



2011, 17(1), 75-97

LOS DESÓRDENES EMOCIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Antonio Cano-Vindel

Universidad Complutense de Madrid

Resumen: La revisión sistemática y el análisis de la literatura científica sobre los desórdenes emocionales, DE (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo –trastorno depresivo mayor y distimia-, trastorno adaptativo de tipo ansioso, depresivo, o mixto), revela que: (1) existe una asociación entre altos niveles de estrés y emocionalidad negativa (ansiedad y tristeza, especialmente) en estos desórdenes; (2) dos tercios de los pacientes con trastornos mentales son atendidos en Atención Primaria (AP); (3) en este ámbito, el tratamiento farmacológico es el que tradicionalmente reciben los pacientes con DE, el cual no está bien ajustado a la evidencia científica en la mayoría de los casos (sólo un tercio cumple los criterios de mínima adecuación), y es minoritario el tratamiento psicológico empíricamente validado, que precisamente está considerado el tratamiento de elección para estos trastornos; (4) los DE con el tratamiento convencional presentan una alta tasa de abandono y de recaídas, tienden a cronificarse, dando lugar a una elevada comorbilidad con otras enfermedades mentales y/o condiciones físicas crónicas, suelen hiperfrecuentar las consultas de AP, producen mayor discapacidad que las enfermedades físicas, y generan altos costes económicos, sociales y psicológicos; (5) en cambio, los DE tratados con técnicas psicológicas basadas en la evidencia científica, aplicadas en AP, aumentan la eficacia y la eficiencia; (6) el sistema sanitario público español adolece de una serie de problemas, como es la escasez de psicólogos y el exceso de gasto farmacéutico, que en relación con los DE, están generando un aumento continuo del abuso de psicofármacos (especialmente benzodiazepinas), hiperfrecuentación de las consultas de AP por parte de estos pacientes, aumento de costes, sobrecarga en el personal sanitario, duración excesivamente corta de las consultas y la cronificación de estos trastornos, para los que existen técnicas de tratamiento altamente eficaces y de menor coste.

Con el fin de ayudar a mejorar esta situación, la Fundación Española para la Promoción y el Desarrollo Científico y Profesional de la Psicología (Psicofundación) pondrá en marcha un proyecto piloto que llevará el tratamiento psicológico basado en la evidencia científica a los pacientes con DE que acuden a AP. Para ello, Psicofundación aportará los medios necesarios y pedirá los permisos pertinentes para que haya dos psicólogos sanitarios por centro, en varios centros de AP, en diferentes comunidades autónomas. Este personal sanitario estará especialmente formado en la aplicación de técnicas psicológicas eficaces en AP y desarrollará

Abstract: The analysis and systematic review of the scientific literature on emotional disorders, ED (anxiety disorders, mood disorders - major depressive disorder and dysthymia -, adjustment disorder with anxiety and/or depressed mood) reveals that: (1) there is an association between high levels of stress and negative emotionality (especially anxiety and depression) in these disorders; (2) two thirds of patients with mental disorders are attended in Primary Care (PC); (3) in this setting, patients with ED traditionally receive pharmacological treatment (only one third of the mental health treatment in Spain met minimal adequacy criteria); in spite of constituting the treatment of choice for ED, in the minority of cases are empirically validated psychological treatments put into practice; (4) patients with ED who receive treatment as usual show elevated attrition and relapse rates, a high risk of chronification and comorbidity with other mental disorders and/or chronic physical conditions, a more frequent use of PC services, and greater disability than patients with physical disorders, imposing high economic, social and psychological costs; (5) however, both the efficacy and efficiency increase when ED are treated in PC with psychological techniques that are based on scientific evidence; (6) Spain's public healthcare system is characterized by a sparse number of psychologists and excessive pharmaceutical costs. In addition to this, EDs are generating a continuous increase in psychoactive substance abuse (especially benzodiazepines), frequent attenders in PC settings, high economic costs, elevated healthcare workers' overload, reduction in the doctor/patient time, increasing as a result the risk of chronification of these disorders, when in fact there are highly efficacious and low cost treatment interventions.

To help improve this situation, the Spanish Foundation for the Promotion and Development of Professional and Scientific Psychology (Psychofoundation) will conduct a pilot study in order to offer evidence-based psychological treatment to those patients presenting to PC with EDs. Psychofoundation will ensure the provision of necessary means and pertinent permits to enable the presence of two psychologists in each centre, in various PC centres, in different autonomous communities. These healthcare workers will be especially trained to apply efficacious psychological techniques in PC and carry out this work during 6 consecutive months. The selected PC centres will randomly assign both types of treatment (psychological and traditional), offering patients with ED in the experimental group the possibility of receiving psychological treatment, as an

su labor durante seis meses continuados. Los centros de AP seleccionados asignarán aleatoriamente ambos tipos de tratamiento (psicológico y tradicional), ofertando a los pacientes con DE del grupo experimental la posibilidad de recibir tratamiento psicológico, como alternativa o complemento al farmacológico. La intervención psicológica ofertada estará protocolizada y descrita en un documento dirigido al paciente. Se evaluarán los aspectos científicos de eficacia, duración, cronificación y económicos del proyecto, publicando los resultados en revistas científicas de impacto.

Palabras clave: ansiedad, estrés, trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo, Atención Primaria.

Antecedentes generales

Los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (depresiones) son los dos tipos de trastornos mentales más frecuentes (Alonso et al., 2004b; Demyttenaere et al., 2004). Los trastornos adaptativos, tanto de tipo ansioso, depresivo o mixto, están peor definidos, pero su prevalencia se considera alta, especialmente en Atención Primaria (AP) (Casey, 2009). El tratamiento de estos desordenes emocionales (DE) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se lleva a cabo mayoritariamente desde AP y está enfocado principalmente desde una perspectiva farmacológica (Kovess-Masfety et al., 2007). En su origen, muchos de estos trastornos están íntimamente relacionados con factores psicosociales, como por ejemplo, condiciones laborales adversas (estrés laboral), desempleo, divorcio, o falta de apoyo social que provocan reacciones emocionales negativas

alternativa o complemento a la farmacológica. La intervención psicológica será protocolizada y descrita en un documento que será entregado al paciente. Los aspectos científicos de eficacia, duración, cronificación y costos serán evaluados y los resultados serán publicados en revistas científicas de alto impacto.

Key words: anxiety, stress, anxiety disorders, mood disorders, Primary Care.

Title: *Emotional disorders in Primary Care*

como la ansiedad, las cuales junto con el estrés, activan al individuo para afrontar los problemas. Cuando persisten las condiciones negativas, se puede iniciar un proceso que podría llegar a generar una disfunción e incluso diversas patologías a lo largo del tiempo (Cano Vindel, 2003; Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001). Si estos factores psicosociales y su interpretación psicológica (Márquez, Montorio, Izal, & Losada, 2006) no son atendidos y siguen actuando, es muy probable que los mismos sigan produciendo sintomatología durante mucho tiempo, a pesar del tratamiento farmacológico, y una cronificación de los problemas (Kessler, 2007; Kessler et al., 2011; Martín et al., 2009); mientras que una intervención temprana de tipo psicológico, con técnicas basadas en la evidencia científica, una intervención preventiva de tipo psicoeducativa, o incluso una intervención psicológica tras años de consumo de psicofármacos, en las que se enseña a las personas a manejar sus emociones, pueden ser más eficaces y eficientes (Bortolotti, Menchetti, Bellini, Montaguti, & Berardi, 2008; Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010; Martín et al., 2009; Richards &

*Dirigir la correspondencia a:
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
Campus de Somosaguas
28223 Madrid
E.Mail: canovindel@psi.ucm.es
© Copyright 2011: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

Suckling, 2009) que el tratamiento tradicional.

Emocionalidad negativa y salud mental

Las reacciones emocionales negativas o desagradables, como la ansiedad, constituyen respuestas adaptativas ante situaciones relevantes y con posibles consecuencias adversas para el individuo (i.e., una posible amenaza para sus intereses, como la inseguridad en el empleo, que genera ansiedad). Estas respuestas de ansiedad están mediadas por procesos cognitivos (Eysenck & Eysenck, 2007; Márquez et al., 2006), forman parte de nuestra vida cotidiana y por lo general nos ayudan a adaptarnos; sin embargo, también están presentes en el desarrollo de diferentes desórdenes mentales o condiciones físicas (Bethencourt, Peñate, Fumero, & González, 1997; D'Souza, Strazdins, Lim, Broom, & Rodgers, 2003; Eysenck & Derakshan, 1997; Peri & Torres, 1999; Rodríguez López et al., 2005; Scott et al., 2007).

Entre los trastornos mentales que están asociados con emocionalidad negativa, especialmente ansiedad y tristeza-depresión, están bien documentados los trastornos adaptativos de tipo ansioso, depresivo, o mixtos (Hyodo et al., 1999; Illescas-Rico, Amaya-Ayala, Jiménez-López, Caballero-Méndez, & González-Llaven, 2002), la mayoría de los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés posttraumático o fobia social (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009; Clark, Rodgers, Caldwell, Power, & Stansfeld, 2007), algunos trastornos del estado de ánimo, sobre todo trastorno depresivo mayor o distimia (Wittchen, Beesdo, Bittner, & Goodwin, 2003), trastornos por consumo de sustancias, como el abuso, dependencia, síndrome de abstinencia y otros trastornos mentales derivados del consumo (Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga, Dongil, & Salguero, 2010), así como algunas disfunciones del sueño (Magee & Car-

min, 2010), sexuales (Dunn, Croft, & Hackett, 1999), o de la alimentación (Swinnbourne & Touyz, 2007).

