

Desórdenes emocionales en Atención Primaria. Proyecto PsicAP

Dr. Antonio Cano Vindel
Universidad Complutense de Madrid



Atención Primaria (AP)

Antecedentes

- La fuerte demanda sobre los servicios de AP sobrepasa los recursos
- Parte de la demanda se debe a necesidades de tratamiento de
 - trastornos mentales comunes o
 - síndromes subclínicos y problemas psicosociales,
 - a menudo comórbidos con somatizaciones y enfermedades físicas crónicas
- Destacan los desórdenes emocionales (DE), especialmente los trastornos
 - de ansiedad
 - del estado de ánimo (depresiones)
 - somatomorfos (somatizaciones)

Los DE en AP

■ Los DE

- son los trastornos mentales más prevalentes en la AP española (49,2% de los pacientes presentan probables DE, medido con una prueba de cribado; 30,2%, con entrevista),
- están mal detectados (sólo el 20% de casos con depresión),
- son escasamente (30%) atendidos con tratamiento mínimamente adecuado a la evidencia científica,
- producen alta hiperfrecuentación (19,1 veces superior a las personas sin DE y sin sintomatología),
- baja adherencia (34% no llega a la farmacia), automedicación,
- abuso de psicofármacos (2.3 veces más que en Holanda y 4.2 veces superior que en Bélgica),
- el consumo de algunos psicofármacos presenta consecuencias no deseadas
- mayor carga (e.g. bajas laborales) que las enfermedades físicas,
- tienden a cronificarse (aunque existen tratamientos eficaces)

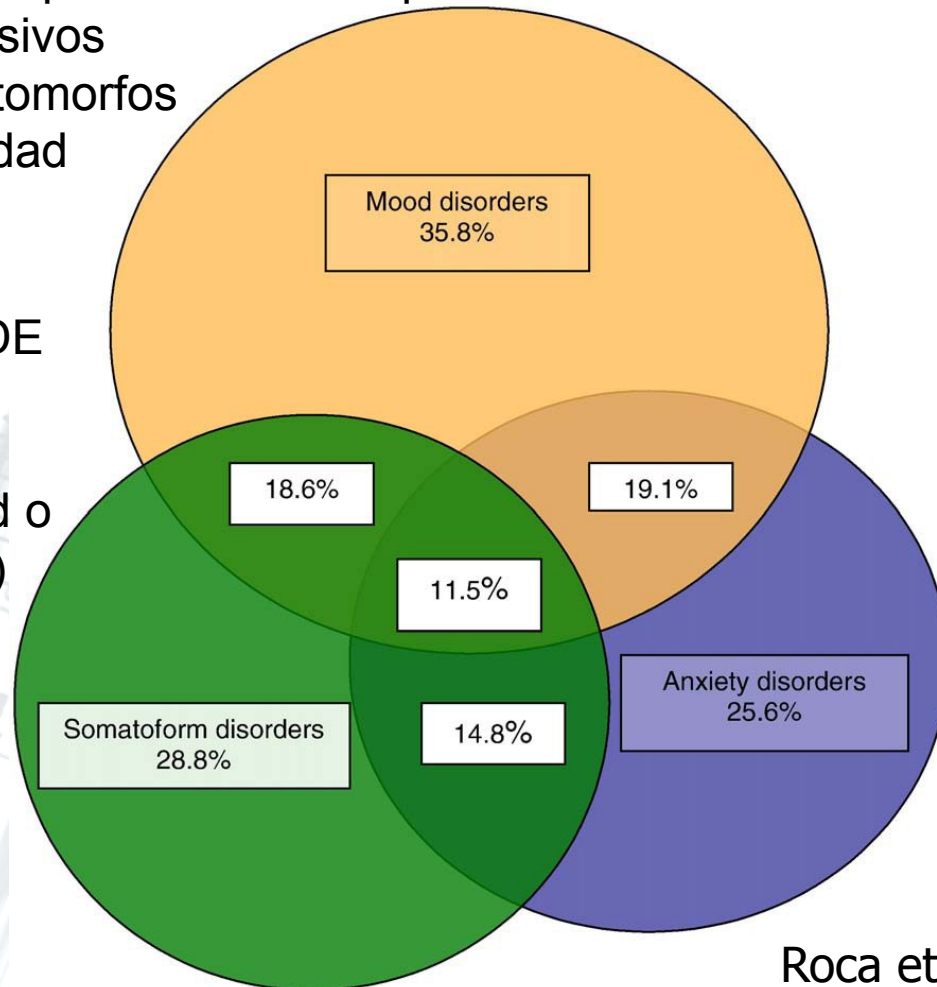
Prevalencia de los DE en AP:

prevalencia y comorbilidades entre los principales trastornos mentales

El **53.6%** de los pacientes de AP presentaron uno o más trastornos mentales

- 35.8% depresivos
- 28.8% somatomorfos
- 25.6% ansiedad

El **49.2%** presentó un DE (trastorno depresivo o de ansiedad o somatomorfo)



