

## **IMPORTANCIA DE LOS TRASTORNOS FISICOS EN EL SISTEMA DE ATENCION DE SALUD MENTAL**

*Javier E. SAAVEDRA (\*)*

*El autor presenta una extensa revisión de la literatura sobre trastornos físicos en el sistema de atención de salud mental relevando su importancia desde el punto de vista teórico y práctico. Incide en la prevalencia de los trastornos físicos y su rol causal o agravante de los trastornos mentales, el problema de su detección en los servicios de salud mental, así como la asociación y coexistencia de los trastornos físicos y psiquiátricos y su repercusión en el funcionamiento social y ocupacional de los pacientes. Finalmente, comenta la utilidad del eje III (trastornos físicos) en el modelo diagnóstico multiaxial del sistema de clasificación americana.*

**PALABRAS CLAVE:** *Trastornos físicos - Trastornos psiquiátricos - Comorbilidad*

## **RELEVANCE OF PHYSICAL DISORDERS IN THE MENTAL HEALTH CARE SYSTEM**

*The author presents a comprehensive review of the literature concerning physical disorders in the mental health care system emphasizing its importance from theoretical and practical points of view. The prevalence of physical disorders and their causal or aggravant roles in mental disorders, the problem of their detection in the mental health services, likewise the association and coexistence of physical and psychiatric disorders and their impact in the occupational and social functioning of patients are stressed. Finally, the usefulness of Axis III (physical disorders) in the multiaxial diagnostic model of American classification system is commented upon.*

**KEY WORDS:** *Physical disorders - Mental disorders - Comorbidity.*

---

(\*) Jefe de la Unidad de Evaluación y Diagnóstico, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Profesor Auxiliar del Dpto. de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Desde sus inicios, la psiquiatría como especialidad médica, ha sido vinculada a los trastornos físicos. K. Schneider llegó a aseverar que el concepto de enfermedad (mental) sólo podía ser aplicado cuando existían cambios orgánicos o éstos pudieran postularse con seguridad, excluyendo de alguna forma los trastornos neuróticos, relegando a estos últimos a las personalidades psicopáticas (variedades anormales de la vida mental normal) (1). Lo mismo podemos afirmar de aquellas clasificaciones psiquiátricas iniciales que ponían el énfasis en el aspecto etiológico y que señalaban -como en el esquema alemán de Wrzburg de 1933- como principal criterio la etiología orgánica.

La interfase entre la salud mental y la salud física cobró mayor interés desde los años 70. El enfoque inicial estuvo centrado en la frecuencia e importancia de los trastornos mentales en los pacientes de atención primaria, que luego se invirtió dirigiéndose a determinar la frecuencia y la severidad de los trastornos físicos en pacientes psiquiátricos ambulatorios (2,3).

Una de las características saltantes de la introducción del modelo diagnóstico multiaxial a la psiquiatra, en 1980, ha sido la inclusión de un eje de trastornos físicos (4). Este eje (eje III del DSM-III) permite al clínico registrar cualquier trastorno o condición física actual que sea potencialmente relevante para la comprensión (etiología) o manejo del individuo (4). De esta forma se intenta complementar el enfoque holístico que pretende el sistema multiaxial y relevar el papel de dichas enfermedades en pacientes con trastornos mentales (5).

En esta revisión examinaremos los traba-

jos que se han dedicado a relacionar los trastornos psiquiátricos con las enfermedades físicas, y enfatizaremos la importancia del diagnóstico de las enfermedades físicas en los pacientes psiquiátricos y el sistema de atención de salud mental.

### PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS FÍSICOS EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

La relación entre los trastornos físicos y los mentales ha sido examinada de muchas maneras en el pasado y los resultados han conducido a la conclusión de que los pacientes psiquiátricos sufren más enfermedades físicas que otras personas (6). Varios estudios, realizados en diferentes instituciones y con pacientes de distintas características, han enfocado la distribución de enfermedades físicas en pacientes psiquiátricos. La prevalencia de trastornos físicos en estos estudios, 24 en total, ha variado desde el 15% (7) hasta el 93% (8) con una media de 49.7%. La variación ha estado determinada por el rigor de los procedimientos utilizados para detectar las enfermedades físicas y por el tipo de institución en que se ha efectuado el estudio.

