

PATRONES DE COMORBILIDAD

EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AMBULATORIOS

RICARDO SÁNCHEZ P.¹, JOSÉ M. CALVO G.², KAREN NIETO R.³

En el presente estudio se determinaron patrones de comorbilidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Juan de Dios (Bogotá). Se revisaron 3.028 historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de Psiquiatría durante 1997, de estas se analizaron 1.127. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron: edad, género y diagnóstico psiquiátrico en el eje I, II y III. Dada la naturaleza categórica de la mayor parte de las mediciones, se analizaron los datos mediante métodos multivariados de correspondencia múltiple.

Los resultados mostraron la conformación de cuatro ejes: eje I mujeres, deprimidas, ansiosas, con comorbilidad cardiovascular y síndrome mental orgánico (SMO) y por otro lado hombres, psicosis, trastorno de personalidad o retardo mental. Eje II hombres con comorbilidad neurológica, SMO y trauma y por otra parte mujeres con comorbilidad endocrinológica y trastornos afectivos. En el eje III hombres con abuso de sustancias, trastornos de personalidad y diagnósticos relacionados con trauma o enfermedad cardiovascular. Por otro lado mujeres con patología endocrinológica, neurológica y retardo mental, sin diagnóstico en eje I. El eje IV recoge pacientes ansiosos, con trastornos de personalidad y alteraciones gastrointestinales o endocrinológica y por otra parte pacientes con trastorno bipolar o SMO y trauma.

Palabras clave: Comorbilidad; Psiquiatría.

COMORBIDITY PATTERNS IN PSYCHIATRIC OUTPATIENTS

Patterns of comorbidity were determined among psychiatric outpatients at the Mental Health Unit of Hospital San Juan de Dios, Bogotá, during 1997. A total of 3.028 clinical histories was reviewed; from these, 1.127 were analyzed. Variables included age, gender, and psychiatric diagnosis in axis I, II and III. According to the categorical nature of most measurements, multiple correspondence analysis were performed.

Results configurated four axis. Axis I women: depressed, anxious, comorbid cardiovascular disease and Organic Mental Syndrome (OMS). Axis I men: psychosis, personality disorder or mental retardation. Axis II women with endocrinologic comorbidity and afective disorders. Axis II men with cronological comorbility, SMO and trauma. Axis III men, with substance abuse, personality disorders and trauma or cardiovascular related diagnoses. Axis IV includes anxious patients, personality disorders, gastrointestinal or endocrine troubles, and bipolar, SMO or trauma patients.

Key words: Comorbidity; Psychiatry.

¹ Profesor Asociado Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia

² Profesor Asistente Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia

³ Residente de III año de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia

INTRODUCCION

El diagnóstico en psiquiatría se realiza en un sistema multiaxial que requiere la valoración por ejes, cada uno de los cuales hace referencia a un área diferente del paciente. La información aportada por el paciente y/o familiares permite al clínico evaluar en forma sistemática al paciente, así como la elaboración de un plan de seguimiento y tratamiento. Son cinco los ejes considerados en la clasificación multiaxial del DSM IV ⁽¹⁾ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders):

Eje I: Trastornos clínicos y otras condiciones que puedan ser objeto de atención por el clínico.

Eje II: Trastornos de personalidad y retardo mental.

Eje III: Condiciones médicas generales.

Eje IV: Problemas psicosociales y del medio ambiente.

Eje V: Valoración del funcionamiento global.

El término comorbilidad corresponde a la presencia de más de un trastorno o diagnóstico en un sujeto dado. Estos diagnósticos pueden pertenecer a un mismo eje o estar combinados en diferentes ejes.

A pesar de esta definición aparentemente simple y operativa establecida en el DSM IV, el término ha tenido diferentes concepciones según diversos autores. Feinstein en 1970

fue el primero en usarlo definiéndolo como "cualquier entidad clínica adicional que existe o puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente quien tiene una enfermedad dada en estudio". Boyd en 1984 la definió como "el riesgo relativo de una persona con una enfermedad de recibir el diagnóstico de otra enfermedad". Una definición de tipo metodológico es la de Burke en 1990: "la presencia de más de una enfermedad específica en una persona durante un período de tiempo definido" ⁽²⁾. La falta de consenso ha representado dificultades en el desarrollo de estudios epidemiológicos ya que algunos tratan de establecer comorbilidad como la asociación entre grupos de síntomas aislados y una patología dada, más que entre trastornos psiquiátricos, esto ayudaría a explicar la disparidad reportada por los estudios.

Alrededor del concepto de comorbilidad Van Praag ⁽³⁾ hace los siguientes planteamientos:

- Puede enfocarse como el acumulo aparente de varios trastornos psiquiátricos en un solo individuo. Sin embargo esta concepción implicaría que los trastornos mentales son categorías claras y discretas, lo que en ocasiones es difícil determinar. Lo anterior dificultaría la investigación de aspectos patogénicos y epidemiológicos de la enfermedad mental.
- El orden de aparición de los trastornos, cuáles son primarios y cuáles derivados, lo que sería necesario

aclearar para establecer intervenciones terapéuticas selectivas.

- La mayoría de los síntomas psiquiátricos van de la mano de una personalidad patológica, no obstante la comorbilidad de trastornos del eje I y eje II podría ser fortuita o no, es decir podría existir una asociación entre personalidad patológica y la posibilidad de desarrollar trastornos del Eje I o viceversa.

- La multitud de trastornos o síndromes psicopatológicos en un paciente individual pueden reflejar varias manifestaciones de una sola anomalía biológica, lo que llevaría a la búsqueda de marcadores y eventualmente hacia un modelo multicausal de disfunciones biológicas subyacentes en el trastorno psiquiátrico.

- Los trastornos mentales pudieran ser concebidos como patrones de reacción a estímulos nocivos con respuestas de considerable variabilidad y poca consistencia interindividual más que como entidades separadas. El estímulo nocivo de naturaleza psicológica o biológica, transmitido genéticamente o adquirido, perturbará una variedad de circuitos neuronales. A su vez los factores protectores de tipo cerebral y de la personalidad permitiría que las manifestaciones del trastorno mental sean de presentación variable. El impacto de esta interpretación tendría repercusiones en el desarrollo y aplicación de tratamientos psicofarmacológicos ya que los medicamentos se prescribirían según el circuito neuronal afectado .

La investigación en comorbilidad plantea el debate entre los que están a favor de la división descriptiva de los trastornos mentales en unidades cada vez más pequeñas (más especificados) y los que favorecen la investigación en conjunto de los trastornos mentales. Además la existencia de comorbilidad tiene implicaciones en la selección de la muestra de pacientes ya que seleccionar casos puros no permite la generalización de los resultados. A su vez un marcador para un trastorno se puede atenuar en una muestra que incluya comorbilidad pues no se podría establecer si el marcador se relaciona con un trastorno en particular ^(1, 3).