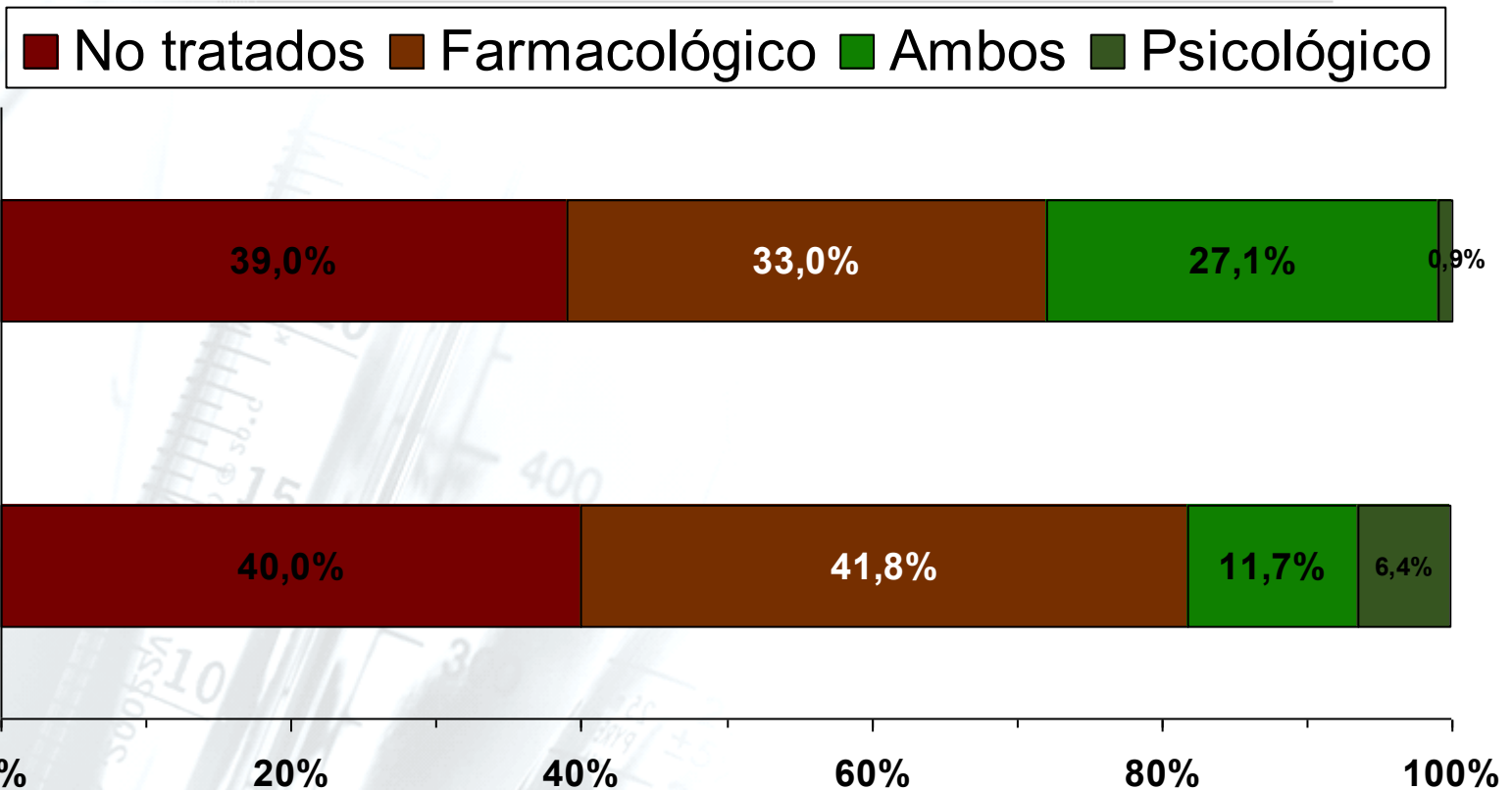
En **España**, usando el Primary Care Evaluation of Mental Disorders (**PRIME-MD**) en AP (N=7936)

Antecedentes

Roca et al. (2009)

El tratamiento de los trastornos mentales en España

Tipo de tratamiento recibido, últimos 12 meses



Antecedentes

Fuente: ESEMeD España

La experiencia de otros países en el tratamiento de los DE

- En otros países se han llevado a cabo iniciativas
 - para aproximar la investigación a la práctica
 - y diseminar el tratamiento psicológico basado en la evidencia,
 - aplicando con éxito programas cognitivo-conductuales (CC) a los DE en AP
 - Reino Unido (Improving Access to Psychological Therapies, IAPT)
 - USA (Coordinated Anxiety Learning and Management, CALM)
 - estos programas han demostrado ser más eficaces y eficientes que el tratamiento convencional

Proyecto

“Psicología en Atención Primaria” (PsicAP)

- El objetivo de este trabajo es describir un proyecto piloto, coordinado por Psicofundación y promovido por el COP de Madrid, en el que se pondrá a prueba un protocolo de tratamiento psicológico basado en la evidencia para los DE, en pacientes de 18 a 65 años de AP, dentro de un programa colaborativo y escalonado
- Nuestra hipótesis es que el tratamiento CC será más eficaz y eficiente que el tratamiento convencional; además, estas ganancias se mantendrán en el seguimiento

Método / Diseño

- Se llevará a cabo un ensayo controlado aleatorizado (N=1.126, suponiendo un 20% de pérdida, un intervalo de confianza del 95% y un poder estadístico del 85%) de dos grupos paralelos y asignación aleatoria igual de 563 pacientes elegibles,
 - a un grupo experimental de tratamiento psicológico con 9 sesiones de técnicas CC (la intervención se realizará a lo largo de un periodo de tiempo de entre 12 y 16 semanas) y
 - un grupo control de tratamiento convencional
- Se tomarán medidas sobre síntomas clínicos (ansiedad, depresión, somatizaciones), disfunción en distintos ámbitos (e.g., laboral, social), calidad de vida, consumo de psicofármacos y valoración del programa
- Se hará un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses

Diseño

Reclutamiento

Elegidos para evaluación (n =)

Excluidos (n =)

- No cumplen los criterios de selección (n =)
- Renuncian a participar (n =)
- Otras razones (n =)

Aleatorizados (n = 1.126)

Grupo control

Asignados a la intervención n = 563

- Recibieron la intervención asignada (n =)
- No recibieron la intervención asignada (motivos) (n =)

Pérdidas de seguimiento (motivos) (n =)
Interrumpen la intervención (motivos) (n =)

Analizados (n =)

