



**LA SALUD MENTAL  
EN EL MUNDO LABORAL**



**EL PROBLEMA  
EN EL MODELO DE ATENCIÓN  
EN SALUD MENTAL**

# 1. LA SALUD MENTAL EN EL MUNDO LABORAL

## Problemas en el Modelo de Atención en Salud Mental

### Introducción

El modelo de atención en salud mental presenta múltiples problemas que afectan la calidad y la eficacia de los servicios. Estos problemas abarcan desde la atención tardía, la efectividad y adherencia a los tratamientos, hasta problemas con la objetividad y utilidad psicométrica de la información, la medicación y el seguimiento integrado.

La atención tardía en salud mental es un problema crítico, ya que el retraso en el acceso a los servicios puede llevar a la cronificación de enfermedades como la depresión y la ansiedad, con graves consecuencias para los pacientes. En España, las listas de espera para una consulta con un psicólogo pueden ser de hasta seis meses, lo cual es inaceptable para trastornos graves que requieren intervención inmediata. El estigma asociado con la asistencia a servicios de salud mental también dificulta la búsqueda de ayuda.

La efectividad de los tratamientos para la depresión y la ansiedad varía considerablemente. Los estudios muestran que la combinación de terapia y medicación es más efectiva que cualquiera de los dos tratamientos por separado. Sin embargo, la adherencia a los tratamientos es un desafío significativo, ya que muchos pacientes abandonan el tratamiento antes de completarlo. Factores como la edad, el género, el nivel de estudios y el estado civil influyen en la adherencia al tratamiento.

La falta de herramientas objetivas y validadas para la evaluación de la salud mental es un problema importante. La información proporcionada por los pacientes puede ser subjetiva y no siempre refleja con precisión su estado mental. Este problema se agrava debido a la escasez de recursos y tiempo en la atención primaria, lo que impide una evaluación y seguimiento adecuados.

El uso de medicación en el tratamiento de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad es común, pero presenta desafíos. La falta de seguimiento adecuado y la combinación inefectiva de tratamiento farmacológico y terapéutico son problemas recurrentes. Además, la

adherencia a la medicación es baja, y muchos pacientes abandonan el tratamiento antes de tiempo.

Un seguimiento integrado es esencial para la recuperación efectiva de los pacientes con trastornos mentales. Sin embargo, la atención en salud mental a menudo carece de un enfoque holístico que integre la salud mental y física. La falta de coordinación entre los distintos niveles de atención y la escasez de recursos especializados son obstáculos importantes para un seguimiento eficaz.

La evaluación integral de los pacientes, que considere todos los aspectos de su salud y bienestar, es fundamental para un tratamiento efectivo. Sin embargo, el modelo actual de atención en salud mental en España carece de una evaluación completa y continua, lo que afecta negativamente los resultados clínicos y la recuperación de los pacientes.

## Conclusión

El modelo de atención en salud mental en España enfrenta numerosos desafíos que afectan la calidad y la eficacia de los servicios. La atención tardía, la baja efectividad y adherencia a los tratamientos, la falta de objetividad en la evaluación, los problemas con la medicación y la falta de un seguimiento integrado son problemas que requieren una atención urgente. Mejorar estos aspectos es crucial para proporcionar una atención adecuada y efectiva a los pacientes con trastornos mentales, reducir el estigma y optimizar los recursos disponibles.