Diferentes estudios han descrito las implicaciones que tiene la comorbilidad en el curso, pronóstico, tratamiento y costos de una determinada patología, las cuales se reflejan en la tendencia a un curso crónico, peor pronóstico y pobre respuesta al manejo ⁽⁴⁻⁶⁾. Un hallazgo importante en los pacientes con comorbilidad es que buscan más ayuda profesional psiquiátrica que los pacientes con un solo trastorno, lo cual puede estar asociado a mayor severidad de los síntomas, o mayor compromiso de su funcionamiento social ⁽⁷⁾.

La investigación en costos de la salud muestra que los gastos *per capita* de los individuos que presentan comorbilidad es 1,5 veces mayor que los de personas con un solo trastorno y 5 veces mayor que los de aquellas sin enfermedades incapacitantes⁽⁵⁾.

El término comorbilidad no se limita a la presencia simultánea de solamente dos trastornos sino que en ocasiones pueden ser múltiples. Así por ejemplo Newman y col⁽⁴⁾ encontraron en una cohorte de 961 adultos que el 56% de los casos de comorbilidad tienen tres o más diagnósticos, de estos el 53% tienen cuatro o más diagnósticos y de este grupo a su vez el 53% tienen cinco o más diagnósticos.

En el 86% de los pacientes con comorbilidad se describe una edad de comienzo dos años más temprano, principalmente en la adolescencia, comparados con aquellos que tienen un solo diagnóstico, y tienen un funcionamiento global menor⁽⁷⁾.

El NCS (The National Comorbidity Survey) reportó un 79% de comorbilidad en los pacientes con trastornos psiquiátricos; de estos el 14% tenían antecedente de tres o más trastornos. Además reportó que la comorbilidad más común en los hombres son los trastornos por abuso de sustancias y personalidad antisocial. En las mujeres son más frecuente los trastornos afectivos (con excepción de la manía para la cual no hay diferencia de género), los trastornos de ansiedad y las psicosis no afectivas⁽⁸⁾. El estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA), reportó que al menos el 60% de la población estudiada tenían dos o más trastornos psiquiátricos⁽⁷⁾.

Se ha sido establecido que los pacientes con condiciones médicas genera-

les presentan comorbilidad con trastornos depresivos, ansiosos, por uso de sustancias y de personalidad. Según datos de la OMS el 11,7% de los pacientes que recibieron atención médica tenían trastornos depresivos (por criterios del CIE10), y de estos el 62% tenían al menos otro trastorno mental^(6,9).

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) sólo se presenta en forma pura entre el 26% y el 34,8% de los pacientes⁽⁹⁾. En contraste, diferentes estudios muestran que es frecuente la comorbilidad del TDM con trastornos de ansiedad la cual puede oscilar entre el 48,6% y el 67,9% con gran compromiso funcional de estos pacientes⁽⁸⁻¹⁵⁾. Igualmente se ha descrito comorbilidad del TDM con trastornos por uso de sustancias entre el 18,5% y el 23,4^(9,16,17).

Dentro de los trastornos de ansiedad la comorbilidad es frecuente con trastornos depresivos y otros trastornos ansiosos (combinaciones de trastornos de ansiedad por ejemplo fobia social y trastornos por ataque de pánico, que es una de las más frecuentes)^(11,18-20). En el género femenino es más frecuente encontrar comorbilidad de trastornos ansiosos y depresivos^(11,21-23). En pacientes con trastornos de ansiedad se ha reportado altas tasas de prevalencia de comorbilidad con trastornos por uso de alcohol en un 24 a 35%^(22,24).

Tsuang y col describen que la presencia de trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátri-

cos puede complicar la presentación clínica, tratamiento y curso de ambas patologías. Los trastornos psiquiátricos son más prevalentes en quienes están consumiendo activamente que en aquellos que están en abstinencia ⁽¹⁶⁾.

En el grupo de pacientes con trastornos por uso de sustancias (dependencia y abuso) la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos oscila según diferentes estudios entre el 37% y el 70% dentro de los cuales los trastornos depresivos, ansiosos, afectivos bipolar, demencia y trastornos de personalidad (antisocial) serían los más frecuentes ^(16,22,24-32). Cuando el trastorno es por polisustancias, la comorbilidad alcanza un 94%. Las mujeres con trastorno por abuso y/o dependencia al alcohol tienen más frecuentemente manía, distimia, y TDM en comparación con hombres ^(27,31).

Los pacientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) frecuentemente reúnen criterios diagnósticos para otros trastornos psiquiátricos. En estos pacientes, la prevalencia de trastornos por uso de sustancias excede el 60% ⁽³³⁻³⁵⁾. Por otra parte los pacientes con TAB y curso clínico deteriorante presentan comorbilidad con trastornos de personalidad tipo antisocial y límite ^(36,37).

En el caso de los sujetos con trastornos psicóticos los estudios epidemiológicos han mostrado que la prevalencia de comorbilidad está entre el 40 y el 58%. En las psicosis afectivas

la comorbilidad con abuso de sustancias fue del 28% mientras que en las no afectivas fue del 7,4% ⁽³²⁾. Cassano y cols. encontraron uno o más diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica en el 57,3% de los pacientes con trastornos psicóticos, mientras que el 32,3% tenían más de dos diagnósticos, dentro de los cuales estaban los trastornos por uso de sustancias y trastornos de personalidad. Los pacientes psicóticos con comorbilidad tienen hospitalizaciones a edades más tempranas, mayor estancia hospitalaria, menor nivel de recuperación y peor respuesta al tratamiento ^(29,37).

En los trastornos de personalidad, especialmente límite, evitativo y depresivo se presenta comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

En la práctica médica general las condiciones psiquiátricas que frecuentemente coexisten con enfermedades médicas generales son los trastornos depresivos y los ansiosos. Particularmente en dolor lumbar persistente, accidentes cerebro vasculares, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, artritis, síndrome de fatiga crónica, síndrome de colon irritable e infección por HIV aumenta el número de días de incapacidad de los pacientes y se deteriora su funcionamiento global ^(9,18,41-49). Los trastornos endocrinos de tipo hipotalámico, tiroideo, órganos sexuales y suprarrenales se asocian con altas tasas de trastornos depresivos ^(9,17-19).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para efectuar el presente estudio se realizó una revisión de un total de 3028 historias clínicas correspondientes a los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de Psiquiatría del Hospital San Juan de Dios de Bogotá durante 1997. Para efectos del presente estudio se tomaron en cuenta solamente las historias clínicas de pacientes que consultaban por primera vez (1127) a efectos de obtener una muestra homogénea, y se consideraron las siguientes variables:

- Edad.
- Género.
- Diagnóstico psiquiátrico según DSM IV en 3 ejes:

Eje I: Trastorno clínico o condición que amerita atención clínica.

