

El tratamiento psicológico de los trastornos mentales comunes en Atención Primaria

Consejo General de Colegios Oficiales de la Psicología

RESUMEN

La Atención Primaria (AP) soporta más del 50% de la carga asistencial que suponen los Trastornos Mentales para el sistema sanitario. De entre éstos, los trastornos de ansiedad, las depresiones y las somatizaciones son los trastornos más prevalentes, con un 49,2% de probables trastornos de ansiedad, depresión o somatizaciones detectados y un 31,2% de trastornos mentales diagnosticados en el último año en las consultas de AP. A su vez, estos trastornos mentales tan prevalentes o comunes presentan una frecuente asociación con varias enfermedades crónicas, así como con insomnio primario. Dos de cada tres pacientes con trastornos de ansiedad o depresión son tratados por su médico de Atención Primaria, esencialmente con fármacos, con una baja tasa de remisión y frecuentes recaídas. Por su alta prevalencia, generan los mayores costes y carga entre los trastornos mentales (el 50% del total). Su naturaleza biopsicosocial, permite entenderlos y tratarlos desde un enfoque emocional, con técnicas psicológicas cognitivo-conductuales que han demostrado ser eficaces, como se ha visto en la iniciativa británica “Mejora del Acceso al Tratamiento Psicológico” (IAPT), que ha llevado con éxito este tratamiento a grandes capas de la población a través de Atención Primaria, lo que supone una mejora del sistema y un ahorro de costes. Sin embargo, en nuestro país, dichos trastornos son tratados en su gran mayoría con psicofármacos, a pesar de la evidencia, ocasionan un gran impacto a nivel clínico, debido a la cronicidad y comorbilidad del proceso y la discapacidad asociada, así como el alto coste económico que todo ello genera (2,2% del PIB). Esto es debido, fundamentalmente, a la ausencia de la aplicación de los tratamientos basados en la evidencia, recomendados para estos trastornos por las guías de práctica clínica en el nivel asistencial donde con más frecuencia son detectados, la AP. Las guías NICE recomiendan las técnicas cognitivo-conductuales.

Si el tratamiento habitual de AP genera una baja tasa de remisión de los trastornos mentales comunes, que están aumentando en todo el mundo, y suponen ya una carga importante para las economías occidentales, que está aumentando a lo largo del tiempo, la OMS insiste en la necesidad de cambiar el modelo de tratamiento de los trastornos de ansiedad y la depresión (primera causa de años vividos con discapacidad ya en el año 2015 y fuertemente asociada con el suicidio), además de favorecer su accesibilidad.

Algunos cambios ya se están produciendo en nuestro país. En la Comunidad de Madrid y en el Principado de Asturias ya se ha implantado la figura del psicólogo clínico en AP, que viene atendiendo desde hace un año los casos leves y moderados de depresión y trastornos de ansiedad. En el caso de la Comunidad de Madrid, los 21 psicólogos clínicos aplican el protocolo del ensayo clínico PsicAP (Psicología en Atención Primaria) de detección y tratamiento en formato trasdiagnóstico grupal y basado en las Técnicas Cognitivo Conductuales (TCC) que han alcanzado mayor evidencia. Este protocolo ha obtenido una tasa de remisión, tanto para los trastornos de ansiedad como para la depresión en torno al 70%, frente a poco más de un 20% alcanzado por el tratamiento habitual de AP, también para ambos. En principio, por lo observado hasta ahora, la práctica habitual del psicólogo clínico en AP en la Comunidad de Madrid estaría alcanzando resultados esperados, en línea con los del ensayo.

En el Principado de Asturias hay ya una memoria oficial del año 2017 sobre los resultados del inicio de la atención psicológica en AP, otra a punto de cerrarse del 2018, y buenos resultados,

como lo prueba la ampliación del servicio a nuevos centros de salud, hasta llegar a los actuales 6 psicólogos clínicos en AP.

En Cataluña, la atención a los trastornos mentales en AP se venía abordando con psicólogos clínicos de Salud Mental que se desplazaban a los APS. Pero en 2018 se aprobó la incorporación de un importante número de psicólogos clínicos para atender en AP tanto la atención de los trastornos mentales comunes como, como la atención psicológica infantojuvenil. Sin duda, ha sido la mayor inversión en este tema frente a cualquier otra comunidad autónoma.

