

LOS PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA, PIEZA NECESARIA Y FUNDAMENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

ENTREVISTA A ANTONIO CANO VINDEL, PRESIDENTE DE LA SEAS

REDACCIÓN DE INFOCOP

A la hora de realizar este monográfico, *Infocop* ha querido conocer la opinión de las principales asociaciones académicas y profesionales de Psicología de nuestro país y entrevista para sus lectores y lectoras a los representantes de algunas de las principales asociaciones de ámbito nacional de profesionales de la Psicología: la **Sociedad Española de Ansiedad y Estrés (SEAS)**, la **Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS)**, y la **Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)**.

En esta primera entrevista, **Antonio Cano Vindel**, Presidente de la **Sociedad Española de Ansiedad y Estrés (SEAS)**, aborda de manera pormenorizada la situación de los recursos en salud mental españoles, las consecuencias que conlleva la ausencia de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud y nos ofrece su opinión acerca de las acciones y medidas que se podrían realizar en la dirección de mejorar la calidad asistencial.

ENTREVISTA

Infocop: Desde el punto de vista de la asociación que usted representa, ¿cuál es la situación actual, en España, de la atención en Salud Mental? ¿Cómo ven el panorama en estos momentos?

Antonio Cano: A partir del estudio epidemiológico más ambicioso que se ha realizado hasta ahora en nuestro país (OMS-ESEMeD), con datos de 5.473 adultos entrevistados, sabemos que la

población española presenta una prevalencia, en los últimos 12 meses, de un 9,2% para algunos de los siguientes cuatro tipos de trastornos: ansiedad, estado de ánimo, consumo de sustancias y control de los impulsos. La prevalencia a lo largo de la vida para estos mismos desórdenes es del 19,4%.

Si se proyectan estos datos hasta el final de la vida de las personas encuestadas con la tendencia actual, se estima un riesgo de padecer algún trastorno mental a lo largo de la vida de un 29%. Esta cifra se desglosa en: 13,3% para cualquier trastorno de ansiedad, 20,8% para cualquier trastorno del estado de ánimo, 4,6% para cualquier trastorno por consumo de sustancias, 2,3% para cualquier trastorno del control de los impulsos. Si nos detenemos en quienes cumplían los criterios DSM-IV de alguno de estos trastornos mentales en los últimos 12 meses (9,2% de la población), sabemos que el 1% de la población correspondía a casos graves, el 2,9% a moderados y el 5,3% a leves. Entre los primeros, para la gran mayoría (81,2%) hay un elevado número de días de baja (por término medio, unos 30 dí-

as) en los que no pueden cumplir con sus obligaciones cotidianas; y entre los casos moderados, hay un 13,4% que ha perdido algún día (entre 1 y 4) en el último año. Sin embargo, sólo dos de cada tres casos severos han acudido alguna vez a algún centro de salud para recibir algún tratamiento, de cualquier tipo; cifra que se reduce a uno de cada tres en los casos moderados y leves.

Los trastornos emocionales de los que estamos hablando, normalmente, se inician con pequeñas alteraciones, tales como dificultades para dormir, para concentrarse, de memoria, dolores musculares, de cabeza, malestar psicológico, nerviosismo, bajo estado de ánimo, etc. Estas alteraciones se suelen producir más en periodos de estrés, en personas con alto rasgo de ansiedad, con carácter perfeccionista, obsesivo, y especialmente en mujeres.

La información sobre el funcionamiento de las emociones, especialmente la ansiedad y el estrés, es esencial para aprender a manejar estos primeros síntomas, mientras que acudir a los tranquilizantes supone comenzar una carrera en la que el individuo produce sus propios síntomas mediante su estilo de vida, sus sesgos cognitivos y otros factores que podría cambiar, pero se limita a reducir la intensidad de dichos síntomas mediante fármacos que cada vez tendrán menos efecto y nunca le enseñarán a modificar su estilo de vida, o sus sesgos cognitivos (pensar continuamente en un problema, interpretarlo de manera exagerada, etc.).

Por esta vía la batalla está perdida, pues los desórdenes emocionales, si no se tratan adecuadamente, tienden a persistir, a desarrollar otros trastornos emocionales (comorbilidad) y a cronificarse; mientras que existen tratamientos psicológicos eficaces que enseñan al individuo a manejar correctamente sus emociones y a eliminar los síntomas e incluso los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y depresiones).