Eje II: Trastornos o rasgos de personalidad prominentes, o mecanismos de defensa desadaptativos.

Eje III: Condiciones médicas generales relevantes para el enfoque o manejo del trastorno mental por el que consulta el paciente.

Los diagnósticos múltiples en cada uno de los ejes se registraron como variables independientes. De esta manera, un paciente con dos diagnósticos en uno de los ejes tendría modalidades válidas en dos variables relacionadas con este eje. La cantidad máxima de diagnósticos en un mismo eje correspondió al relacionado con condiciones médicas (Eje III) en el cual se incluyeron hasta tres

diagnósticos. En total, se conformaron 6 variables relacionadas con los diagnósticos: dos correspondientes al Eje I, una correspondiente al eje II y tres al eje III.

La única variable numérica fue la edad que se midió como años cumplidos. Las otras variables fueron categorizadas para conformar una tabla disyuntiva completa. Para el análisis estadístico univariado y bivariado se utilizó el programa SPSS8®. El programa SPADN® se utilizó para efectuar el análisis multivariado.

Para todos los estadísticos aplicados se estableció un nivel de significación de 0.05.

Teniendo en cuenta la naturaleza categórica de la mayor parte de las mediciones, se efectuó un análisis de los datos mediante métodos multivariados de correspondencias múltiples. Para este tipo de análisis se tienen en cuenta 3 tipos de variables:

1. Variables nominales activas: Son aquellas variables no numéricas que se introducen en el análisis para conformar clases o categorías.

2. Variables nominales ilustrativas: Son las variables no numéricas que no participan directamente en la conformación de clases, pero que se incluyen en el análisis para observar su comportamiento frente a las clases conformadas por las variables activas. De esta manera puede enriquecerse la interpretación con varia-

bles que no han participado en la construcción de los ejes.

3. Variables continuas ilustrativas: Estas variables tampoco participan en la conformación de las clases pero dan información importante dependiendo de la forma como se proyecten sobre las clases conformadas por las variables nominales activas.

RESULTADOS

En el presente estudio de acuerdo con los criterios establecidos se analizaron 1127 historias de pacientes que asistieron a consulta externa por primera vez durante 1997. En este grupo el 65.7% fueron mujeres y el 34.3% hombres.

Como se anotó previamente, las variables correspondientes a los diagnósticos en cada uno de los tres primeros ejes del DSMIV fueron cate-

gorizadas para facilitar su análisis. La distribución de frecuencias correspondiente a dicha categorización se muestra en las tablas 1 a 3.

El grupo diagnóstico más frecuente correspondió a los trastornos depresivos (22.7%). Los trastornos psicóticos y los bipolares siguieron en frecuencia (17.1% y 15.9% respectivamente). El 6.2% de los pacientes no tuvieron ningún diagnóstico en el eje I y la mayor parte de los pacientes (83,9%) no tuvieron diagnóstico en el Eje II. Dentro de los diagnosticados, la mayoría se ubicó en la categoría de Retardo Mental (6.6%).

No hubo diagnóstico en el eje III en el 69.4% de los pacientes. Las entidades más frecuentes correspondieron a las categorías de enfermedades cardiopulmonares, neurológicas y endocrinológicas.

El 7% de los pacientes tuvieron más de un diagnóstico en el eje I (Diagnóstico Dual).

Tabla 1

Distribución según diagnóstico Eje 1		
	Frecuencia	Porcentaje
Sano	70	6,2
Trastornos Depresivos	256	22,7
Trastornos de Ansiedad	165	14,6
Trastornos Bipolares	179	15,9
Trastornos Psicóticos	193	17,1
Trastornos de Ajuste	118	10,5
SMO	76	6,7
Trastornos Sexuales	7	0,6
Trastornos por abuso de sustancias	37	3,3
Otros Dx	26	2,3
Total	1127	100

Los análisis bivariados mostraron asociación entre la variable género y las variables de diagnóstico correspondientes a los ejes I y II (eje I, $\chi^2=4.38$, $p=0.036$; eje II, $\chi^2=4.45$, $p=0.035$). No se encontró asociación entre el género y presencia de diag-

Tabla 2

Distribución según Diagnóstico Eje 2		
	Frecuencia	Porcentaje
NO	948	84,1
Trastornos de Personalidad	62	5,5
Retardo Mental	74	6,6
DIFERIDO	19	1,7
Otros	24	2,1
Total	1127	100

Tabla 3

Distribución según Diagnóstico Eje 3		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin Diagnóstico	782	69,4
Neurología	83	7,4
Endocrinología	68	6,0
Cardiopulmonar	90	8,0
Gastrointestinal	24	2,1
Trauma	23	2,0
Osteomuscular	10	0,9
Cáncer	7	0,6
Infecciosas	13	1,2
Dermatología	6	5,0
ORL	6	0,5
Inmunología	4	0,4
Oftalmología	3	0,3
Embarazo	1	0,1
Hematología	1	0,1
Infertilidad	1	0,1
Insuficiencia Renal	1	0,1
Por Neurolépticos	4	0,4
Total	1127	100

nóstico en el eje III. De acuerdo a lo anterior es mayor la proporción de mujeres con diagnóstico en el eje I, mientras que para los diagnósticos del eje II es mayor la proporción de hombres.

Como variables continuas ilustrativas se tomó la edad, medida como años cumplidos.

Para la interpretación y análisis de los 4 ejes que se mencionan a conti-

Se encontró asociación entre diagnóstico en eje I y eje II ($\chi^2=23.067$, $p=0.000$), así como entre el eje II y el eje III ($\chi^2=6.153$, $p=0.013$). Una alta proporción de los pacientes con diagnóstico en el

eje II no tuvieron diagnóstico en el eje I pero sí en el eje III. El hecho de tener diagnóstico dual en el eje I no se asocia con la presencia de diagnóstico en los ejes II y III.

