

EL PSICÓLOGO EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN DEBATE NECESARIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Joaquín Pastor Sirera

Secretario de la SEPCyS

La elevada prevalencia de los trastornos mentales comunes en España y otros países, junto a la infradotación de recursos públicos para la atención a la salud mental constituye uno de los principales problemas de salud pública. En el artículo se revisan algunos datos que apuntan a la precariedad del sistema de salud mental español, la sobreutilización de psicofármacos en atención primaria y la conveniencia de actuar profesionalmente a nivel primario. Se destaca la evidencia existente acerca del potencial de reducción de costes sanitarios que tendría la incorporación de psicólogos adecuadamente formados en atención primaria de salud y algunos modelos organizativos y proyectos desarrollados en otros países. Se argumenta a favor de proporcionar una auténtica asistencia bio-psico-social integrada al ciudadano como alternativa al reduccionismo biomédico que predomina en los sistemas sanitarios.

Palabras clave: Atención Primaria. Psicólogo. Eficiencia. Efectividad. Costes. Reducción de costes sanitarios. Salud Mental. Sistemas Sanitarios. España.

The high prevalence of common mental disorders in Spain and other countries, together with the underfunding of public mental health care, constitutes one of the principal problems in the public health context. This paper reviews some of the data in relation to the lack of resources invested in Spain's mental health system, the overuse of psychoactive drugs in primary care and the crucial importance of a professional attention at the primary care level. It also highlights evidence about the potential implication for reducing health costs of incorporating trained professional psychologists in primary health care, and discusses diverse collaborative care models and pathfinder projects developed in other countries. It is argued in favour of providing genuine bio-psycho-social care, as an alternative to the biomedical reductionism currently predominant in health systems.

Keywords: Primary care. Psychologist. Efficiency. Effectiveness. Cost. Medical cost reduction. Mental health. Health care systems. Spain.

Parece haber un consenso general en la comunidad científico-sanitaria sobre la necesidad de atender adecuadamente los problemas de salud mental en la asistencia primaria, puesto que es el primer nivel y puerta de acceso al sistema sanitario. La atención primaria es el recurso al que acceden en primera instancia la mayoría de personas con problemas psicosociales o de salud mental además de dolencias físicas. Se ha señalado que la atención primaria constituye el sistema de salud mental *de facto* para el 70% de la población (Regier et al. 1993). No obstante, la inclusión de servicios psicosociales basados en este nivel de atención ha sido muy escaso o prácticamente inexistente.

En este sentido, ha sido hartamente utilizado en el discurso institucional y en numerosos documentos sanitarios desde la Ley General de Sanidad de 1986, el atributo "biopsicosocial" para definir la atención que se pretendía prestar al ciudadano desde una "perspectiva integral". Tras más de 20 años desde la enunciación este *desideratum* que se ha desvelado como de marcado carácter político-decorativo (Lemos, 2008), y dando por

conseguidos algunos de los objetivos en el desarrollo de servicios de salud mental, se pone de relieve una situación de precariedad e insuficiencia de los servicios, especialmente el desigual desarrollo y dotación de recursos entre comunidades autónomas con una falta de equidad en la disponibilidad y acceso a servicios de asistencia psicológica. La ausencia de atención psicosocial eficaz en asistencia primaria y en la red hospitalaria se ha plasmado en el establecimiento de servicios comunitarios mínimos que no cubren las necesidades reales (Salvador-Carulla et al., 2003).

La reciente Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Ministerio de Sanidad y Consumo el en febrero de 2007, no parece apartarse de esta tradición de vagas formulaciones globales. No se halla en el documento una planificación concreta y evaluable que defina objetivos en cuanto a la formación de profesionales, dotación de recursos y asistencia psicológica en atención primaria, aunque se reconozca el impacto en el sistema de los trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión y trastornos adaptativos), y la conveniencia de incrementar el empleo de estrategias de carácter psicológico para abordarlos.

Correspondencia: Joaquín Pastor Sirera. Clínica de Psicología y Salud. Av. Cavaller Ximén de Tovia, 5. 46800 Xàtiva-Valencia. España.. E-mail: cpsalud@cop.es

La organización y configuración actual de la asistencia sanitaria es tal que el ciudadano carece de acceso directo a servicios de asistencia psicológica en la red pública. Los médicos de atención primaria se ven incapaces de proporcionar una respuesta asistencial significativa no farmacológica a los problemas de carácter psicológico, en parte por falta de formación específica, por falta de tiempo y también porque no está claramente establecida su responsabilidad profesional en el ámbito de lo psicosocial, además de una escasa disponibilidad y coordinación con profesionales de la salud mental. Esta segregación entre la asistencia primaria y los servicios de salud mental conduce a una respuesta ineficaz e ineficiente que favorece la sobrecarga del sistema y conduce a situaciones, por ejemplo, como la derivación al especialista de pacientes sin trastorno mental diagnosticable según las clasificaciones psiquiátricas al uso (Ortiz, González y Rodríguez, 2006). Se trata de usuarios (24,4%, según este estudio) que adolecen de un malestar psicológico que no se ajusta a los criterios diagnósticos (códigos Z), y la mitad de ellos es derivado con prescripción farmacológica ya pautada por su médico.