Aunque no es bien conocido el desarrollo de estos trastornos, veamos un ejemplo documentado con el trastorno de ansiedad por fobia social. La interacción de factores genéticos, de personalidad y ambientales puede hacer que algunas personas sean más proclives, desde la infancia, a desarrollar inhibición conductual y reacciones emocionales negativas más intensas y frecuentes, como la ansiedad ante situaciones sociales, lo que les puede aumentar la vulnerabilidad a sufrir trastornos emocionales, como la fobia social (Essex, Klein, Slattey, Goldsmith, & Kalin, 2010). Sin embargo, está demostrado que la intervención psicológica temprana, basada en el aprendizaje emocional y el procesamiento de información de emociones, puede ayudar a estas personas a disminuir su vulnerabilidad y a prevenir el desarrollo de trastornos mentales como la fobia social (Rapee, 2002).

Por el contrario, las personas que no han recibido este tipo de tratamiento y que acumulan un trastorno de fobia social durante tiempo tienen un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos mentales, como la depresión (Beesdo et al., 2007), y a largo plazo las personas con trastornos emocionales no resueltos tienden a presentar una probabilidad incrementada de sufrir otros trastornos mentales, como los trastornos por abuso de sustancias (Kessler, 2004; Kessler et al., 2011), así como trastornos físicos crónicos (Scott et al., 2007), cuya comorbilidad debería ser tenida en cuenta al planificar el tratamiento y normalmente no se atiende. La gran mayoría de los trastornos mentales se inician antes de la edad adulta, mientras que el inicio del trastorno adictivo secundario se produce, como promedio, una década después (Kessler, 2004). A su vez, las enfermedades físicas crónicas que son comórbidas con los tras-

torno emocionales (obesidad, diabetes, asma, artritis, úlcera, hipertensión, otros trastornos cardiovasculares, dolor crónico de cuello y espalda, dolor crónico de cabeza, o múltiples dolores) son mucho más frecuentes a una edad avanzada (Scott et al., 2007).

No existen muchos datos sobre diferencias interculturales en emocionalidad negativa y su relación con trastornos emocionales. En España, la experiencia de emociones negativas, concretamente de tensión (11%), agotamiento (7%) y cansancio (15%), es similar o ligeramente inferior a la media europea (15%, 13% y 20%, respectivamente) según el Eurobarómetro sobre la Salud Mental y el Bienestar (Unión Europea, 2010). A su vez, la prevalencia de trastornos de ansiedad es también similar o ligeramente inferior en nuestro país (Haro et al., 2006): la prevalencia en los últimos 12 meses en Europa es de 6,4% para los trastornos de ansiedad (5,9% para España). España presenta una menor emocionalidad negativa que Francia (el 65% de los españoles se siente agotado “nunca” o “raramente”, frente al 48% de los galos) y una prevalencia de trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses que es la mitad que en nuestro país vecino (12%).

Las emociones dependen de algunas características del individuo (e.g., rasgo de ansiedad) y del ambiente (e.g., padres excesivamente exigentes), y es el repertorio emocional del individuo el que determina de manera importante la naturaleza de su conducta. Así, los estímulos emocionales positivos provocarán conductas de aproximación, mientras que los estímulos emocionales negativos provocarán conductas de escape, evitación y otras conductas negativas. Cuando el individuo experimenta múltiples fuentes de estimulación emocional, las emociones se suman (Carrillo, Collado, Rojo, & Staats, 2006). Existe evidencia sobre la relación existente entre elevados niveles de estrés y el inicio o aumento en el consumo de tabaco, lo que a la lar-

ga multiplica (la evidencia en este sentido es más clara) el riesgo de sufrir trastorno de pánico (Wood et al., 2010). Toda una serie de variables individuales, relacionadas con el aprendizaje o de tipo cognitivo, pueden mediar en este proceso en el que la emocionalidad negativa puede llegar a ser la base de un DE (Longley, Calamari, Wu, & Wade, 2010).

Una larga tradición en la investigación experimental, desde Watson y Rayner, (1920) se ha centrado en el estudio del aprendizaje emocional, especialmente de respuestas observables, y el condicionamiento por asociación de respuestas fisiológicas emocionales reguladas por el sistema nervioso autónomo, fundamentalmente en la fobia específica. Tras casi un siglo de investigación sobre el aprendizaje emocional, la ansiedad y el tratamiento de las fobias, las técnicas basadas en la exposición son, hoy en día, el tratamiento de elección para este trastorno de ansiedad (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, & Telch, 2008; Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, & Telch, 2010).

A partir de los años 80, el enfoque cognitivo ha complementado al enfoque del aprendizaje y ha ido progresando en la investigación de los factores de vulnerabilidad cognitiva que pueden llevar a un procesamiento de la información emocional que sea sesgado, aumentando de este modo el nivel de respuesta emocional y la probabilidad de desarrollar un trastorno emocional. Así, por ejemplo, Michael Eysenck ha ido elaborando desde los años 90 la teoría de los cuatro factores (Eysenck & Eysenck, 2007), basándose en estudios de laboratorio sobre el procesamiento de la información, así como en estudios clínicos. Esta teoría señala que las reacciones de ansiedad y los principales trastornos de ansiedad pueden ser explicados por la acción de dos tipos de sesgos cognitivos, atencional e interpretativo. En el trastorno de fobia social los sesgos cognitivos estarían centrados en la pro-

pia conducta. La persona con fobia social centra su atención en su comportamiento ante situaciones sociales y considera que no sólo dicho comportamiento es inapropiado, sino que recibirá una evaluación negativa por ello y sufrirá el rechazo de los demás. Dichos sesgos se activan ante situaciones sociales, pero el individuo pasa mucho tiempo también anticipando o procesando información del pasado, lo que provoca un aumento de ansiedad casi todo el tiempo, que está centrada en su conducta social. En cambio, en el trastorno de pánico, estos sesgos cognitivos estarían centrados en la activación fisiológica y las sensaciones físicas; mientras que las personas con trastorno obsesivo-compulsivo sesgarían la información sobre las consecuencias que pueden tener sus pensamientos, por el hecho de pensar y no poder controlar ciertos pensamientos no deseados o intrusos; y por último, en el trastorno de estrés posttraumático, al menos en su inicio, los sesgos cognitivos girarían en torno al cuarto factor implicado en la reacción de ansiedad: la situación, traumática en este caso.

Una línea de investigación actual se centra en el desarrollo de modelos de vulnerabilidad cognitiva en los DE, su contrastación empírica, el desarrollo de una terapia de reestructuración cognitiva basada en dichos modelos, y la demostración de la eficacia de esta técnica de tratamiento, que se va enriqueciendo progresivamente y promete mejorar el tamaño del efecto hasta ahora conseguido con las técnicas cognitivo-conductuales, ya de por sí elevado (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Como muestra, véanse por ejemplo algunos trabajos recientes en esta línea sobre algunos DE: (1) fobia social (Clark et al., 2006; Cox, Fleet, & Stein, 2004; Schultz & Heimberg, 2008; Vidal Fernández, Ramos-Cejudo, & Cano-Vindel, 2008); (2) trastorno de pánico (Hoffart, Sexton, Hedley, & Martinsen, 2008; Wood, 2008; Zvolensky, Schmidt, Bernstein, & Keough, 2006); (3)

trastorno obsesivo-compulsivo (Leal Carcedo & Cano-Vindel, 2008); (4) trastorno de estrés posttraumático (Dongil Collado, 2008; Ehlers & Clark, 2000; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005; Elwood, Hahn, Olatunji, & Williams, 2009); (5) trastorno de ansiedad generalizada (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, & Staples, 2009; Ramos-Cejudo & Salguero, 2010; Schmidt, Richey, Buckner, & Timpano, 2009);

A pesar de que estos tratamientos psicológicos, basados en el aprendizaje de la respuesta emocional y en los sesgos cognitivos cometidos en el procesamiento de información, están empíricamente validados y han demostrado ser más eficaces para reducir o eliminar DE que el tratamiento convencional, existe una brecha importante entre la investigación y la práctica clínica, especialmente en los servicios públicos de salud en AP (Shafran et al., 2009), que se está intentando reducir en el Reino Unido desde el año 2007 (Richards & Suckling, 2009). En todos los países del mundo existe un enorme hueco entre el número de casos con trastorno mental y el número de estos casos que es atendido o solicita algún tipo de tratamiento; esta distancia es aún mayor si nos centramos en el tratamiento psicológico.

Estrés y salud mental

El estrés, al igual que las emociones, es también un proceso adaptativo que genera una respuesta más rápida, enérgica o ágil a las demandas de la situación en la que se genera dicho proceso, aumentando la activación a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, pero frecuentemente puede provocar reacciones emocionales negativas y malestar psicológico. El 84% de los españoles se ha sentido verdaderamente estresado en algún momento de su vida, mientras que el 28% de los hombres y el 39% de las mujeres se ha sentido estresado muchas veces (O.C.U., 2005). Las causas del estrés más

frecuentes en los últimos doce meses fueron: en un 66%, los problemas laborales; seguidos de los problemas familiares, con un 50%; los problemas de salud, con un 31%; importantes acontecimientos vitales, con un 29 %; problemas financieros, con un 27%; presión por el rendimiento escolar, 19%; y el tráfico, con un 12%.

El estrés laboral elevado (Paoli, 1997) además de producir síntomas iniciales (como dolores de espalda, 30%; estrés, 28%; fatiga general, 20%; dolores musculares, 17%; dolores de cabeza, 13%; irritabilidad, 11%; problemas de visión, 9%; insomnio, 7%; ansiedad, 7%; así como otros síntomas menos frecuentes), multiplica por dos la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo en jóvenes que no padecían previamente estos desórdenes (Melchior et al., 2007), y aumenta la probabilidad de consumir fármacos psicoactivos. Así, en algunos estudios, la tensión laboral está asociada con estos trastornos de salud mental y predice el uso de medicación antidepressiva (Virtanen et al., 2007). En general, condiciones laborales adversas y la falta de apoyo social predicen el inicio de sintomatología subclínica ansiosa y depresiva (Andrea, Bultmann, van Amelsvoort, & Kant, 2009), peor salud autoinformada, tanto física como mental (trastornos de ansiedad y depresión), y un mayor riesgo para desarrollar un diagnóstico de estos trastornos (D'Souza et al., 2003; Strazdins et al., 2010), que se va sustanciando a lo largo del tiempo (Samuelsson, McCamish-Svensson, Hagberg, Sundstrom, & Dehlin, 2005).