Algunos trabajos se han llevado a cabo en pacientes ambulatorios, hallándose una prevalencia media de 39.7% (6,9,10,11, 12,13); otros, en pacientes hospitalizados y utilizando los más sofisticados métodos diagnósticos han detectado una prevalencia de hasta 80% (14); finalmente, otros se han llevado a cabo en clínicas de día (15) y en centros comunitarios (8,13,16).

Un estudio que reunió el mayor número de pacientes fue el de Koranyi (12), que en una muestra de 2,090 pacientes psiquiátricos encontró una prevalencia de enfer-

medades físicas del 43%. Las prevalencias más altas (89-93%) se han encontrado en pacientes crónicos de centros comunitarios (8,16). El único estudio controlado ha sido el realizado por Eastwood y Trevelyan (6) quienes compararon la prevalencia de trastornos físicos en pacientes psiquiátricos con la de un grupo control derivado de una encuesta epidemiológica, encontrando una prevalencia del 49.2% frente a un 21% del grupo control. Uno de los estudios desarrollados con mayor rigor metodológico, pues fue llevado a cabo en distintos establecimientos, fue el realizado por Koran y Cols quienes en base a una muestra de 529 pacientes estimaron que un 45% de los pacientes tratados en los establecimientos de salud mental californianos padecían de enfermedades físicas importantes y activas (17). Otro estudio evaluó retrospectivamente datos de un formato de características multiaxiales utilizado en 1,111 pacientes, y encontró que un 33% de ellos tenía por lo menos un diagnóstico en el eje de trastornos físicos (18).

### **EL TRASTORNO FÍSICO COMO CAUSANTE O AGRAVANTE DEL TRASTORNO-PSIQUIÁTRICO**

La repercusión del diagnóstico físico en el enfoque terapéutico y el pronóstico puede ser de vital importancia. En un estudio llevado a cabo en 658 pacientes psiquiátricos ambulatorios, examinados cuidadosamente mediante una evaluación física y bioquímica, Hall y Cols encontraron que los desórdenes médicos producían los síntomas psiquiátricos en 9.1% de los casos. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes que habían recibido los pacientes estudiados fueron: depresión neurótica, y neurosis de ansiedad (11). Koranyi halló

en un estudio de 2,090 pacientes que, una vez establecidas, las enfermedades físicas mostraban una vinculación impresionante con la sintomatología psiquiátrica presente. La mayor parte de las enfermedades físicas (69%) contribuían considerablemente al estado psiquiátrico del paciente y en el 18% de casos, la condición patológica era, por sí sola, la causa del trastorno psiquiátrico. En el 51% de los pacientes con trastornos físicos, la enfermedad somática agravaba sustancialmente el cuadro psiquiátrico (12) corroborando otros estudios en los cuales el 26% y el 46% de los pacientes psiquiátricos tenían enfermedades médicas que causaban directamente o exacerbaban considerablemente sus síntomas psiquiátricos (10,14,19). Un error en el diagnóstico de las enfermedades físicas conduciría a un mal tratamiento y un mal pronóstico, consecuencias que, a su vez, podrían ser irreversibles.

### **EL PROBLEMA DE LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS FÍSICOS POR EL SISTEMA DE SALUD MENTAL**

Este problema ha cobrado mayor importancia desde que se ha determinado que existe una alta proporción de pacientes psiquiátricos con enfermedades físicas no diagnosticadas por el sistema de salud mental. En un estudio de 658 pacientes ambulatorios consecutivos, examinados a través de una cuidadosa evaluación médica y de laboratorio, Hall y Cols encontraron que el 46% de los pacientes con trastornos físicos tenían enfermedades previamente desconocidas por ellos y sus médicos (11). Un año más tarde, Koranyi encontró que los médicos no-psiquiatras omitían un tercio de los diagnósticos de enfermedades físicas mayores, mientras