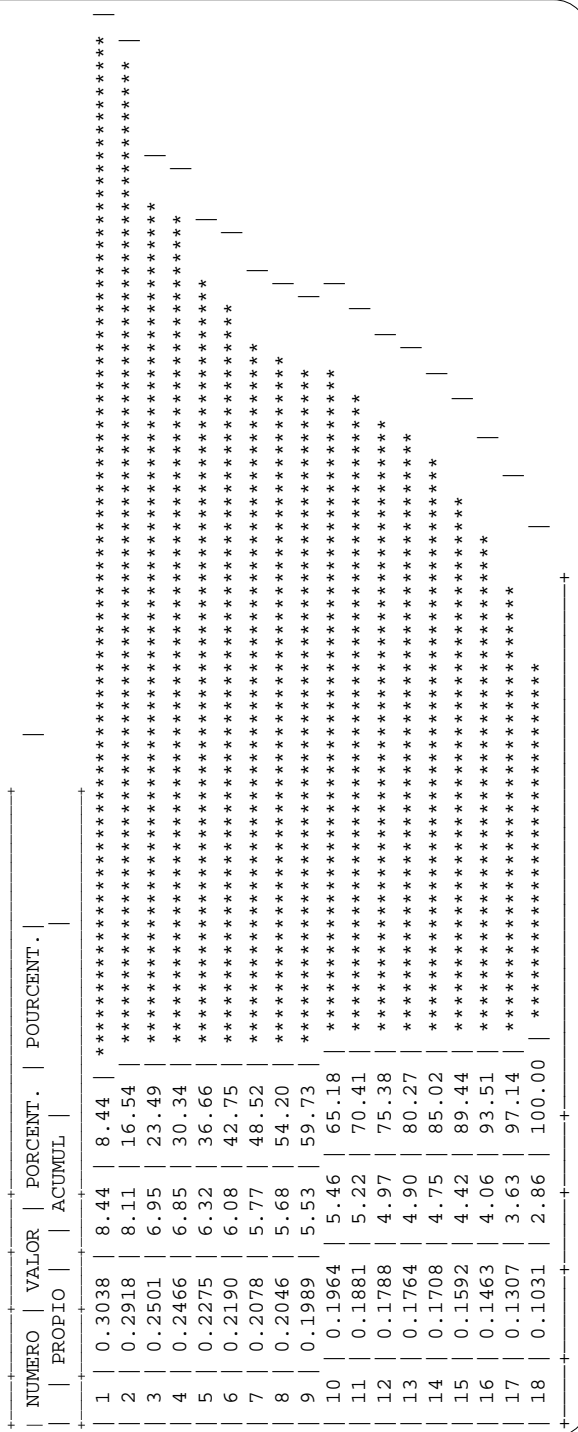
Para el desarrollo del análisis multivariado de correspondencias múltiples, en el presente estudio se consideraron variables nominales activas las siguientes:

1. Diagnósticos en el eje I.
2. Diagnósticos en el eje II.
3. Diagnósticos en el eje III.
4. Género.

Como variable nominal ilustrativa se tomó la existencia de comorbilidad (si o no), que fue definida como la presencia de más de un diagnóstico en el eje I ó II.

Figura 1

Histograma de los primeros 18 valores propios y punto de corte en 4 ejes



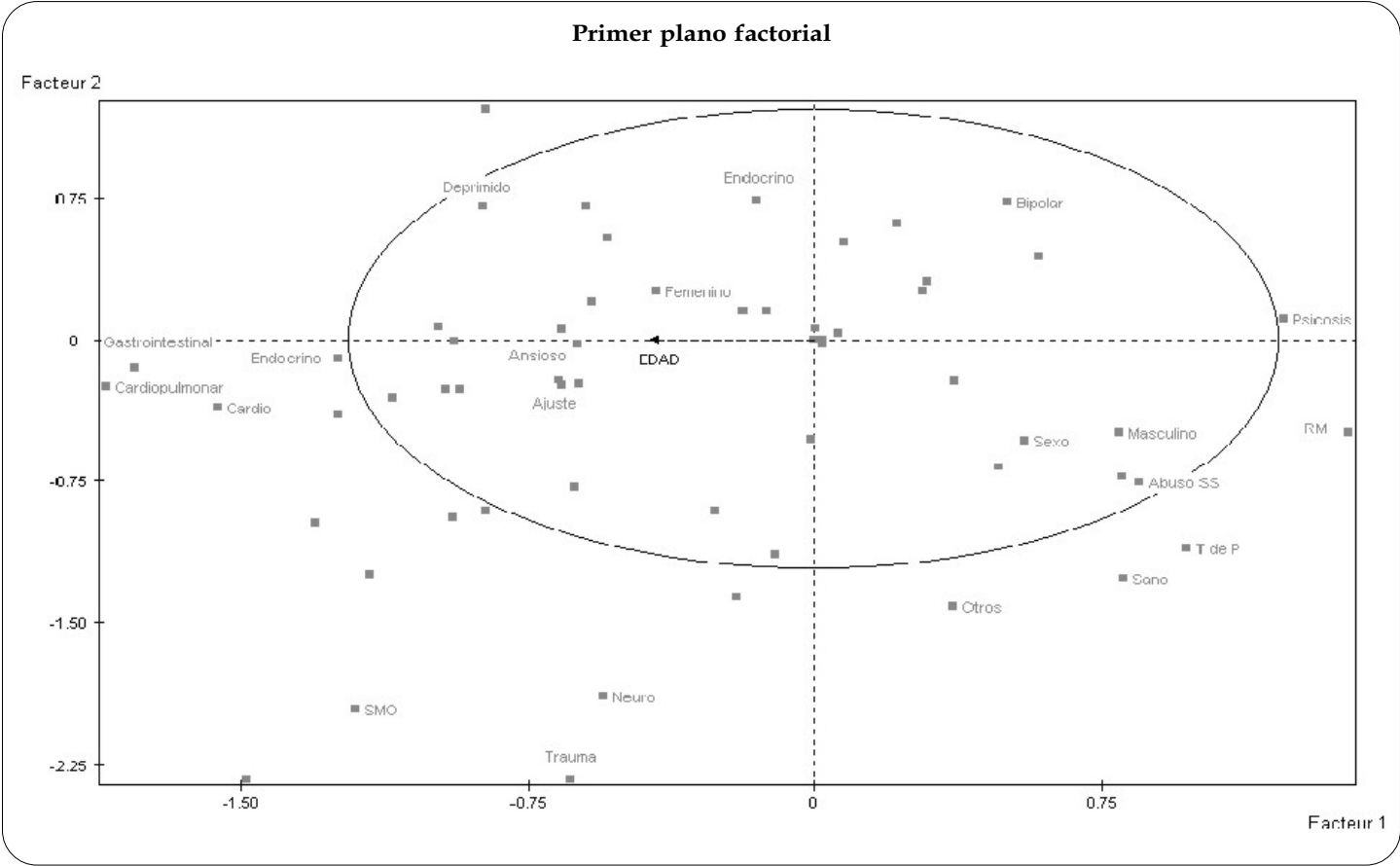
nuación, se tomo como criterio el mayor cambio en la explicación de varianza entre coordenada y coordenada (Figura 1).