Además del estrés en el trabajo, otros factores como el estrés familiar (adversidades) y la falta de apoyo social, guardan también una estrecha relación con los problemas emocionales, como el dolor de cabeza, el inicio de DE y el consumo de psicofármacos, de manera que en los países con menor número de adversidades familiares hay una menor prevalencia de dolo-

res de cabeza y DE (Lee et al., 2009). En España (Codony, Alonso, Almansa, Vila-gut, Domingo, Pinto-Meza, Fernández et al., 2007; Haro et al., 2006), el grupo de personas previamente casadas y ahora separadas presenta una mayor probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad en el último año (7,1%) que las personas que continúa con su pareja (5%). A su vez, el primer grupo consume más fármacos psicotrópicos, 28,5% en los últimos 12 meses, que el de casadas en la actualidad (16,1%). Por otro lado, el porcentaje de cuidadoras de familiares con dependencia que consumen fármacos psicoactivos asciende al 37,1% (Pérez Peñaranda et al., 2009).

El desempleo es también un estresor importante que constituye un factor de riesgo para sufrir problemas de salud (Jin, Shah, & Svoboda, 1995). En España, los desempleados tienen una probabilidad mayor (Haro et al., 2006) de tener algún trastorno de ansiedad (Odds Ratio OR=2,2), un trastorno depresivo (OR=2,2), o un trastorno por consumo de sustancias (OR=1,8), en los últimos 12 meses.

El estrés crónico tiende a favorecer la aparición de reacciones de ansiedad cada vez más intensas y frecuentes, que pueden llegar a constituir reacciones de pánico subclínico e incluso ataques de pánico, que están en la base de varios trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico. Si no se trata a tiempo y de manera eficaz este desorden, el individuo suele comenzar a evitar aquellas situaciones que teme le pongan ansioso y puedan desencadenar nuevos ataques de pánico, lo que viene a desencadenar un nuevo trastorno, la agorafobia. Las personas con este cuadro clínico consumen en su mayoría psicofármacos, desde hace años, sin que remita el problema; en cambio, las técnicas psicológicas basadas en la evidencia científica son capaces de revertir este proceso (Martín et al., 2009; Richards & Suckling, 2009; Wood, 2008). El tratamiento del trastorno de

pánico con y sin agorafobia debe comenzar por dar información, que puede ser apoyada con biblioterapia, sobre el papel de las emociones, la función que cumplen la ansiedad y el estrés, así como sobre el papel de los procesos cognitivos y el aprendizaje emocional, tanto en el origen y desarrollo del desorden como en su eliminación. La guía NICE recomienda entre 7 y 14 horas de técnicas de tratamiento cognitivo-conductual, que podrían distribuirse en sesiones semanales de 1-2 horas, con una duración de hasta 4 meses de tratamiento (NICE, 2011).

Las situaciones traumáticas, en las que está en juego la vida propia o de otras personas (estrés traumático), también pueden producir trastornos mentales, especialmente el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés protraumático. Si bien existen diferencias en la probabilidad de desarrollar estos trastornos según el tipo de evento estresante, o el número de traumas sufridos (Darves-Bornoz et al., 2008), sin embargo dicha probabilidad también depende de las diferencias individuales en la forma de procesar el suceso traumático (Ehlers & Clark, 2000). Si no se atiende adecuadamente a las personas que sufren estos trastornos con técnicas eficaces de tratamiento (Ehlers et al., 2005; O'Donnell, Bryant, Creamer, & Carty, 2008) hay una tendencia a la cronificación y al desarrollo de nuevos desórdenes comórbidos, como la depresión y trastornos por consumo de sustancias.

Estrés y consumo de psicofármacos

Muchas personas que sufren estrés y van desarrollando progresivamente mayores niveles de ansiedad, malestar psicológico, insomnio, o somatizaciones y problemas de salud, terminan recibiendo un tratamiento de tipo farmacológico cuando acuden a AP. Así, los trabajadores belgas con niveles mayores de estrés laboral tienen una probabilidad incrementada de consumir tranquilizantes (OR=1,9 para varones

y OR=1,6 para mujeres), frente a los trabajadores que sufren menor estrés (Pelfrene et al., 2004).

Sin embargo, como es lógico, el consumo de psicofármacos depende de otros muchos factores, como por ejemplo el país, pues Bélgica presenta un consumo de psicofármacos en el último año 4,2 veces menor que en España (3,8% vs. 16,0%), pero los trabajadores belgas presentan unos niveles similares o sólo ligeramente inferiores de estrés laboral (21,0% vs. 21,4%) y de ansiedad en el trabajo (6,6% vs. 8,4%) que los trabajadores españoles, según la IV Encuesta Europea de Condiciones del Trabajo (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006).

Estas diferencias entre países en el consumo de psicofármacos quizás se puedan explicar por algunos parámetros básicos (como gasto, recursos, etc.) del sistema público de AP que guardan relación con la eficacia y calidad del servicio prestado (Banco Mundial, 2011; Kovess-Masfety et al., 2007; WHO, 2005). Así, por ejemplo, la duración de las consultas de AP es el doble en Bélgica que en España (Deveugele, Derese, van den BrinkMuinen, Bensing, & Maeseneer, 2002), el gasto sanitario por habitante en 2005 según el Banco Mundial (2011) fue un 38,2% superior en Bélgica (3.135 \$USA vs. 2.268), según otra fuente (la OMS) un 55,8% superior (2.441 \$USA vs. 1.567) (Kovess-Masfety et al., 2007), el número de psiquiatras por 100.000 habitantes es 2,8 veces superior en Bélgica (18 vs. 6,5) (WHO, 2005), el número de psicólogos por 100.000 habitantes en la sanidad pública española es 16,8 veces superior en Bélgica (32 vs. 1,9) (Kovess-Masfety et al., 2007), o un 76,1% inferior a la media europea (4,2 veces inferior a la media UE-15), y por último, la demanda de asistencia sanitaria no para de crecer en España, siendo ya casi cuatro veces mayor en nuestro país (9,5 visitas al año por habitante) que

en Suecia (2,8), sin embargo, Suecia destina un 34,7% más de recursos por habitante (2.828 \$USA) a la sanidad que España (2.099 \$USA). En resumen, pensamos que una menor inversión en nuestro sistema sanitario y especialmente en el número de psicólogos, podría estar favoreciendo una mayor hiperfrecuentación por parte de los pacientes con DE, que no se curan, ni siquiera reciben una mínima información adecuada sobre sus problemas en los escasos minutos que dura la consulta. Esta falta, presumiblemente, estaría siendo “subsana-da” con un mayor gasto en psicofármacos, para aliviar los síntomas. España es el cuarto país de la OCDE en consumo farmacéutico (Casajuana Brunet & Romea Lecumberri, 2009). Es el país de Europa (del entorno ESEMeD, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, realizado en Italia, Alemania, Holanda, Bélgica, Francia y España) con menos psiquiatras por 100.000 habitantes, pero con mayor demanda de consultas a psiquiatría por DE (43,8%); además, es el penúltimo país en número de médicos de AP (Kovess-Masfety et al., 2007). Asimismo, el consumo de psicofármacos ha crecido un 6% anual en los últimos 5 años, periodo 2004-2009 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010). Pero todo este gasto acaba suponiendo en parte un despilfarro económico, por el alto abandono de tratamiento en algunos casos, la automedicación que se prolonga durante años en otros y, sobre todo, por la cronificación de problemas (el 60-70% de las personas que tienen un diagnóstico de trastorno de ansiedad a lo largo de la vida, lo ha tenido activo en el último año) (Kessler, 2007), para los que existe solución basada en la evidencia científica (Richards & Suckling, 2009).

Es sabido que al final, la elección de tratamiento psicológico o psiquiátrico en los países del estudio ESEMeD depende de factores económicos y educativos: de la disponibilidad de recursos del país, si cubre

los gastos el SNS, del nivel cultural, o de la mayor o menor actitud para tomar psicofármacos (Dezetter et al., 2011). En España, el bajo número de psicólogos del SNS conlleva retrasos considerables en la atención especializada si se quiere tratamiento psicológico, que a la larga conducen al abandono del tratamiento (Pinto-Meza et al., 2010). Sólo el 0,9% de los pacientes con un trastorno de ansiedad recibe tratamiento psicológico, un 27,1% tratamiento psicológico y farmacológico, mientras que un 33% recibe tratamiento exclusivamente farmacológico y el 39% no recibe ningún tratamiento (Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo, Pinto-Meza, Fernandez et al., 2007). Sólo el 30,7% de los españoles que tienen un trastorno de ansiedad solicita atención sanitaria y el 57,0% de los que tienen un trastorno del estado de ánimo, pero el 30,8% de quienes tienen un trastorno mental y consultan, no reciben tratamiento (Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo, Pinto-Meza, Fernandez et al., 2007).

Los tranquilizantes son el tipo de psicofármaco más consumido (11,4% de la población española, en el último año), alcanzando niveles muy altos en algunos trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico (52%) o el trastorno de ansiedad generalizada (49%), a pesar de la evidencia en contra y las recomendaciones de la guía NICE. Pero el consumo de estos fármacos no sólo se da en personas con trastornos mentales, sino también en personas que sufren estrés y no han desarrollado un trastorno mental. Así, el 10,1% de los ciudadanos españoles consume tranquilizantes, sin tener síntomas suficientes para un diagnóstico de trastorno mental; a su vez, el 8,1% de los europeos (estudio ESEMeD) consume psicofármacos, a pesar de no cumplir los criterios de trastorno mental alguno (Alonso et al., 2004c; Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo, Pinto-Meza, Fernández et al., 2007).