Además de los trastornos mentales comunes, muchos de los problemas clínicos que se atienden en servicios de medicina general no pueden ser adecuadamente abordados desde un marco exclusivamente biomédico de atención. Las enfermedades crónicas, somatizaciones, las personas hiperfrecuentadoras de servicios médicos o los ancianos, por ejemplo, son poblaciones que requieren una atención psicológica y comportamental que facilite su adaptación a las dificultades y el cumplimiento de las prescripciones médicas. Buena parte de estos pacientes experimentan problemas psicológicos específicos clínicamente significativos que no reciben una intervención psicológica profesional basada en datos científicos, sino usualmente un apoyo informal bienintencionado y una prescripción farmacológica. El marco de atención primaria es el nivel en que estas dificultades habrían de abordarse, en prevención de un deterioro posterior que podría incrementar la demanda de atención especializada.

La conveniencia de integrar servicios de atención psicológica en la asistencia sanitaria primaria es un tema de consideración relativamente reciente en nuestro país. En otros entornos es un debate usual en la comunidad científica y está presente en el debate político sobre las reformas de los sistemas sanitarios (p. ej. Romanow y Marchildon, 2003). A nivel internacional, existe un reco-

nocimiento claro por parte de numerosos expertos y sociedades científicas acerca de la necesidad de incorporar profesionales de la salud mental a los equipos de atención primaria (Institute of Medicine, 2005; Kahn, 2004).

La importancia de considerar la asistencia integrada en atención primaria radica también en la elevada prevalencia de los trastornos mentales comunes en España. Haro et al. (2008) estiman en un 20% la prevalencia-vida y un 10% la prevalencia-año de los trastornos ansioso-depresivos en la población general. En los demandantes de atención primaria se estima que entre un 60 y un 75% de las consultas están asociadas a factores comportamentales, tales como: estilos de vida poco saludables, trastornos psicofisiológicos, somatización y trastornos emocionales asociados (Fries, Koop y Beadle, 1993, Levant, 2005). Todas estas necesidades de asistencia ocasionan un enorme impacto social y económico que incide negativamente en las personas, las familias y el sistema socio-sanitario.

Teóricamente, el marco normativo vigente en materia de asistencia sanitaria en el nivel primario permitiría y estimularía el desarrollo de servicios de atención psicológica. El Real Decreto 1030/2006, que regula la cartera de servicios del SNS, contempla la atención a la salud mental en Atención Primaria, tanto la vertiente de detección de psicopatología, como en el tratamiento de trastornos adaptativos, depresión y trastornos de ansiedad. Por otro lado, el documento *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad, 2007) establece como objetivo específico 4.4: *Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles*. El epíteto "biopsicosocial" y la invocación a la "interdisciplinariedad" sigue estando omnipresente en toda esta documentación sobre planificación estratégica sanitaria. Otro ejemplo lo encontramos en el Proyecto AP-21, un plan para la mejora de la atención primaria en el horizonte de 2007-2012, que declara: *"La Atención Primaria de salud se fundamenta en el trabajo en equipo. Las diferentes disciplinas que lo integran proporcionan una visión multidisciplinar y biopsicosocial de la atención al ciudadano. Por eso, en muchos de los servicios prestados desde el equipo de Atención Primaria, es necesaria la participación conjunta y complementaria de varios profesionales para proporcionar una atención más efectiva y de mayor calidad"* (Ministerio de Sanidad, 2006, p.81)

DEFICIENCIA DE LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A los profesionales de atención primaria se les atribuye una función reguladora de la carga asistencial de los servicios especializados de salud mental. Teóricamente, asumen la detección de trastornos mentales y la asistencia a problemas psicosociales que no requieren tratamiento especializado, determinando la conveniencia o no de la derivación a salud mental. Este modelo ha mostrado graves limitaciones debido fundamentalmente a escasez de recursos destinados a atención primaria, y por otro lado, a la falta de competencias profesionales específicas de los equipos en atención psicológica.

Respecto a la detección de problemas emocionales, existen datos sólidos que sugieren una escasa capacidad de detección de problemas de salud mental por parte del médico general. Por ejemplo, entre un 50-70% de pacientes con depresión mayor no son detectados en atención primaria (Coyne, Thompson, Klinkman, y Nease, 2002). El estudio de Aragonés, Piñol y Labad (2006) muestra que además, un 26,5% de los pacientes fueron diagnosticados erróneamente con depresión, sin cumplir criterios de trastorno del estado de ánimo. Respecto a los trastornos de ansiedad, la capacidad de detección es todavía menor: Sólo entre un 20% y un tercio son reconocidos en asistencia primaria (Wittchen, 1998, Roy-Byrne, Wagner y Scraunfnagel, 2005). De los estudios revisados por Artal, Herrán, y Vázquez-Barquero (1996), en la mayoría el "no reconocimiento" es mayor del 50%, aproximándose al 80% en los estudios en que se requiere un diagnóstico específico.