El paciente de Atención Primaria presenta con mucha frecuencia malestar psicológico y síntomas emocionales, que puede llegar a desarrollar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, así como trastornos físicos muy variados. Una proporción menor de estos pacientes presenta ya estos trastornos emocionales, cumpliendo los criterios diagnósticos. Los pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo acuden en mayor proporción al centro de Atención Primaria que al centro de Salud Mental. La mayoría de los pacientes de ambos grupos, los que sólo tienen síntomas y los que tienen un trastorno diagnosticable, llegan ya consumiendo sustancias psicoactivas, especialmente tranquilizantes.

Lo que necesitarían en primer lugar es información acerca de sus problemas y sobre cómo manejarlos, pero el médico de Atención Primaria considera mayoritariamente que debería mejorarse su formación en trastornos mentales, deberían asignarle menos pacientes y dotarle de más recursos para alcanzar su sueño de atender, al menos, durante diez minutos, a sus pacientes. El resultado de la breve consulta, de menos de siete minutos, es que el paciente no recibe información adecuada (lo que resta adherencia al tratamiento), sólo tratamiento farmacológico, no siempre el más adecuado dentro de esta categoría de tratamiento (por ejem-

plo, se tratan depresiones con tranquilizantes en muchos casos, o se abusa del diagnóstico de las benzodiacepinas), pero además se puede observar que la mayoría de estos pacientes no están diagnosticados de problemas mentales que sí cumplen, por los cuales están medicados.

Esta situación provoca múltiples problemas en el paciente y en nuestra sociedad:

- 1) Estos trastornos emocionales que podrían curarse con técnicas basa-

das en la evidencia científica (como son algunas técnicas psicológicas) se cronifican (algunos pacientes permanecen durante varias décadas tomando fármacos, cuando su problema se puede resolver en unos meses de tratamiento psicológico), con el evidente sufrimiento para el paciente (que ve muy disminuida su calidad de vida) y la consiguiente carga para la sociedad (en forma de

PUBLICIDAD



COLEGIO OFICIAL
DE PSICÓLOGOS DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS



PIR
Psicólogo Interno Residente

BASE DE PREGUNTAS EXAMEN PIR

Base con 8000 preguntas que abarca todas las materias incluidas en el examen PIR.

La BASE DE PREGUNTAS PIR es un instrumento esencial para entrenar con eficacia el examen PIR. Proporciona un feedback inmediato del grado de conocimiento de las materias. Constituye una herramienta eficaz para realizar repases programados que eviten el olvido de los temas estudiados.

Las PREGUNTAS de la BASE PIR están:

- Redactadas con el formato que se utiliza en el examen oficial.
- Clasificadas por materias.
- Elaboradas por Especialistas en Psicología Clínica y profesores de Universidad.

El programa de la BASE DE PREGUNTAS PIR permite:

- Realizar exámenes por materias, simulación del examen PIR.
- Decidir la extensión del examen en cada sesión.
- Conocer la respuesta correcta de cada pregunta realizada.
- Disponer de preguntas comentadas.
- Obtener, al final de cada sesión, un informe del resultado.

Este instrumento de preparación del examen PIR se complementa con el MANUAL OPOSICIÓN PIR. Tres volúmenes con los contenidos completos y actualizados de las materias incluidas en el examen.

PRECIO:

Base de preguntas PIR 250€
Bases de preguntas más Manuales 300€

300 entradas de 3 horas de duración, computadas desde el momento de la compra hasta la fecha del examen de la siguiente convocatoria PIR.

Más información en:
www.cop-asturias.org

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Ildefonso Sánchez del Río 4 - 1º B - 33001 - Oviedo
Tel.: 985 285 778 - Fax: 985 281 374
e-mail: copasturias@cop.es

bajas laborales, incapacidades laborales transitorias, discapacidades, jubilaciones anticipadas, gasto farmacéutico, gasto en pruebas diagnósticas, aumento considerable de otros gastos sanitarios, masificación de la sanidad, disminución de la calidad de este servicio).

