

EL ACCESO A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN ESPAÑA Y SU COSTE-EFICACIA

REDACCIÓN DE INFOCOP

Según las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica, como por ejemplo las publicadas por el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (*National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*), el tratamiento psicológico es el más adecuado para los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo. Además, se desaconseja la prescripción de benzodiazepinas, más allá de unas pocas semanas (Cordero-Andrés et al., 2017). De este modo, con el fin de garantizar el tratamiento más eficaz para este tipo de desórdenes emocionales, se aconseja el acceso a intervenciones psicológicas basadas en la evidencia (se puede consultar el listado realizado por la APA de tratamientos psicológicos con base empírica - APA, 2006), que se organicen dentro de un modelo de asistencia escalonada, para que se pueda adaptar el tratamiento a la gravedad del problema y la respuesta del paciente.

A pesar de las recomendaciones y la amplia base científica que avala este modelo, la mayoría de personas con trastornos mentales de todo el mundo, no reciben ningún tipo de tratamiento (Wang et al., 2007); si, además, hablamos de los que se benefician de un tratamiento eficaz, el número es aún menor. A nivel mundial, solo una de cada seis personas con depresión mayor recibe un tratamiento eficaz en países de ingresos altos, y una de cada 27 en países de bajos o medianos ingresos (Thornicroft et

al., 2017). El Estudio Epidemiológico Europeo sobre los Trastornos Mentales, encontró que, en los 12 meses previos, el 64% de los pacientes europeos con trastornos mentales había sido atendido por un médico de atención primaria (Kovess-Masfety et al., 2007). Los datos obtenidos en España van en la misma línea: un 39% de personas diagnosticadas de trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses no había recibido tratamiento alguno, y solo el 5,8% de los pacientes con trastorno del estado de ánimo activo y el 0,9% de los pacientes con algún diagnóstico de trastorno de ansiedad, habían recibido tratamiento psicológico sin medicación (Codony et al., 2007).

A estos datos hay que añadir que España es el segundo país con mayor consumo de tranquilizantes en el mundo, a pesar de que, como ya se ha comentado, se desaconseja su uso en este tipo de desórdenes emocionales, por la falta de eficacia y la alta probabilidad de gene-

rar adicción. El consumo de benzodiazepinas en nuestro país, sigue aumentando año tras año, llegando a ser en el 2014, 2,7 veces superior a la media de los países de la OCDE. Según los datos de la *Encuesta Europea de Salud* del Instituto Nacional de Estadística (INE), publicada en 2015, el 18,9% de los españoles con 15 o más años había consumido en las dos últimas semanas psicofármacos de tipo tranquilizante, relajante o somnífero; y el 8,4% había consumido antidepresivos o estimulantes. Este consumo es aproximadamente el doble en mujeres que en hombres, aumenta con la edad y disminuye con el nivel cultural.

Estamos viendo que una mayor demanda asistencial de la población con problemas de salud mental, obtiene como respuesta del sistema sanitario un incremento de la prescripción farmacológica, lo que está provocando una medicalización de la vida cotidiana cada vez mayor en nuestro país. En 2007, la prescripción de Dosis Diaria Definida (DDD) de ansiolíticos fue de 29.601 y la de antidepresivos fue de 25.001. En cinco años, el incremento de la prescripción de ansiolíticos fue de un 18%, y de antidepresivos de un 41%.

Con el objetivo de mejorar el acceso a las terapias psicológicas, y que, además, sean tratamientos basados en la evidencia, desde hace años se ha apostado por la inclusión del psicólogo clínico en los Servicios de Atención Primaria. Tal y como detallan Cordero-Andrés et al.