- Excluidos del análisis (motivos) (n =)

Grupo experimental

Asignados a la intervención n = 563

- Recibieron la intervención asignada (n =)
- No recibieron la intervención asignada (motivos) (n =)

Pérdidas de seguimiento (motivos) (n =)
Interrumpen la intervención (motivos) (n =)

Analizados (n =)

- Excluidos del análisis (motivos) (n =)

Asignación

Seguimiento

Análisis

Grupo experimental

- El grupo experimental seguirá un protocolo manualizado en el que se incluirán:
 - entrenamiento psicoeducativo (sobre las emociones y los DE, con especial incidencia en los tipos de disfunción emocional presentes);
 - entrenamiento en reestructuración cognitiva: observación y modificación de sesgos cognitivos y otras variables cognitivas relacionadas con la emoción;
 - entrenamiento en relajación muscular progresiva, respiración, imaginación y sugestión;
 - entrenamiento en habilidades conductuales y sociales, exposición a situaciones emocionales; y
 - prevención de recaídas

Evaluación:

PHQ, Cuestionario de Salud del Paciente

- El **Patient Health Questionnaire, PHQ**, es una versión autoadministrada del PRIME-MD, Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD; Spitzer et al., 1994)
- es una herramienta de diagnóstico (cribado)
- está validado y ha alcanzado gran difusión
 - contiene los 5 mismos módulos que el PRIME-MD (utilizaremos los 3 primeros):
 - **depresión (PHQ-9),**
 - **ansiedad (GAD-7) y pánico (PHQ-PD),**
 - **somatomorfos (PHQ-15),**
 - alimentación y
 - Alcohol
 - serán seleccionadas las personas que superen los puntos de corte en depresión, ansiedad, pánico o somatomorfos

Evaluación:

Inventario de Discapacidad de Shehan

- Test autoadministrado que evalúa de forma subjetiva el grado de discapacidad o disfunción en tres áreas de la vida, a través de tres cuestiones (“a causa de mis síntomas se ha visto perjudicada mi vida...”):
 - (1) laboral,
 - (2) social y de ocio, y
 - (3) familiar y de responsabilidades del hogar.
- Además, mediante dos ítems adicionales, evalúa
 - (4) el grado de estrés en la última semana y
 - (5) el apoyo social percibido
- Los primeros 4 ítems son puntuados mediante una escala de 10 puntos (0 = no discapacidad; 10 = máxima discapacidad; 1-3 = leve; 4-6 = moderada; 7-9 = marcada).
- El quinto ítem (Apoyo social percibido) utiliza el mismo tipo de escala; pero expresada en porcentajes (0% = apoyo inexistente; 100% = apoyo ideal).

Tipo de programa

- Se trata de un programa
 - escalonado (“stepped care”: distintos niveles de profundidad),
 - colaborativo (distintos especialistas y tratamientos)
 - transdiagnóstico (similar intervención en diferentes DE)
 - grupal (considerable ahorro de recursos)
 - apoyado en el papel activo del paciente y las nuevas tecnologías de la información
 - basado en las técnicas CC con evidencia empírica (Guía NICE, 2011) y los principios de una correcta autorregulación cognitivo-emocional

Bases del programa

- El programa se basa en la aplicación de un tratamiento escalonado e intensificado, cuyo primer paso consiste en la puesta en marcha de una intervención psicológica manualizada, en grupo, de tipo CC, con las siguientes características
 - se considera que los DE son fruto de un proceso de aprendizaje emocional disfuncional, a lo largo del tiempo,
 - de tipo cognitivo, carácter voluntario, con presencia de sesgos cognitivos (especialmente de tipo atencional e interpretativo) y fallos en la regulación emocional
 - de tipo asociativo, carácter automático, con presencia de estímulos emocionales condicionados que tienden a ser evitados, debido al malestar psicológico y alta activación que producen cuando están presentes dichos estímulos
 - también se considera que el proceso es reversible y que ambos tipos de reaprendizaje funcional se pueden llevar a cabo aplicando las técnicas de tipo CC (e.g., reestructuración cognitiva y exposición conductual)

Los dos ejes del programa psicológico: cognitivo y asociativo

- Las emociones son reacciones universales (e.g., miedo) que nos ayudan a adaptarnos mejor a las situaciones en las que surgen (e.g., peligro)
- Sin embargo, los DE se consideran psicopatologías emocionales (disfunción), a las que se llega a través de un proceso de aprendizaje cognitivo y asociativo
- Las reacciones emocionales responden a dos tipos de principios
 - de procesamiento cognitivo-emocional (e.g., anticipar un peligro –representación mental- produce respuesta emocional –e.g., fisiológica)
 - de aprendizaje asociativo (e.g., el condicionamiento clásico o por asociación de un estímulo neutro –automóvil- y una respuesta fisiológica automática –e.g., náusea- convierte al estímulo neutro en un estímulo emocional condicionado)
- Estos principios emocionales pueden explicar tanto el surgimiento como la recuperación de los DE

Análisis de datos

Análisis de datos

- Se comprobará la equivalencia de ambos grupos en las medidas antes del tratamiento
- Se llevarán a cabo ANOVAs intergrupo-intragrupo 2x2 (grupo x tratamiento) en las medidas dependientes:
 - 1) síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones;
 - 2) disfunción laboral, familiar y social; y
 - 3) satisfacción con la atención recibida.
- Se calculará el tamaño del efecto de ambos grupos, así como su precisión (intervalos de confianza al 95%)
- Se calcularán también los porcentajes de
 - pacientes de ambos grupos que han disminuido en un 50% sus puntuaciones en síntomas clínicos,
 - probables casos con DE (TA y depresivos) antes y después del tratamiento, según los puntos de corte
 - psicofármacos consumidos antes y después