- 2) El paciente sufre los efectos secundarios de los fármacos (adicción a sustancias psicoactivas en el caso de tranquilizantes, problemas sexuales en el caso de los antidepresivos de última generación -los inhibidores de la recaptación de la serotonina-).
- 3) La falta de seguimiento lleva a que el tratamiento farmacológico no cumpla las prescripciones médicas (incumplimiento terapéutico, abandono abrupto con consecuencias no deseables, automedicación).
- 4) La incompatibilidad del tratamiento farmacológico con el embarazo, otros estados en los que no es conveniente la medicación con efectos psicoactivos (conducir u otras situaciones de peligro) u otras enfermedades (como, por ejemplo, de tipo cardiovascular).
- 5) El aumento de la accidentalidad (en la conducción, en el trabajo, en ancianos, etc.).
- 6) El consumo abusivo de sustancias psicoactivas (el 16% de la población española adulta consume este tipo de sustancias, sobre todo tranquilizantes, antidepresivos e hipnóticos). El consumo de tranquilizantes en España con receta médica oficial es de un envase por adulto.

Cuando estos pacientes con trastornos emocionales son derivados al centro de salud mental, el panorama no mejora mucho más, de manera que, al final, los pocos que han sido derivados habrán recibido cuatro o cinco consultas, una ca-

da cinco o seis semanas; por lo que, al cabo de unos seis meses, se romperá la relación terapéutica sin que el paciente se haya curado.

Como indica el informe europeo sobre la calidad asistencial de la salud sanitaria pública en Europa (*Euro Health Consumer Index*, 2008), España ocupa el 18º lugar de la Unión Europea de los 31 evaluados, detrás de otros países que han entrado en la UE más tarde, debido, entre otros factores, a las listas de espera, que obligan a muchos pacientes a buscar una solución en la consulta privada.

I.: ¿A su juicio, qué cambios deberían hacerse en nuestro sistema sanitario para mejorar la asistencia de los trastornos psicológicos en nuestro país?

A. C.: España tiene hoy en día un nivel económico que le sitúa entre los primeros países del mundo (concretamente, el 8º lugar) y ha alcanzado un nivel de desarrollo científico y profesional en las ciencias de la salud que está en línea con el nivel económico. Sin embargo, el nivel de calidad de la atención sanitaria pública está en el puesto 18º de la UE y carece de un estudio riguroso sobre la eficacia y los costes de los tratamientos que se están aplicando sobre los trastornos emocionales, similar al informe sobre la depresión que se realizó en el Reino Unido (*The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders*).

En España debería hacerse un estudio que evalúe estos problemas y las soluciones que pueden ofrecernos los tratamientos eficaces. La *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto* del Ministerio de Sanidad y Consumo (<http://www.guia-salud.es/egpc/depresion>) señala clara-

mente que algunas técnicas psicológicas de tipo cognitivo-conductual han demostrado claramente una eficacia superior, con mejores resultados en el mantenimiento, que los antidepresivos. Efectivamente, por eso en países avanzados, como el Reino Unido, está habiendo ya un cambio revolucionario en la forma de abordar este tipo de trastornos. Pues, sigamos esos pasos.

I.: En su opinión, ¿qué presencia tienen hoy en día los profesionales de la Psicología en el Sistema Nacional de Salud y, más concretamente, en Atención Primaria? ¿Qué papel cree que juegan estos profesionales en la actualidad?

A. C.: Los médicos de Atención Primaria podrían hacer mejor su trabajo si se les concedieran algunas de las reivindicaciones que reclaman (más formación en salud mental, menos pacientes por médico, más duración de las consultas, etc.). El psicólogo de salud mental tiene una presión asistencial más fuerte incluso que el médico de Atención Primaria y el psiquiatra del centro especializado, puesto que hay menor número de psicólogos por 100.000 habitantes para un mayor número de pacientes que se podrían beneficiar de sus tratamientos, en especial, los trastornos emocionales, que son los que presentan mayor prevalencia.

En estas condiciones, no se puede ocultar que el sistema está fallando. Es evidente que hace falta la figura del psicólogo en Atención Primaria, o que hacen falta muchos más psicólogos donde ya los hay (en Salud Mental, especialmente). Pero también debemos reivindicar unas condiciones mínimas para poder ejercer con eficacia nuestra profesión. Si está demostrado que el trastorno de pánico se puede curar con técnicas cognitivo-conductuales en doce sesiones de una hora aplicadas por un

especialista, éste es el mínimo que debe ofrecer el Sistema Nacional de Salud.