que los psiquiatras obviaban la mitad (12). En un estudio que evaluó a 529 pacientes de ocho programas del sistema de salud pública de California, Koran encontraron que el sistema de salud mental sólo había reconocido 47% de las enfermedades físicas de los pacientes examinados (17). Otros estudios que han investigado la detección de trastornos físicos en pacientes psiquiátricos muestran cifras que van desde el 36 al 73% (8,15,16,20,21,22). Roca (8), por su parte, encontró que los problemas médicos conocidos por el terapeuta y por el paciente tenían una posibilidad dos veces mayor de ser adecuadamente atendidos que aquellos solamente conocidos por el paciente, resaltando la importancia de una oportuna identificación. Los factores relacionados con estos hallazgos pueden ser atribuidos al paciente, al profesional que lo atiende, a ambos (8), o a la presentación misma de la enfermedad (12). Muchos pacientes psiquiátricos no comunican apropiadamente sus síntomas físicos, en algunos casos porque los relacionan con la enfermedad psiquiátrica (15) y en otros, porque los reemplazan o minimizan al subsumirlos en su situación psicosocial y se quejan de cosas equivocadas (23).

En cuanto al profesional que atiende a los pacientes, un factor a tomar en cuenta es el prejuicio que existe contra el enfermo psiquiátrico (23) y el estigma que pesa sobre el paciente que proviene de un hospital mental, que dificulta su acceso al hospital general (15). Por otro lado, el paciente puede ser viejo, poco atractivo, y mostrar una higiene escasa, lo que puede generar una respuesta negativa en el médico (23). Cuando el paciente genera en el médico sentimientos que son repudiados o negados, es más fácil que ocurran errores en

el diagnóstico y en el tratamiento (24). McIntyre & Romano encontraron que sólo el 8% de los psiquiatras realizaban un examen físico en pacientes ambulatorios seleccionados (25); y Patterson informó que ninguno de los psiquiatras encuestados por él realizaban exámenes físicos de rutina a sus pacientes ambulatorios y que el 61% de los que atendían a pacientes hospitalizados, usualmente delegaban el examen físico al momento del ingreso (26). Entre los motivos que los psiquiatras señalaron para no realizar dichas evaluaciones, el 58% lo relacionó con el hecho de contar con otras personas que lo hicieran; 53% no se sentía competente; 49% quería evitar problemas de transferencia o contratransferencia y al 42% no le agradaba realizar exámenes físicos. Summers y Cols desarrollaron un método de examen físico psiquiátrico que tiene una duración promedio de 16.9 minutos (27). Cuando este método se aplicó a 75 pacientes (28), no se encontraron evidencias de transferencia o contratransferencia negativa y se hicieron evidentes 64% más hallazgos físicos de los que previamente se habían reconocido. Más seria es la situación de otros profesionales, como los trabajadores sociales y los psicólogos, que son entrenados para el uso del sistema multiaxial del DSM-III (5) y sobre los que muchas veces recae la responsabilidad del llenado de las historias clínicas, en especial en centros comunitarios.

En otros casos, un clínico puede ser reuente a examinar mujeres de cualquier edad por problemas ginecológicos, o el motivo por el cual no llevan a cabo un examen físico ser el temor de que sus habilidades al respecto estén venidas a menos, ignorando esta dimensión para evitar el problema (20). Otros lo eluden por

consideraciones relacionadas con las corrientes psicológicas que profesan (26), y en algunos casos los ambientes no son los adecuados para efectuar evaluaciones físicas (5).

Muchas veces, la prominencia de la manifestación psicopatológica puede evitar una adecuada investigación de los trastornos físicos (15). Por ejemplo, cuando una impotencia debida a una diabetes no diagnosticada se presenta en un paciente de edad media que no muestra otros síntomas, el síntoma médico clínicamente importante puede permanecer encubierto bajo un flujo de racionalizaciones acerca de aspectos emocionales, maritales y psicosociales. Luego, el paciente será derivado al psiquiatra, quien pasará por alto el diagnóstico físico (12).