(2017) en su artículo sobre el tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria (AP), una iniciativa de este tipo pretende beneficiar principalmente a los pacientes con trastornos emocionales más comunes, ofreciéndoles una respuesta terapéutica rápida y eficaz. Además, la presencia de psicólogos clínicos en AP para los casos menos graves, pero que precisan tratamiento, beneficia también a los servicios especializados permitiendo que centren sus recursos en los casos más resistentes y complejos.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe *Integrando la salud Mental a la Atención Primaria*, refiere que la implementación de este cambio en las políticas sanitarias es un proceso asequible económicamente y sencillo de llevar a cabo, y que, además, puede ser realizado en un breve periodo de tiempo, como ya se ha hecho en algunos países. En concreto, en países como Argentina, Noruega, Belice, Brasil, Chile, Reino Unido, Irán, Arabia, Sudáfrica o Países Bajos, los psicólogos están integrados en el sistema de Atención Primaria, donde aplican tratamientos psicológicos (OMS y Wonca, 2008). En Australia, por ejemplo, en 2001 el gobierno puso en marcha el programa *Better outcomes in mental health care*, en el que destaca el proyecto *Access to allied psychological services*, que ofrece tratamiento psicológico (6-12 sesiones), mediante técnicas cognitivo-conductuales, para los trastornos mentales comunes remitidos desde AP, con datos positivos en reducción de sintomatología y mejoría en el nivel de funcionamiento (Fletcher et al., 2009). En otros países, como EE.UU., diversas fundaciones privadas están promocionando modelos de aten-

ción colaborativa, con presencia de psicólogos en las consultas del médico de familia.

Pero, sin duda, es Reino Unido el país que se ha convertido en el mejor ejemplo a la hora de implementar el acceso a los tratamientos psicológicos en los servicios de AP a nivel nacional, y el país que más esfuerzos está realizando para la validación de los tratamientos psicológicos que se aplican, gracias al trabajo del NICE. Fue en 2008 cuando pusieron en marcha el programa “*Mejora del Acceso a las Terapias Psicológicas*” (*Improving Access to Psychological Therapies*, IAPT), con el objetivo de prestar atención psicológica a las personas que acuden a la consulta de AP aquejadas de problemas de ansiedad, depresión o somatizaciones mediante técnicas cognitivo-conductuales. Después de 10 años, los resultados avalan el éxito del programa: cerca de 950.000 personas al año acceden para una evaluación inicial y asesoramiento, de los cuales más de 537.000 reciben terapia psicológica (Baker, 2017). En estos años, un gran número de pacientes con algún desorden emocional, ha sido tratado con intervenciones cognitivo-conductuales de baja intensidad, consiguiendo altas tasas de recuperación (76% para la depresión y 74% para la ansiedad), la disminución del riesgo de recaída y el mantenimiento de los resultados positivos a largo plazo (Clark et al., 2017).

En España también se han puesto en marcha diferentes iniciativas con el objetivo de facilitar el acceso al tratamiento psicológico en AP. En concreto, en 2011 arrancó el proyecto *Psicología en Atención Primaria* (PsicAP), promovido por la *Fundación Española para la promoción y el desarrollo científico y*

INFOCOP

NÚMERO 80. 2018
Enero - Marzo

Edita

Consejo General de la
Psicología de España.
C/ Conde de Peñalver, 45 - 5ª Planta
Tels.: 91 444 90 20
Fax: 91 309 56 15
28006 Madrid - España.
E-mail: infocop@cop.es

Director

José Ramón Fernández Hermida.

Jefe de Redacción

Silvia Berdullas.

Redacción

Aída de Vicente.
Cristina Castilla.
Susana Villamarín.

Diseño y maquetación

Cristina García y Juan Antonio Pez.

Administración y publicidad

Arantxa Sánchez y Silvia Berdullas.

Impresión

Huna Comunicación
Avda. Montes de Oca, 7 Portal 6
28703 S.S. de los Reyes - Madrid.

M-12764-2004 • ISSN 1138-364X

De este número 80 de Infocop se han editado 70.000 ejemplares.