La conformación de los ejes fue la siguiente:

Eje I: Agrupa, de un lado, mujeres deprimidas y ansiosas, con comorbilidad cardiovascular y Síndrome Mental Orgánico (SMO). De otro lado hombres con psicosis y trastorno de personalidad o retardo mental (RM). Este eje podría corresponder a la antigua dicotomía «psicosis - neurosis», siendo la «neurosis» más frecuente en mujeres y acompañándose de manifestaciones en órganos blanco (cardiovascular y cerebral). La categoría de «psicosis» en los hombres se acomodaría dentro de un modelo de diátesis dado por trastornos de personalidad o RM (Figura 2).

Eje II: Agrupa hombres con comorbilidad neurológica, SMO y trauma, pero sin diagnóstico Psiquiátrico «funcional». Por otro lado incluye mujeres con comorbili-

Figura 2



dad endocrinológica y trastornos afectivos.

El presente eje está constituido por dos sistemas fundamentales en Psiquiatría: El neurológico y el endocrinológico. En términos geométricos, las alteraciones endocrinológicas están más cercanas al género femenino y a los trastornos afectivos, mientras que el compromiso cerebral, incluido el trauma como una de sus causas, está más cercano al género masculino (Figura 2).

Eje III: Incluye hombres con abuso de sustancias, trastorno de personalidad y diagnósticos relacionados con trauma o enfermedad cardiovascular. Por otro lado agrupa mujeres con patología endocrinológica, neurológica y retardo mental, sin diagnóstico en el eje I (Figura 3).

Este eje representa los síndromes por uso patológico de sustancias, asociados al género masculino, al trauma, a los trastornos de personalidad y a las enfermedades cardiovasculares. Claramente se diferencia esta agrupación del hecho de ser mujer, con retardo mental y patología endocrinológica o neurológica, pacientes que claramente tienen baja probabilidad de tener trastornos por uso de sustancias.

Eje IV: Recoge pacientes ansiosos, con Trastorno de Personalidad y alteraciones gastrointestinales o endocrinológicas. Por otro lado incluye pacientes con trastorno bipolar o SMO y trauma. En este eje se recoge

la interdependencia entre personalidad (síndromes del grupo C), expresión afectiva (ansiedad) y funcionamiento orgánico de otros sistemas. Puede verse que en los pacientes con enfermedad bipolar y con síndromes cerebrales orgánicos no se aplica esta interdependencia, siendo más marcada su relación con el impacto en el entorno (trauma) (Figura 3).

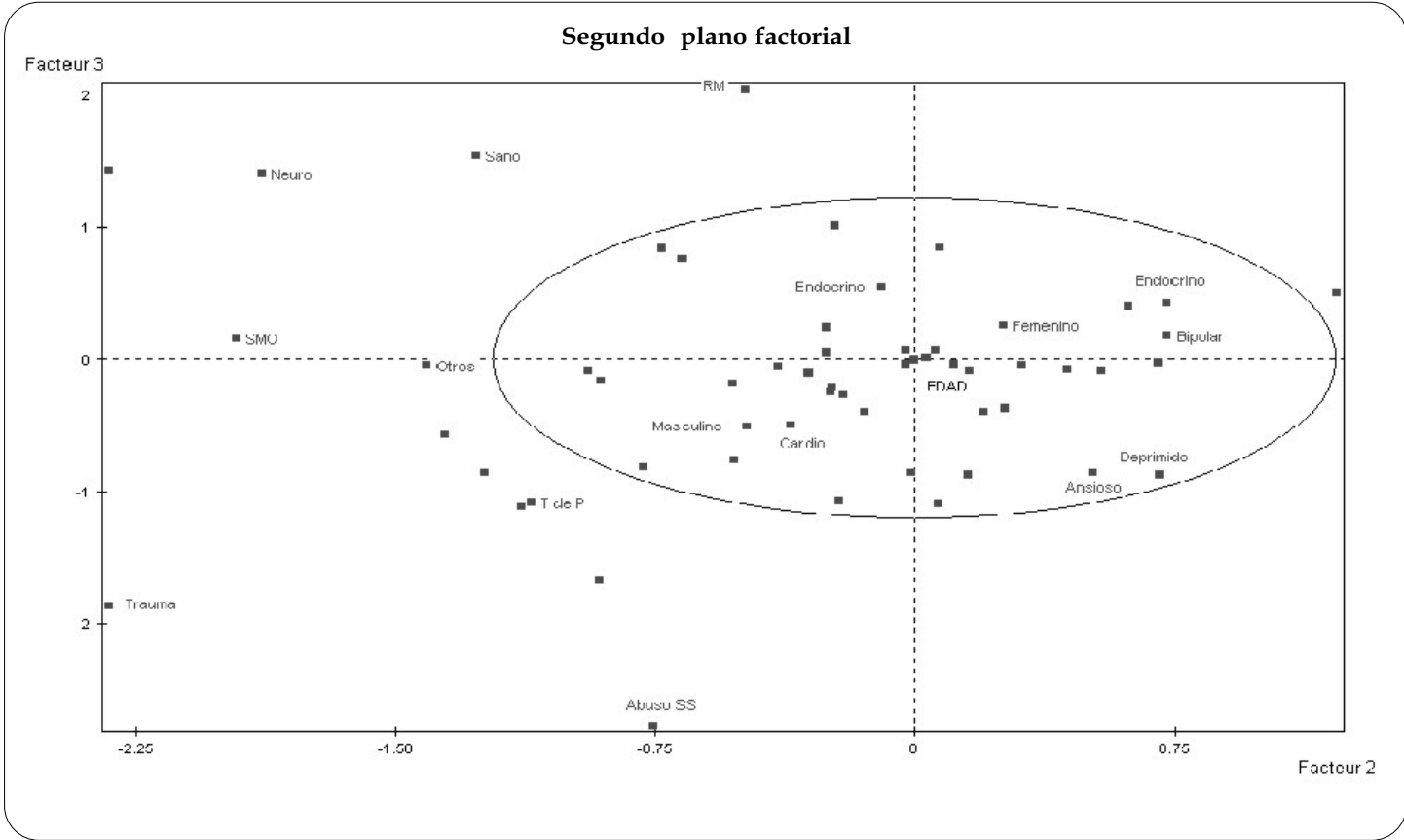
DISCUSIÓN

Las entidades clínicas que con mayor frecuencia motivaron la asistencia de los pacientes a la consulta externa fueron los trastornos depresivos, hallazgo similar a lo reportado en la literatura, le siguieron en frecuencia los trastornos psicóticos lo cual probablemente refleja el hecho de que la Unidad de Salud Mental es un centro anexo a un hospital de tercer nivel, al que son referidos los pacientes con patologías de estas características.