Hay que agregar que, en el caso del paciente psiquiátrico, el psiquiatra es frecuentemente el primer o el único contacto de la persona con un sistema de salud en general (21). Este paciente, además, con frecuencia se autorefiere, o bien es referido por fuentes no médicas (29), lo que aumenta las posibilidades de que tenga enfermedades físicas no diagnosticadas o no reconocidas previamente (12). En un grupo de 56 pacientes psiquiátricos, Farmer (16) encontró que el 88% no tenía un médico de atención primaria (16). Estas circunstancias refuerzan el rol que algunos autores han otorgado al psiquiatra como médico de atención primaria (14,29).

#### **ASOCIACION ENTRE LOS TRASTORNOS FISICOS Y PSIQUIATRICOS**

La relación etiológica del trastorno físico con problemas psiquiátricos escapa a nuestra área de estudio; sin embargo, un enfo-

que aún más cautivante es la asociación entre los trastornos físicos -o determinados trastornos físicos- y trastornos psiquiátricos específicos, pues esta asociación podría contribuir a la comprensión etiológica y fisiopatológica de algunos trastornos. Este es el caso de una menor ocurrencia de artritis reumatoidea en pacientes esquizofrénicos, reportado por Sterberg (30); el exceso significativo de causas de muerte por problemas cardiocirculatorios en mujeres maníacas y de trastornos infecciosos en pacientes esquizofrénicos (31); o la mayor prevalencia de diabetes en la población maníaco depresiva (32). Rogers y Cols estudiaron la prevalencia de enfermedades físicas en pacientes con trastornos de ansiedad y sugirieron que los pacientes con trastorno de pánico tenían más problemas físicos -en particular más enfermedad ulcerosa, angina y enfermedad tiroidea- que la población en general (33). Wells y Cols realizaron un estudio en una muestra de una población general de 2,554 personas y encontraron una asociación importante entre el trastorno psiquiátrico y la artritis, el cáncer, enfermedades pulmonares y cardíacas, el trastorno neurológico, y la incapacidad física; sin embargo, no la encontraron con la hipertensión o la diabetes. Los autores hacen la aclaración que los sujetos de su estudio son de comunidad, lo que determinara diferencias con otros estudios en lo que respecta a la severidad y definición de los trastornos mentales (34). Esto concuerda con el de Tsuang y Cols, quienes al hacer una revisión crítica de los trastornos físicos en pacientes esquizofrénicos y afectivos concluyen que la mayoría de estudios sobre éstas áreas tiene disimilitudes metodológicas que impiden llegar a evidencias concluyentes (35).

Muchas de estas asociaciones no tienen una explicación clara; algunas se deberían a variables de confusión, o a subreportes de los trastornos mentales (32); otras, a que la severidad del trastorno físico hace más evidente y oportuna la identificación del trastorno mental o viceversa (33,34) o a factores genéticos (30). En el caso de la asociación con los trastornos de ansiedad, se hace referencia a una activación repetitiva del sistema nervioso autónomo (33).

Mención aparte merece la relación entre los trastornos físicos y la depresión. Wells y Cols estudiaron la prevalencia de ocho condiciones médicas crónicas en una muestra de 2,554 pacientes adultos sin o con trastornos psiquiátricos y encontraron que la prevalencia de vida de cualquiera de las condiciones médicas crónicas referidas a las personas con trastornos afectivos, ansiosos o por uso de sustancias era de 61.4%, 57.1% y 57.7%, respectivamente. Estas cifras eran superiores a las de aquellas personas sin trastornos psiquiátricos (36). Recientemente, otro estudio sobre 914 sujetos con trastorno depresivo mayor (37) evaluó la presencia de depresión mayor y de enfermedades médicas generales en algún momento de sus vidas, encontrando una asociación importante entre el trastorno depresivo mayor y las cefaleas frecuentes/severas, así como la migraña con marcado efecto de género (5:1 para el sexo femenino). Otras asociaciones que se encontraron con la depresión mayor fueron infecciones de la piel, enfermedades respiratorias, úlcera, hipotensión y diabetes. Rogers y Cols encontraron que los pacientes ansiosos con comorbilidad depresiva reportaban más enfermedades físicas que aquellos sin depresión (33).