En la comunidad foral de Navarra no se ha querido contratar al psicólogo clínico para Atención Primaria, pero se ha reforzado el número de psicólogos clínicos que atienden trastornos mentales comunes en Salud Mental.

Por todo ello, el Consejo General de Colegios de Psicólogos propone la inclusión de la figura del psicólogo clínico en AP, en todas las Comunidades Autónomas, con el objetivo de tratar los trastornos mentales comunes con las técnicas que son más eficaces y además presenten las mejores relaciones de coste-eficacia y coste-utilidad. Es una cuestión de equidad, uno de los principios básicos de nuestra sanidad pública. Además, este cambio supondrá una mejora del sistema de Atención Primaria que es el que soporta la mayor parte de esta carga, reduciendo la hiperfrecuentación de estos pacientes, y una mejora de la relación coste-eficacia y coste-utilidad en el tratamiento de estos problemas.

JUSTIFICACIÓN

1. Prevalencia trastornos mentales comunes en Atención Primaria.

La prevalencia de los trastornos mentales comunes en las consultas de Atención Primaria (AP) en España es muy alta y afecta a personas en edad laboral. Un estudio realizado con pruebas de cribado (PRIME-MD) encontró que el 49,2% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria de toda España cumple los criterios diagnósticos para al menos un probable trastorno de ansiedad, depresión o somatización (Roca et al., 2009): 35,8% para depresión, 25,6% ansiedad y 28,8% somatizaciones, con altas comorbilidades entre ellos.

Los trastornos mentales comunes aumentan de forma inmediata con el estrés psicosocial. Un estudio ha encontrado un aumento de trastornos emocionales en las consultas españolas de AP durante el periodo 2006-2010, asociado a la crisis económica de 2008, incremento que alcanzó el 19,4% para trastorno depresivo mayor, el 8,4% para trastorno de ansiedad generalizada y el 7,3% para las somatizaciones (Gili, Roca, Basu, McKee, & Stuckler, 2013).

2. Tratamiento actual de los trastornos emocionales en Atención Primaria en España.

En el Estudio Epidemiológico Europeo sobre los Trastornos Mentales (ESEMED) se encontró que, en España en los últimos 12 meses, el tratamiento psicológico para los trastornos de ansiedad (recomendado por las guías NICE) se aplicó tan sólo en el 0,9% de los casos, mientras que un 60,1% consumió algún psicofármaco, especialmente benzodicepinas, y un 39% no recibió ningún tratamiento (Codony et al., 2007).

En el contexto de Atención Primaria, la duración de la consulta por paciente no permite realizar una correcta educación sobre el manejo del estrés y las emociones, con información y atención

psicológica, como aconsejan las Guías NICE o la propia Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero sí podría hacerse en grupo, por parte de un psicólogo clínico.

La escasez de psicólogos clínicos en nuestro sistema sanitario público, tanto en AP como en especializada, provoca un elevado consumo de fármacos psicotrópicos en la población española (Codony et al., 2007). Es por ello que el consumo de psicofármacos en España no ha parado de crecer, desde que tenemos registros, llegando a ser uno de los primeros países de la OCDE en porcentaje de gasto en psicofármacos sobre el total del gasto farmacéutico. Este coste alcanza cerca de 700 millones de euros en ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos, con un consumo anual medio de unas 160 dosis diarias definidas por mil habitantes (OCDE, 2017).

3. Eficacia del tratamiento psicológico de los trastornos emocionales.

La Guía NICE para los Trastornos Mentales Comunes dice explícitamente que las técnicas cognitivo-conductuales son el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico, así como que no existe apenas apoyo para el tratamiento de los trastornos de ansiedad con tranquilizantes (benzodiazepinas) y pueden generar adicción, por lo que se desaconseja su uso (NICE, 2011).

En un meta-análisis sobre 48 estudios de alta calidad, publicado en 2015, se demostró que el tratamiento psicológico con técnicas cognitivo-conductuales es más eficaz que el tratamiento habitual de AP para la ansiedad y la depresión, especialmente cuando el tratamiento habitual se limita al tratamiento farmacológico o sólo añade pequeños complementos (Watts, Turnell, Kladnitski, Newby, & Andrews, 2015). En otro meta-análisis de 26 estudios sobre la eficacia de los tratamientos no farmacológicos frente al tratamiento habitual en pacientes con somatizaciones (n=2.658), se encontró que la terapia cognitivo-conductual fue más eficaz que el tratamiento habitual y los efectos terapéuticos permanecieron durante al menos un año (van Dessel et al., 2014).