Un estudio reciente (Fernández et al., 2006) ha mostrado graves deficiencias en el tratamiento que se presta en España a los problemas de ansiedad y depresión tanto en atención primaria como especializada. Utilizando datos derivados de la muestra española del estudio epidemiológico ESEMeD (Alonso et al. 2004), de su análisis se concluye que sólo un 31.8% y un 30.5% de los pacientes en atención especializada y primaria, respectivamente, reciben un tratamiento mínimamente adecuado siguiendo criterios de práctica clínica consensuados internacionalmente y evaluados por un panel de expertos. Hay que destacar que la adecuación del tratamiento proporcionado por los psicólogos clínicos en este estudio es de un 11%, lo que sugiere que los recursos destinados a atención psicológica son especialmente pobres. Estos datos han mostrado ser los más bajos de Europa en cuanto a calidad y adecuación del tratamiento de ansie-

dad y depresión en la atención sanitaria pública (Fernández et al., 2007).

COSTES EN SALUD MENTAL Y ABUSO FARMACOLÓGICO

Los trastornos mentales conforman el grupo de condiciones clínicas con mayor coste directo y mayor carga social total sobre los sistemas sanitarios occidentales. En la Unión Europea ocasionan unos costes que se estiman en el 3 - 4% del PIB, sobre todo debido a las pérdidas de productividad por incapacidad laboral. Los trastornos psíquicos constituyen una de las principales causas de jubilación anticipada y de percepción de pensiones por discapacidad (Consejo de las Comunidades Europeas, 2005). 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). Sólo la depresión unipolar, causa el 12,5% de años vividos con discapacidad. En una reciente investigación prospectiva se ha calculado que en el 2030 la depresión será la segunda causa contribuyente a la carga global de enfermedades y la primera causa en países desarrollados (Mathers y Loncar, 2006).

Los costes del sistema público de salud en España actualmente se sitúan en torno al 6 por 100 del producto interior bruto. De este gasto sanitario la factura farmacéutica se encuentra en torno al 22%. No obstante, es difícil obtener datos objetivos del gasto sanitario asignado a salud mental. Salvador-Carulla (2007) ha señalado la falta de datos oficiales del sistema nacional de salud sobre costes de salud mental. Únicamente se dispone de datos parciales de algunas administraciones autonómicas. Tampoco el reciente documento "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Sanidad, 2007) incorpora datos objetivos oficiales, sino estimaciones de una consultora para un laboratorio farmacéutico, que estimó en 1998 el coste anual total (sanitario y social) de los trastornos mentales en España en 3000 millones de euros (Ofisalud, 1998). Independientemente de la financiación real asignada, la infradotación de recursos para el tratamiento psicosocial en relación a los recursos que se destinan a medicamentos llama la atención si tenemos en cuenta que en 2006 dos de los principios activos que generaron mayor gasto en el SNS fueron la risperidona (183 millones de euros) y la paroxetina (153 millones de euros) (Información Terapéutica del SNS, 2007).

Un factor que distorsiona la asignación racional de recursos a la atención en salud mental es la presión de la industria farmacéutica, que argumenta en la dirección de que sus productos son eficientes en relación al elevado coste que ocasionan a la sociedad. Los estudios económicos patrocinados por la industria farmacéutica son abundantes en la literatura científica. Son estudios que presentan generalmente datos a favor de la relación coste-beneficio del compuesto patrocinado y suponen una fuente importante de sesgos en el análisis económico global de las alternativas relevantes de tratamiento. Se han detectado distorsiones y defectos metodológicos en el análisis económico de fármacos caros como los antipsicóticos atípicos (Basu, 2004) y antidepresivos de última generación (Baker, Johnsrud, Crismon, Rosenheck y Woods, 2003). Se ha observado que cuanto mayor es la calidad metodológica de un estudio económico, menor es la ventaja que presenta el fármaco frente a la alternativa de referencia. Esto supone serias limitaciones a la utilidad de estas estimaciones como información relevante para la toma de decisiones de asignación de recursos por parte de los gestores sanitarios (Bell et al. 2006).

El 16% de la población española toma algún psicofármaco. Las benzodiazepinas (11,4%) y los antidepresivos (4,7%) son los más consumidos, sobre todo las mujeres. La probabilidad de consumo aumenta con la edad y con la comorbilidad (Codony et al. 2007). En atención primaria, el uso de psicofármacos es elevado y se prolonga excesivamente en el tiempo a causa un deficiente seguimiento de las prescripciones realizadas. Se estima que entre un 20 y un 40% de los pacientes de atención primaria consumen principios psicoactivos (Secades et al. 2003). En este estudio el 10, 5% de la población que acude a atención primaria cumplió criterios de dependencia a psicofármacos. Respecto al seguimiento, el estudio de López, Serrano, Valverde, Casabella y Mundet (2006) refleja que el tratamiento psicofarmacológico en atención primaria se prolonga en muchos casos más allá de lo aconsejado en las guías de práctica clínica. El tiempo medio de prescripción observado en este estudio fue de $5,95 \pm 3,28$ años, y un 14,5% de pacientes medicados carecían de un diagnóstico que justificara la prescripción.

