS, 2001). Muchos de los profesionales de la salud consideran la depresión como una consecuencia inevitable de las enfermedades crónicas y contra la cual no hay mucho que hacer, lo que en realidad es un mito.

Las barreras para un tratamiento más efectivo incluyen la falta de habilidades clínicas para identificar y manejar la comorbilidad depresiva y el estigma asociado a la depresión, lo que hace que muchos enfermos se resistan a hablar de sus problemas psicológicos.

Innumerables ensayos clínicos han puesto en evidencia de manera consistente la eficacia del tratamiento antidepressivo en condiciones de comorbilidad depresión/enfermedades físicas crónicas; además, estos tratamientos también son efectivos con respecto a la reducción del impacto de la depresión en las enfermedades que le son comórbidas.

Aún cuando las consideramos de manera independiente, tanto la depresión como innumerables enfermedades físicas crónicas tienen un impacto negativo por lo menos sobre tres variables: mortalidad (Wulsin et al, 1999), discapacidad (Koenig et al

1997) y calidad de la vida (Unutzer et al, 2000). Hay indicaciones que la adhesión al tratamiento prescrito tiene un papel fundamental en la reducción del impacto negativo de las enfermedades sobre aquellas variables.

En el caso de la comorbilidad depresiva, hay una acentuación del impacto negativo de cada una de las enfermedades, lo que es medido sobre todo por la disminución del cumplimiento del tratamiento propuesto, conforme se indica en la Figura 1.

Es sabido que las personas con una depresión comórbida tienen menos propensión para seguir los tratamientos o las recomendaciones médicos (Di Matteo et al, 2000) y, en consecuencia, tienen un riesgo aumentado de discapacidad y de mortalidad. En el caso de comorbilidad con enfermedades infecciosas, el no-cumplimiento del régimen terapéutico puede, además, conllevar una resistencia a los medicamentos, con profundas implicaciones sanitarias relacionadas con esos agentes infecciosos resistentes.

El impacto negativo de la comorbilidad depresiva en la calidad de vida y en varios aspectos funcionales de las personas con enfermedades crónicas, está relacionado también con un aumento de la utilización de los servicios de salud y de los costes que le están asociados (Ciechanowski et al, 2000). En el caso de tratamientos de altísimo costo, como suele ser el caso de radioterapias o de las combinaciones antivirales para el tratamiento del VIH, la no consideración de la co-morbilidad depresiva puede representar enormes pérdidas económicas, frente a los resultados precarios obtenidos.

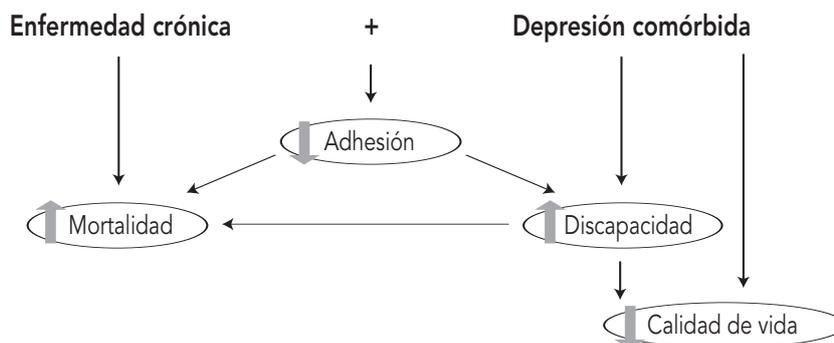
Nuevos enfoques.

El hecho que todas esas condiciones evolucionen de forma crónica (incluso las infecciones por el VIH y, en muchos casos, también las diferentes formas de tuberculosis), exige un cambio más o menos profundo en la manera cómo los servicios de salud están organizados. Desde un perspectiva histórica, tanto la formación de los profesionales de la salud como la organización de los servicios en los cuales ejercen sus actividades profesionales, se han basado en la predominancia de las enfermedades infecciosas, agudas en su mayoría, (o, por lo menos por la preocupación profesional y de la población con esas enfermedades).

Gracias a los logros obtenidos en el control de muchísimas de esas enfermedades agudas, en muchos lugares (sobre todo en los países desarrollados en aquellos en transición económica) las enfermedades crónicas adquirieron una preponderancia, acentuada por la transición demográfica que resulta en una acumulación de personas mayores, en mayor riesgo de desarrollar justamente muchas de las enfermedades crónicas. Y es sabido que el riesgo para la mayoría de las enfermedades también aumenta progresivamente con la edad.

No siendo este el lugar apropiado para discutir todas las implicaciones de estos cambios, remitimos los lectores interesados a dos publicaciones de la OMS, a saber, *Innovative care for chronic conditions* (WHO, 2001) y *Adherence to Long-term Therapies: evidence for action* (WHO, 2003) en donde se puede profundizar el entendimiento de estas cuestiones cruciales para el adecuado enfoque de la comorbilidad depresiva.