Hay suficiente evidencia científica, como señala la Guía NICE, para recomendar el tratamiento psicológico cognitivo-conductual para los trastornos mentales comunes, por su eficacia, mantenimiento en el tiempo y ausencia de efectos adversos.

4. Los costes de los trastornos emocionales.

Los costes generales de los trastornos mentales y del cerebro en España (Parés-Badell et al., 2014) en el año 2010 alcanzaron los 83.749 millones de euros anuales (aproximadamente el 8% del PIB de nuestro país), lo que superó el gasto público sanitario total, que fue de 69.357 millones de euros (6,6% del PIB). De acuerdo con los datos de este estudio, los trastornos depresivos, los de ansiedad y las somatizaciones alcanzarían un gasto total de 22.778 millones de euros (2,2% del PIB), casi la mitad del coste de todos los trastornos mentales debido a su alta prevalencia. Los trastornos depresivos supondrían 10.763 millones de euros (1%), los de ansiedad 10.365 (1%) y las somatizaciones 1.650 (0,2%).

4.1. Costes sanitarios.

Dentro de los costes sanitarios generados por los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, cabe destacar las visitas a Atención Primaria y a diferentes especialidades (digestivo, cardiovascular, salud mental, etc.) así como el consumo de psicofármacos. En el estudio ANCORA el gasto sanitario del paciente con trastorno de ansiedad generalizada se multiplicó por 2,7, frente al gasto del paciente sin problemas emocionales; mientras que el gasto por hiperfrecuentación a las consultas médicas se multiplicó por 3,4 y el gasto en medicamentos por 3,3. Según este estudio, este trastorno conlleva unos costes sanitarios de 1.206 euros por paciente.

Algunos gastos sanitarios, aunque sean pequeños deben reducirse por las consecuencias que tienen, que pueden multiplicar otros gastos, tanto sanitarios como no sanitarios. Por ejemplo, cabe señalar que somos el segundo país de la OCDE en consumo de tranquilizantes, a pesar de que estos fármacos tienen efectos secundarios no deseados, tales como el aumento en un 60% del riesgo de sufrir accidentes de circulación (Dubois, Bédard, & Weaver, 2008). En cuanto a la población de conductores fallecidos, el informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de 2014, el 10,7% de los conductores fallecidos habían consumido psicofármacos. El 20,2% de los peatones fallecidos en accidente de circulación también habían consumido psicofármacos (Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, 2015).

El consumo de benzodiazepinas también está asociado con un incremento del 50% de riesgo de rotura de cadera en personas ancianas (Bakken et al., 2014), lo que a su vez también aumenta notablemente la discapacidad y la tasa de mortalidad (Kammerlander et al., 2011).

Por todo, ello debe promoverse la deprescripción de benzodiazepinas, mediante técnicas basadas en la evidencia. Un metaanálisis sobre los diferentes métodos para la deshabitación en el consumo de benzodiazepinas concluye que la retirada de dichos fármacos con apoyo psicológico mediante TCC es 5 veces más eficaz que el tratamiento habitual en AP (Gould, Coulson, Patel, Highton-Williamson, & Howard, 2014).

4.2. Costes no sanitarios

Si analizamos los costes no sanitarios que generan estos trastornos en nuestro país, es decir, aquellos derivados de la pérdida de productividad, se ha observado que los trastornos mentales comunes acarrear procesos de Incapacidad Laboral Temporal (ILT) de duración bastante mayor (3-4 veces) que la considerada óptima por el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) para dichos trastornos, como depresión, ansiedad y trastornos adaptativos.

En primer lugar, los trastornos depresivos son los trastornos mentales más prevalentes a lo largo de la vida, se inician a una edad temprana, en torno a los 26 años (Kessler, 2007), y generan Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (ITCC) más largas que las señaladas por el INSS para procesos depresivos (30-60 días). La duración mediana de la ITCC en la depresión (N=1.292) fue de 120 días, aumentando paulatinamente con la edad, pero la duración media casi alcanzó los 6 meses (180 días, un 50% mayor que la mediana), al haber un número significativo de casos con bajas muy prolongadas: el 25% rondó los 8 meses, y 1 de cada 6 superó los 12 meses (Catalina Romero et al., 2011). El coste medio por proceso debido a Incapacidad Laboral Temporal por depresión en Cataluña se ha estimado en 5.570 euros y el coste medio por paciente es algo más alto, 6.013 euros, ya que algunos pacientes sufren más de un proceso de Incapacidad Laboral Temporal (Salvador-Carulla et al., 2011).