Un estudio de seguimiento durante un año realizado por Krantz y Moos encontró que, entre los factores de riesgo de no remisión del trastorno depresivo unipolar, estaba la presencia de una o más condiciones médicas serias (38). Otro estudio de dos años de seguimiento, realizado por Wells y Cols, examinó el efecto de la presencia de historia de hipertensión arterial, infarto de miocardio o diabetes en el curso de la depresión, encontrando que sólo la historia de infarto de miocardio se asociaba con un mal pronóstico clínico y que un alto porcentaje de pacientes deprimidos tenía depresión persistente independientemente de la extensión de la comorbilidad médica (39).

#### COMORBILIDAD Y FUNCIONAMIENTO

Sólo el hecho de la comorbilidad o coexistencia de enfermedades físicas y psiquiátricas tiene importantes implicancias. Son pocas las investigaciones que han abordado la relación entre los trastornos físicos y el funcionamiento del paciente. La dificultad se hace mayor debido a que los distintos trabajos utilizan diferentes criterios para medir el funcionamiento adaptativo. Algunos resaltan el funcionamiento desde un sentido físico (40,41), otros lo consideran en forma integral (42,43). El DSM-III conceptualiza el funcionamiento adaptativo como el desenvolvimiento en tres áreas mayores: relaciones sociales, funcionamiento ocupacional y uso del tiempo libre. La mayoría de los ensayos se han concentrado en analizar datos de investigaciones transversales y buscar asociaciones entre los trastornos mentales, la incapacidad física o de algún tipo de funcionamiento y las condiciones médicas crónicas

(34,40,43). El DSM-III, al igual que la cuarta edición (44) establece que la evaluación del funcionamiento debe realizarse sin tomar en cuenta la influencia del trastorno físico y sólo en función al trastorno mental. Sin embargo, los estudios referidos parecen sugerir que sería problemático establecer una distinción de este tipo, pues existe una influencia de los trastornos físicos tanto en el aspecto clínico como en el funcionamiento.

Se ha encontrado que los pacientes con múltiples condiciones muestran un mayor detrimento en su funcionamiento y bienestar que aquellos con una sola condición (45). En un estudio transversal, Wells y Cols encontraron un funcionamiento pobre en los pacientes que presentaban tanto problemas depresivos como físicos; los problemas depresivos tenían mayor influencia que las enfermedades físicas crónicas, aunque ambos presentaban un efecto mayor que en forma aislada (43). Más escasos son los estudios longitudinales que han buscado establecer una relación entre los trastornos mentales, los trastornos físicos y el funcionamiento. Uno de ellos es el de Keitner y Cols, quienes en 78 pacientes hospitalizados evaluaron el efecto de la comorbilidad en el funcionamiento de pacientes con trastorno depresivo mayor; sin embargo, no consideraron en la comorbilidad exclusivamente a los trastornos físicos sino que incluyeron los otros trastornos mentales. Aun así, la conclusión a la que arribaron es que la comorbilidad - sea por problemas físicos o mentales - tenía un efecto perjudicial en el funcionamiento, por los menos durante el seguimiento de 12 meses (42).

Otro estudio de 12 meses de seguimiento, realizado por Von Korff y Cols, evaluó si entre los pacientes deprimidos con problemas médicos que utilizaban intensamente el sistema de salud, la mejoría o el mantenimiento de la depresión estaba asociada con diferencias en el curso de la inhabilitación funcional (días de inhabilitación en el funcionamiento físico). Los resultados sugerían un cambio sincrónico entre la depresión y la inhabilitación presentada por los pacientes (41). Saavedra y Cols encontraron que el número de trastornos físicos crónicos mayores parece ser un predictor importante del funcionamiento adaptativo futuro de pacientes psiquiátricos, particularmente en aquellos con ciertos trastornos mentales como la depresión, resaltando la importancia de considerar la relación entre los trastornos psiquiátricos y los físicos al conducir evaluaciones clínicas sistemáticas, cuyo fin sea predecir el curso y la evolución de los distintos trastornos (46).