Figura 2
El impacto de la comorbilidad depresiva en las enfermedades crónicas.



La iniciativa de la OMS.

Ante la magnitud y la importancia de estos hechos, el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la OMS empezó una serie de actividades con miras a reducir el impacto de la depresión co-mórbida con ciertas condiciones crónicas, incluyendo enfermedades cardiovasculares y neurológicas, diabetes, cáncer y algunas enfermedades infecciosas (VIH/SIDA y tuberculosis).

Los objetivos específicos de tal iniciativa son:

– Reforzar la evidencia y diseminar la información correspondiente acerca de la epidemiología y de métodos fiables y válidos para la evaluación y el tratamiento de las personas con comorbilidad depresiva.

– Incrementar la capacidad de los trabajadores en atención primaria para la identificación y el manejo de los casos de depresión co-mórbida.

– Incitar a los gobiernos y departamentos de salud a que consideren e incluyan la co-morbilidad depresiva en sus planes y programas de atención de enfermedades crónicas.

– Educar a los pacientes, a sus familiares y al público en general con respecto a la co-morbilidad depresiva.

Actividades.

Para llevar a cabo dicho programa, son necesarias innumerables y distintas actividades, como por ejemplo:

– Producción y diseminación de directivas, instrumentos e informaciones pertinentes para mejorar la identificación, la evaluación y el manejo de los casos de depresión co-mórbida.

– Eventos de alcance mundial, regional y nacional para

aumentar el conocimiento y la percepción de la comorbilidad depresiva.

– Talleres regionales y nacionales para aumentar la capacidad clínica del personal sanitario no especializado en salud mental para permitir un enfoque más amplio del diagnóstico y del tratamiento de la depresión co-mórbida, aplicando los principios de la psiquiatría de enlace, siempre que sea apropiado.

– Estudios multicéntricos de evaluación y de intervención para facilitar y mejorar el manejo de la comorbilidad depresiva en locales de atención no psiquiátricos. Los centros involucrados en estos estudios deben incluir tanto a países en desarrollo como a países desarrollados.

Estrategias.

Como estrategia inicial para la puesta en marcha de esta iniciativa, se identificó una Comisión Asesora compuesta de expertos de cada una de las regiones de la OMS, y que también representan a las organizaciones no gubernamentales más relevantes en esta área del conocimiento. La tarea inicial de esta Comisión es indicar a la OMS el orden de prelación de las actividades, en base a las necesidades y realidades de cada Región.

En paralelo, prosigue la recolección y actualización de la información relativa a la epidemiología de la comorbilidad depresiva y a las mejores prácticas de enfoque del problema. Toda esa información, una vez procesada y analizada se pondrá en la página web del Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la OMS (www.who.int/mental_health), a la disposición de las personas e instituciones interesadas.

Cuadro 1 Hechos.

- La comorbilidad depresiva es frecuente, y afecta a un 46% de los sujetos con enfermedades infecciosas, cardiovasculares, neurológicas, diabetes o cáncer.
 - La comorbilidad depresiva no es, por lo general, identificada y tratada en servicios no psiquiátricos.
 - La comorbilidad depresiva disminuye la adhesión a regímenes terapéuticos, perjudica la calidad de vida, aumenta la mortalidad y la discapacidad, y también los costes sanitarios.
 - La comorbilidad depresiva puede ser identificada de manera fiable y tratada de forma efectiva y segura, en una amplia variedad de asociación de enfermedades.
-

De la misma manera, todo el material producido por la Comisión Asesora, por su encargo o bajo su orientación (directivas, instrumentos y otros documentos técnicos), estará disponible en la página web arriba indicada, en donde también se podrá obtener información adicional acerca del programa, todo esto a partir de 2004.

Bibliografía.

Bertolote JM, Tarsitani L. Chronic medical illness as a loss event in the prediction of major depressive episode. Enviado para publicación, 2003.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med.* 2000;160:3278-3285.

Di Matteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 2101-2107.

Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the

prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60: 789-796.

Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry.* 1997;154:1376-1383.

Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Salud-2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, OMS, 2001.

Parker G, Kalucy M. Depression comorbid with physical illness. *Curr Opin Psychiatry.* 1999; 12: 87-92.

Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill: an overview. *Am J Psychiatry.* 1986;143:696-705.

Unutzer J, Patrick DL, Diehr P, Simon G, Grembowski D, Katon W. Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *Int Psychogeriatr.* 2000;12:15-33.

WHO. Innovative care for chronic conditions (Doc.: WHO/MNC/CCH/01.01). Geneva, WHO, 2001.

WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, WHO, 2003.

Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med.* 1999;61:6-17.