## **1.4. El problema en el modelo de atención en salud mental**

David Gallardo-Pujol, Adriana Trujillo, Juan Carlos Onieva

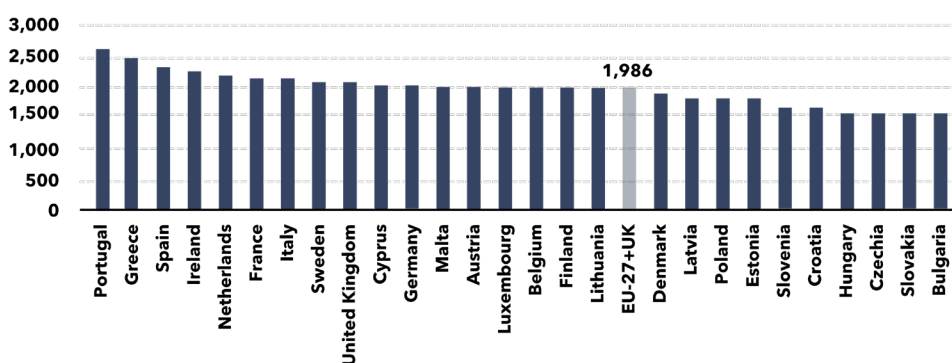
- 1.4.1. La atención tardía
- 1.4.2. La efectividad y la adherencia a los tratamientos
- 1.4.3. Problemas con la objetividad y utilidad psicométrica de la información
- 1.4.4. La medicación
- 1.4.5. Seguimiento integrado
- 1.4.6. Evaluación 360°

## 1.4. El problema en el modelo de atención en salud mental

Como se ha tratado previamente, el propio **Parlamento Europeo** señala en su «**Nueva Resolución sobre salud mental en mundo laboral digital**» existen una serie de carencias o áreas de mejora que se ha sintetizado en los puntos 1.1 y 1.2:

- **Infrafinanciación** de la **atención clínica a salud mental**.
- **Infrafinanciación** de la **investigación clínica** o aplicada en prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.
- Urgencia en la **integración de salud mental y salud física**.
- Señala insuficiencias y **carencias** en medidas para mejorar la salud mental y la seguridad de los trabajadores, especialmente en lo que respecta a la evaluación y la gestión de los riesgos psicosociales.
- Solicita **soluciones al escaso, tardío y deficiente acceso** de trabajadores al servicios de atención a salud mental.

Asimismo, los países de la UE dedican entre el 5 % y el 10 % del PIB<sup>50</sup> a gastos derivados de problemas psicológicos. España gasta el 5 % de su inversión sanitaria en Salud Mental, la mitad que Alemania, Francia o Suecia que invierten el 10 %, mientras que **es el segundo país en prevalencia de los trastornos mentales** (depresión, ansiedad y TDAH, los más habituales). **De ello se puede concluir (añadida a las elevadas listas de espera) en la necesidad de optimización de recursos y mejora de resultados clínicos.**



**Figura 21.** Años vividos con discapacidad por Salud Mental respecto a la población general (por cada 100.000 habitantes), 2019.

<sup>50</sup> [https://www.angelinipharma.es/media/xahawdh3/211005\\_headway-2023\\_report\\_def.pdf](https://www.angelinipharma.es/media/xahawdh3/211005_headway-2023_report_def.pdf)

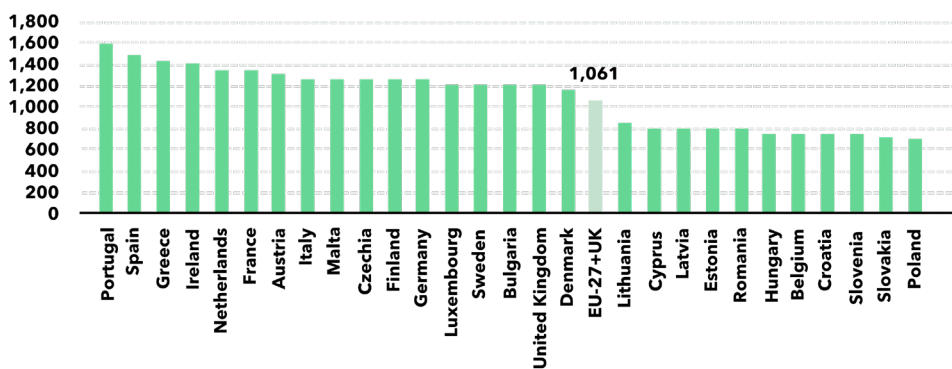


Figura 22. Años vividos con discapacidad por Salud Mental en menores de 20 años (por cada 100.000 habitantes), 2019.