#### COMENTARIOS FINALES

En los últimos años hemos venido observando un énfasis en integrar aspectos de salud mental al sistema de atención médica de la población, esfuerzos que son necesarios y meritorios. Sin embargo, no debemos olvidar que la integración de la salud en general debe abarcar todas las áreas. Tal vez la dicotomía mente-cuerpo ha desaparecido de nuestros conceptos o marcos teóricos, sin embargo, persiste implícitamente en nuestras instituciones y en los hechos. Es posible que ésto se deba a la complejidad de asumir integralmente al ser humano, y al factor tiempo, nuestro enemigo incansable.

Por lo expuesto observamos que tan importante es integrar conceptos de salud mental en el área física, como conceptos de salud física en el área mental. Debemos, así, desarrollar mecanismos por los cuales podamos enfrentar el problema sistemáticamente, por ejemplo, estructurando nuestras evaluaciones. El sistema diagnóstico multiaxial es un paso adelante para lograrlo, sin embargo, las evidencias de los últimos años (5,47,48) nos señalan que ello parece ser insuficiente y amerita mayor

estudio. Las líneas de investigación deben primero evaluar en general el eje III (trastornos físicos) en su validez y luego buscar alternativas, tanto en su uso como en su formulación. Finalmente, otros estudios debieran insistir en desarrollar instrumentos de evaluación física para centros de salud mental que faciliten la obtención de información y agilicen el proceso, en especial para los profesionales no médicos que cada vez participan más en el proceso de evaluación de los pacientes.

#### REFERENCIAS

- 1) STENGEL, E. Classification of Mental Disorders. Bull. WHO 21, 601-663, 1959.
- 2) LIPOWSKI ZJ. Psychiatry of somatic diseases: Epidemiology, pathogenesis, classification. *Comprehensive Psychiatry* 16:105-124, 1975.
- 3) LIMA BR, PAI S. Concurrent medical and psychiatric disorders among schizophrenic and neurotic outpatients. Unpublished manuscript, 1986.
- 4) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). American Psychiatric Press. Washington D.C., 1980.
- 5) D'ERCOLE, A., SKODOL, A.E., STRUENING, E., CURTIS, J., MILLMAN, J. Diagnosis in psychiatric patients using Axis III and a standardized medical history. *Hospital & Community Psychiatry*, 42 : 395-400, 1991.
- 6) EASTWOOD, M.R. & TREVELYAN, M.H. Relationship between physical and psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 2:363-372, 1972.
- 7) SNAITH, R.P., JACOBSON, S. The observation ward and the psychiatric emergency. *British Journal of Psychiatry*, 111: 18-26, 1965.
- 8) ROCA, R., BREakey, W., FISHER, P. Medical Care of Chronic Psychiatric Outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38 :741-744, 1987.
- 9) COMROE, B.I. Follow up study of 100 patients diagnosed as «Neurosis». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 83:679-684, 1936.
- 10) WYNNE, D.D. Physical illness in psychiatric outpatients. *British Journal of Psychiatry* III: 27-33, 1965.