Si sabemos que el paciente con trastorno de pánico acude a Atención Primaria, no se le da información, no se le diagnostica, y sólo se le ofrece tratamiento farmacológico (que no cura este trastorno -en algún caso descrito en la literatura científica, aunque se siga el tratamiento durante más de cuarenta años, cuando se cura hay más recaídas-). Si este mismo paciente acude a Salud Mental y, al cabo de seis meses, en lugar de estar curado, bien se le ha dado un tratamiento similar al de Atención Primaria (con menos errores, pero similar), o bien se le han dado cuatro o cinco sesiones de tratamiento psicológico, ¿qué debe cambiar el Sistema Nacional de Salud?

No hay psicólogos en Atención Primaria, pero cuando los haya, deben tener los recursos suficientes para poder aplicar las técnicas psicológicas eficaces, bajo las condiciones necesarias para que lo sean.

I.: En la misma dirección en la que usted está apuntando, para un sector importante de la Psicología, la ausencia de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, pero muy especialmente en Atención Primaria, estaría en la base de algunos de los problemas con los que actualmente se enfrenta el sistema público de salud para atender al alto número de pacientes que acude aquejado de problemas psicológicos. Motivo por el cual, el gobierno británico ha puesto en marcha el Improving Access to Psychological Therapies Programme. ¿Qué opinión le merecen propuestas como la británica para mejorar la calidad asistencia en salud mental? ¿Considera que es importante la inclusión del tratamiento psicológico de manera generalizada en el Atención Primaria?

A. C.: La propuesta británica me merece todos los respetos. Lo que están haciendo es llevar a la práctica lo que previamente ha demostrado ser eficaz y eficiente en la investigación científica sobre eficacia, costes y carga de los trastornos emocionales. Este nuevo sistema cambiará por completo el panorama de estos desórdenes en el Reino Unido. Esperemos que España haga pronto lo mismo.

Es fundamental que haya psicólogos en Atención Primaria, puesto que existe una gran proporción de pacientes que acude a este tipo de consultas presentando sintomatología y desórdenes emocionales (un 46% en personas de más de 65 años), que no se curan con el tratamiento médico y sí lo hacen con el tratamiento psicológico adecuado.

I.: Más concretamente, ¿qué consecuencias a medio y largo plazo cree que tendría para nuestro sistema sanitario la inclusión del abordaje psicológico en Atención Primaria?

A. C.: Si se hace bien, mejoraría el pronóstico de los pacientes que tienen problemas de ansiedad, depresión, o somatización; mejoraría también la calidad de vida de estos pacientes, así como la de algunos pacientes con problemas físicos; disminuiría la cronicidad de estos trastornos, el problema del abuso de fármacos psicoactivos y sus consecuencias negativas, las bajas laborales por estrés y trastornos emocionales, el número de muchas pruebas diagnósticas costosas que se hacen hoy. En definitiva, ahorraríamos dinero en el Sistema Nacional de Salud (por todo lo dicho) y en la Seguridad Social (al ahorrar subsidios y pensiones), etc.

I.: En este debate sobre la pertinencia o no de incluir a los profesionales de la Psicología en Atención Primaria,

se han propuesto diferentes maneras de hacerlo. Desde su punto de vista, ¿de qué forma podrían integrarse los psicólogos/as en el primer nivel de asistencia? ¿Cuál podría ser, tentativamente, una manera adecuada de trabajo entre los distintos profesionales en Atención Primaria?

A. C.: Hay que hacer estudios previos sobre eficacia y costes del nuevo sistema que se quiera desarrollar y hablar con quienes ya lo están haciendo, para aprender de sus errores y sus consejos. Después, de manera tentativa habría que comenzar por lo más fácil y aprender de las buenas prácticas que hayan podido desarrollar algunos psicólogos de salud mental.

I.: Para finalizar, ¿le gustaría añadir alguna otra cuestión con respecto al tema que nos ocupa?

A. C.: Me gustaría añadir, simplemente, que este cambio es necesario y urgente. La SEAS atiende gratuitamente a más de 2.000 personas al año a través de correo electrónico para resolver las dudas y orientar a los que sufren este tipo de problemas. Lo hacen tres psicólogas especializadas en este tipo de trastornos de manera voluntaria y sin remuneración alguna, pero el voluntariado no tiene una estructura estable. Es necesario hacer algo más por parte de los poderes públicos. Y es necesario también sensibilizar a la población para que demande este cambio.

Próximamente se publicará un artículo sobre este tema en la revista *Ansiedad y Estrés*, será una revisión en la que se darán los datos en los que se basa todo lo que he defendido en esta entrevista. Estamos trabajando en él José Miguel Latorre, profesor de Psicología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha y yo.