Este ejemplar se distribuye gratuitamente a todos los colegiados pertenecientes a los diversos Colegios que forman parte del Consejo General de la Psicología de España.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

INFOCOP

se puede leer en la página WEB
<http://www.infocop.es>

profesional de la Psicología (PSICOFUNDACIÓN), cuyo investigador principal es Antonio Cano Vindel. Este ensayo clínico pretende tratar los trastornos emocionales en AP con técnicas psicológicas basadas en la evidencia, con el fin de comparar la eficacia del tratamiento psicológico frente al uso habitualmente en AP en el abordaje de los trastornos mentales comunes. Siguiendo las recomendaciones de las principales Guías de Práctica Clínica, el programa de tratamiento grupal de PsicAP se basa en el enfoque transdiagnóstico, asumiendo que las técnicas cognitivo conductuales se pueden aplicar con eficacia en casos de depresión, trastornos de ansiedad y trastornos somatomorfos, y se incluye como el primer nivel de tratamiento dentro de un modelo de asistencia escalonada, en el que se incrementaría la intensidad del tratamiento en función de la evolución y necesidades de cada paciente (Cordeiro-Ándrés et al., 2017).

En este ensayo participan actualmente más de 200 investigadores, entre médicos y psicólogos, que han evaluado a más de 1.300 pacientes de 30 Centros de Salud de Atención Primaria de diversas Comunidades Autónomas como: Madrid, Valencia, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Navarra, Cantabria, Galicia y Andalucía.

Los datos obtenidos por el PsicAP hasta el momento, demuestran claramente la eficacia del tratamiento psicológico sobre el tratamiento habitual, principalmente de tipo farmacológico. De los 323 pacientes, que han sido evaluados y han concluido el tratamiento psicológico, se han recuperado en torno a un 70% de los pacientes (67% en casos de ansiedad y 72% en caso de de-

presión), 3 veces más que con el tratamiento habitual de Atención Primaria (27,4% y 24,2%, respectivamente). Además, la intervención psicológica ha conseguido la disminución del consumo de psicofármacos y de la hiperfrecuentación a las consultas de AP.

Dados los buenos resultados, y en su empeño de mejorar el acceso a las terapias psicológicas en España, próximamente PSICOFUNDACIÓN también impulsará el programa *Mejora de la Atención Psicológica en Atención Primaria* (MAPSI), como continuación del proyecto PsicAP, con el fin de demostrar si las ganancias terapéuticas se mantienen a largo plazo, así como si, el tratamiento psicológico es, además de eficaz, coste-eficaz.

Otro ejemplo llevado a cabo en nuestro país ha sido la contratación por parte de la gerencia de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias, el pasado año 2017, a dos psicólogos clínicos para la prestación de tratamiento psicológico en dos Centros de AP. El objetivo de esta experiencia piloto, es garantizar la disponibilidad inmediata de tratamientos eficaces, para los pacientes que acuden con algún tipo de desorden emocional: ansiedad, depresión o somatizaciones a las consultas de AP. Aunque en el siguiente artículo de esta sección *En Portada* se aborda esta experiencia de forma más detallada, se puede adelantar que los resultados disponibles hasta la fecha son prometedores.

En estos meses unas 370 personas han sido derivadas a este servicio, de los cuales, más del 75% presentaba ansiedad o depresión clínica y ha recibido de media unas 3-4 sesiones de tratamiento. Se ha podido comprobar que, tras la intervención psicológica, la ansiedad y la

depresión se reducen a valores subclínicos y la calidad de vida de los pacientes mejora notablemente. Además, cerca del 80% de los pacientes que se encontraban en una situación de incapacidad temporal al inicio de la intervención psicológica, se reincorporaron al trabajo durante el tratamiento. Al mismo tiempo, durante el tratamiento psicológico, los médicos de familia redujeron o eliminaron el tratamiento farmacológico de más de la mitad de los pacientes (López y Veiga, 2017).

A la vista de los resultados de todas las experiencias clínicas llevadas a cabo dentro y fuera de nuestro país, se puede afirmar que el acceso inmediato a tratamientos psicológicos para los pacientes con ansiedad o depresión, conlleva consecuencias muy positivas para la salud mental y la calidad de vida de la población. Aunque sólo esto sería suficiente para justificar la presencia de psicólogos clínicos en los servicios de AP, se deben tener en cuenta también las cifras económicas disponibles sobre este asunto.