Uno de los medicamentos de mayor consumo en atención primaria son los inhibidores de la recaptación de la serotonina. El uso de estos fármacos se ha incrementado un 400% desde principios de los 90, pese a ser mucho más caros que otros medicamentos de eficacia similar, como los antidepresivos tricíclicos. Actualmente

dominan el mercado con la pretensión de mayor eficacia y seguridad que otras alternativas de referencia. Sin embargo, su efectividad ha sido cuestionada en abundantes estudios (p. ej.: Moncrieff y Kirsch, 2005; Kirsch et al. 2008) y su uso masivo no se ha acompañado de la disminución de suicidios, ni de bajas laborales por depresión (Van Praag, 2002; Ortiz y Lozano, 2005). El uso de estos fármacos en depresión leve está desaconsejado por diversas guías de práctica clínica. Sin embargo, la prescripción es prácticamente automática, incluso fuera de las indicaciones clínicas establecidas (Jureidini y Tonkin, 2006). Este enorme incremento del gasto en la prescripción de antidepresivos ha ocasionado un elevado coste de oportunidad para el sistema sanitario, puesto que no se ha incrementado paralelamente la inversión en dispositivos de tratamiento psicológico de comprobada eficacia y coste-efectividad. La terapia cognitivo-conductual para la depresión, aún siendo cara en términos absolutos, ha mostrado ventajas a largo plazo en relación al coste/efectividad a largo plazo de los antidepresivos (Hollingshurst, Kessler, Peters y Gunnell, 2005).

COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

La evidencia de que se dispone en el momento actual sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos es sustancial por su cantidad, el rigor metodológico de los estudios en que se basa y el rango de trastornos clínicos en que se ha aplicado con claros beneficios para el paciente (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Existe un amplio cuerpo de investigación que ha mostrado que los tratamientos psicológicos, fundamentalmente la terapia cognitivo-conductual (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006), son de eficacia y efectividad igual o superior a los tratamientos psicofarmacológicos en los trastornos más prevalentes, y con efectividad superior a largo plazo (Hollon, Stewart, y Strunk, 2006). La aplicación de los tratamientos psicológicos en entornos "naturales" de práctica clínica ha mostrado ser tan eficaz como en entornos controlados de investigación (Hunsley y Lee, 2007), y esta transportabilidad de la eficacia puede generalizarse razonablemente a entornos clínicos tanto públicos (Westbrook y Kirk, 2005) como de práctica privada (Persons, Bostrom y Bertagnolli, 1999). Sin embargo, la proclamación de eficacia y utilidad clínica de los tratamientos es de valor limitado si no va acompañada de disponibilidad de acceso a los mismos de forma

sostenible para el sistema de atención, y obviamente, ha contarse con clínicos disponibles en la comunidad con formación adecuada para su aplicación.

La evaluación económica de los tratamientos psicológicos resulta crucial para la toma de decisiones de gestión y asignación de recursos, si tenemos en cuenta el constante incremento del gasto en servicios de salud y la disparidad entre las necesidades de la población y la escasez de recursos disponibles. Si bien se dispone de datos significativos que apuntan hacia la rentabilidad asistencial y reducción de costes sanitarios de la provisión de tratamientos cognitivo-conductuales (Myhr y Payne, 2006, Hunsley, 2003), la cuantificación de la eficiencia resulta extraordinariamente compleja, especialmente en atención primaria, donde la comorbilidad de trastornos emocionales con enfermedades y trastornos crónicos que consumen gran cantidad de recursos es la norma (p. ej. pacientes con depresión mayor y diabetes).

Layard, Clark, Knapp, y Mayraz (2007), han realizado un incisivo análisis económico que ha convencido al gobierno británico de la conveniencia de invertir considerables recursos en la creación de dispositivos de tratamiento psicológico primario, con una dotación de 173 millones de libras esterlinas para los primeros 3 años. Según este análisis, la aplicación de los criterios de práctica clínica en salud mental del National Institute for Clinical Excellence, que aconseja tratamiento cognitivo-conductual para ansiedad y depresión, supondrá un ahorro al tesoro público equivalente a 4,4 veces el coste del proyecto, iniciado en mayo de 2007 (Improving Access to Psychological Therapies; Turpin, Richards, Hope y Duffy, 2008).

Entre las principales razones por las que la intervención psicológica en atención primaria puede reducir costes médicos, siguiendo a Blount et al. (2007), cabe destacar lo siguiente:

1. La mayoría de visitas en atención primaria están relacionadas con necesidades de atención psicológica, aunque las dificultades psicológicas no constituyan la queja principal.

Sicras Mainar et al. (2007a) Realizaron un estudio retrospectivo de 64.000 pacientes atendidos por 5 equipos de atención primaria. El 17,4% demandó atención por trastorno emocional, siendo ansiedad y/o depresión los más frecuentes. Estos pacientes presentaron un mayor número de problemas de salud: hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, cardiopatía isquémica y cáncer, independientemente de la edad y el sexo. Según Unützer

et. al., (2006) el 75% de pacientes con depresión consultan por quejas somáticas, pero no por trastorno emocional. La mayoría de personas que se beneficiarían de atención psicológica no suelen consultar por motivos psicológicos y una persona con un trastorno psicológico es más probable que acuda al médico con quejas somáticas que una persona similar sin dificultades emocionales.

2. Una mejor identificación de las necesidades de atención psicológica, y una atención integrada en colaboración con los médicos de atención primaria conduce a una reducción de costes sanitarios.

Una persona con depresión consume cerca del doble de recursos sanitarios que otra persona con enfermedad crónica sin este diagnóstico (Kathol et al. 2005). En España, el estudio de Sicras Mainar et al. (2007b) señala que las personas con depresión en atención primaria originan un coste un 58,4% superior. El 62% de los costes totales, se deriva del consumo de medicamentos. Una revisión de 91 ensayos aleatorizados han mostrado que la integración colaborativa entre atención psicológica y tratamiento médico puede reducir el coste sanitario total en torno a un 17% (Chiles, Lambert y Hatch, 1999).