Los trastornos por uso patológico de sustancias no fueron tan frecuentes como lo reportado en otras investigaciones dado que la Unidad de Salud Mental donde se llevo a cabo esta investigación no es un centro de referencia específico para esta patología.

Los datos obtenidos muestran que la comorbilidad en el Eje I es el doble en las mujeres con relación a los hombres (2:1). Este hallazgo confirma lo descrito en estudios previos que han encontrado una mayor frecuencia de comorbilidad en el sexo femenino. Este fenómeno podría ex-

Figura 3



plicarse por aspectos tales como la mayor prevalencia de trastornos depresivos en el género femenino y que dichos trastornos tienen las mayores tasas de comorbilidad ^(5,8,9,10,15,17,18,21,47). Por otra parte el 6% de los pacientes que asistieron a la consulta externa no tuvieron diagnóstico en el eje I. Si bien no hay información acerca de qué porcentaje de estos pacientes correspondían a los remitidos por otros servicios del hospital, es muy probable que un número importante de ellos haya sido referido por otros especialistas y quizás estos observaron componentes emocionales o comportamentales que interpretaron como sugerentes de una patología psiquiátrica, sin que los pacientes en realidad la presentarán.

El Diagnóstico dual en el eje I (dos diagnósticos en el eje I) se encontró en el 7% de la población estudiada y no se relacionó con la presencia de comorbilidad en otros ejes. Si bien existen estudios que reportan porcentajes superiores en cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, dichos reportes difieren metodológicamente al presente estudio ya que no categorizan los diagnósticos por ejes lo cual dificulta el análisis comparativo ^(5,6,8,9,10,12,14).

De acuerdo con lo reportado en la literatura, el tipo de patología que se observa con mayor frecuencia en el eje II son los trastornos de personalidad. Sin embargo en el presente estudio el 84% de los pacientes no tuvieron diagnóstico en este eje. Este

hallazgo se puede explicar por diversas razones: la ausencia de diagnóstico puede ser debida a que no se tuvo en cuenta la información aportada en las consultas de seguimiento por razones metodológicas. Además, la patología en este eje no se explora en forma estructurada ya que generalmente la atención se centra en el diagnóstico del eje I, a menos que sean muy notorias las manifestaciones clínicas provenientes de los trastornos que corresponden al eje II. En algunos estudios se tuvo en cuenta el seguimiento prolongado a los pacientes, lo que aumenta la probabilidad de documentar trastornos del eje II; en otros se usaron criterios muy amplios (ej. neuroticismo) y por otra parte un porcentaje de estos estudios se realizó en pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias en quienes es muy frecuente la comorbilidad con patologías del eje II.

Hubo asociación entre el género masculino y tener diagnóstico en el eje II., lo que corresponde con lo reportado en la literatura. Igualmente se observó una agrupación entre trastorno por abuso de sustancias, trastorno de personalidad y sexo masculino ^(16,22,24,25,26,38,39).

El 16% de los pacientes tuvieron diagnóstico en el eje II y la mayoría de ellos no tuvo diagnóstico en el eje I. La atención en este tipo de pacientes se centra inicialmente en la detección de un grupo de síntomas que puedan ser explicados por una sola

categoría diagnóstica y generalmente no se busca otro tipo de patología que pueda estar presente además del trastorno en el eje II.

La comorbilidad en el eje III es notoria ya que una tercera parte tienen una condición médica general además del diagnóstico psiquiátrico. Similares resultados han sido descritos en otros estudios. La presencia de comorbilidad médico-psiquiátrica es considerada como un factor de mal pronóstico ya que el trastorno psiquiátrico se constituye en un elemento que sobrecarga la capacidad de adaptación del sujeto a la enfermedad médica con el consiguiente efecto sobre el nivel de funcionamiento global del individuo. Además, en este grupo de pacientes hay altos porcentajes de trastornos psiquiátricos no tratados ^(5,6,9,10).

El tipo de comorbilidad médica encontrada en el presente estudio corresponde a lo descrito en la literatura. Los trastornos endocrinos, neurológicos, gastrointestinales y cardiovasculares son los que con mayor frecuencia se presentan concomitantemente con los trastornos psiquiátricos ⁽⁴¹⁻⁴⁹⁾.

Se podría pensar que la asociación entre la presencia de diagnóstico en el eje II y tener una condición médica general correspondiera a la existencia de una mayor susceptibilidad de los sujetos con retardo mental o trastornos de personalidad a desarrollar enfermedades que afecten los sistemas endocrino, cardiovascular,

neurológico, y gastrointestinal entre otros. De existir dicha susceptibilidad ésta podría ser secundaria a una predisposición somática de estos sujetos a desarrollar tales enfermedades (diátesis) o a que la presencia de patología en el eje II conlleve a asumir conductas de riesgo que faciliten el surgimiento de las mismas.

El análisis multivariado mostró la presencia de 4 agrupaciones, cada una con características específicas:

La categoría I, denominada "Dicotomía neurosis- psicosis" incorpora el género como elemento central, y recoge algunas características que se han descrito como factores de riesgo: ser mujer para desarrollar trastornos depresivos - ansiosos; ser hombre, para presentar uso patológico de sustancias y tener trastorno de personalidad. Esta categoría también puede sugerir la existencia de elementos etiológicos relacionados con el género que conllevarían a una mayor susceptibilidad para desarrollar determinados síndromes.

La categoría II recoge grupos de comorbilidad: por un lado el género masculino con secuelas orgánico-funcionales de trauma y por otro la asociación entre trastornos afectivos, alteraciones endocrinológicas y género femenino. Estos hallazgos reflejarían la mayor frecuencia de eventos traumáticos en los hombres descrita en nuestro medio y la mayor prevalencia de trastornos endocrinos (tiroideos) en las mujeres reportada en la literatura¹⁸.

La tercera categoría describe factores relacionados con el uso patológico de sustancias; por un lado se muestra el perfil de variables asociadas con este diagnóstico: ser hombre, tener trastorno de personalidad y tener comorbilidad con trauma. Este grupo refleja que el consumo de alcohol y de sustancias es más frecuente en el género masculino y podría sugerirse que la presencia de estas dos variables alerte al clínico para buscar características de personalidad que configuren un trastorno. Por otro lado, existen algunos factores que podrían considerarse como protectores para desarrollar trastornos por uso de sustancias: ser mujer, tener retardo mental, y la presencia de patología endocrinológica o tiroidea.

