

LA INCLUSIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA, MEJORA LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

ENTREVISTA A ANTONIO CANO VINDEL

Redacción de Infocop

Como bien saben los lectores de *Infocop*, el Consejo General de la Psicología (COP) lleva años trabajando intensamente en el análisis y justificación de la inclusión de la Psicología Clínica en los servicios de Atención Primaria del Sistema Sanitario Español. Con este objetivo, la organización colegial creó un grupo de trabajo conformado por las principales asociaciones de la Psicología Clínica y de la Salud, para que desarrollase un documento en el que se justificasen las razones por las cuales la atención psicológica es necesaria en AP y se propusiese un plan de acción.

Con el objetivo de conocer más en profundidad el contenido y el estado de este documento, *Infocop* ha entrevistado a **Antonio Cano Vindel**, psicólogo especialista en Psicología Clínica, catedrático de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y director del proyecto de investigación PsicAP (Atención de problemas psicológicos en Atención Primaria), y uno de los profesionales que ha trabajado activamente en la elaboración de dicho trabajo.

ENTREVISTA

Infocop: *¿Podría explicarnos cuál es el objetivo principal de este documento que están elaborando?*

Antonio Cano: El objetivo principal de esta experiencia es demostrar que la inclusión del psicólogo clínico en el equipo de AP, durante al menos un año, mejorará la salud física y mental de los usuarios en comparación con los centros de salud donde no se haya implementado esta fi-



Antonio Cano Vindel

gura, sin que ello implique un incremento de los costes y con una mejor relación coste-utilidad que el tratamiento habitual. En esta propuesta, se aplicará terapia tanto a personas que presentan trastornos emocionales (ansiedad, depresión, somatizaciones, reacciones adaptativas), como a pacientes con enfermedades crónicas (trastornos cardiovasculares, diabetes, etc.) que presenten problemas emocionales o que puedan mejorar el control de su enfermedad a través de cambios conductuales hacia un mejor estilo de vida (entrenamiento en manejo del estrés, control del tabaquismo, reducción de obesidad, etc.) y la mejora de la adherencia al tratamiento médico.

I.: *¿Podría contarnos más detalladamente en qué consiste este documento?*

A.C.: Este documento surge de una iniciativa del COP para crear un grupo de trabajo encargado de elaborar el diseño de un estudio en favor de la inclusión

de la Psicología Clínica en Atención Primaria. Esta propuesta se hizo a las sociedades de Psicología que habíamos firmado el manifiesto de las sociedades científico-profesionales de Psicología Clínica y de la Salud de ámbito estatal, la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR), la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) y la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud – Siglo XXI (SEPCyS).

Previamente, el COP y este grupo de sociedades científicas habían realizado el *XIII Desayuno de Infocop para “La mejora de la Salud Mental en España”*, con los representantes de los partidos políticos y las administraciones sanitarias. Este encuentro tenía como eje central el objetivo de la inclusión de la Psicología en los centros de salud de AP (véanse las conclusiones en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5969).

La idea principal que nos transmitió el Consejo en su propuesta era que el documento que había que elaborar definiese una posición clara sobre:

- 1) Necesidades que tiene la Atención Primaria en el campo de la atención psicológica. Especialmente, los trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión, somatizaciones o reacciones adaptativas) y las enfermedades crónicas asociadas con ansiedad, estrés y depresión.



2) Propuesta de un programa de actuación en AP que intente paliar estas necesidades. Supondría la puesta en marcha de un programa de investigación multicéntrico, en el que participen todas las CCAA, y que cuente con un presupuesto suficiente para la contratación del personal necesario para llevarlo a cabo. Sería un programa piloto con aproximadamente 150 psicólogos clínicos en toda España, en el que se evaluaría la efectividad y eficiencia del programa piloto.

El documento ya está prácticamente cerrado y consta de esas dos partes. En **la primera** se ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura científica sobre los trastornos de ansiedad, la depresión, las somatizaciones y los trastornos adaptativos, así como los problemas crónicos de salud asociados a estos y al estilo de vida no saludable, como son los trastornos cardiovasculares. También se revisa la situación actual en el manejo de los pacientes que acuden a AP con estos desórdenes emocionales como base de sus problemas de salud. Se lleva a cabo una radiografía nítida de los síntomas y trastornos emocionales que presentan estos pacientes, de su epidemiología, de la tendencia al desarrollo de cronicidad y nuevas patologías, así como de las consecuencias negativas que generan en las personas y en el conjunto de nuestra sociedad. En este análisis, se constata que se trata de patologías muy frecuentes (por eso se les denomina trastornos mentales comunes), que están asociadas con otras enfermedades crónicas también muy prevalentes asociadas con estrés, obesidad, tabaquismo o sedentarismo. La prevalencia en Atención Primaria en España alcanza un 49,2% de probables trastornos de ansiedad, depresión o somatizaciones detectados y un 31,2% de trastornos mentales diagnosticados en el último año.