3. La atención a la mayoría de necesidades conductuales y psicológicas en atención primaria puede prestarse sin necesidad de recurrir a atención especializada en salud mental.

Gran parte de las necesidades de los usuarios pueden abordarse mediante intervenciones conductuales para afrontamiento y adaptación a enfermedades que no son identificadas con problemas psicológicos por los pacientes, como diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares, o dolor crónico (Friedman, Sobel, Myers, Caudill y Benson, 1995). Los problemas emocionales leves pueden requerir en primera instancia intervenciones psicológicas eficaces breves de baja intensidad, como terapias de resolución de problemas (García Campayo, Hidalgo y Orozco, 2005), o activación conductual (Dimidjian et al., 2006).

4. Los usuarios de atención primaria prefieren tratamientos psicológicos.

Que la mayoría de personas con dificultades psicológicas prefieren un tratamiento psicológico antes que un fármaco es un dato consistente en los diversos estudios que lo han evaluado en atención primaria, pero también en atención especializada, en que la mayoría de pacientes derivados albergan la expectativa de ser tratados por

un psicólogo (Retolaza y Grandes, 2003). Se ha hallado además, que la mayor parte de aquellos que prefieren psicoterapia optan por no recibir ningún tipo de tratamiento antes que recibir únicamente medicación. Por tanto, es posible que gran parte de personas que lo necesitan, no reciban ayuda por la escasa disponibilidad de tratamiento psicológico (cf. Van Schaik et al., 2004; Tylee, 2001; Chilvers et al. 2001).

COLABORACIÓN PSICOLOGÍA/MEDICINA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los servicios de atención psicológica pueden ser integrados en atención primaria siguiendo modelos de colaboración que se situarían en un continuo que va desde la total independencia de los servicios psicológicos/médicos (derivación), pasando por la coexistencia de profesionales en el mismo centro en servicios diferentes (co-localización) hasta la colaboración completa y total integración de profesionales en el mismo servicio.

Uno de los modelos más estudiados y con mayor respaldo empírico (Bower, 2002) es el de asistencia integrada (*collaborative care*) en que el médico conserva la responsabilidad sobre el tratamiento del paciente y el psicólogo ejerce un rol de consulta para médico y paciente, proporcionando habilidades al equipo de atención primaria y atención directa al paciente mediante intervenciones psicológicas breves.

Un modelo relacionado con el anterior sería el basado en el concepto de atención escalonada o por niveles (*stepped care*) recomendado por el NICE (2004). Este modelo asume que no todos los usuarios requieren un tratamiento de igual intensidad o profundidad y ofrece en primera instancia el tratamiento menos intrusivo, ya que la intervención más efectiva no ha de ser necesariamente la misma para todos. En la práctica este enfoque implica que algunas personas requieren tratamientos de "baja intensidad" y otras requieren intervenciones más complejas o de "alta intensidad", que serían tratamientos psicológicos formales aplicados por profesionales especialistas. Los tratamientos de más baja intensidad serían principalmente intervenciones breves, autoayuda guiada mediante materiales escritos o en soportes informáticos, técnicas de solución de problemas o activación conductual.

Bajo este modelo se ha implementado en el Reino Unido el programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), (Turpin, Richards, Hope y Duffy, 2008), iniciado en mayo de 2007 para proporcionar tratamiento psicológico a adultos con trastorno mental común, especialmente de

presión y ansiedad. Aunque no se excluye en principio ningún enfoque teórico, es preferente el uso del tratamiento cognitivo-conductual, por la sólida evidencia existente sobre su efectividad en el tratamiento de ansiedad y depresión, de acuerdo con los diversos informes del NICE que asesoran al departamento de salud británico.

APORTACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS PRIVADOS

La mayor parte de la provisión y aplicación de tratamientos psicológicos en la población se da fuera del sector público (Lawson y Guite, 2005). La oferta de servicios de psicólogos, y empleo de intervenciones psicosociales para trastorno mental común se concentra mayoritariamente en gabinetes privados y otros recursos, como asociaciones de pacientes, mutuas, fundaciones y ONGs. El acceso a estos servicios por parte de los ciudadanos es muy desigual por razones económicas y de mercado, pero constituye el principal recurso de atención psicosocial por su relativamente sencilla accesibilidad, a diferencia de la atención psicológica en el sector público. Los psicólogos privados contribuyen a la contención de la demanda de atención psicosocial pública, pues absorben una parte del flujo de pacientes insatisfechos por las demoras en una primera consulta. Goñi, García, Landa y Lizasoain (2008) han estimado la demora para una primera consulta ordinaria en una unidad de salud mental en $49,09 \pm 31,94$ días.