La categoría IV describe agrupaciones que relacionan ansiedad, trastornos de personalidad y desordenes gastrointestinales o endocrinológicos. Esta agrupación no puede ser analizada en un patrón lineal, sino circular, como lo describe la teoría psicósomática, reflejando una posible relación e interacción entre la presencia de ansiedad, estructuras caracteriológicas rígidas y desadaptativas, y el desarrollo de trastornos en sistemas que tradicionalmente

han sido considerados como órganos blanco de las alteraciones emocionales. Esta circularidad no se encuentra en el otro componente de la categoría, que muestra la enfermedad bipolar como una entidad relativamente autónoma, solo asociada a condiciones interpretables como impacto sobre el entorno (trauma).

CONCLUSIÓN

El presente estudio ilustra la presencia de agrupaciones sindromáticas que abarcan componentes del área "mental" y de la "corporal", así como la posible interrelación entre estas dos dimensiones. La metodología de análisis utilizada en esta investigación es novedosa en este tipo de estudios y destaca la importancia de efectuar una evaluación integral del sujeto enfermo. El hallazgo de las agrupaciones previamente descritas está en consonancia con diversas teorías propuestas por la Medicina Psicósomática y se constituyen en una herramienta valiosa para el clínico, ya que lo pueden orientar para la exploración sistemática de otras patologías que, aunque no sean evidentes, tienen una mayor probabilidad de coexistir en un mismo individuo.

REFERENCIAS

1. Frances A, Alan H, First M y col. Mood Disorders. En: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 edición. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 1994: 339-42.
2. Wittchen H-U: Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. Br J Psychiatry 1996;168 (suppl. 30), 9-16.
3. Van Praag HM: Comorbidity (psycho) analyzed. Br J Psychiatry 1996;168(suppl. 30), 129-134.
4. Newman DL, Silva PA, Moffitt TE, Caspi A: Comorbid mental disorders: implications for treatment and sample selection. Journal of Abnormal Psychology 1998;107(2): 305-311.

5. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wiichen H-U: Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry* 1996;168 (suppl. 30), 38-43.
6. Wells KB, Rogers W, Burnam A, Greenfield S, Ware JE: How the medical comorbidity of depressed patients differs across health care settings: results from the medical outcomes study. *Am J Psychiatry* 1991;148:1688-1696.
7. Kessler RC. Sociology and psychiatry. En: Kaplan HI, Sadock BJ eds. *Comprehensive textbook of psychiatry/ VI vol 1*. Baltimore: Williams & Wilkins , 1995;1:361-362.
8. Kessler RC, McGonagle, Zhao S, y col: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
9. Wittchen U-H, Lieb R, Wunderlich U, Shuster P: Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl.7):29-36.
10. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle, Liu J, Swartz M, Blazer DG: Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National comorbidity survey. *Br J Psychiatry* 1996;168(suppl.30),17-30.
11. Katon W, Hollifield M, Chapman T, Salvatore M, Ballenger J, Fyer A: Infrequent panic attacks: psychiatry comorbidity, personality characteristics and functional disability. *J Psychiat Res* 1995;29:121-131.
12. Goldberg D: A dimensional model for common mental disorders. *Br J Psychiatry* 1996;168(suppl.30),44-49.
13. Regier DA, Burke JD. Quantitative and experimental methods in psychiatry. En: Kaplan HI, Sadock BJ eds. *Comprehensive textbook of psychiatry/ VI vol 1*. Baltimore: Williams & Wilkins , 1995;1:392-396.
14. Angst J: Comorbidity of moods disorders: a longitudinal prospective study. *Br J Psychiatry* 1996;168(suppl.30),31-37.
15. Brown GW, Harris TO, Eales MJ: Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1996;168(suppl.30),50-57.
16. Tsuang D, Cowley D, Ries R, Dunner DL, Roy-Byrne PP: The effects of substance use disorder on the clinical presentation of anxiety and depression in an outpatient psychiatric clinic. *J Clin Psychiatry* 1995;56:549-555.
17. Davidson JRT, Meltzer-Brody SE: The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem?. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl.7),4-9.
18. Tylee A: Depression in the community: physician and patient perspective. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl.7),12-16.
19. Moutier CY, Stein BM: The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl.9),4-8.
20. Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, Lerer B: Post-traumatic stress disorder and depression. *Br J Psychiatry* 1997;170:479-482.
21. Weinstock LS: Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl.9),9-13.
22. Merikangas KR, Angst J, Eaton W, y col: Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *Br J Psychiatry* 1996;168(suppl.30),58-67.
23. Brady KT: Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (suppl.9), 12-15.
24. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, y col: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264:2511-2518.
25. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C y col: Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 1999;174:150-153.
26. Tómasson K, Vaglum P: A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:378-385.
27. Bromn SA, Inaba RK, Gillin CJ y col: Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 1995;152:45-52.

28. Mueser KT, Drake RE, Ackerson TH y col: Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1997;106:473-477.
29. Cloninger RC: Genetics of substance abuse. En: Galanter M, Kleber HD eds. *Textbook of substance abuse treatment second edition*, Washington, DC: Americam Psychiatry Press, Inc 1999:60-62.
30. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE: Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:71-80.
31. El-Guebaly N: Alcohol and polysubstance abuse among women. *Can J psychiatry* 1995;40:73-79.
32. Strakowski SM, Sax KW, McElroy SL y col: Course of psychiatric and abuse syndromes co-occurring with bipolar disorder after a first psychiatric hospitalization. *J Clin Psychiatry* 1998;59:465-471.
33. Disalver SC, Chen Y-W, Swann AC, Shoaib AM, Tsai-Disalver Y, Krajewski KJ: Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania. *Psychiatry Research* 1997;73:47-56.
34. MacKinnon DF, MacMahon, Simpson SG, McInnis Mg, De Paulo Rj: Panic disorder with familial bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 1997;42:90-95. Vocisano C, Klein DN, Keefe RSE: Lifetime comorbidity, lifetime history of psychosis and suicide attempts, and current symptoms of patients with deteriorated affective disorder. *Psychiatry Research* 1997;73:33-45.
35. Nordstrom P, Asberg M, Asgerb-Wistedt A, Nordin C: Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:345-350.
36. Cassano GB, Pini S, Sаетtoni M, Rucci Paola, Dell'Osso L: Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 1998;59:60-68.
37. Antikainen R, Hintikka J, Lehtonen J, Koponen H, Arstila A: A prospective three-year follow-up study of borderline personality disorder inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:327-335.
38. Klein DN, Shih JH: Depressive personality: associations with DSM-III-R mood and personality disorders and negative and positive affectivity, 30-month stability, and prediction of course of axis I depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1998;107:319-327.
39. Riso LP, Klein DN, Ferro T et al: Understanding the comorbidity between early-onset dysthymia and cluster B personality disorders: a family study. *Am J Psychiatry* 1996;153:7.
40. Deluca J, Johnson SK, Ellis SP, Natelson BH: Cognitive functioning is impaired in patients with chronic fatigue syndrome devoid of psychiatric disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1997;62:151-155.
41. Robinson RG, Starkstein SE. Neuropsychiatry aspects of cerebrovascular disorders. En: Yudofsky SC, Hales RE eds. *Textbook of neuropsychiatry third edition*, Washington, DC The American Psychiatric Press, Inc 1997:612-618.
42. Masand PS, Kaplan DS, Gupta S y col: Major depression and irritable bowel syndrome: is there a relationship?. *J Clin Psychiatry* 1995;56:363-367.
43. Hoogendijk WJG, Sommer C, Tissingh G, Deeg JH, Wolters Ech: Depression in Parkinson's disease: the impact of symptom overlap on prevalence. *Psychosomatics* 1998;39:416-421.
44. Stein MB, Heuser IJ, Juncos JL, Uhde TW: Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. *Am J Psychiatry* 1990;147:217-220.
45. Fischler B, Cluydts R, De Gucht V, Kaufman L, De Meirleir K: Generalized anxiety disorder in chronic fatigue syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:405-413.
46. Goldberg, Wittchen, Magruder et al: Discussion: the underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem?. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 7),10-11.
47. Khouzam HR, Donnelly NJ, Ibrahim NF: Psychiatric morbidity in HIV patients. *Can J Psychiatry* 1998;43:51-56.
48. Musselman DL, Nemeroff CB: Depression and endocrine disorders: focus on the thyroid and adrenal system. *Br J Psychiatry* 1996;168(suppl.30),123-128.