- 11) HALL RCW, POPKIN MK, DEVAUL RA, FAILLACE LA, STICKNEY SK. Physical Illness presenting as psychiatric disease. *Archives of General Psychiatry*, 35:1315-1320, 1978.
- 12) KORANYI, E. Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population. *Archives of General Psychiatry*, 36:414-419, 1979.
- 13) McCARRICK, A., MANDERSCHIED, R., BERTOLUCCI, D. Chronic Medical Problems in the Chronic Mentally Ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 37:289-291, 1986.
- 14) HALL RCW, GARDNER ER, STICKNEY SK, LECANN AF, POPKIN MK. Physical Illness Manifesting as Psychiatric Disease. II-Analysis of a State Inpatient Population. *Archives of General Psychiatry*, 37 :989-995, 1980.
- 15) BURKE, A.W. Physical Disorder among day hospital patients. *British Journal of Psychiatry*, 133:22-27, 1978.
- 16) FARMER, Sh. Medical Problems of Chronic Patients in a Community Support Program. *Hospital and Community Psychiatry*, 38:745-749, 1987.
- 17) KORAN L, SOX H, MARTON K, MOLTZEN S, SOX C, KRAEMER HC, IMAI K, KESLEY TG, ROSE TG, LEVIN LC, CHANDRA S. Medical evaluation of psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 46:733-740, 1989.
- 18) MEZZICH, J.E., COFFMAN, G.A. & GOODPASTOR, S.M. A format for DSM-III diagnostic formulation: Experience with 1,111 consecutive patients. *American Journal of Psychiatry*, 139:591-596, 1982.
- 19) HERRIDGE, C.F. Physical disorders in psychiatric illness. *The Lancet* 2:949-951, 1960.
- 20) MUECKE, L.N., KRUEGER, D.W. Physical findings in a psychiatric outpatient clinic. *American Journal of Psychiatry*, 138:1241-1242, 1981.
- 21) BARNES, R.F., MASON, J.C., GREER, C., RAY, F.T. Medical Illness in Chronic Psychiatric Outpatients. *General Hospital-Psychiatry*, 5:191-195, 1983.
- 22) ANANTH J, MILLER M, VANDEWATER S, BRODSKY A, GAMAL R, WOHL M. Physical Illness in hospitalized psychiatric patients. *Annals of Clinical Psychiatry* 4:99-104, 1992.
- 23) KORANYI, E. Somatic illness in psychiatric patients. *Psychosomatics*, 21 :887-891, 1980.
- 24) GROVES, J.E. Taking care of the hateful patient. *The New England Journal of Medicine*, 298:883-887, 1978.
- 25) MCINTYRE, J.S. & ROMANO, J. Is there a stethoscope in the house (and is it used)? *Archives of General Psychiatry*, 34:1147-1151, 1977.

- 26) PATTERSON, C.H. Psychiatrists and physical examination: A survey. *American Journal of Psychiatry*, 135: 967-968, 1978.
- 27) SUMMERS WK, MUNOZ RA, READ MR. The psychiatric physical examination - Part I: Methodology. *Journal of Clinical Psychiatry* 42: 95-98, 1981.
- 28) SUMMERS WK, MUNOZ RA, READ MR, MARCH GM. The psychiatric physical examination - Part II: Findings in 75 unselected psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 42: 99-102, 1981.
- 29) OKEN D. & FINK P.J. General Psychiatry: A Primary Care Specialty. *JAMA*, 235: 1973-1974, 1976.
- 30) STERBERG E. Schizophrenia and rheumatic disease: A Study on the concurrence of inflammatory joint diseases and a review of 58 case-records. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 58:339-359, 1978.
- 31) TSUANG MT, WOOLSON RF, FLEMING JA. Causes of Death in Schizophrenia and Manic-Depression. *British Journal of Psychiatry* 136: 239-242, 1980.
- 32) LILLIKER S. Prevalence of Diabetes in a Manic-Depressive Population *Comprehensive Psychiatry* 21:270-276, 1980.
- 33) ROGERS MP, WHITE K, WARSHAW MG, YONKERS KA, RODRIGUEZ-VILLA F, CHANG G, KELLER MB. Prevalence of medical illness in patients with anxiety disorders. *Int'l J Psychiatry in Medicine* 24:83-96, 1994.
- 34) WELLS KB, GOLDING JM, BURNAM MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry* 145: 976-981, 1988.
- 35) TSUANG MT, PERKINS K, SIMPSON JC: Physical disease in schizophrenia and affective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 44:42-46, 1983.
- 36) WELLS KB, GOLDING JM, BURNAM MA. Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorder. *American Journal of Psychiatry* 146:1440-1446, 1989a.
- 37) MOLDIN SO, SCHEFTNER WA, RICE JP, NELSON E, KNESEVICH MA, AKISKAL H. Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychological Medicine* 23:755-761, 1993.
- 38) KRANTZ SE & MOOS RH. Risk factors at intake predict nonremission among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56:863-869, 1988.
- 39) WELLS KB, ROGERS W, BURNAM MA, CAMP P. Course of Depression in patients with hypertension, myocardial infarction, or insulin-dependent diabetes. *American Journal of Psychiatry* 150:632-638, 1993.
- 40) LYNESS JM, CAINE ED, CONWELL Y, KING DA, COX C. Depressive symptoms, medical illness, and functional status in depressed psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 150:910-915, 1993.