Las personas que no tienen un diagnóstico de trastorno mental, pero sufren estrés comienzan por sufrir problemas de malestar psicológico, insomnio y somatizaciones, lo que puede conducir al consumo de psicofármacos, con el fin de aliviar los síntomas, pero no resuelve los problemas psicosociales que están asociados con el estrés, los cuales seguirían actuando sobre el individuo para producir más síntomas, lo que a su vez haría aumentar el consumo de psicofármacos. Estos primeros síntomas de estrés están aumentando en nuestra sociedad. Así se desprende de la comparación de los datos de la V Encuesta Nacional de Condiciones de Vida en el Trabajo de 2.003 (Almodóvar Molina et al., 2004) con los datos de la encuesta anterior, a las mismas cuestiones, en 1.999, cuatro años antes (Maqueda Blasco et al., 1999), con un aumento de todos los síntomas evaluados que están asociados con el estrés, o un incremento en el número de visitas al médico por problemas relacionados con el trabajo. A su vez, el consumo de tranquilizantes ha venido aumentando a razón de un 7% anual en dosis definidas diarias por mil habitantes entre los años 1995-2002 (García del Pozo et al., 2004).

Además, los programas de contención del gasto farmacéutico del SNS en los últimos años no han conseguido reducir el consumo de psicofármacos, pues si se revisan las series publicadas por la Dirección General de Farmacia (Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud), se verá que en el año 2009 se consumieron casi 47 millones de envases de tranquilizantes tipo benzodiazepina, sólo con receta médica oficial (el 69,11% del consumo), exactamente 46.883.120 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), un 21,5% más que en el 2004 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). En 2.009 el consumo de envases de tranquilizantes (benzodiazepinas) y antidepresivos superó los 74 millones (74.122.080), con receta médica oficial (el

69,11% del consumo), un 29,4% más que en el año 2004.

El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a un centro de AP es alto, pudiendo alcanzar una prevalencia del 37,9% e incluso niveles de dependencia en un alto porcentaje de pacientes (28%) (Secades et al., 2003). Este consumo está relacionado con factores psicosociales, puesto que es mayor en mujeres, en separados y en desempleados (Linden et al., 1999; Mateo Fernández, Rupérez Cordero, Hernando Blázquez, Delgado Nicolás, & Sánchez González, 1997), perfil que está asociado con mayores niveles de estrés. Otros factores que definen este perfil de pacientes de AP que consumen psicofármacos son: personas de mayor edad y con nivel educativo más bajo. En un estudio realizado en Cataluña el 13,8% de los pacientes de AP consumía tranquilizantes, siendo el cuarto tipo de fármaco más consumido; además se observó que la mujer, a partir de los 55 años, mostraba un elevado consumo de tranquilizantes (una de cada tres pacientes de AP) y de antidepresivos (una de cada cinco) (Fernandez-Liz et al., 2008). Estos perfiles de pacientes suelen tener menos años de educación, así como un concepto del proceso salud-enfermedad muy medicalizado, que no se corresponde con la realidad; sino que por el contrario el estilo de vida está muy relacionado con la salud.

En este sentido, la OMS aboga porque los trastornos mentales sean atendidos inicialmente en AP (WHO, 2008), pero marca directrices a los gobiernos para que aumenten la información, la educación para la salud, el ejercicio físico y el cambio de estilo de vida, especialmente en tiempos de crisis económica, o en el caso de la mujer que se ve más afectada por los DE (son más vulnerables y están aumentando los problemas psicológicos y enfermedades laborales entre las mujeres con su incorporación al mundo laboral), como estrategia de prevención de trastornos físicos y mentales que

están muy relacionados con factores psicosociales y económicos, con el fin de evitar una excesiva medicalización de la salud. Sin embargo, España sólo invierte un 5% en prevención y son escasas las intervenciones psicoeducativas, por ejemplo en población de riesgo como las cuidadoras de enfermos con demencia (Losada Baltar, Izal Fernández de Tróconiz, Montorio Cerrato, Márquez González, & Pérez Rojo, 2004), a pesar de ser eficaces.

El tratamiento tradicional de los DE no es inocuo, pues el consumo de fármacos psicoactivos puede producir efectos negativos en el neurodesarrollo de los bebés expuestos a este tipo de fármacos al tomarlos la madre durante el embarazo (Gentile, 2010), e incluso una pérdida de esperanza de vida, que es independiente de otros factores de riesgo (Belleville, 2010). En especial, el consumo de benzodiazepinas tiende a cronificarse, a veces durante décadas pese a que se recomienda que no se prolongue el consumo más de 4 semanas, ya que pasado ese tiempo son mayores los efectos secundarios que terapéuticos (Ashton, 1994; Rubio & López-Ibor, 2007a, 2007b), pudiendo producir accidentes (Dubois, Bedard, & Weaver, 2008), o caídas con rotura de cadera y la consiguiente pérdida de esperanza de vida (Allain, Bentue-Ferrer, Polard, Akwa, & Patat, 2005; Cumming & Le Couteur, 2003; Nurmi-Luthje et al., 2006; Wang, Bohn, Glynn, Mogun, & Avorn, 2001).

Sin embargo, pese a las advertencias contra este tipo de fármacos, las benzodiazepinas continúan siendo con diferencia el tipo de psicofármaco más consumido en España, con un 11,4% de prevalencia año, y en Europa, 9,8% (Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo, Pinto-Meza, Fernández et al., 2007).

A pesar de que los fármacos son el tratamiento habitual universal y gratuito tanto de los DE como demás trastornos mentales,

sólo el 32,6% de los españoles con un diagnóstico de trastorno mental en los últimos 12 meses consume psicofármacos (Alonso et al., 2004c), mientras que la gran mayoría no recibe tratamiento. La adherencia en el caso de los antidepresivos es baja (el 56% abandona el tratamiento en los 4 primeros meses) y un buen cumplimiento se da sólo en el 22% de los casos (Serna, Cruz, Real, Gasco, & Galvan, 2010). La gran mayoría de los pacientes españoles con DE no reciben un tratamiento farmacológico mínimamente basado en la evidencia científica, especialmente si el tratamiento se sigue en AP (Fernandez et al., 2006). Así, entre los individuos con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor puro en los últimos 12 meses, solamente el 29,1% había consumido antidepresivos en el mismo periodo, mientras que más de la mitad (51,1%) había tomado tranquilizantes de tipo benzodiazepina. Un porcentaje importante de pacientes europeos (ESEMED) procura evitar este tratamiento imperante (un 14% de los pacientes con DE) (Pinto-Meza et al., 2010). Otro porcentaje significativo busca tratamiento fuera del sistema público (Sevilla-Dedieu et al., 2010), con desigual acierto debido a la falta de información sobre tratamientos eficaces basados en la evidencia científica. Por último, para los DE, la tasa de abandono del tratamiento en AP es muy alta después de las tres primeras visitas (Pinto-Meza et al., 2010).

Trastornos mentales y discapacidad

Estos trastornos mentales producen más discapacidad que los trastornos físicos crónicos y tienen un efecto de sinergia cuando se combinan con enfermedades físicas crónicas para producir discapacidad (Scott et al., 2009). El trastorno depresivo empeora más la salud incluso que las enfermedades físicas crónicas (diabetes, asma, angina y artritis), tal y como se comprobó en un estudio llevado a cabo con casi 250.000 pacientes de 60 países (Moussavi et al., 2007), en el que se encontró también

que entre un 9,3 y un 23% de pacientes con enfermedad física crónica presenta un trastorno depresivo. A su vez, los pacientes con trastornos de ansiedad presentan un mayor riesgo, que los pacientes que no tienen trastornos de ansiedad, de padecer trastornos físicos (Pascual et al., 2008), como cefalea (OR=4,2), cardiopatía (OR=3,9), problemas músculo-esqueléticos (OR=3,8) o trastornos digestivos (OR= 2). En España, un 11,5% de los pacientes de AP presenta comorbilidad entre los principales DE (trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad) con trastornos somatoformes o somatomorfos, que se caracterizan por una sintomatología física a la que se atribuye un origen emocional o psicológico (Roca et al., 2009).

En el estudio ESEMeD-España también se encontraron datos similares: los trastornos mentales, y entre ellos los trastornos del estado de ánimo (TDM y distimia), mostraron el mayor impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la discapacidad funcional (más días de trabajo perdidos), superando el impacto de enfermedades físicas crónicas. La comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad fue la que generó la mayor afectación negativa de la CVRS. En general, la calidad de vida mental resultó más afectada que la calidad de vida física (Pinto-Meza et al., 2007). Entre los trastornos mentales más frecuentes (ansiedad, depresión, sustancias y control de impulsos), en los casos graves, para la gran mayoría (81,2%) hay un elevado número de días de baja (por término medio unos 30 días) en los que no pueden cumplir con sus obligaciones cotidianas; mientras que entre los casos moderados hay un 13,4% que ha perdido algún día (entre 1 y 4) en el último año (Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo, Pinto-Meza, Fernandez et al., 2007).

En el Reino Unido, el documento conocido como “informe sobre depresión” (The

Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2006) señala que el 40% de las discapacidades (físicas y mentales) tiene su origen en algún trastorno mental (en su mayoría trastornos de ansiedad y del estado de ánimo). Así mismo, refleja que el 40% de las personas que perciben algún tipo de ayuda económica por discapacidad, lo hacen por la presencia de algún trastorno mental, que es, además, un factor secundario en al menos el 10% de discapacidades de otro tipo.