En segundo lugar, los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en los últimos 12 meses, se inician antes aún que la depresión (Kessler, 2007), y generan ITCC más largas también que las marcadas por el INSS (20 - 30 días para la mayoría de trastornos de ansiedad). La duración mediana de la ITCC en los trastornos de ansiedad (N=1.161) fue de 83 días, pero el 25% de estas bajas duraron más de 148 días, unos 5 meses (Catalina-Romero et al., 2013).

Los trastornos mentales y musculo-esqueléticos representaron la mayor carga de enfermedad en individuos en situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) en el periodo 2009-2012 (López et al., 2014). Las causas más frecuentes de IP fueron los trastornos musculo-esqueléticos (27,4%) y mentales (11,6%) que, asimismo, produjeron mayor cantidad de años potenciales de vida laboral perdidos APVLP (definidos como la diferencia entre la edad de jubilación, 65 años, y la edad de inicio de la IP) por IP: 11.086 (26,5%) y 7.052 (16,9%), respectivamente. Los trastornos mentales destacaron por producir IP a edades más jóvenes (mediana=49 años), lo que implica un gran coste social, que para cada caso de IP por depresión supone unos 20.420 euros anuales de media, según el estudio CostDep-2006 realizado en Cataluña (Generalitat de Catalunya, 2011; Salvador-Carulla et al., 2011).

5. Carga de los trastornos mentales.

5.1. Carga de los trastornos emocionales.

Los trastornos neuropsiquiátricos en 2010 fueron el grupo de enfermedades que causó más discapacidad, siendo los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, junto con el consumo de sustancias, los que más contribuyeron a aumentar la cifra de años vividos con discapacidad, AVD (Lara et al., 2015).

La depresión fue la cuarta causa en España que contribuyó más al aumento de los años vividos con discapacidad (AVD). Así la depresión en 2010, dentro de las enfermedades neuropsiquiátricas, fue la más incapacitante suponiendo un total de 53.081 AVD, el 42,6% de la discapacidad originada por los trastornos mentales y por consumo de sustancias. Los trastornos de ansiedad originaron 13.311 AVD (10,7% de los AVD de los trastornos mentales y por consumo de sustancias). En este estudio, no había datos disponibles acerca de los años perdidos por mortalidad prematura (AVP) atribuible a depresión o trastornos de ansiedad.

Pero sabemos que, en España, el suicidio es la causa más probable de muerte en hombres jóvenes (20-49 años). Se trata de la principal causa de defunción por causas externas, que fue el séptimo grupo de causas en 2013. El riesgo de suicidio está aumentado para todos los trastornos mentales en comparación con la población general, no sólo para los trastornos más graves, sino para los pacientes con trastornos mentales frecuentes de tipo emocional, ansiedad, depresión, adaptativos y control de impulsos, así como para las personas que han experimentado trauma infantil (Bernal et al., 2007). Así en este estudio se encontró un riesgo atribuible a la población de un 28% para intentos de suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor; mientras que para el trastorno de ansiedad generalizada fue del 4,0%.

5.2. Carga de las condiciones físicas crónicas comórbidas con depresión y ansiedad.

Como señala un informe del gobierno británico, muchas personas con condiciones físicas crónicas también tienen problemas de salud mental, especialmente trastornos de ansiedad y depresión. Esta comorbilidad puede empeorar notablemente la salud y la calidad de vida (Naylor et al., 2012), aumentando la asociación con discapacidad de forma sinérgica, de manera que la OR resultante es superior a la suma de las OR de cada trastorno (Scott et al., 2009). E incluso, en pacientes con distintas enfermedades físicas, la depresión está asociada a un exceso de mortalidad (OR=1,52) (Cuijpers et al., 2014).

Los costes para el sistema de salud también son significativamente más altos, probablemente debido a esa interacción sinérgica entre problemas emocionales y condiciones físicas crónicas, que exacerba la enfermedad física, comórbida con problemas de salud mental, elevando los costes totales de la atención médica por lo menos un 45% para cada persona con una condición crónica y problemas de salud mental comórbidos (Naylor et al., 2012).