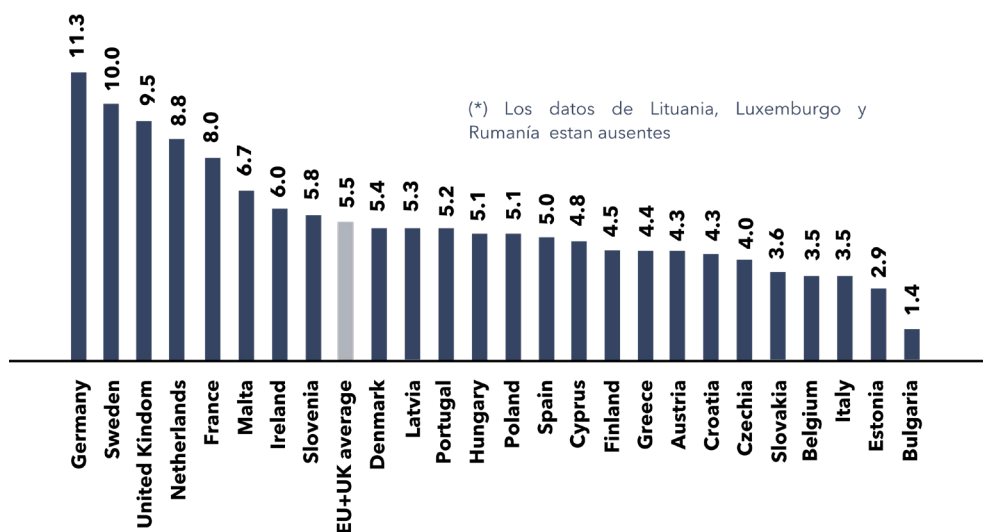


Figura 23. Recursos económicos (% del total de gasto sanitario), 2020 o el último año disponible.

En España la sanidad pública incluye servicios psicológicos, pero las **largas listas** de espera y largos plazos están a la orden del día de todos los hospitales y centros de salud. El plazo para una **consulta con el psicólogo pueden ser de hasta 6 meses**, situación que no se puede permitir para trastornos como la depresión que pueden llegar a **cronificar** o, peor aún, terminar en suicidio si no son tratados a tiempo. Esta situación, unida con el estigma asociado con la asistencia al psicólogo o psiquiatra, entorpece la búsqueda de ayuda para una persona con una enfermedad mental para la búsqueda del bienestar mental. Además de estos dos obstáculos, los pacientes tienen que lidiar con la falta de dinero para optar por una

consulta privada: en España, con un salario mínimo de 1.080 euros al mes, debes trabajar 9 horas y 41 minutos para poder pagar una sesión cuyo precio medio es de 75 euros («Pagar o Esperar: Cómo Europa –y España– Tratan La Ansiedad y La Depresión | Civio» 2021).

## TITULAR

Se puede concluir que, sumado a las elevadas listas de espera y largos plazos que están a la orden del día en todos los hospitales y centros de salud, existe una necesidad imperante de optimización de recursos y mejora de resultados clínicos.

Esta **precarización y la falta de recursos en la atención a la salud mental en España** se vió **acrecentada durante la pandemia**. En palabras de Nel González Zapico, presidente de la Confederación Salud Mental España: «La salud mental de la población ha caído en picado durante la pandemia y debajo no hay red». Más allá de las estas carencias que, como se ha visto, suponen una muy significativa magnitud en datos económicos, existe otro tipo de carencias asociadas al modelo de atención a la salud mental.