Análisis de datos

- Los análisis primarios seguirán el principio de “intención de tratar”, de manera que todos los individuos que han ingresado en el estudio serán considerados en su grupo correspondiente aunque no hayan cumplido con su protocolo. Esto permitirá mantener hasta el final del estudio el objetivo de la aleatorización, es decir, disminuir la probabilidad de sesgar los resultados
- Se considerará éxito terapéutico para el grupo experimental la obtención de tamaños del efecto de medianos a grandes y significativamente mayores que en el caso del grupo control, sobre todo para los síntomas de ansiedad
- Asimismo, se compararán los costes y la relación coste-eficacia de ambos tratamientos

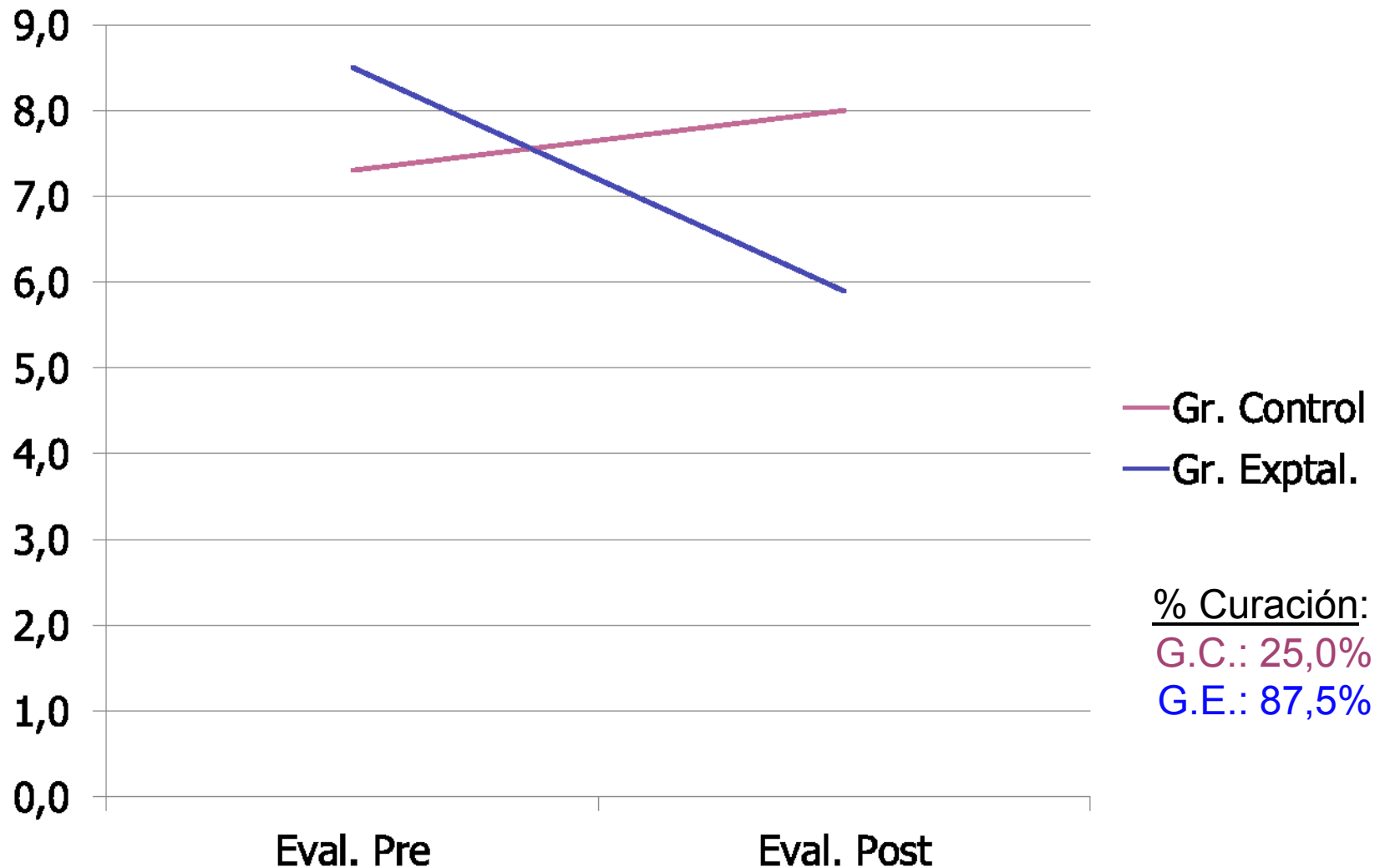
Discusión

- La evidencia científica muestra que la experiencia desarrollada previamente en otros países sobre el tratamiento de los DE en AP con programas similares a éste debe animarnos a esperar resultados igualmente positivos
- También muestra que la práctica de la psicología clínica con estas técnicas CC avala igualmente estas expectativas positivas
- Sin embargo, este proyecto presenta muchos retos en diferentes frentes: obtención de permisos oficiales necesarios, financiación del mismo, entrenamiento y colaboración de diferentes profesionales, control de muchas variables en un diseño exigente, aplicación rigurosa del programa, evaluación correcta, continuidad tras la primera experiencia, etc.