El colectivo profesional de psicólogos clínicos privados en España es numeroso, y constituye el 80% de los psicólogos clínicos (Santolaya, Berdullas y Fernández, 2002). Según datos de un estudio preliminar de la SEPCyS (en preparación) el número de psicólogos en España que trabajan en el sector privado está cerca de 8.000 profesionales distribuidos en 6.400 gabinetes y otros recursos que prestan asistencia al ciudadano en diversos entornos y modelos teóricos de intervención psicológica. Una parte de esta fuerza profesional, adecuadamente formada en psicología de la salud, es un recurso que podría optimizarse para combatir parcialmente la saturación de los servicios públicos. Es una práctica común, por ejemplo en Holanda, la derivación desde atención primaria de pacientes con diagnóstico psicosocial o problemas psicosomáticos a recursos competentes fuera del sistema incluyendo a psicólogos en práctica privada (Verhaak, Lisdonk, Bor y Hutschemäkers, 2000 ; Smit, 2007).

Un ejemplo de colaboración entre el sector público y privado lo encontramos en Australia. El programa Better Outcomes in Mental Health Care (BOiMHC), fue ini-

ciado en julio de 2001, con el fin de ampliar el acceso de las personas a tratamientos de calidad para trastorno mental común en atención primaria. Este programa permite que el médico de atención primaria derive pacientes a profesionales de salud mental (fundamentalmente psicólogos) para un número limitado de sesiones de tratamiento psicológico con respaldo empírico (fundamentalmente entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual e interpersonal). Los profesionales son contratados directamente por cada centro o los pacientes se derivan a profesionales privados mediante contratos de prestación de servicios. Este proyecto se ha desarrollado en el marco del programa Access to Allied Psychological Services (ATAPS) cuya demanda del usuario y participación de médicos de AP ha crecido sostenidamente desde la introducción de este proyecto piloto a través de 111 proyectos dependientes de diferentes gerencias de Atención Primaria distribuidas por todo el país.

Desde 2001 hasta 2006 el proyecto ha contado con una financiación del equivalente a 164 millones de euros (Pirkis et al., 2006). La efectividad del proyecto hasta la fecha ha sido estimada por medio de medidas pre/post-tratamiento, obteniéndose una mejora sustancial en el 65% de los usuarios, con un tamaño del efecto medio de 1,02 para todas las intervenciones. El formato del tratamiento es individual en un 98% de los casos con una media de 5 sesiones de 45 a 60 minutos de tratamiento cognitivo-conductual (cf. Fletcher et al., 2008).

CONCLUSIONES

Aunque actualmente existe consenso sobre la importancia central de la atención psicológica para la calidad de la asistencia sanitaria, es de difícil acceso en el sector público. Tras más de 30 años de ensayos clínicos, metaanálisis y revisiones, existe un destacado cuerpo de datos acumulados que demuestran la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos en entornos sanitarios tanto públicos como privados. Sin embargo, la asistencia de carácter psicológico, ha sido desplazada e ignorada en términos de planificación estratégica y desarrollo de servicios, lo que ha conducido a una subutilización, subfinanciación y subdesarrollo de los tratamientos psicológicos en la asistencia sanitaria.

En atención primaria, existen modelos de integración y colaboración entre la intervención biomédica y psicosocial que ha sido implementados en diversos países con resultados prometedores que revelan un considerable po-

tencial para el incremento de la calidad de vida del ciudadano, la satisfacción con el servicio y una contribución a largo plazo a la sostenibilidad del sistema sanitario.

La evolución reciente de los servicios de salud mental en España y otros países refleja que la atención profesional a estas necesidades no figura entre las prioridades políticas de los partidos y los gobiernos. Como se ha visto, la atención a la salud mental en España presenta un panorama general de precariedad que contrasta con la situación de conjunto del sistema sanitario, considerado el séptimo más eficiente del mundo según la O.M.S. (WHO, 2000). La situación actual de hegemonía biofarmacológica en salud mental carece de justificación racional sobre la base de la evidencia científica, la situación objetiva de los servicios sanitarios, los datos epidemiológicos, el nivel de satisfacción y las preferencias del usuario. Esta enorme disparidad entre los recursos que se destinan a tratamientos biomédicos y los que se destinan a la atención psicosocial de enfermedades y trastornos emocionales refleja el pensamiento reduccionista actual que domina las decisiones en políticas de salud (McMurtry y Bultz, 2005).

Esta situación de deficiencia ha de dar paso a un debate riguroso que impulse un clima de discusión, tanto científica como política, que permita iniciar un proceso de cambio del modelo actual de atención en salud mental, incorporando realmente en sus estrategias a todos los recursos bio-psico-sociales de la comunidad que intervienen en la asistencia al ciudadano. La incorporación real de profesionales de la salud mental y comportamental en los equipos de atención primaria supondría un paso hacia la atención psicológica en función de las necesidades de las personas más que en la asignación a categorías diagnósticas (Kinderman, Sellwood y Tai, 2007). Este proceso habría de dirigirse hacia una utilización óptima de los recursos limitados de nuestro sistema socio-sanitario desde una perspectiva integrada y de eficiencia económica en colaboración con todos los profesionales y gestores de la salud.