6. Experiencias internacionales.

6.1. Reino Unido.

En el Reino Unido, desde el año 2007, The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group y la Facultad de Economía de Londres vienen fomentando estudios sobre economía de la salud mental, como el Depression Report (Bell, Clark, Knapp, Meacher, & Priebe, 2006). En este informe se puso de manifiesto la necesidad de implementar las guías creadas por el NICE, además de aportar datos económicos en términos monetarios sobre el ahorro que ocasionaría ofrecer un servicio de psicoterapia de alta calidad a todas las personas que padecían este tipo de enfermedad.

Según sus estimaciones, la población que padecía o padecerá estos trastornos no es reducida: 1 de cada 6 personas será diagnosticada de depresión o ansiedad crónica y tan sólo 1 de cada 4 de estas personas diagnosticadas recibirá algún tipo de tratamiento. Además, estos trastornos incapacitan para el ejercicio laboral por lo que perciben algún tipo de ayuda económica. La prestación mensual por incapacidad laboral era de 650 libras, un coste similar al que le supondría al Gobierno Británico ofrecer tratamiento psicológico. Por tanto, iniciaron el proyecto "Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)", de 7 años de duración, con el objetivo de insertar terapeutas en el Sistema Sanitario. Previamente, realizaron un estudio piloto mediante un estudio observacional prospectivo en dos centros de AP en las poblaciones de Doncaster y New Ham (Londres) donde se aplicaron tratamientos psicológicos de baja intensidad para trastornos de ansiedad y depresión leves y moderados. Se observaron unas tasas de recuperación del 76% para la depresión y 74% para la ansiedad y se alcanzaron tamaños del efecto de 1,41 y del 1,3, respectivamente (Clark et al., 2009).

El primer trabajo de relación de coste-efectividad del Proyecto IAPT (Radhakrishnan et al., 2012) afirmó que el tratamiento sigue siendo igual de efectivo que cuando se realizaron los estudios publicados en el 2009. En cuanto al coste, a pesar de que el coste por sesión excedía las estimaciones previas, éstas solo fueron marginales. Por tanto, se cumplían las expectativas previas del Depression Report dando apoyo a la relación coste-eficacia de aplicar tratamientos psicológicos en los centros de AP del Sistema Nacional Británico de Salud.

6.2. Estados Unidos.

En Estados Unidos se ha implantado el Programa CALM (Coordinated Anxiety Learning and Management) siguiendo la línea del Proyecto IAPT del Reino Unido. Este programa proporciona terapias psicológicas basadas en la evidencia en centros de AP para los 4 tipos de trastornos de ansiedad más comunes, el Trastorno de Pánico, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Social y el Trastorno de Estrés Post-Traumático.

Este programa ha permitido la implementación de una modalidad de tratamiento de elección entre la terapia cognitivo-conductual, la terapia farmacológica o la combinación de ambas, con muy buenos resultados. Se observó que los pacientes tratados mostraron una gran mejoría en síntomas de ansiedad y depresión, discapacidad funcional y calidad de vida en los siguientes 18 meses después del tratamiento (Roy-Byrne et al., 2010).

6.3. Australia y Noruega.

Resultados semejantes se han podido extraer de la implantación de programas adaptados en Australia (Pirkis, Harris, Hall, & Ftanou, 2011) o Noruega (Aakhus et al., 2014). Tras investigaciones acerca de la efectividad de los tratamientos psicológicos en AP por psicólogos, los sistemas públicos de sanidad de dichos países están recibiendo financiación en la contratación de psicólogos. Esta inversión propicia un aumento en la efectividad del tratamiento y mejora de la salud de los pacientes, con un ahorro en costes directos e indirectos, que se traduce en un aumento de costo-eficacia.