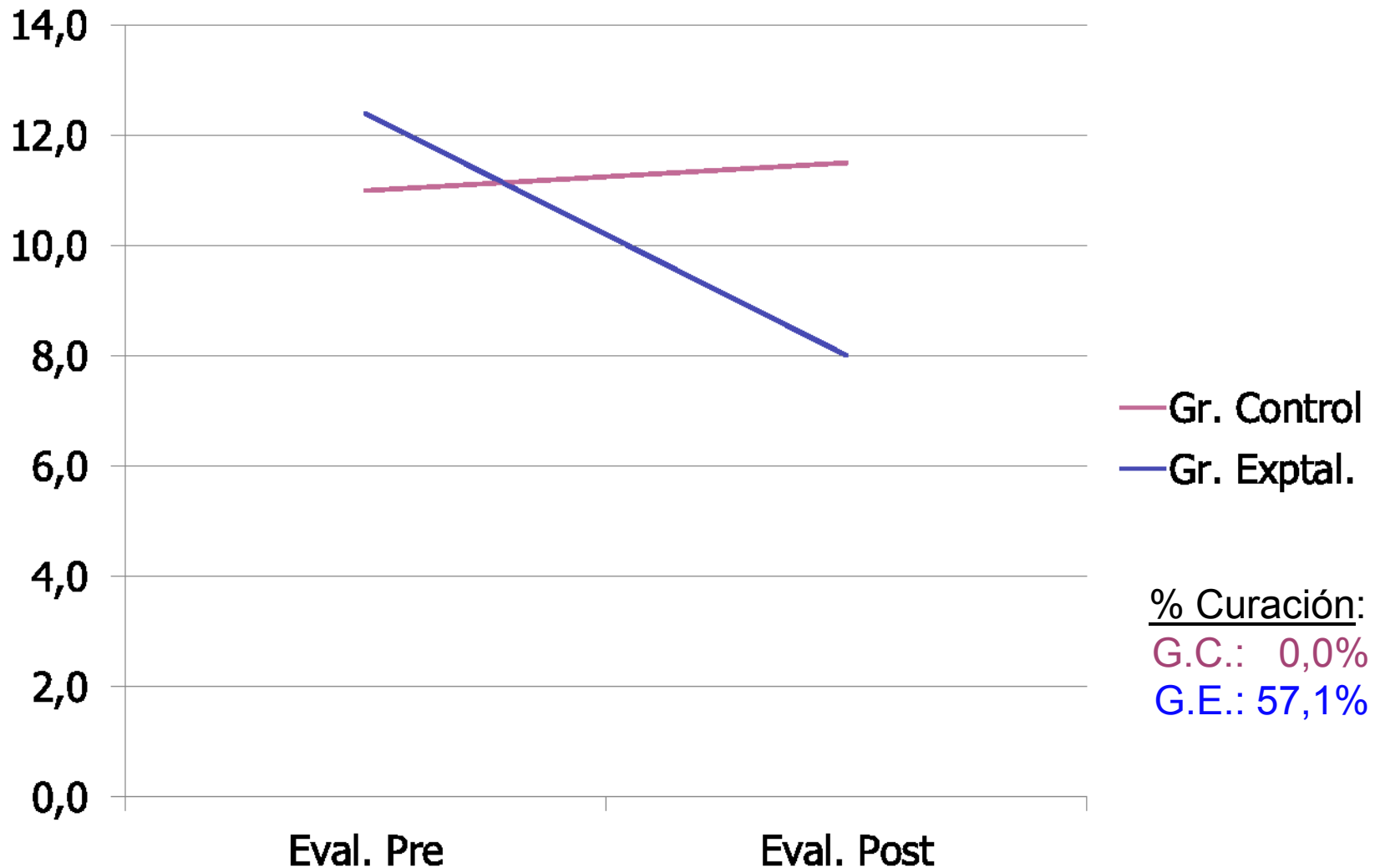
Resultados de un estudio piloto

- Tratamiento en grupo
 - Pacientes con DE (N=43)
 - Grupo Control (n=20)
 - Grupo Experimental (n=23)
 - Abandonos: 2