## INFORMACIÓN RELEVANTE

Aspectos que deberían mejorar y que impactan sobre el curso y la evolución clínicos de la depresión y la ansiedad la recuperación:

- Falta de evaluación completa inicial y seguimiento integrado en pacientes, debido a la falta de recursos y tiempo en Atención Primaria.
- Ausencia de herramientas objetivas validadas para evaluación e informes de calidad para toma de decisiones
- Elevada afectación por honestidad en respuestas de pacientes
- Escasa adherencia a tratamientos
- Escasa dedicación al paciente: visitas escasas, muy espaciadas y breves.
- Tratamiento farmacológico en Atención Primaria con carencias en administración de medicación, seguimiento y atención terapéutica especialista.
- Atención especialista tardía con combinación inefectiva de tratamiento farmacológico y terapéutico.
- Efectividad reducida de tratamientos expertos debido a escasez de recursos y terapias de corta duración y espaciadas en el tiempo.
- Alto grado de comorbilidad en la identificación y diagnóstico de trastornos mentales, incluyendo depresión y ansiedad (según críticas recientes).

## OPINIÓN EXPERTA

«Estas **carencias** suponen **el alargamiento evitable de plazos de recuperación por agravamiento**, o el estancamiento de la evolución, así como otros casos de “acomodamiento interesado” del trabajador en IT (*faking-bad*)».

Juan Carlos Onieva

Estas **carencias** suponen **el alargamiento evitable de plazos de recuperación por agravamiento**, o el estancamiento de la evolución, así como otros casos de «acomodamiento interesado» del trabajador en IT (*faking-bad*) resultantes en un elevado porcentaje de los casos como consecuencia de atención tardía e ineficiente.

Nuestros estudios muestran que el 52,89% de los pacientes superan los 90 días de IT y esta situación tiende a prolongarse, formando una curva plana. Además, a lo largo de este estudio se presentan gráficos que muestran la incidencia de mejoras en los plazos de recuperación de un 10 %, 15 % y 20 % en los primeros 3 meses de IT, como resultado de una mejora en el sistema de atención que suple parcial o totalmente las carencias actuales en absentismo por salud mental.

Sobre la base de muestra de casos de IT por TM del punto 1.3.2.2 se han aplicado hipótesis de impacto clínico en los primeros 3 meses de IT. Se han aplicado hipótesis de mejora clínica (Altas IT) del 10 %, 15 %, 20 % y 25 % en los tramos posteriores a los primeros 15 días resultando:

- Una ligera desviación de la concentración de casos de recuperación (alta IT) en plazos más tempranos (figura 24).
- Una notable impacto económico debido a la reducción de los días IT acumulados (figura 24):

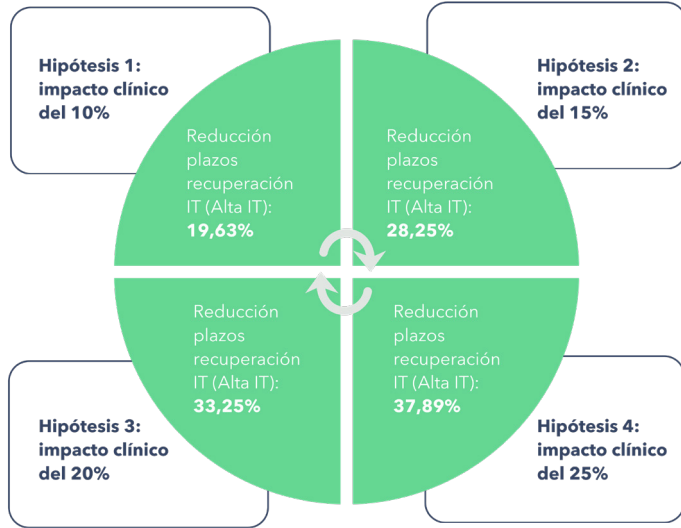


Figura 24. Impacto de diferentes hipótesis clínicas en los plazos de recuperación.