Trastornos mentales en AP

Como es lógico la prevalencia de trastornos mentales en la población es más baja que la prevalencia en AP, donde puede llegar a triplicarse. Los trastornos de ansiedad son el tipo de trastorno más frecuente y tienen una prevalencia en la población española en los últimos 12 meses del 5,9%, frente al 6,4% de los 6 países ESEMeD (rango: 12% en Francia y 5,8% en Italia) y el 18,2% de USA. El trastorno mental específico más prevalente es el trastorno depresivo mayor, que alcanza una prevalencia año del 3,9% en España y el mismo valor en Europa (Alonso et al., 2004b). Hay una alta comorbilidad entre estos trastornos: el 41,7% de los pacientes con un trastorno del estado de ánimo tenía un trastorno de ansiedad o un trastorno por consumo de alcohol; mientras que el 28,3% que tenía un trastorno de ansiedad, además tenía alguno de los otros dos (Alonso et al., 2004a). En España, un 9,2% de la población tiene un diagnóstico de alguno de los cuatro grupos de trastornos más frecuentes (ansiedad, estado de ánimo, sustancias y control de impulsos) en los últimos 12 meses, frente al 12,0% de Bélgica, 18,4% de Francia, o el 26,4% de USA (Demyttenaere et al., 2004).

Hay un acuerdo generalizado al afirmar que los trastornos mentales son frecuentes en AP, están mal detectados por el médico y mantienen un patrón de hiperfrecuentación en las consultas. En Europa, la fre-

cuentación de la población general en las consultas de AP de los 6 países del estudio ESEMeD fue de un 7,4% al año, y del 2,7% para aquellos ciudadanos que no tienen un trastorno mental, ni sintomatología emocional subclínica, por debajo del umbral del diagnóstico (esto es, sin patología y sin síntomas); sin embargo, para el grupo de pacientes con diagnóstico de algún trastorno mental en los últimos 12 meses que ha solicitado tratamiento se observó una tasa de hiperfrecuentación del 51,7%, con una media de 11,7 visitas. Estos pacientes tienen una tasa de frecuentación en AP 19,1 veces superior a los ciudadanos sin trastornos y sin síntomas; pero además de asistir a AP, los pacientes con trastornos mentales registraron en un 25,1% visitas a los servicios especializados de Salud Mental, con una media de 17,2 visitas (Alonso et al., 2007).

En el mismo estudio se encontró que los pacientes españoles con trastorno mental en los últimos 12 meses que solicitan asistencia tenían una probabilidad un 42,9% mayor (OR=1,43) de acudir a las consultas de AP y un 100% superior (OR=2,0) de solicitar la atención especializada de Salud Mental (Alonso et al., 2007). Así pues, en España tenemos una prevalencia más baja de trastornos mentales que en otros países y un porcentaje mayor de atención por el SNS, pero también tenemos una tasa mayor de hiperfrecuentación.

En un estudio promovido por la OMS en 14 países de todo el mundo hace ya casi dos décadas se encontró que un 21,1% de los pacientes de AP tenía al menos un diagnóstico de trastorno mental ICD-10 (Ormel et al., 1994), siendo los más frecuentes el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada. Con datos más recientes, en un meta-análisis se encontró que el 19,5% de los pacientes de AP de 10 países tenían depresión (Mitchell, Vaze, & Rao, 2009). En Alemania (Mergl et al., 2007) el 22,8% de los pacientes de AP presentan

algún trastorno depresivo, que con frecuencia presenta una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad y trastornos somatoformes (OR = 6,25). En USA, el 19,5% de los pacientes de AP presentaron al menos un trastorno de ansiedad y el 6,8% tenía pánico (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Lowe, 2007), mostrando comorbilidad con otros trastornos de ansiedad en un 33% de los casos. El 40% no recibía ningún tratamiento y de los que sí lo recibían casi todos tomaban medicación.

En nuestro país, como en Europa, los trastornos mentales están muy vinculados con AP. Por un lado, el 64,2% de los pacientes europeos con trastornos mentales (estudio ESEMeD) es atendido por un médico de AP (Kovess-Masfety et al., 2007). Por otro lado, según numerosos estudios publicados se estima que en nuestro país (Díaz González, 2008) entre un 20 y un 40% de los pacientes que acuden a AP tienen trastornos de salud mental y están tomando psicofármacos. Según el Colegio Oficial de Psicólogos (COP), el 25% de las consultas de AP de Galicia (C.O.P., 2006) y el 30% en Cataluña (C.O.P., 2008) se deben a casos de personas con problemas de salud mental, especialmente trastornos de ansiedad, depresión y adicciones.

En un estudio reciente, el más amplio realizado en nuestro país, con 7.936 pacientes de AP, se encontró con una prueba de cribado (Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD) una prevalencia aún más alta, pues el 53,6% presentaba uno o más trastornos mentales (Roca et al., 2009). Los más frecuentes fueron los trastornos del estado de ánimo (35,8%), los trastornos de ansiedad (25,6%) y los trastornos somatoformes (28,8%). El 11,5% presentaba comorbilidad en estos tres tipos de trastornos, todos ellos muy relacionados con ansiedad, estrés y otras emociones negativas. En general, la comorbilidad entre trastornos mentales y enfermedad física crónica fue muy alta (56,8%), siendo ma-

yor que la prevalencia de trastornos mentales en personas sin enfermedad física crónica (48,9%), $OR=1,37$ (Gili et al., 2010). Esta prevalencia de trastornos mentales en las consultas de AP españolas (53,6%) es más alta que en Bélgica (42,5%), utilizando el mismo instrumento PRIME-MD (Anseau et al., 2004), y muy similar a la ya obtenida hace diez años en nuestro país con la misma prueba de cribado (53,5%), que mostró una sensibilidad del 81,4% y una especificidad del 66,1% (Baca Baldomero et al., 1999). En este estudio se obtuvo una prevalencia del 41,3% mediante entrevista diagnóstica (SCAN) realizada por psiquiatra, mientras que el médico de AP sólo detectó un 18,5%. Es decir, que el PRIME-MD sobreestima ligeramente la prevalencia (53,5 vs. 41,3), pero podría ser muy útil para los médicos en sus dificultades de infradiagnóstico (18,5 vs. 41,3) a la hora de detectar los trastornos mentales (44,8% de detección, una cifra similar a la de otros estudios).

La prevalencia de trastornos mentales en las consultas de AP en España son algo más bajas cuando se utilizan entrevistas estructuradas diagnósticas: 45,1% de prevalencia vida y 30,2% de prevalencia en los últimos 12 meses en un estudio llevado a cabo en Cataluña. El 18,5% presentó un diagnóstico de trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses y el 13,4% un trastorno del estado de ánimo (Serrano-Blanco et al., 2010). Los trastornos mentales concretos más frecuentes fueron el trastorno depresivo mayor (9,6%) y el trastorno de pánico (7%).

El tratamiento de los trastornos mentales en AP en nuestro país está condicionado por el enfoque biológico de los trastornos mentales y probablemente por la escasez de medios. En el estudio ESEMeD-España se encontró (Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo, Pinto-Meza, Fernandez et al., 2007) que el tipo de tratamiento que se usa para los trastornos mentales es mayori-

tariamente farmacológico; así, se vio que los pacientes que presentaban algún trastorno del estado de ánimo en los últimos 12 meses habían recibido "Sólo tratamiento psicológico" en apenas un 5,8% de los casos, mientras que "Sólo tratamiento farmacológico" lo había recibido un 37,3%, y ambos tipos de tratamiento el 32,2%. En cuanto a la escasez de medios, en el año 2004 nuestro sistema público de salud gastó sólo el 67% de la media de la UE-15 en los servicios de AP, con un PIB del 90% de la media (Navarro López, Martín-Zurro, & Violán Fors, 2009), ocupando el antepenúltimo puesto de la UE-15 en gasto sanitario dedicado a AP. España tiene un número muy reducido de profesionales sanitarios por mil habitantes, escasez de recursos dedicados a la educación para la salud de la población general (se invierte sólo un 5% en prevención), consultas masificadas en AP, una duración de las consultas demasiado corta (Deveugele et al., 2002), problemas de formación a nivel de salud mental en el personal sanitario (Latorre, López-Torres, Montañés, & Parra, 2005; Latorre et al., 2007), infradiagnóstico y errores diagnósticos de los trastornos mentales en AP, tratamientos farmacológicos inadecuados o no basados en la evidencia científica, descoordinación entre los distintos niveles de salud, primaria y especializada, hiperfrecuentación de los pacientes con trastornos mentales, etc. Quizás por todo ello, nuestro país es el cuarto de la OCDE que más gasto farmacéutico tiene, con 517 \$ USA (422 €) en el año 2005, sólo superado por USA, Canadá y Francia (Casajuana Brunet & Romea Lecumberri, 2009). El consumo de psicofármacos de tipo tranquilizante, hipnótico y antidepresivo (los que se prescriben para los DE) no ha parado de aumentar durante muchos años, despilfarrando así mucho dinero y otros costes sanitarios, o sociales, en un tratamiento que no es eficaz. Por el contrario, son escasísimos en nuestro país los estudios

de ensayo clínico controlado que intentan llevar a cabo un tratamiento psicológico en AP (Guerrero Caballero et al., 2008; Rodríguez-Sánchez et al., 2010).

Es decir, en España se sigue apostando por el tratamiento farmacológico, a pesar de que otros países como el Reino Unido, basándose en la evidencia científica, han cambiado ya claramente este modelo puramente biológico hacia un enfoque más psicológico y social, con un mayor peso de lo cognitivo y lo conductual (Calvo & Cano-Vindel, 1997), y en el que las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser no sólo eficaces sino también eficientes (Butler et al., 2006; Hofmann & Smits, 2008; Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2001; Richards & Suckling, 2009; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1993).