Por tanto, generan unos costes y carga importantísimos, que vienen determinados en gran parte por los costes sanitarios directos (por ejemplo, el consumo de psicofármacos, las consultas médicas, enfermería, especialistas, pruebas complementarias) y los costes indirectos, ocasionados por la pérdida de productividad (por ejemplo, bajas laborales, suplencias, ayudas sociales, entre otros). Estos pacientes, o bien no reciben tratamiento, o bien son tratados en AP (2 de cada 3 casos), habitualmente con psicofármacos, entre ellos, lo más usados los ansiolíticos, que no están recomendados, sino desaconsejados, por las guías de práctica clínica NICE para el tratamiento de estos trastornos, lo que lleva en gran medida a la no curación y cronicidad de los mismos.

Además, en muchos de estos casos, se generan incapacidades laborales temporales en personas relativamente jóvenes, de mayor duración (dos o tres veces más) que los estándares establecidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), e incluso pueden llegar a producir una incapacidad permanente para el trabajo en edades tempranas. Por tanto, la aplicación de un tratamiento inadecuado conlleva, por una parte, una pérdida de calidad de vida de estas personas, y por otra parte, se generan consecuencias negativas muy importantes para el conjunto de la sociedad, cuyos costes y carga serán insostenibles a medio plazo para las economías occidentales, según la OMS y el Foro Económico Mundial.

En la **segunda** parte de este documento se define el diseño de un estudio observacional pragmático basado en la práctica clínica del psicólogo especialista en AP. El objetivo de este estudio es analizar la puesta en marcha de una experiencia piloto para facilitar el acceso al tratamiento psicológico, evaluando la relación coste-efectividad y coste-utilidad

entre tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en AP frente al tratamiento convencional aplicado en dicho nivel asistencial en España.

En cuanto al método, el estudio se llevará a cabo en diferentes centros de salud de toda España, que serán aleatorizados, la mitad de ellos introducirán al psicólogo clínico para la aplicación de terapia cognitivo-conductual grupal con enfoque transdiagnóstico, usando el protocolo del Manual del Terapeuta del ensayo clínico PsicAP (Psicología en Atención Primaria) y la otra mitad continuarán aplicando tratamiento convencional, fundamentalmente farmacológico. La evaluación clínica de los resultados primarios se realizará con el cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ) y el EuroQol 5D-5L; y además se registrarán datos de costes tanto directos como indirectos, así como variables sociodemográficas. Se realizarán evaluaciones pre y postratamiento, así como a los 12 meses.

El diseño de este estudio es similar al del ensayo PsicAP, promovido por la Psicofundación y el COP, que se está llevando a cabo en 22 centros de salud de AP de 7 comunidades autónomas, y se está ampliando a 27 centros y 10 CC.AA. La diferencia radica en que en el ensayo clínico se aleatoriza el tipo de tratamiento que va a recibir cada paciente en su centro de salud y sólo el 50% accede al tratamiento psicológico, mientras que en el estudio observacional pueden recibir tratamiento psicológico todos los pacientes que lo demanden, en aquellos centros experimentales en los que haya psicólogo especialista. El estudio observacional estaría pues más cerca de lo que sería en el futuro la práctica clínica habitual en AP y facilitaría la captación de pacientes, que en su gran mayoría prefiere el tratamiento psicológico en lugar de los psicofármacos.

I: *¿Se cuenta ya con algún resultado preliminar del ensayo PsicAP que pueda ayudar a justificar la puesta en marcha del estudio piloto que se plantea a nivel nacional?*

A.C.: Los resultados preliminares del ensayo PsicAP se expusieron de forma detallada en el *XI Congreso Internacional de la SEAS*, los días 15-17 de septiembre de 2016. Hubo una mesa redonda sobre AP, en la que se habló de este documento, en las *Jornadas de la SEPCyS*, en Córdoba, los días 7-8 de octubre. Este programa incluirá temas relacionados, como el tratamiento transdiagnóstico y otras terapias psicológicas breves en Atención Primaria. También se incluyeron datos de PsicAP, así como la evaluación y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, en el Congreso que la AEPC del 17-20 de noviembre del 2016 (*IX Congreso Internacional de Psicología Clínica*), en el que hubo otras presentaciones sobre AP, como la conferencia de la presidenta de la APA, **Susan H. MacDaniel**, sobre terapia familiar.