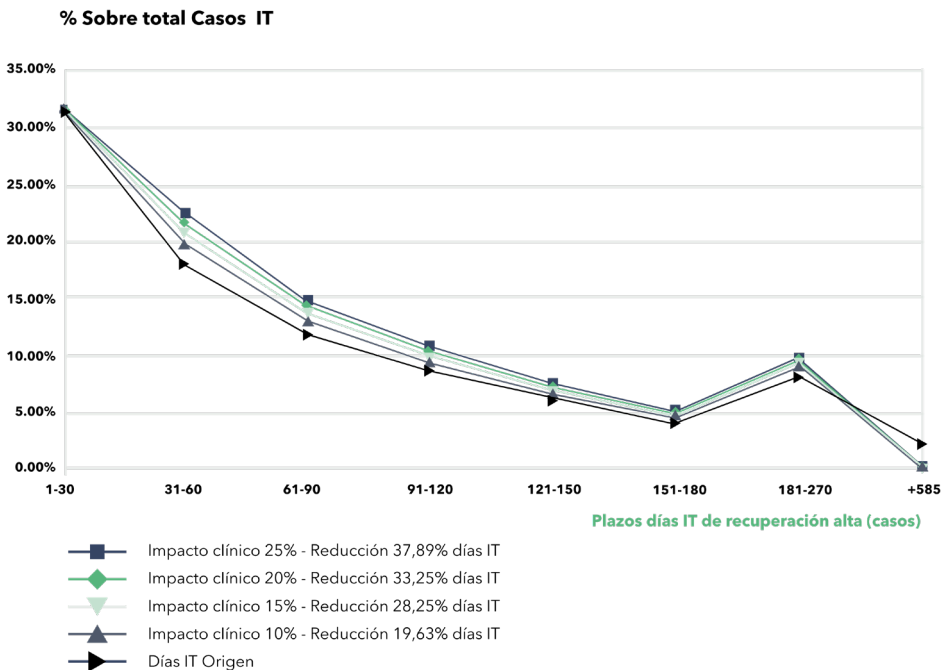
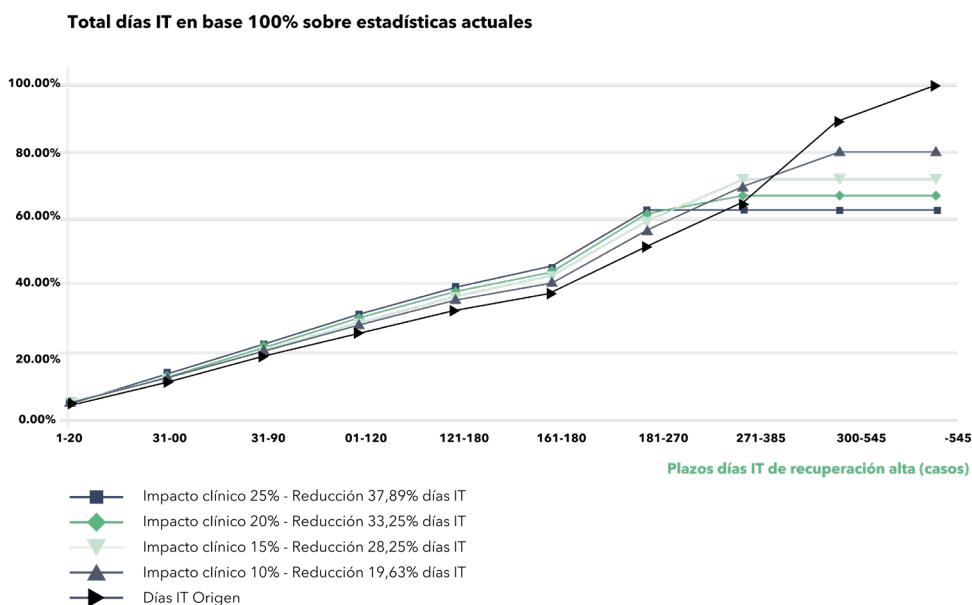


Figura 25. Impacto clínico en plazos medios recuperación (Alta IT) - Hipótesis.