Carga y costes de los trastornos mentales

En España, una sola enfermedad mental, el trastorno depresivo mayor, estaba ya hace diez años en el cuarto puesto de la lista de trastornos que más gasto sanitario generan en AP, con un 4,5% del gasto total. La OMS ha pronosticado que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo. En este listado sobre los costes sanitarios de AP según enfermedades, la hipertensión esencial, que está asociada también a un alto nivel de emocionalidad negativa (ansiedad, ira y tristeza-depresión), ocupaba el primer puesto con un 9,3% del gasto total de AP y los problemas de ansiedad en el décimo noveno con el 0,8% (Sicras-Mainar, 2002). No hay muchos estudios sobre el impacto económico de las diferentes enfermedades atendidas en AP. En este trabajo realizado sobre los datos de un centro de AP de Badalona se obtuvo un coste sanitario, referido al año 2000, de 304,3 euros por episodio de depresión y/o ansiedad (226,5 para depresión y 77,8 para ansiedad). En este coste se incluyen tanto los costes farmacéuticos

(56% del gasto, ó 170,41 euros del año 2000, por episodio) como el resto (personal, mantenimiento instalaciones, pruebas diagnósticas, etc.). Como se ha comentado, la depresión fue el cuarto tipo de enfermedad que más gasto generó en este centro AP, con un 4,5% del gasto total.

En un estudio más reciente, sobre base de datos poblacional, los costes anuales sanitarios y por pérdida de productividad laboral para la depresión fueron (Sicras-Mainar, Blanca-Tamayo, Gutierrez-Nicuesa, Salvatella-Pasant, & Navarro-Artieda, 2010) de 706,0€ para los pacientes en remisión (se estimó que un 54,6%), frente a 1.108,3€ en aquellos sin remisión ($p < 0,001$), y las pérdidas de productividad fueron de 1.631,5€ y 2.024,2€, respectivamente ($p < 0,001$). Se consideraron en remisión los pacientes que no requirieron nuevas prescripciones de antidepresivos durante al menos 6 meses tras la retirada del tratamiento del primer episodio; los pacientes que sólo pudieron interrumpir el tratamiento por un período < 6 meses se consideró que no mantuvieron la remisión. La validación de este criterio obtuvo una sensibilidad de 0,906 y una especificidad de 0,925.

El coste sanitario entra dentro de los costes directos, que sólo representan el 29% de los costes totales de la depresión, pues el 71% se debe a costes indirectos (discapacidad, pérdida de productividad, etc.). Así, a pesar del alto coste farmacéutico en antidepresivos, que aumenta incesantemente, sabemos que éste supone sólo el 9% del total del coste de la depresión en España hoy en día, que asciende a 5.005 millones de euros al año (Valladares, Dilla, & Sacristán, 2008). Según este estudio, el coste total de la depresión en Europa se ha estimado en 118 billones de euros, y la mayor parte de esta cifra (61%) se debe a los costes indirectos referidos a bajas por enfermedad y pérdidas de productividad. Si el coste de la depresión en España cuesta 5.005€, esto supondría unos 3.030 € al año

por paciente, si se atendiera a todos los españoles que pueden tener depresión en los últimos 12 meses (el 4,37% de la población española adulta, que según el INE fue de 37.804.175 personas adultas, en 2009), o bien unos 5.315 € al año, por paciente atendido, si se tiene en cuenta que sólo el 57% de los pacientes con algún trastorno depresivo demanda tratamiento en nuestro país (Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo, Pinto-Meza, Fernandez et al., 2007).

Por lo que respecta a los costes sanitarios de la ansiedad, en otro estudio con más de 63.000 pacientes de AP se encontró que el 5,3% presentaban un trastorno de ansiedad generalizado, TAG (Sicras-Mainar, Blanca-Tamayo, Navarro-Artieda, & Rejas-Gutiérrez, 2009). Los pacientes con TAG a lo largo del año 2006 tuvieron 7,2 episodios/año frente a 4,6 del grupo de pacientes sin este desorden; así como 12,1 frente a 7,4 visitas/año; $p < 0,001$). El TAG guardó relación con la edad ($OR=1,1$), ser mujer ($OR=2,2$), hipertensión arterial ($OR=1,3$), dislipemia ($OR=1,2$), ser fumador ($OR=1,4$), síndrome depresivo ($OR=1,2$) y evento cardiovascular ($OR=1,3$) ($p < 0,02$). El coste directo medio/anual corregido por edad, sexo y comorbilidades fue de 555,58 euros en el grupo de referencia (sin TAG) y 817,37 euros en el grupo de TAG ($p < 0,001$), un 47,12% más elevado para este trastorno de ansiedad.

En otro estudio más general, sobre problemas mentales en AP, del mismo grupo de investigación (Sicras-Mainar et al., 2007), se incluyeron pacientes mayores de 15 años, con al menos una demanda de atención por problemas mentales, atendidos por 5 equipos de atención primaria durante el año 2004. Se encontró que la utilización de recursos sanitarios fue significativamente mayor en el grupo que demanda atención por problemas mentales en todos los niveles analizados (visitas médicas, derivacio-

nes a especialistas, pruebas complementarias y gasto de farmacia). Los costes sanitarios ambulatorios totales por año y paciente, sin corregir, fueron mayores en el grupo con algún problema mental, de 851,5 frente a 576,9 euros, con una diferencia media ajustada por edad, sexo y comorbilidades de 72,6 euros (IC del 95%, 59,2-85,9; $p < 0,0001$). Los costes ambulatorios anuales por paciente, desagregados en sus componentes (visitas médicas, derivaciones al especialista, pruebas complementarias y prescripción farmacéutica) fueron mayores en todos los casos en el grupo con problemas mentales. Las mayores diferencias corregidas se encontraron en los costes farmacéuticos (29,3 euros; IC del 95%, 17,4-41,2).

Con datos administrativos del SNS y otras fuentes, un estudio (Oliva-Moreno, Lopez-Bastida, Montejo-Gonzalez, Osuna-Guerrero, & Duque-Gonzalez, 2009) determinó que, en conjunto, los trastornos mentales generaron un coste económico de 7.019 millones de euros, de los cuales los costes médicos directos supusieron el 36,9% (con 2.777 millones de euros), los costes asociados a cuidados informales el 17,7% (con 1.245 millones de euros) y los costes por baja laboral el 42,7% (con 2.997 millones de euros). En conjunto, los costes totales representaron cerca del 1% del Producto Interior Bruto (PIB) del país. En USA, sólo los trastornos de ansiedad suponen el 30% del gasto económico del presupuesto dedicado a salud mental y la mitad de ese gasto se contabiliza en AP (Barlow, 2003).

No siempre son comparables los diferentes estudios sobre costes y coste-eficacia. A veces, la principal conclusión de una revisión sistemática es que en el futuro se deberían hacer estudios más rigurosos y que permitan la comparación entre ellos. No obstante, nos parece que los datos aquí presentados avalan nuestras tesis: podemos mejorar la situación actual.

Implantación de un programa

Con el fin de ayudar a mejorar esta situación, la Fundación Española para la Promoción y el Desarrollo Científico y Profesional de la Psicología (Psicofundación) pondrá en marcha un proyecto piloto, "Psicología en Atención Primaria" (PsicAP), que llevará el tratamiento psicológico basado en la evidencia científica a los pacientes con DE que acuden a AP. Para ello, Psicofundación aportará los medios necesarios y pedirá los permisos pertinentes para que haya dos psicólogos sanitarios en varios centros de AP en diferentes comunidades autónomas. Este personal sanitario estará especialmente formado en la aplicación de técnicas psicológicas eficaces en AP y desarrollará su labor durante seis meses continuados. Los centros de AP seleccionados ofertarán a los pacientes con DE la posibilidad de recibir tratamiento psicológico, como alternativa o complemento al farmacológico. La intervención psicológica ofertada estará protocolizada y descrita en un documento dirigido al paciente. Se evaluarán los aspectos científicos y económicos del proyecto, publicando los resultados en revistas científicas de impacto. Se trata de una apuesta por mejorar la atención de los DE en AP. Para comenzar este proyecto hemos llevado a cabo el presente estudio de revisión de la literatura científica.

En esta revisión hemos intentado dibujar el panorama actual de los DE en AP, señalando las debilidades del sistema y proponiendo alternativas. Hemos intentado hacer en cada apartado una revisión rigurosa y sistemática de la evidencia científica, basándonos sobre todo en la base de datos

Pubmed, utilizando los términos Mesh propios de cada apartado de este trabajo. Hemos intentado avalar nuestras tesis, en cada tema, con diferentes datos de investigación. Nos han sido muy útiles los estudios que han sido publicados por la iniciativa WHO WMHS (World Health Organization, World Mental Health Surveys), especialmente los de nuestra zona (estudio ESEMeD). Ha sido una tarea ardua de búsqueda y análisis de información, pero pensamos que ha merecido la pena y que las líneas que hemos dibujado están bastante claras. Sin embargo, se han usado también otras fuentes de calidad menos contrastada, porque la revisión ha sido bastante exhaustiva y algunos datos no están publicados en revistas científicas, sino que se trata de datos administrativos, por ejemplo, o de encuestas de organismos públicos, que sólo se han divulgado en Internet o en las memorias de las instituciones. Esto puede restar algo de calidad en alguna de las argumentaciones que hemos realizado a lo largo de este extenso trabajo, pero en pocas ocasiones. Además, por supuesto, estas conclusiones son la visión de un psicólogo clínico, y otros profesionales sanitarios pueden tener otros puntos de vista, absolutamente respetables, como es lógico.

Agradecimientos

El autor de este artículo dirige el proyecto de investigación "Crisis de ansiedad: prevalencia y factores de vulnerabilidad en población trabajadora", que ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, MICINN (ref. PSI 2008-05332).