Tal y como explican detalladamente Ruiz-Rodríguez et al. (2017) en su revisión sobre el *Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España*, la gran diversidad metodológica utilizada en los estudios disponibles, no permite llevar a cabo metaanálisis sobre los costes y la carga de los trastornos mentales comunes. Sin embargo, a pesar de esta dificultad, se ha comprobado que el impacto económico y social de los trastornos mentales comunes en España, provoca elevados costes y carga, acordes a los estudios realizados en otros países europeos y del mundo, incluso ligeramente superiores. Se debe tener en cuenta que los gastos ocasionados no solo in-



cluyen los costes directos provocados por la hiperfrecuentación de las consultas y el gasto en psicofármacos, sino que también cobran especial relevancia los gastos indirectos o no sanitarios, que provocan la pérdida de productividad laboral y la alta frecuencia de bajas prolongadas a causa de la ansiedad y la depresión; siendo estas, unas de las principales causas de jubilación anticipada y percepción de pensiones por discapacidad (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005).

En concreto, los costes ocasionados por los trastornos mentales alcanzarían los 45.988 millones de euros, de los cuales, sólo los trastornos depresivos, los de ansiedad y las somatizaciones supondrían casi la mitad del gasto (un total de 22.778 millones de euros), unos 488 euros per cápita y año (Parés-Badell et al. 2014). Se estima que en España las personas con depresión originan un coste un 58% superior en AP (Sicras et al., 2007), dado que una persona con enfermedad física crónica con depresión consume cerca del doble de recursos sanitarios que otra persona sin dicho diagnóstico (Kathol et al., 2005).

En cuanto a la carga, se ha estimado que los trastornos mentales dan cuenta del 27% de todos los años vividos con discapacidad, con un mayor impacto en la carga global de enfermedad que los trastornos cardiovasculares y el cáncer (Schwappach, 2007), convirtiéndose en la primera causa de discapacidad (años vividos con discapacidad - AVD) atribuida a una única enfermedad. En concreto, la depresión en 2010 fue la cuarta causa en España que contribuyó más al aumento de los años vividos con discapacidad, aumentando un 35% desde 1990.

Según los datos publicados en 2017 por la OMS, las consecuencias de los trastornos mentales comunes sobre la pérdida de la salud son enormes. La depresión, con una prevalencia del 4,4% en la población mundial, está clasificada por la OMS como el mayor contribuyente a la discapacidad (el 7,5% de todos los AVD, en 2015), y los trastornos de ansiedad ocupan el sexto lugar (con un 3,4% de los AVD). La depresión es también el mayor contribuyente a las muertes por suicidio, que ascienden a cerca de 800.000 al año en todo el mundo. Según este informe, España presenta una prevalencia de la depresión del 5,2% (con un 8,7% de los AVD), y para los trastornos de ansiedad alcanza el 3,6%, cifras en todos los casos superiores a la media del mundo (World Health Organization, 2017).

La alta prevalencia de trastornos mentales comunes en todo el mundo, junto con el alto porcentaje de casos no tratados y el bajo porcentaje que sigue un tratamiento mínimamente basado en la evidencia, vemos que generan altísimos costes y carga. No es de extrañar que la OMS y el Foro Económico Mundial hayan advertido de que las economías occidentales no podrán aguantar estos costes crecientes, que en el año 2030 se habrán multiplicado por 2,4, si no se tratan los desórdenes emocionales con las técnicas más eficaces y coste-eficaces (Bloom, 2011).

Aunque todavía se está investigando sobre el coste-eficacia de la inclusión del psicólogo clínico en AP, es decir, ver si ahorra dinero y mejora la carga provocada por estos trastornos, los datos disponibles hasta el momento demuestran que la integración de la atención psicológica en los servicios de

AP ha demostrado ser una estrategia eficaz y rentable.