**Figura 26.** Reducción Impacto (ACUMULADO) en días IT-Absentismo vs. Hipótesis de Impacto Clínico.

### Aspectos a mejorar en los modelos asistenciales actuales en la atención a la IT-Absentismo por trastorno mental.

El grado de atención que requerirá una persona con sintomatología depresiva y/o ansiosa variará en función de la severidad de ésta. En el caso de la depresión leve, las guías de atención clínica recomiendan de 6 a 8 sesiones de psicoterapia durante 10 o 12 semanas. En el caso de la depresión moderada-grave, según el modelo ideal, se recomiendan de 16 a 20 sesiones de 50 minutos durante 5 meses. Así, para que el tratamiento fuera efectivo, se podría considerar que además de la farmacoterapia, el paciente debería recibir entre 13 y 17 horas de terapia cognitivo-conductual, terapia de aceptación y compromiso, interpersonal, transdiagnóstica, u otras basadas en la evidencia<sup>51</sup>.

Una limitación añadida es que **España tiene solo 5,4 psicólogos por cada 100.000 habitantes**, y se considera que el umbral adecuado para una buena atención psicológica a la población es de 20 psicólogos por cada 100.000 habitantes. Como puede verse, se está muy lejos de estas cifras y la población está mal atendida en este sentido (también a nivel UE). En este sentido, una atención eficaz (en intensidad, dedicación y regularidad)

<sup>51</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20950863/>

se debate entre la calidad de la atención y la existencia de largas listas de espera. La situación actual se debate entre ambas (más personas atendidas pero escasamente atendidas) con resultados clínicos inferiores a los esperables bajo una terapia correctamente aplicada.

Se detallan a continuación las carencias de cada uno de los modelos asistenciales actuales desde la Seguridad Social (especialmente detallado en líneas anteriores) así como Mutuas Colaboradoras de Seguridad Social, Aseguradoras privadas de atención a la salud (Sanitas, Adeslas, etc..) y la consulta privada especializada.

**Tabla 23.** Carencias de diferentes modelos asistenciales, tanto públicos como privados.

	Seguridad Social	Mutuas CSS Colaboradoras Seg. Social	Aseguradoras Privadas Salud	Consulta Privada experta
			* N° de visitas limitadas y espaciadas en el tiempo	
Evaluación inicial (Misdiagnosis - Carencias)	Misdiagnosis Evaluación no experta	Misdiagnosis Evaluación no experta	Diagnóstico experto Evaluación experta	NO Misdiagnosis Evaluación experta
Apoyo de Herramientas validadas	NO	NO	NO	NO
Subjetividad en información prestada por paciente	ALTA (según interés del paciente)	ALTA (según interés del paciente)	Según pagador (empresa o paciente)	Notable reducción Subjetividad (según interés del paciente)
Seguimiento evolución paciente	Escaso/Muy escaso	Escaso/Muy escaso	Escaso	Suficiente
Apoyo de Herramientas validadas	NO	NO	NO	NO
Tratamiento habitual	Sólo medicación	Según defina Seg. Social Generalmente solo medicación	Medicación Medicación + terapia (núm. limitado)	Medicación + terapia
Acceso de pacientes a Tratamiento terapéutico experto	Después de 4 a 6 meses	Después de 1 año	Atención temprana	Atención temprana

	Seguridad Social	Mutuas CSS Colaboradoras Seg. Social	Aseguradoras Privadas Salud	Consulta Privada experta
			* N° de visitas limitadas y espaciadas en el tiempo	
Aplicación de Tratamiento según estándares válidos (Media de 10 sesiones semanales de 40 minutos por experto)	En ningún caso	En ningún caso	En ningún caso Insuficiente/muy insuficiente	Posible Según recursos paciente
Accesibilidad económica por pacientes	Generalizada	Generalizada	Cost privado limitado (carencia)	Coste privado medio elevado
Uso de herramientas validadas de evaluación, seguimiento y emisión de informes	NO	NO	NO	NO
Plazos medios de recuperación	Media 145 días 30 % aprox. menos de 1 mes 70 % aprox. media 177 días Varianza muy alta	Media 145 días 30 % aprox. menos de 1 mes 70 % aprox. media 177 días	Sin datos *Resultados son lógicamente similares a SS y MCSS	(Media entre 8 y 9 semanas) Varianza baja
Recaídas	Alto (media 16 % a 20 %)	Alto (media 16 % a 20 %)	Alto (sin datos)	Bajo - inferior (3 % -5 %)
Fraude en procesos de IT / Absentismo	Alto (no control)	Alto (no control)	No procede	No procede
(Datos INSS para media todas patologías)	11 % año 1 / 32 % a partir año 1	11 % año 1 / 32 % a partir año 1	*Resultados son lógicamente similares a SS y MCSS	Sin datos