Artículo recibido: 12-09-2010 aceptado: 18-03-2011

Referencias

- Allain, H., Bentue-Ferrer, D., Polard, E., Akwa, Y., & Patat, A. (2005). Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs and Aging*, *22*, 749-765.
- Almodóvar Molina, A., Nogareda Cuixart, C., Fraile Cantalejo, A., de la Orden Rivera, M. V., Zimmermann Verdejo, M., Villar Fernández, M. F., et al. (2004). *V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2003*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004a). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, *28*, 28-37.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004b). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, *21*, 21-27.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004c). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, *55*, 55-64.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 299-306.
- Andrea, H., Bultmann, U., van Amelsvoort, L. G., & Kant, Y. (2009). The incidence of anxiety and depression among employees--the role of psychosocial work characteristics. *Depression and Anxiety*, *26*, 1040-1048.
- Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., et al. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *78*, 49-55.
- Ashton, H. (1994). The treatment of benzodiazepine dependence. *Addiction*, *89*, 1535-1541.
- Baca Baldomero, E., Saiz Ruiz, J., Aguera Ortiz, L. F., Caballero Martínez, L., Fernandez-Liria, A., Ramos Brieva, J. A., et al. (1999). [Prevalence of psychiatric disorders in primary care using the PRIME-MD questionnaire]. *Atencion Primaria*, *23*, 275-279.
- Banco Mundial. (2011). Gastos en salud per cápita (US\$ internacionales constantes de 2005). Recuperado el 7 de marzo de 2011 de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP.PP.KD>
- Barlow, D. (2003). The Nature and Development of Anxiety and its Disorders: Triple Vulnerability Theory. Recuperado el 24 de junio de 2008 de http://www.psichi.org/pubs/articles/article_340.asp
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R., et al. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 903-912.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, *32*, 483-524.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 1011-1023.
- Belleville, G. (2010). Mortality hazard associated with anxiolytic and hypnotic drug use in the National Population Health Survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, *55*, 558-567.
- Bethencourt, J. M., Peñate, J. M., Fumero, A., & González, M. (1997). Trastornos de ansiedad y estrés en los estudiantes de la Universidad de La Laguna. *Ansiedad y Estrés*, *3*, 25-36.
- Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M. B., & Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, *30*, 293-302.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*, 17-31.
- C.O.P. (2006). El 25% de consultas de atención primaria en Galicia presenta trastornos mentales y del comportamiento. Recuperado el 24 de junio de 2008 de http://www.infocoponline.es/viaw_article.asp?id=764
- C.O.P. (2008). Tres de cada diez catalanes que acuden a atención primaria sufren problemas de salud mental. Recuperado el 24 de junio de 2008 de http://www.infocoponline.es/viaw_article.asp?id=1687
- Calvo, M. G., & Cano-Vindel, A. (1997). The nature of trait anxiety: Cognitive and biological

- cal vulnerability. *European Psychologist*, 2, 301-312.
- Cano Vindel, A. (2003). El impacto de la ansiedad. *Revista Española de Economía Salud*, 2, 70-72.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38.
- Carrillo, J. M., Collado, S., Rojo, N., & Staats, A. W. (2006). El papel de las emociones positivas y negativas en la predicción de depresión: el principio de adición de las emociones en el Conductismo Psicológico. *Clínica y Salud*, 17, 277-295.
- Casajuana Brunet, J., & Romea Lecumberri, S. (2009). Resultados clínicos de la Atención Primaria. In V. Navarro López, A. Martín-Zurro & C. Violán Fors (Eds.), *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas* (pp. 11-45). Barcelona: Semfyc Ediciones.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23, 927-938.
- Clark, C., Rodgers, B., Caldwell, T., Power, C., & Stansfeld, S. (2007). Childhood and adulthood psychological ill health as predictors of midlife affective and anxiety disorders: the 1958 British Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 64, 668-678.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., et al. (2007). [Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 Suppl 2, 29-36.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., et al. (2007). [Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Espanolas de Psiquiatría*, 35 Suppl 2, 21-28.
- Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82, 227-234.
- Cumming, R. G., & Le Couteur, D. G. (2003). Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence. *CNS Drugs*, 17, 825-837.
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., et al. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 455-462.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-2590.
- Deveugele, M., Derese, A., van den BrinkMuinen, A., Bensing, J., & Maeseneer, J. D. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *B.M.J.*, 325, 1-6.
- Dezetter, A., Briffault, X., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., et al. (2011). Factors associated with use of psychiatrists and nonpsychiatrist providers by ESEMeD respondents in six European countries. *Psychiatric Services*, 62, 143-151.
- Díaz González, C. L. (Ed.). (2008). *Salud mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes*. Las Palmas: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales.
- Dongil Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: Un caso de estrés postraumático. / Cognitive restructuring: A post-traumatic stress disorder case report. *Ansiedad y Estrés*, 14, 265-288.
- D'Souza, R. M., Strazdins, L., Lim, L. L., Broom, D. H., & Rodgers, B. (2003). Work and health in a contemporary society: demands, control, and insecurity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 849-854.
- Dubois, S., Bedard, M., & Weaver, B. (2008). The impact of benzodiazepines on safe driving. *Traffic Injury Prevention*, 9, 404-413.
- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 144-148.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.

- Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O., & Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: a review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review, 29*, 87-100.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Slattery, M. J., Goldsmith, H. H., & Kalin, N. H. (2010). Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *American Journal of Psychiatry, 167*, 40-46.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2006). Fourth European Working Conditions Survey. Accessed March 7, 2011, from <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm>.
- Eysenck, M. W., & Derakshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés, 3*, 121-134.
- Eysenck, M. W., & Eysenck, W. (2007). Four-factor theory and the anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés, 13*, 283-289.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Codoñy, 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-Liz, E., Modamio, P., Catalan, A., Lastra, C. F., Rodríguez, T., & Marino, E. L. (2008). Identifying how age and gender influence prescription drug use in a primary health care environment in Catalonia, Spain. *British Journal of Clinical Pharmacology, 65*, 407-417.
- García del Pozo, J., de Abajo Iglesias, F. J., Carvajal García-Pando, A., Montero Corominas, D., Madurga Sanz, M., & V., G. d. P. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002) [The use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain (1995-2002)]. *Revista Española de Salud Pública, 78*, 379-387.
- Gentile, S. (2010). Neurodevelopmental effects of prenatal exposure to psychotropic medications. *Depression and Anxiety, 27*, 675-686.
- Gili, M., Comas, A., García-García, M., Monzon, S., Antoni, S. B., & Roca, M. (2010). Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *General Hospital Psychiatry, 32*, 240-245.
- Guerrero Caballero, L., Ramos Blanes, R., Alcolado Aranda, A., Lopez Dolcet, M. J., Pons La Laguna, J. L., & Quesada Sabate, M. (2008). [Multidisciplinary intervention program for caregivers of patients in a home care program]. *Gaceta Sanitaria, 22*, 457-460.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clínica, 126*, 445-451.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., & Martinsen, E. W. (2008). Mechanisms of change in cognitive therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 262-275.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 621-632.
- Hyodo, I., Eguchi, K., Takigawa, N., Segawa, Y., Hosokawa, Y., Kamejima, K., et al. (1999). Psychological impact of informed consent in hospitalized cancer patients. A sequential study of anxiety and depression using the hospital anxiety and depression scale. *Supportive Care in Cancer, 7*, 396-399.
- Illescas-Rico, R., Amaya-Ayala, F., Jiménez-López, J. L., Caballero-Méndez, M. E., & González-Llaven, J. (2002). Increased incidence of anxiety and depression during bone marrow transplantation. *Archives of Medical Research, 33*, 144-147.
- Jin, R. L., Shah, C. P., & Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ, 153*, 529-540.
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry, 56*, 730-737.
- 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. *Journal of Clinical Psychiatry, 68 Suppl 2*, 10-19.
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., et al. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry, 68*, 90-100.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T., Angermeyer, M., Haro, J., Sevilla-Dedieu, C., et al. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services, 58*, 213-220.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*, 317-325.
- Latorre, J. M., López-Torres, J., Montañés, J., & Parra, M.

- (2005). Percepción de la demanda y necesidad de formación de los médicos de atención primaria en salud mental. *Atención Primaria*, 36, 85-92.
- Latorre, J. M., López-Torres, J., Sánchez-Núñez, T., Serrano, J. P., Montañés, J., & Escobar, F. (2007). Primary care doctors' perception of treatment demand and need for training in drug addiction issues. *Primary Care & Community Psychiatry*, 12, 33-41.
- Leal Carcedo, L., & Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un caso. / Obsessive-compulsive disorder treatment under the light of new cognitive perspectives. A case study. *Ansiedad y Estrés*, 14, 321-339.
- Lee, S., Tsang, A., Von Korff, M., de Graaf, R., Benjet, C., Haro, J. M., et al. (2009). Association of headache with childhood adversity and mental disorder: cross-national study. *British Journal of Psychiatry*, 194, 111-116.
- Linden, M., Lecrubier, Y., Bellantuono, C., Benkert, O., Kisely, S., & Simon, G. (1999). The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 132-140.
- Longley, S. L., Calamari, J. E., Wu, K., & Wade, M. (2010). Anxiety as a context for understanding associations between hypochondriasis, obsessive-compulsive, and panic attack symptoms. *Behavior Therapy*, 41, 461-474.
- Losada Baltar, A., Izal Fernández de Tróconiz, M., Montorio Cerrato, I., Márquez González, M., & Pérez Rojo, G. (2004). [Differential efficacy of two psychoeducational interventions for dementia family caregivers]. *Revista de Neurología*, 38, 701-708.
- Magee, J. C., & Carmin, C. N. (2010). The relationship between sleep and anxiety in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 12, 13-19.
- Maqueda Blasco, J., Almodóvar Molina, A., Fraile Cantalejo, A., Lara Mendaza, J. M., Nogareda Cuixart, C., de la Orden Rivera, M. V., et al. (1999). *IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 1999*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Márquez, M., Montorio, I., Izal, M., & Losada, A. (2006). Predicción del nivel de ansiedad a partir de la intensidad emocional y el afrontamiento cognitivo en situaciones amenazantes en personas jóvenes y mayores. / Prediction of anxiety in younger and older subjects by affect intensity and cognitive coping in threatening situations. *Ansiedad y Estrés*, 12, 305-316.
- Martín, J. C., Garriga, A., Pujalte, M. L., Balanza, P., Llorente, C. S., Guijarro, A., et al. (2009). Generalización y efectividad de la aplicación del modelo de control de pánico en centros de salud mental. Una estrategia de benchmarking. *Psicología.com*, 13, Recuperado el 4 de marzo de 2011 de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/2674/2649>.
- Mateo Fernández, R., Rupérez Cordero, O., Hernando Blázquez, M., Delgado Nicolás, M., & Sánchez González, R. (1997). Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Atención Primaria*, 19, 47-50.
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*, 37, 1119-1129.
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A. K., Moller, H. J., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression and Anxiety*, 24, 185-195.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, M. S. C. (2005). Subgrupos ATC de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2004. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29, 49-53.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, M. S. C. (2010). Subgrupos ATC de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2009. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 34, 89-92.
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*, 374, 609-619.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858.
- Navarro López, V., Martín-Zurro, A., & Violán Fors, C. (Eds.). (2009). *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: SEMFYC.
- NICE. (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. Retrieved March 7, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG113>
- Nurmi-Luthje, I., Kaukonen, J. P., Luthje, P., Naboulsi, H., Tanninen, S., Kataja, M., et al. (2006). Use of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs among 223 patients with an acute hip fracture in Finland: Comparison of benzodiazepine findings in medi-