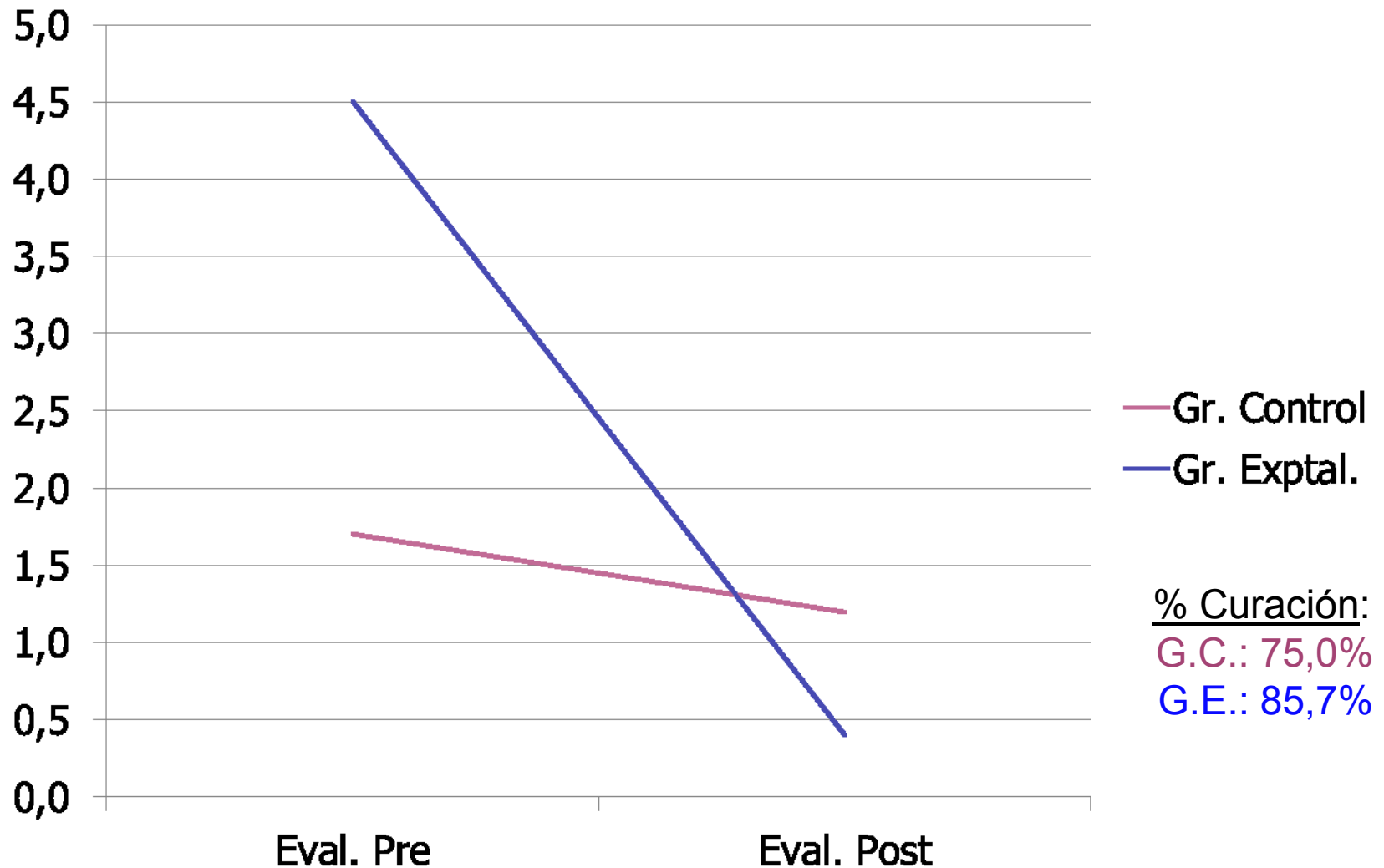
Resultados: somatizaciones



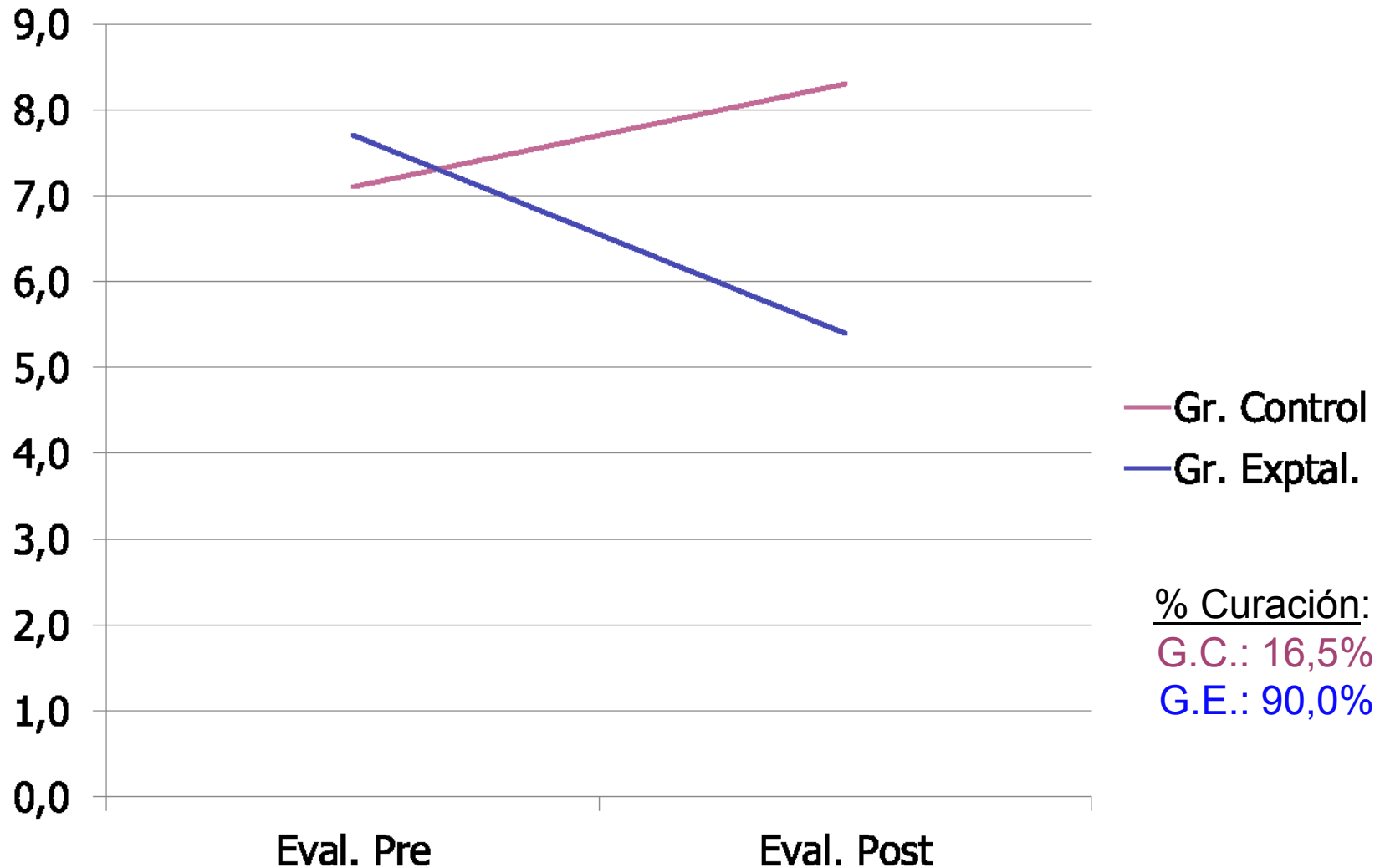
Resultados: síntomas depresivos