41) VON KORFF M, ORMEL J, KATON W, LIN EHB. Disability and depression among high utilizers of health care. Archives of General Psychiatry 49:91-100, 1992.

42) KEITNER GI, RYAN CE, MILLER IW, KOHN R, EPSTEIN NB. 12-Month outcome of patients with major depression and comorbid psychiatric or medical illnesses. American Journal of Psychiatry 149:93-99, 1991.

43) WELLS KB, STEWARD A, HAYS RD, BURNAM MA, ROGERS W, DANIELS M, BERRY S, GREENFIELD S, WARE J. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the medical outcomes study. JAMA, 262:914-919, 1989b.

44) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Press. Washington D.C., 1994.

45) STEWARD, A.L., GREENFIELD, S., HAYS, R.D., et al., Functional status and well-being of patients with chronic conditions. JAMA, 262:907-913, 1989.

46. SAAVEDRA JE, MEZZICH JE, SALLOUM IM. Predictive validity of DSM-III Axis III in a sample of general psychiatric patients. Manuscrito no publicado, 1996.

47) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, TASK FORCE ON THE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS-FOURTH EDITION. DSM-IV Options Book: Work in progress, American Psychiatric Association, Washington D.C., 1991.

48) MARICLE, R., LEUNG, P., BLOOM, J.D. The use of DSM-III Axis III in recording physical illness in psychiatric patients. American Journal of Psychiatry,

144:1484-1486, 1987.

Dirección Postal: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Alameda Palao s/n. Lima 31.

## PRUEBA DE CONOCIMIENTO

### 10) Señale verdadero (V) o falso (F) según corresponda:

- ( ) La interfase entre salud mental y salud física cobró mayor interés desde los años 60.
- ( ) El interés inicial se centró en determinar la frecuencia y severidad de los trastornos físicos en pacientes psiquiátricos
- ( ) El Eje III del sistema DSM pretende complementar su enfoque holístico.
- ( ) Se recomienda desarrollar instrumentos de evaluación física para centros de salud mental, especialmente para el personal no médico.

### 11) Marque la respuesta correcta:

- a) La prevalencia media de trastornos físicos en pacientes psiquiátricos ambulatorios es de 40%
- b) La prevalencia media de trastornos físicos en pacientes psiquiátricos hospitalizados es hasta de 80%
- c) Las prevalencias más altas de trastornos físicos ha sido 89-93%, en pacientes crónicos de centros comunitarios
- d) Todas son verdaderas
- e) Todas son falsas.

### 12) En los estudios de Koranyi se halló:

- a) La vinculación entre enfermedades físicas y sintomatología psiquiátrica era impresionante
- b) El 69% de las enfermedades físicas contribuye al estado psiquiátrico del paciente.
- c) En el 50% de los casos la patología orgánica era de por sí la causa del trastorno psiquiátrico.
- d) a) y b) son correctas
- e) Todas con verdaderas

### 13) Respecto al problema de la detección de trastornos físicos por el sistema de salud mental:

- a) Existe una alta proporción de pacientes psiquiátricos con enfermedades físicas no diagnosticadas por el sistema de salud
- b) Koranyi halló que los médicos no psiquiatras omiten un tercio de los diagnósticos de enfermedades físicas mayores y los psiquiatras la mitad
- c) Los psiquiatras no realizan el examen físico por: contar con otras personas para hacerlo (58%), otros no se sentían competentes (53%), o evitar problemas de transferencia y contratransferencia (49%)

- d) En los estudios de Patterson el 42% de los psiquiatras no les agrada hacer el examen físico
- e) Todas las anteriores son verdaderas

**14) Respecto a la comorbilidad y el funcionamiento:**

- a) Pacientes con múltiples condiciones físicas muestran mayor deterioro en su funcionamiento
- b) La comorbilidad, sea por problemas físicos o mentales tiene efecto perjudicial en el funcionamiento por lo menos en seguimientos de 12 meses
- c) El número de trastornos crónicos mayores parece ser un predictor del funcionamiento adaptativo futuro de pacientes psiquiátricos
- d) Todas las afirmaciones son verdaderas.