- cal records and laboratory assays. *Drugs and Aging*, 23, 27-37.
- O.C.U. (2005). Casi la mitad de los españoles afirma sufrir estrés a menudo. Recuperado el 17 de agosto de 2009 de <http://www.ocu.org/psicologia/casi-la-mitad-de-los-espanoles-afirma-sufrir-estres-a-menudo-s205511.htm>
- O'Donnell, M. L., Bryant, R. A., Creamer, M., & Carty, J. (2008). Mental health following traumatic injury: toward a health system model of early psychological intervention. *Clinical Psychology Review*, 28, 387-406.
- Oliva-Moreno, J., Lopez-Bastida, J., Montejo-Gonzalez, A. L., Osuna-Guerrero, R., & Duque-Gonzalez, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics*, 10, 361-369.
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T. B., Pini, S., Korten, A., & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272, 1741-1748.
- Paoli, P. (1997). *II European Survey on Working Conditions*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Pascual, J. C., Castano, J., Espluga, N., Diaz, B., Garcia-Ribera, C., & Bulbena, A. (2008). [Somatic conditions in patients suffering from anxiety disorders]. *Medicina Clínica*, 130, 281-285.
- Pelfrene, E., Vlerick, P., Moreau, M., Mak, R. P., Kornitzer, M., & De Backer, G. (2004). Use of benzodiazepine drugs and perceived job stress in a cohort of working men and women in Belgium. Results from the BELSTRESS-study. *Social Science and Medicine*, 59, 433-442.
- Pérez Álvarez, M., & Fernández Hermida, J. R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. / Finding the kernel: Psychological treatments through the sieve. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Pérez Peñaranda, A., Garcia Ortiz, L., Rodriguez Sanchez, E., Losada Baltar, A., Porras Santos, N., & Gomez Marcos, M. A. (2009). [Family function and the mental health of the caregiver of dependent relatives]. *Atencion Primaria*, 41, 621-628.
- Peri, J. M., & Torres, X. (1999). Modelos Cognitivos y trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5, 285-298.
- Pinto-Meza, A., Fernandez, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., De Graaf, R., et al. (2010). Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 273-280.
- Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Palacín, C., Torres, J. V., Ochoa, S., Vilagut, G., et al. (2007). Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 35, 12-20.
- Ramos-Cejudo, J., & Salguero, J. M. (2010). Creencias metacognitivas en los trastornos de ansiedad. *Boletín de la SEAS*, 32, 12-18. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas32.pdf>.
- Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: prevention of a lifetime of anxiety? *Biological Psychiatry*, 52, 947-957.
- Richards, D. A., & Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: phase IV prospective cohort study. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 377-396.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., et al. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58.
- Rodríguez López, A. M., Gutiérrez Casares, M., Escudero Álvarez, S., López Diez, B., González Zapico, M. J., & Castañeda García, B. (2005). Grado de utilización de los recursos sanitarios y formas de presentación de los trastornos somatomorfos en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 11, 1-6.
- Rodríguez-Sánchez, E., Mora-Simon, S., Porras-Santos, N., Patino-Alonso, M. C., Recio-Rodríguez, J. I., Becerro-Munoz, C., et al. (2010). Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers. Study protocol. *BMC Public Health*, 10, 559.
- Rubio, G., & López-Ibor, J. J. (2007a). Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 372-379.
- Rubio, G., & López-Ibor, J. J., Jr. (2007b). What can be learnt from the natural history of anxiety disorders? *Eur Psychiatry*, 22, 80-86.
- Samuelsson, G., McCamish-Svensson, C., Hagberg, B., Sundstrom, G., & Dehlin, O. (2005). Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: results from a 34-year longitudinal Swedish cohort study. *Aging and Mental Health*, 9, 571-575.
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., Buckner, J. D., & Timpano, K. R. (2009). Attention training for generalized social anxiety

- disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 5-14.
- Schultz, L. T., & Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-1221.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., et al. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103, 113-120.
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bromet, E., Fayyad, J., et al. (2009). Mental-physical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39, 33-43.
- Secades, R., Rodríguez-García, E., Valderrey, J., Fernández-Hermida, J., Vallejo, G., & Jiménez-García, J. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 15, 650-655.
- Serna, M. C., Cruz, I., Real, J., Gasco, E., & Galvan, L. (2010). Duration and adherence of antidepressant treatment (2003 to 2007) based on prescription database. *Eur Psychiatry*, 25, 206-213.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernandez, A., et al. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 201-210.
- Sevilla-Dedieu, C., Kovess-Masfety, V., Haro, J. M., Fernandez, A., Vilagut, G., Alonso, J., et al. (2010). Seeking help for mental health problems outside the conventional health care system: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 586-597.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., et al. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902-909.
- Sicras-Mainar, A. (2002). Impacto económico de las enfermedades y pacientes atendidos en atención primaria. Adaptación de los grupos clínicos ajustados (ACGs) en nuestro medio. *Tesis Doctoral*. Recuperado el 7 de diciembre de 2008 de http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-1001102-092359//TOL110.pdf
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Gutierrez-Nicuesa, L., Salvatella-Pasant, J., & Navarro-Artieda, R. (2010). [Impact of morbidity, resource use and costs on maintenance of remission of major depression in Spain: a longitudinal study in a population setting]. *Gaceta Sanitaria*, 24, 13-19.
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R., & Rejas-Gutiérrez, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 41, 77-84.
- Sicras-Mainar, A., Rejas Gutierrez, J., Navarro Artieda, R., Serrat Tarres, J., Blanca Tamayo, M., & Diaz Cerezo, S. (2007). [Patterns of health services use and costs in patients with mental disorders in primary care]. *Gaceta Sanitaria*, 21, 306-313.
- Strazdins, L., D'Souza, R. M., Clements, M., Broom, D. H., Rodgers, B., & Berry, H. L. (2010). Could better jobs improve mental health? A prospective study of change in work conditions and mental health in mid-aged adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*.
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disord Rev*, 15, 253-274.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, A. P. A. (1993). *A report adapted by the APA Division 12 Board*. Washington: American Psychological Association (APA).
- The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. (2006). The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders. Recuperado el 24 de junio de 2008 de <http://cep.lse.ac.uk/new/research/mentalhealth/default.asp>
- Unión Europea. (2010). Eurobarómetro sobre la Salud Mental y el Bienestar – Análisis de los Resultados Referidos a España. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_345_fact_es_es.pdf
- Valladares, A., Dilla, T., & Sacristán, J. A. (2008). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36.
- Vidal Fernández, J., Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: Estudio de un caso clínico. / Treatment of social phobia from a cognitive perspective: A case study. *Ansiedad y Estrés*, 14, 289-303.
- Virtanen, M., Honkonen, T., Kivimaki, M., Ahola, K., Vahtera, J., Aromaa, A., et al. (2007). Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *Journal of*

- Affective Disorders*, 98, 189-197.
- Wang, P. S., Bohn, R. L., Glynn, R. J., Mogun, H., & Avorn, J. (2001). Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly: effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *American Journal of Psychiatry*, 158, 892-898.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- WHO. (2005). Mental Health Atlas. Retrieved, March 7, 2011, from http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html
- WHO. (2008). *Integrating mental health into primary care. A global perspective*. Singapore: World Health Organization (WHO) and WONCA editors.
- Wittchen, H. U., Beesdo, K., Bittner, A., & Goodwin, R. D. (2003). Depressive episodes--evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *Eur Psychiatry*, 18, 384-393.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1021-1037.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: un metanálisis. *RET : Revista de Toxicomanías y Salud Mental*, 61, 3-20.
- Wood, C. M. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. / Twelve sessions of cognitive behavioral-therapy in a case of panic disorder with agoraphobia. *Ansiedad y Estrés*, 14, 239-251.
- Wood, C. M., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Dongil, E., & Salguero, J. M. (2010). Relaciones entre estrés, tabaco y trastorno de pánico. *Ansiedad y Estrés*, 16, 309-325.
- Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., Bernstein, A., & Keough, M. E. (2006). Risk-factor research and prevention programs for anxiety disorders: a translational research framework. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1219-1239.