EFEXOR XR

INFORMACION PARA LA PRESCRIPCIÓN

Indicaciones: Tratamiento de todo tipo de depresión, incluyendo la depresión con ansiedad asociada a la misma y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Contraindicaciones: 1. Hipersensibilidad conocida a cualquiera de sus componentes. 2. Uso concomitante de inhibidores de monoaminooxidasa (IMAO's)

Advertencias: No se debe usar en combinación con un IMAO o al menos no después de haber discontinuado el tratamiento con el IMAO por al menos 14 días. Basados en su vida media, espere al menos 7 días después de haber discontinuado el **EFEXOR® XR**, antes de comenzar un IMAO. El tratamiento con **EFEXOR® XR** fue asociado con un aumento en la presión arterial en algunos pacientes. La presencia de la hipertensión tratada o presión arterial elevada en la visita basal no parece predisponer los pacientes a aumentos posteriores durante la terapia. Es aconsejable monitorizar la presión arterial en forma rutinaria a pacientes tratados con dosis mayores a 200 mg/día. Ocurrió manía/hipomanía en 0.5% de los pacientes tratados con **EFEXOR® XR**. Hubo un cambio mínimo en la media de peso. Raramente se han presentado reportes de SIADH síndrome transitorio de la secreción inapropiada de la hormona antidiurética en pacientes ancianos tratados con **EFEXOR® XR**. Convulsiones (o eventos descritos como tales) fueron reportados en 0.26% de pacientes. Las reacciones alérgicas se han manifestado en 4% de los pacientes y se ha desarrollado la urticaria en 0.7%. El riesgo de un intento de suicidio debe tenerse presente en todos los pacientes deprimidos. Se aconseja mucha precaución al administrar **EFEXOR® XR** a pacientes con enfermedades que pueden afectar su respuesta hemodinámica o metabolismo. Hasta el momento no ha sido evaluado ni utilizado en pacientes con historia reciente de infarto miocárdico o enfermedad cardíaca inestable. Cualquier droga psicoactiva puede deteriorar el juicio, criterio y habilidad motora, y a los pacientes se les debe aconsejar de no manejar maquinaria o automóvil, hasta que ellos se encuentren razonablemente seguros de que el tratamiento no los afecta adversamente. Los médicos deben evaluar cuidadosamente la historia médica de los pacientes en cuanto a historia de abuso de droga y darle un buen seguimiento a estos pacientes. En los estudios de toxicología preclínica, no hubo evidencia de carcinogénesis, mutagénesis y deterioro en la fertilidad. El uso de **EFEXOR® XR** en mujeres lactantes no puede ser recomendado. No debe usarse durante el embarazo. La seguridad y efectividad en pacientes menores de 18 años no se ha establecido y su uso no es recomendado. El **EFEXOR® XR** no posee problemas excepcionales de seguridad en pacientes ancianos sanos.

Reacciones adversas: Los eventos adversos más comunes fueron ansiedad, mareo, boca seca, nerviosismo, somnolencia y temblor, anorexia, estreñimiento, náuseas y vómito, sudoración, alteraciones urinarias incluyendo eyaculación/orgasmo anormal e impotencia en pacientes masculinos; astenia. Se reportaron 14 casos de sobredosis aguda. Todos los pacientes se recuperaron sin tener secuelas.

Cambios electrocardiográficos, taquicardias sinusal y ventricular, bradicardia, hipertensión, cambios en el nivel de conciencia y convulsiones han sido reportadas en asociación con sobredosis de **EFEXOR® XR**, sola o en combinación con otras drogas y/o alcohol.

Presentaciones: **EFEXOR® XR** 75 mg caja x 10 cápsulas en blister, (Registro Sanitario INVIMA M-012991); **EFEXOR® XR** 150 mg caja x 10 cápsulas en blister (Registro Sanitario INVIMA M-011741).

Referencias: 1. Thase ME., Rush JA. Treatment-resistant depression. In: Bloom FE., Kupfer DJ., eds. Psychopharmacology: The fourth Generation of Progress. New York, NY: Raven Press; 1995: 1081. 2. Ferrier IN. Treatment of major depression: is improvement enough? J Clin Psychiatry. 1999; 60 (suppl 6): 10-14. 3. Entsuah R. Rudolph R, Salinas E. A comparative pooled analysis between venlafaxine and SSRIs on remission for patients with major depression. Poster presented at the Annual Meeting of American Psychiatric Association, Washington, D.C., May 1999. 4. Feighner JP., Entsuath R., McPherson Mk. Efficacy of once-daily venlafaxine extended release (XR) for symptoms of anxiety in depressed outpatients. J Affect Disord (in press). 5. Data on file, Medical Affairs Department, Wyeth-Ayerst Global Pharmaceuticals. (GMR for 600B-210-US). 6. Richelson E. M.D. Pharmacokinetic Drug Interactions of New Antidepressants: A review of the effects on the Metabolism of Other Drugs, adaptada de Mayo Clinic-Proc. 1997, 835-847. 7. Steven M. Troy Pharmacokinetics of once daily Venlafaxine XR in healthy volunteers current therapeutical research, Vol 58, No 8, August 1997.

Wyeth



Más de un siglo al servicio de la Medicina
Santafé de Bogotá, D.C., COLOMBIA

Fabricado y distribuido por Laboratorios Wyeth Inc.