7. El ensayo clínico PsicAP (Psicología en Atención Primaria)

El análisis de esta situación en nuestro país ha llevado a Psicofundación a promover un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico cuyo objetivo es demostrar que el tratamiento psicológico basado en la evidencia es más eficaz que el tratamiento habitual de Atención Primaria, esencialmente farmacológico. Además, pretende demostrar que este tratamiento cognitivo-conductual, llevado a cabo en grupo y con enfoque transdiagnóstico, es coste eficaz y puede ser adoptado por su relación coste-utilidad. Se trata de un ensayo clínico de dos grupos paralelos, grupo experimental de tratamiento psicológico con 7 sesiones de técnicas cognitivo-conductuales y grupo control de tratamiento convencional en Atención Primaria. El grupo experimental sigue un protocolo manualizado en el que se incluyen: entrenamiento psicoeducativo (sobre las emociones y los trastornos emocionales, con especial incidencia en los tipos de disfunción emocional presentes en el grupo); entrenamiento en observación y modificación de distorsiones cognitivas y regulación emocional; entrenamiento en relajación muscular progresiva, respiración, imaginación y sugestión; entrenamiento en habilidades conductuales y sociales, exposición a situaciones emocionales; y prevención de recaídas. Se tomarán medidas sobre síntomas clínicos y disfunción en distintos ámbitos. Se hará un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Este ensayo se está llevando a cabo actualmente en 9 Comunidades Autónomas y 22 Centros de Salud de Atención Primaria, en el que participan más de 180 investigadores entre médicos y psicólogos. Una vez conseguidos los permisos de los Comités de Ética de la Investigación (CEIC) de cada Comunidad Autónoma y de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), se han captado hasta diciembre de 2018 a más de 1.900 participantes de toda la geografía nacional, se han evaluado a unos 1.750, a los que se han aplicado los criterios de

admisión al ensayo, resultando 1.176 pacientes incluidos en el ensayo. Se han aleatorizado a dos grupos, que están siendo tratados de sus problemas emocionales, bien con técnicas psicológicas (grupo experimental, N=624), bien con el tratamiento habitual de AP, esencialmente farmacológico (grupo control, N=552). Ya han concluido el tratamiento, con evaluación completa, más de 700 participantes.

Los resultados principales del ensayo muestran una mayor reducción de síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones en el grupo experimental, que en el grupo control: el tamaño del efecto conseguido para los síntomas de ansiedad es tres veces superior en el grupo de tratamiento psicológico que en el grupo de tratamiento habitual; a su vez, el tamaño del efecto para la depresión es cuatro veces mayor. Además, el grupo experimental reduce más la discapacidad y aumenta más la calidad de vida, que el grupo control.

Igualmente, en los pacientes que han recibido tratamiento psicológico el porcentaje de casos curados y mejorados es también mayor. En el grupo experimental, se obtienen tasas de recuperación en torno al 70% para ansiedad y depresión, mientras que en el grupo control se sitúan en torno al 20%.

Así mismo, es mayor la disminución del consumo de psicofármacos y de la hiperfrecuentación a las consultas de Atención Primaria en el grupo experimental.

Con sólo 7 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual, aplicadas en subgrupos de unas 8 personas, se consiguen resultados muy superiores a los alcanzados con el tratamiento habitual de Atención Primaria.

En los seguimientos a 3, 6 y 12 meses, que ya se están comenzando a analizar, aunque se precisa incrementar las muestras, se observa un mantenimiento de las ganancias terapéuticas del grupo experimental, que en algunos casos continúan incrementándose a lo largo del tiempo.

Los resultados son acordes con la evidencia previa y validan claramente el tratamiento cognitivo-conductual descrito en el Manual del Terapeuta PsicAP que se ha aplicado al grupo experimental.

REFERENCIAS

- Aakhus, E., Granlund, I., Odgaard-Jensen, J., Wensing, M., Oxman, A. D., & Flottorp, S. A. (2014). Tailored interventions to implement recommendations for elderly patients with depression in primary care: a study protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Trials*, *15*(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-16>
- Bakken, M. S., Engeland, A., Engesæter, L. B., Ranhoff, A. H., Hunskaar, S., & Ruths, S. (2014). Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *70*(7), 873–880. <https://doi.org/10.1007/s00228-014-1684-z>
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, *101*(1–3), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>
- Catalina-Romero, C., Martínez-Muñoz, P., Quevedo-Aguado, L., Ruiz-Moraga, M., Fernández-Labandera, C., & Calvo-Bonacho, E. (2013). Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad [Predictors of the duration of non-work-related sick leave due to anxiety disorders]. *Gaceta Sanitaria*, *27*(1), 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.008>