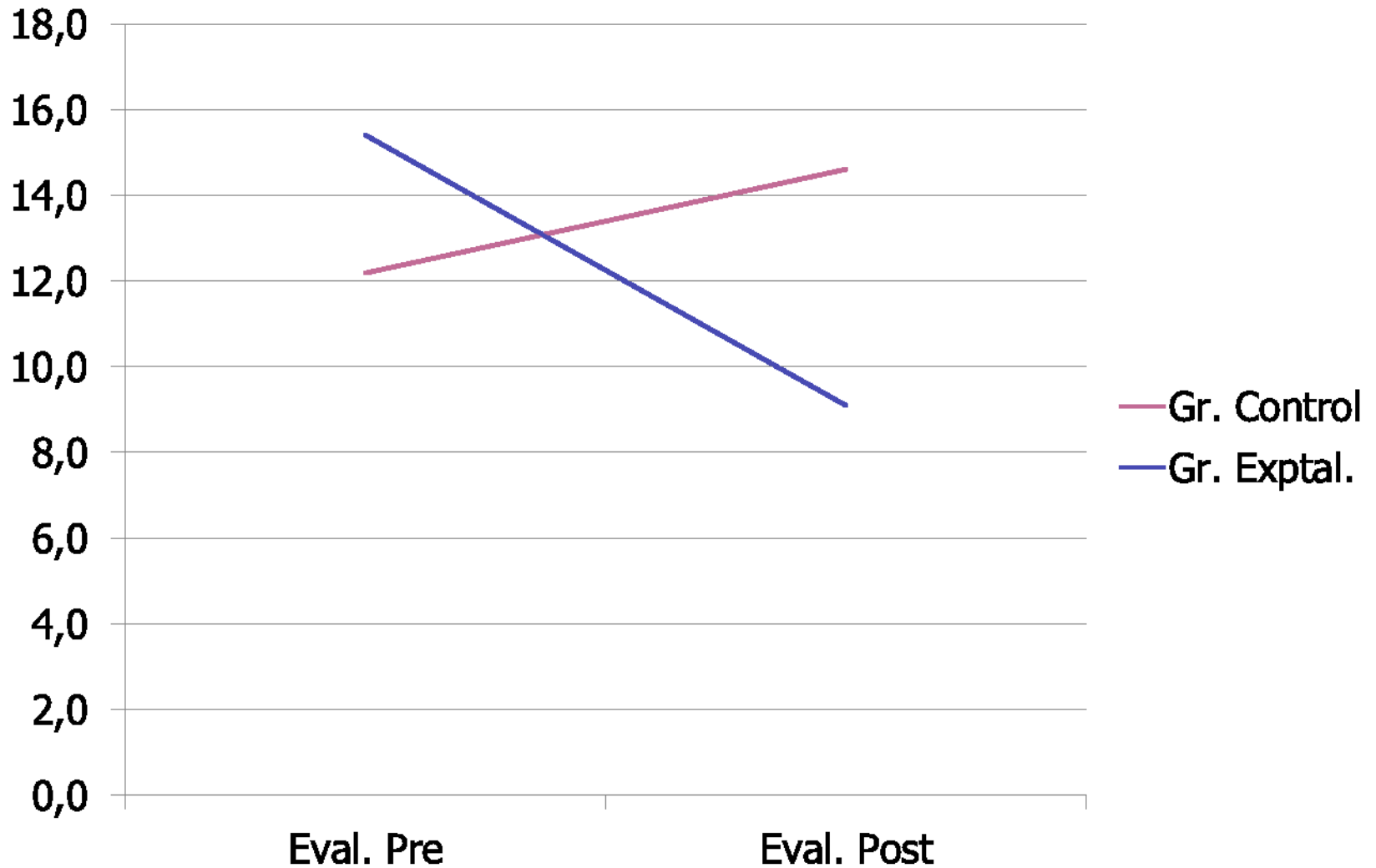
Resultados: sensaciones físicas de pánico



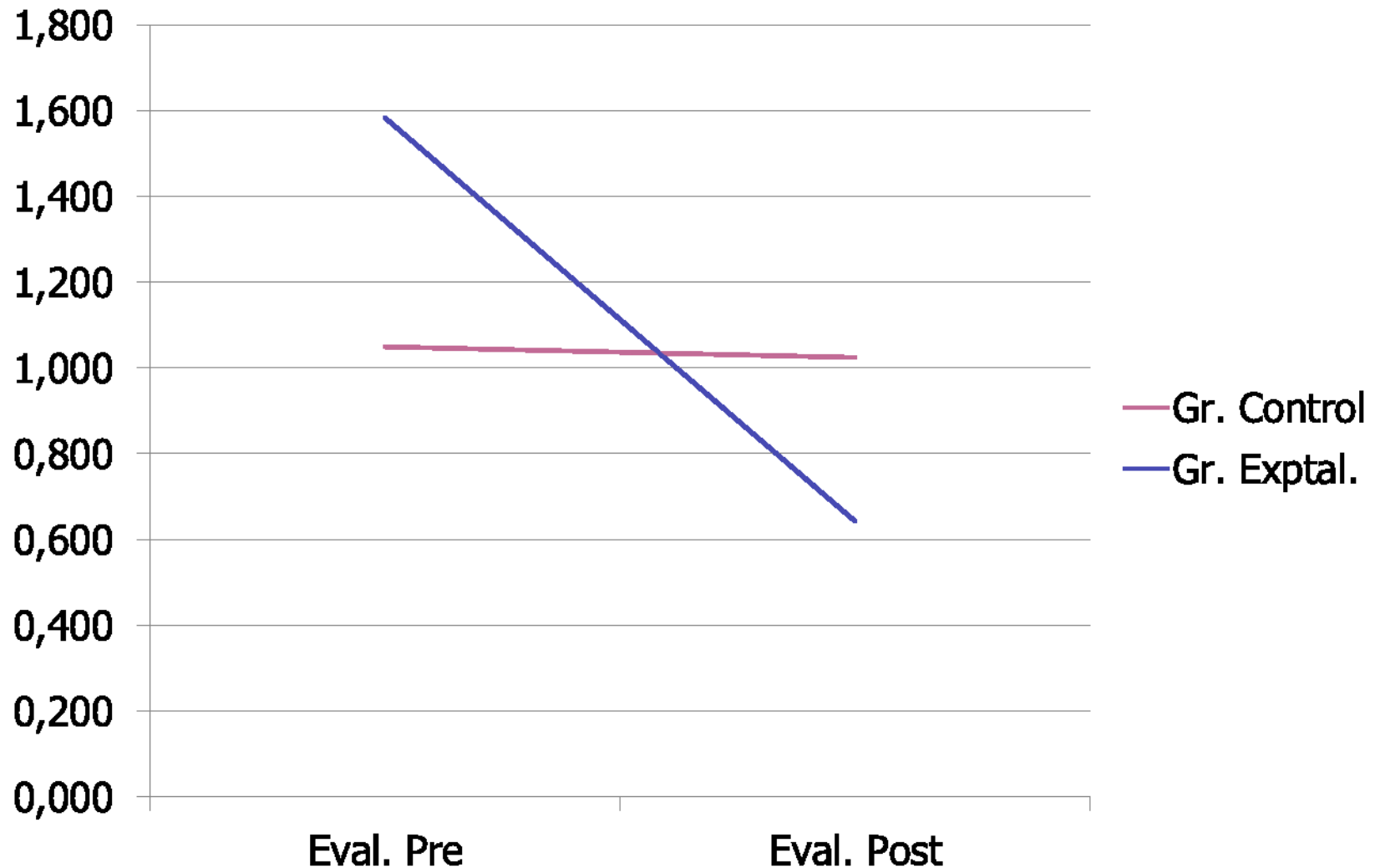
Resultados: síntomas de ansiedad generalizada