El ensayo clínico aleatorizado PsicAP ya ha captado a más de 1.200 pacientes y los datos obtenidos muestran cómo el psicólogo especialista en AP, aplicando terapia grupal con enfoque transdiagnóstico, basada en técnicas cognitivo-conductuales, la reducción de distorsiones cognitivas y el entrenamiento en autorregulación emocional, ayuda a mejorar mucho más los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones, así como la calidad de vida de estos pacientes, que el tratamiento habitual de AP, con psicofármacos. Las diferencias encontradas hasta ahora en PsicAP a favor del tratamiento psicológico son significativas, tanto en el porcentaje de casos curados, como en la disminución de síntomas, alcanzando tamaños del efecto de medios a altos sobre el tratamiento habitual de AP, si-

milares a las encontradas en los meta-análisis publicados recientemente.

Los ensayos clínicos controlados aleatorizados realizados hasta ahora que han comparado el tratamiento psicológico cognitivo-conductual con distintas formas de tratamiento habitual han sido analizados en un meta-análisis ($n=6.926$), arrojando un tamaño del efecto (g , de Hedges) significativamente superior, a favor del tratamiento psicológico, del orden de 0,69 (IC 95% 0,47-0,92, $p < 0,001$, $n = 1.318$) para la ansiedad y 0,70 ($g = 0,70$, IC del 95%: 0,49 a 0,90, $p < 0,001$, $n = 5054$) para la depresión (Watts, Turnell, Kladnitski, Newby, & Andrews, 2015). A su vez, en 13 estudios controlados que han comparado el tratamiento cognitivo-conductual transdiagnóstico con un grupo control se ha obtenido una mejora de la calidad de vida superior para el tratamiento psicológico, con un tamaño del efecto de 0,46 (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, & Dalgleish, 2015).

Esta radiografía de la preocupante situación actual, que está pidiendo un cambio, frente a los resultados tan positivos hallados hasta el momento en el ensayo PsicAP, así como en la literatura científica, ponen de manifiesto la pertinencia de realizar una propuesta ante las autoridades sanitarias para llevar a cabo un estudio pragmático, de mayor envergadura en cuanto a objetivos y medios, que demuestre la eficiencia de esta terapia frente a la terapia aplicada hasta ahora en Atención Primaria.

I: *¿Ante qué instituciones está previsto presentar este proyecto?*

A.C.: Puesto que la inclusión del psicólogo clínico implicaría un cambio en el Sistema Nacional de Salud, está previsto llevar la propuesta al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como a cada una de las Consejerías de Sanidad, puesto que las competen-

cias sanitarias están transferidas a cada Comunidad Autónoma. Pero es necesario también que nuestro colectivo profesional esté sensibilizado en favor de este cambio, que supondría una revolución en nuestro sistema sanitario, y que se comporte como un agente del cambio que transmite información a su entorno social y a la sociedad en general.

I: *¿Por qué es tan importante que las principales asociaciones de la Psicología Clínica trabajen de forma conjunta para el impulso de la incorporación de los psicólogos a los servicios de AP?*

A.C.: Que exista el mayor consenso y apoyo de las principales asociaciones de la Psicología Clínica de ámbito estatal, trabajando codo con codo junto al COP, redundaría en una mayor confianza en este proyecto, a la hora de presentarlo a las autoridades y a la sociedad. Es un proyecto donde se busca que la figura del psicólogo especialista en Psicología Clínica ocupe un papel más sólido dentro del sistema sanitario, aplicando aquellas técnicas terapéuticas con evidencia empírica, que han posicionado a la Psicología Clínica como una ciencia de la salud. Por ello, es fundamental que la unión de las principales sociedades y el COP, impulsen la consolidación de la figura del psicólogo especialista dentro de la sociedad y del Sistema Nacional de Salud, en la AP, reconociendo desde nosotros mismos la importancia de este hecho. Por el contrario, la división dentro del propio colectivo profesional y científico generaría mayor incertidumbre, originándose otro tipo de intereses ajenos al objetivo principal, que a su vez suscitaría dudas en las autoridades y usuarios del sistema sanitario. Como se suele decir, “la unión hace la fuerza” y esto lo aplican muy bien otros colectivos sanitarios, como médicos y enfermeros, cuando defienden sus intereses o cambios en el sistema sanitario para su mejora.