REFERENCIAS

- Aragonés, E., Piñol, J.L. y Labad, A. (2006): The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23(3):363-8.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, T.S., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psy-*

- chiatrica Scandinavica*, 109 suppl. (420): 8–20.
- Artal, J., Herrán, A., y Vázquez-Barquero, J.L. (1996): La enfermedad mental en atención primaria: Estado actual de la investigación clínico-epidemiológica. *Archivos de Neurobiología*, 59 (4): 237-256.
- Baker, C. B., Johnsrud, M. T., Crismon, M. L., Rosenheck, R. A., y Woods, S. W. (2003). Quantitative analysis of sponsorship bias in economic studies of antidepressants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 498–506.
- Basu, A. (2004). Cost-effectiveness analysis of pharmacological treatments in schizophrenia: critical review of results and methodological issues. *Schizophrenia Research*, 71, 445–462.
- Bell, C. M., Urbach, D. R., Ray, J. G., Bayoumi, A., Rosen, A. B., Greenberg, D., et al. (2006). Bias in published cost effectiveness studies: Systematic review. *British Medical Journal*, 332(7543), 699–703.
- Blount, A., Schoenbaum, M., Kathol, R., Rollman, B. L., Thomas, M., O'Donohue, W., y Peek, C. J. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: Summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice* 38, 3 : 290-297.
- Bower, P. (2002). Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *British Journal of General Practice*, 52, 926-33.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Chiles J., Lambert M. y Hatch A. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6: 204–220.
- Chilvers, C., Dewey, M., Fielding, K., Gretton, V., Miller, P., Palmer, B., Weller, D., Churchill, R., Williams, I., Bedi, N., Lee, L. y Harrison, G. (2001). Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomized trial with patient preference arms. *British Medical Journal*, 322, 1-5.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A. et al. (2007): Uso de fármacos psicotrópicos en España: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (supl.2): 29-36.
- Consejo 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, European Communities, Health and Consumer Protection Directorate-General.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R.J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Fletcher J., Pirkis J., Kohn F., Bassilios B., Blashki G., y Burgess P. (2008). *Evaluating the Access to Allied Psychological Services Component of the Better Outcomes in Mental Health Care Program*. Melbourne: Program Evaluation Unit, School of Population Health, University of Melbourne. <http://boimhc.org/>
- Fernandez, A., Haro, J.M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006): Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.
- Fernandez, A., Haro, J.M., Martínez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T.S., Autonell, J. Et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190: 172–3.
- Friedman, R., Sobel, D., Myers, P., Caudill, M., y Benson, H. (1995). Behavioral medicine, clinical health psychology, and cost offset. *Health Psychology*, 14, 509–518.
- Fries, J., Koop, C. y Beadle, C. (1993). Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 329, 321-325.
- García-Campayo, J., Hidalgo, I., y Orozco, F. (Eds.) (2005). *Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria*. Barcelona. Ars XXI.
- Goñi, A., García, E., Landa, N., Lizasoain, E. (2008): Análisis de las derivaciones desde atención primaria a salud mental. *Anales de Psiquiatría*, 24 (2): 83-88.
- Haro, J.M., Pinto-Meza, A. Fernández, A., Ochoa, S., Serrano, A., Autonell, J., et al. (2008): Necesidades de atención en salud mental II: Frecuencia y distribución. Trastornos mentales comunes en España. *Monografías de Psiquiatría*, 20 (1): 15-21.
- Hollingshurst, S., Kessler, D., Peters, T.J., Gunnell, D. (2005). Opportunity cost of antidepressant prescribing in England: analysis of routine data. *British Journal of Psychiatry*, 330: 999–1000.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., y Strunk, D. R. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.

- Hunsley, J. (2003): Cost-Effectiveness and Medical Cost-Offset Considerations in Psychological Service Provision. *Canadian Psychology*, 44, 1: 61-73.
- Hunsley, J., y Lee, C. M. (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38: 21-33.
- Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. (2007): *Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2006*. Ministerio de Sanidad. http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol31_3Monofarmacos2006.pdf
- Institute of Medicine (2005). *Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions: Quality chasm series*. Washington, DC: National Academy Press. <http://www.iom.edu/CMS/3809/19405/30836.aspx>
- Jureidini, J., y Tonkin, A. (2006): Overuse of antidepressant drugs for the treatment of depression. *CNS Drugs*, 20 (8): 623-632
- Kahn, N. B. (2004). The future of family medicine: A collaborative project of the family medicine community. *Annals of Family Medicine*, 2, S3-S32.
- Kathol, R. G., McAlpine, D., Kishi, Y., Spies, R., Meller, W, Bernhardt, T., et al. (2005). General medical and pharmacy claims expenditures in users of behavioral health services. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 160-167.
- Kinderman, P., Sellwood, W., y Tai, S. (2007). Policy implications of a psychological model of mental disorder. *Journal of Mental Health*, 17, 1: 93-103.
- Kirsch I., Deacon B.J., Huedo-Medina T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., y Johnson, B.T.(2008) Inicial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5 (2):e45.
- Layard, R., Clark, D.M., Knapp, M., Mayraz, G. (2007). *Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy*. London School of Economics, Centre for Economic Performance. Discussion Paper n. 829. <http://cep.lse.ac.uk/>
- Lawson R. y Guite, H.(2005). Psychological therapies for common mental illness: who's talking to whom? *Primary Care Mental Health*, 3: 13-17.
- Lemos, S. (2008): El modelo de intervención en salud mental del sistema nacional de salud español: Un largo camino por recorrer. *Infocop*, 37: 15-16.
- Levant, R.F. (2005). Psychological approaches to the management of health and disease: Health care for the whole person. En: N.A. Cummings, W.T. O'Donohue, y E.V. Naylor (Eds.) *Psychological approaches to chronic disease management*. (pp. 37-48.) Reno, Context Press.
- López, C., Serrano, R.M., Valverde, A., Casabella, B. y Mundet, X. (2006): ¿Quién controla a los enfermos tratados con psicotropos en atención primaria? *Atención Primaria*, 37 (8): 446-451.
- Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11):e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- McMurtry, R. y Bultz, B.D. (2005). Public policy, human consequences: The gap between biomedicine and psychosocial reality. *Psycho-Oncology*, 14: 697-703.
- Ministerio de Sanidad (2006): Proyecto AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud 2007-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moncrieff, J., y Kirsch I. (2005). Efficacy of antidepressants in adults. *British Medical Journal*, 331:155-157.
- Myhr, G. y Payne, K. (2006): Cost-Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy for Mental Disorders: Implications for Public Health Care Funding Policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 10: 662-670.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2004). *Depression: management of depression in primary and secondary care*. Clinical guideline 23. Londres, NICE.
- Ofisalud - Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief (1998). *El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Madrid, Sociedad española de Psiquiatría - SmithKline-Beecham Pharmaceuticals.
- Ortiz, A., González, R., y Rodríguez, F. (2006): La derivación a salud mental de pacientes sin trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*, 38 (10): 563-569.
- Ortiz, A., Lozano, C. (2005). El incremento en la prescripción de antidepressivos. *Atención Primaria*, 35:152-155.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (Coords.) (2003): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. 3 vols. Madrid, Pirámide.