- Catalina Romero, C., Cabrera Sierra, M., Sainz Gutiérrez, J. C., Barrenechea Albarrán, J. L., Madrid Conesa, A., & Calvo Bonacho, E. (2011). Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo [Modulating variables of work disability in depressive disorders]. *Revista de Calidad Asistencial*, *26*(1), 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.006>
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(11), 910–920.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., ... 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.
- Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., & Penninx, B. W. (2014). Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *The American Journal of Psychiatry*, *171*(4), 453–462. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13030325>
- Dubois, S., Bédard, M., & Weaver, B. (2008). The impact of benzodiazepines on safe driving. *Traffic Injury Prevention*, *9*(5), 404–413. <https://doi.org/10.1080/15389580802161943>
- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., ... Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, *32*(2), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.11.015>
- Fernández, A., Rubio-Valera, M., Bellón, J. A., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Mendive, J. M., ... Serrano-Blanco, A. (2012). Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMAP study. *General Hospital Psychiatry*, *34*(3), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.01.012>
- Generalitat de Catalunya. (2011). *Estudio de costes y carga de la depresión en Cataluña (CostDep-2006) [Cost and burden of depression in Catalonia]*. Barcelona. Retrieved from http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/altres_recursos_interes/estudis/13_salut_mental/documents/estudio_costo_version_castellana.pdf
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, *23*(1), 103–108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Gould, R. L., Coulson, M. C., Patel, N., Highton-Williamson, E., & Howard, R. J. (2014). Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(2). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126003>
- INE. (2015). Encuesta Europea de salud en España (ESEE 2014). Retrieved March 2, 2015, from http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
- Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. (2015). Memoria Tráfico INTCF 2014. Retrieved March 7, 2016, from https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/publico/ciudadano/informacion_institucional/organismos/instituto_nacional_de_toxicologia_y_ciencias_forenses/documentacion/memorias/!ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3g_A1cjCydDRwMDUwNLA08nwzAvM0czAwsjU_
- Kammerlander, C., Gosch, M., Kammerlander-Knauer, U., Luger, T. J., Blauth, M., & Roth, T. (2011). Long-term functional outcome in geriatric hip fracture patients. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, *131*(10), 1435–1444. <https://doi.org/10.1007/s00402-011-1313-6>

- Kessler, R. C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68 Suppl 2*, 10–19.
- Lara, E., Garin, N., Ferrari, A. J., Tyrovolas, S., Olaya, B., Sánchez-Riera, L., ... Haro, J. M. (2015). The Spanish Burden of Disease 2010: Neurological, mental and substance use disorders. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, *8(4)*, 207–217. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2015.10.003>
- Layard, R., Bell, S., Clark, D. M., Knapp, M., Meacher, M., Priebe, S., ... Wright, B. (2006). *The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders*. Health Policy. Centre for Economic Performance, London School of Economics and Political Science. Retrieved from <http://eprints.lse.ac.uk/818/>
- López, M. A., Duran, X., Alonso, J., Martínez, J. M., Espallargues, M., & Benavides, F. G. (2014). Estimación de la carga de enfermedad por incapacidad laboral permanente en España durante el período 2009-2012 [Estimating the burden of disease due to permanent disability in Spain during the period 2009-2012]. *Revista Española de Salud Pública*, *88(3)*, 349–358. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000300005>
- Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M., & Galea, A. (2012). *Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities*. London: The King's Fund and Centre for Mental Health. Retrieved from http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/long-term-conditions-mental-health-cost-comorbidities-naylor-feb12.pdf
- NICE. (2011). *Common Mental Health Disorders*. Leicester (UK): British Psychological Society. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>
- OECD. (2016). OECD Health Data: Pharmaceutical market, OECD Health Statistics (database). Retrieved September 15, 2016, from <http://stats.oecd.org/index.aspx?r=512151#>
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*, *9(8)*, e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Pirkis, J., Harris, M., Hall, W., & Ftanou, M. (2011). *Evaluation of the Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule Initiative*. Melbourne, VA. Retrieved from [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/\\$File/sum.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/$File/sum.pdf)
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & 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(1)*, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.001>
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *119(1–3)*, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., ... RC, K. (2010). Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care. *JAMA*, *303(19)*, 1921. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.608>
- Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Fernández, A., Alberti, C., Sabes-Figuera, R., Molina, C., & Knapp, M. (2011). Costs of depression in Catalonia (Spain). *Journal of Affective Disorders*, *132(1–2)*, 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.019>
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bromet, E., Fayyad, J., ... Williams, D. (2009). Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *39(1)*, 33–43. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003188>
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B.,

... van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*, CD011142.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>

Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 152–167.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>

World Health Organization. (2014). Mental Health Atlas-2014. Country profiles. Spain.

Retrieved September 15, 2016, from

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/en/