En algunos casos, la implementación de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia científica en los servicios de AP ha supuesto un ahorro del 20% al 30% del gasto sanitario, en comparación con el modelo farmacológico tradicional (Cummings, O'Donohue, & Ferguson, 2003). Las tasas de recuperación más elevadas, la mejora del funcionamiento en el trabajo, la disminución del número de visitas al médico y la reducción del uso innecesario de los servicios médicos (American Psychological Association, 2012), redundan en el ahorro en términos de costes económicos y sociales, así como en el aumento de la productividad del país, disminuyendo las tasas de discapacidad, desempleo, la morbilidad y la mortalidad prematura de la población (LSE, 2006; Wahlbeck, 2009). En concreto, los datos obtenidos gracias al proyecto IATP de Reino Unido, han demostrado un mayor coste-eficacia y coste-utilidad, reduciendo de forma notable la discapacidad, las prestaciones sociales y los costes sanitarios (Radhakrishnan et al., 2013).

En definitiva, es fundamental asegurar el acceso a las terapias psicológicas por tres razones: el NICE recoge en sus guías clínicas la terapia psicológica como un tratamiento eficaz y seguro; existen datos que señalan que los pacientes reclaman mayor acceso al tratamiento psicológico; y una atención deficiente de la salud mental, provoca un gran impacto sobre la productividad laboral, la economía y la calidad vida (Turpin et al., 2008).

Por todo esto se puede afirmar que la incorporación de los psicólogos clínicos en AP ha demostrado ser una estrategia

eficaz para mejorar el acceso a tratamientos psicológicos eficaces de forma casi inmediata, reduciendo la hiperfrecuación de las consultas, el consumo de psicofármacos, las bajas laborales y los costes y cargas derivados de los trastornos mentales comunes; e incrementando las tasas de recuperación, la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2012). *Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness - Approved August 2012*. Washington, DC: APA.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Baker, C. (2017). Mental health problems: statistics on prevalence and services. House of Commons Library. Briefing paper Number 6988, Jan 18, 2017.
- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S. y Weinstein, C. (2011). The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum.
- Clark D.M., Canvin L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., Janecka, M. (2017) Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *Lancet*, published online Dec 7.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A. y Haro, J.M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España [Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (Suppl 2), 21–28.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005): libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas. p. 3.
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L.A., et al. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23, 91-98.
- Cummings, N.A., O'Donohue, W.T., & Ferguson, K.E. (2003). Behavioral health in primary care: Beyond efficacy to effectiveness. *Reno: Context P*.
- Fletcher, J., Bassilios, B., King, K., Kohn, F., Blashki, G., Burgess, P. y Pirkis, J. (2009). Evaluating the access to allied psychological services component of the better outcomes in mental health care program. Fourteenth interim evaluation report: Ongoing gains in improving access to mental health care in Australia. Melbourne: Centre for Health, Policy, Programs and Economics, Melbourne School of Population Health, University of Melbourne.
- Kathol, R.G., McAlpine, D., Kishi, Y., Spies, R., Meller, W., Bernhardt, T. y Gold, W. (2005). General medical and pharmacy claims expenditures in users of behavioral health services. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 160–167.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T., Angermeyer, M., Haro, J., Sevilla-Dedieu, C., y ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58, 213–220.
- López, N. y Veiga, C. (2017). Memoria de actividad clínica. Documento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- LSE. (2006). *The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders*. London: LSE.
- Organización Mundial de la Salud y Wonca. (2008). *Integrating mental health into primary care – a global perspective*. Singapore: OMS y Wonca.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*, 9.
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F. y LaFortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 37–45.
- Schwappach, D. L. B. (2007). Die ökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen und ihrer Versorgung – ein blinder Fleck? *Neuropsychiatrie*, 21, 18–28.
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L., Moriana, J.A., Buiza, C. et al. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23, 118-123.
- Sicras, A., Rejas, J., Navarro, R., Serrat, J., Blanca, M. y Díaz, S. (2007). Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21, 306–313.
- Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry*; 210: 119–24.
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., Duffy, R., & Programa IAPT. (2008). Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 29, 271–280.
- Wahlbeck, K. (2009). Background document for the EU Thematic Conference on Prevention and Suicide. Luxemburgo: Comisión Europea. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_background_en.pdf
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*; 370: 841–50.
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: World Health Organization.