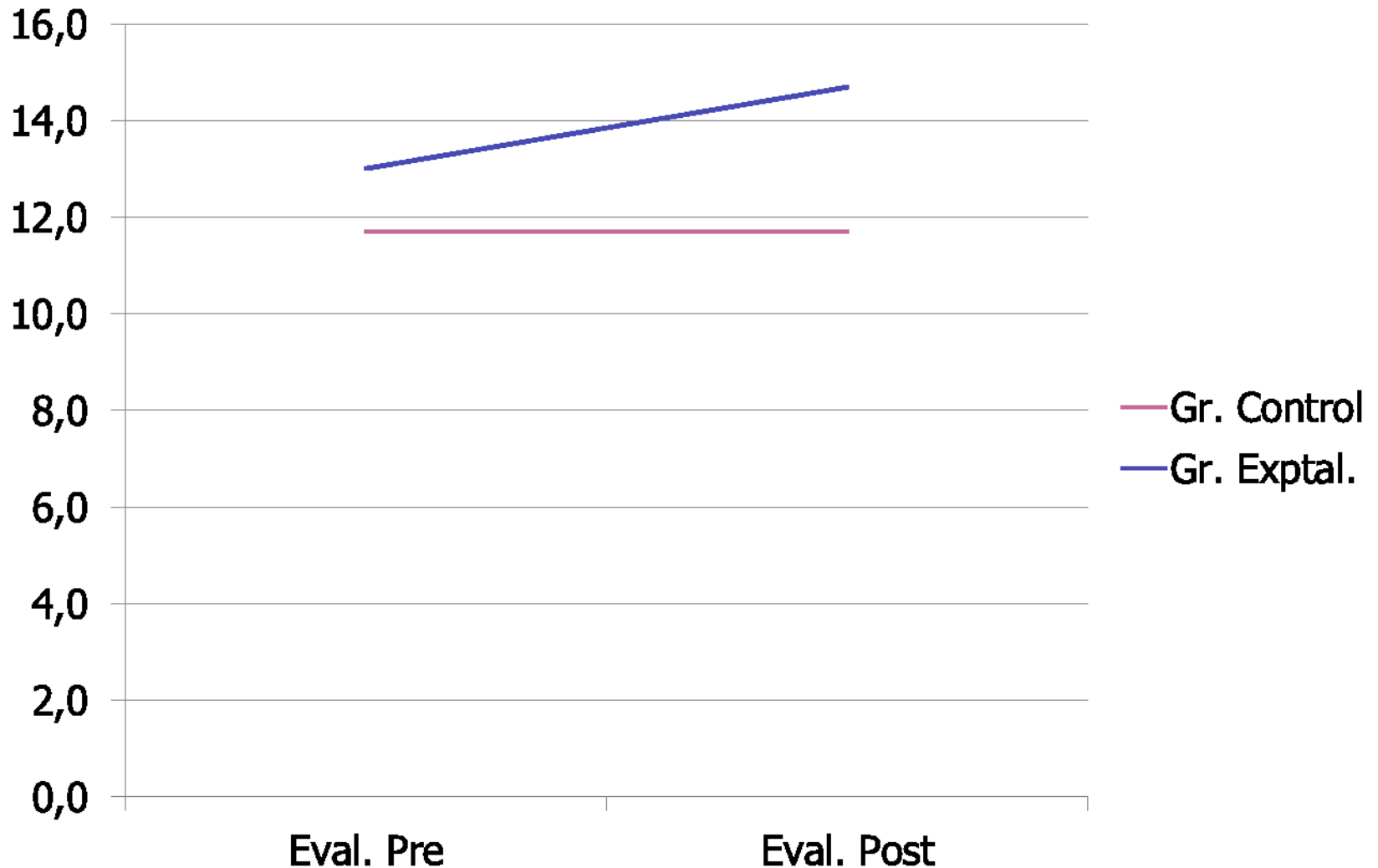
Resultados: discapacidad



Resultados: consumo de benzodiazepinas



Resultados: calidad de vida a nivel psicológico



Resultados: calidad de vida a nivel físico