- Persons, J. B., Bostrom, A., y Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 535-548.
- Pirkis, J., Stokes, D. Morley, B., Kohn, F., Mathews, R., Naccarella, L., Blashki, G., Shandley, K., Littlefield, L. y Burgess, P. (2006). Impact of Australia's Better Outcomes in Mental Health Care program on psychologists. *Australian Psychologist*, 41:3, 152-159.
- Regier, D.A., Narrow, W.E., Rae, D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z., Goodwin F.K. (1993): The *de facto* US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rate of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50: 85-94.
- Retolaza, A. y Grandes, G. (2003): Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (4):171-176.
- Romanow R.J., y Marchildon G.P. (2003): Psychological services and the future of healthcare in Canada. *Canadian Psychologist*, 44:283-95.
- Roy-Byrne P., Wagner, A.W., y Scraunfnagel, B.S. (2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, Suppl. 4: 16-22
- Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Gómez-Beneyto, M., Muñoz, P.E., Torres, F. y Vázquez-Barquero, J.L. (2003). La salud mental en España: El informe SESPAS 2001. En: J. Guimón,, E. De la Sota y N. Sartorius (Eds.): *La gestión de las intervenciones psiquiátricas* (pp.179-203). Bilbao, Universidad de Deusto.
- Salvador-Carulla, L. (2007). La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente? *Gaceta Sanitaria*, 21(4):314-5
- Santolaya, F., Berdullas, M., y Fernández, J.R. (2002): La década 1989-1998 en la psicología española: análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 82, 65-82.
- Secades, R., Rodríguez, E., Valderrey, J. Fernández, J.R., Vallejo, G. y Jiménez, J.M.(2003): El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a atención primaria en el Principado de Asturias. *Psicothema*, 15, (4): 650-655.
- SEPCyS. (en preparación): Psicólogos Clínicos en España: Informe de situación. Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI.
- Smit, A. (2007). *Improving long-term outcome of major depression in primary care: The role of recurrence prevention*. Tesis Doctoral. Universidad de Groningen.
- Sicras Mainar A., Rejas Gutiérrez J., Navarro Artieda R., Serrat Tarrés J., Blanca Tamayo M., Díaz Cerezo S. (2007a). Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21:306-13.
- Sicras Mainar A., Navarro Artieda R., Rejas Gutiérrez J., Blanca Tamayo M., Serrat Tarrés, J., y Llopert López, J.R. (2007b). Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los pacientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional. *Farmacia Hospitalaria*, 31 (2): 101-105.
- Schwappach, D.L.B. (2007). Die ökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen und ihrer Versorgung – ein blinder Fleck? *Neuropsychiatrie*, 21, 1, 18-28.
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., Duffy, R., (2008). Delivering the IAPT programme. *Health Care and Psychotherapy Journal*, 8 (2): 2-7.
- Tylee, A. (2001). Major depressive disorder from the patient's perspective: overcoming barriers to appropriate care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5 (suppl. 1): s37-s42
- Unützer, J., Schoenbaum, M., Druss, B., y Katon, W. (2006). Transforming mental healthcare at the interface with general medicine: Report of the President's New Freedom Commission on Mental Health. *Psychiatric Services*, 57, 37-47.
- Van Praag, H.M. (2002): Why has the antidepressant era not shown a significant drop in suicide rates? *Crisis*, 23 (2): 77-82
- Van Schaik, D., Klijn, A., van Hout, H., van Marwijk, H., Beekman, A., de Haan, M. y van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26, 184-189.
- Verhaak, P.F.M., Lisdonk. E.H., Bor J.H.J., Hutschemaekers G.J.M. (2000): GPs' referral to mental health care during the past 25 years. *British Journal of General Practice*, 50: 307-308.
- Westbrook, D. y Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261.
- Witcher, H.U. (1998): Recognition an management of anxiety syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 34): 1-3.
- World Health Organization (2000): *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Ginebra, WHO. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>