Es muy relevante enfatizar que actualmente las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social tienen muy limitadas sus capacidades de actuación reguladas por las medidas legislativas que en su momento fueron destinadas a la mejora de su gestión y su control de los procesos de baja,

recogidas en la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen 158 jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y, en el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.

En referencia a las últimas modificaciones relacionadas con la regulación de la Incapacidad Temporal, el Real Decreto-ley 2/2023, de 16 de marzo, de *medidas urgentes para la ampliación de derechos de los pensionistas, la reducción de la brecha de género y el establecimiento de un nuevo marco de sostenibilidad del sistema público de pensiones*, establece algunas novedades sobre los procesos de IT, como: eliminar la posibilidad de que las mutuas puedan dirigirse al Instituto Nacional de la Seguridad Social en caso de que el servicio público de salud haya desestimado la propuesta de alta (Art. 82.4.b) LGSS); o que para el control de los procesos de IT ya no van a intervenir los equipos de valoración de incapacidades (EVI) u órganos equivalentes, asumiendo dichas competencias el INSS ejerce la citada competencia a través de su inspección médica a partir del día 365, Como novedad, agotar el plazo de 365 días sin emisión de alta médica implica automáticamente prórroga de incapacidad temporal, sin necesidad de declaración expresa, Además, la obligación del pago de la prestación se mantendrá durante la duración la prórroga hasta que sea alta o hasta la propuesta de Incapacidad Permanente por el INSS emita o hasta el que se cumplan 545 días de duración.

**Bajo esta regulación (actual) se determina que el protocolo de intervención y tratamiento de la ITCC recae sobre Seguridad social gestionado por Atención Primaria. Actualmente la participación de las MCSS, se centra en el seguimiento del proceso (sin intervención farmacológica ni terapéutica), control de absentismo y en algunos casos solicitud de informe experto independiente tras (generalmente) 1 año de duración de la situación de IT no teniendo potestad para declarar el alta de pacientes en IT para su regreso al trabajo.**

En el área de Aseguradoras Privadas de Salud (Sanitas, Adeslas, etc...) La problemática se atenúa relevantemente en lo relativo a atención temprana experta si bien estas compañías tienen clausulados en sus pólizas que limitan el número de visitas anuales hasta límites que impiden la aplicación terapéutica eficaz. Este tipo de atención tiene limitaciones

obvias habituales como carencia de 3 a 6 meses y nuevamente, este tipo de atención es «complementaria» a la atención tutelada por Seguridad Social resultando que todo tipo de gestión de IT. Asimismo, las escasas compensaciones económicas que estas compañías hacen a los profesionales (psicólogos, psiquiatras) definen el grado de dedicación de los mismos a pacientes (visitas de corta duración y excesivamente espaciadas en el tiempo).

Se muestra también la alternativa «Consulta Privada Experta» como modelo actual ideal (pero con alto coste financiero) sobre el que se destacan tanto las virtudes como otras carencias y limitaciones.

En este contexto, AMAT (Asociación Mutuas Accidente de Trabajo) pone de manifiesto la urgente necesidad de que se tomen medidas y se modifiquen determinados aspectos que influyen directamente en la gestión de la ITCC, en aras de lograr que sea lo más eficaz y eficiente posible, siendo la medida de mayor calado que las mutuas puedan prestar asistencia sanitaria y emitir altas médicas en los procesos de ITCC. Ello redundaría en una mejora de la competitividad para las empresas, que son quienes financian las prestaciones, y, por ende, para las cuentas de la Seguridad Social y la economía española así como una **mejora para la salud de los trabajadores** en particular, acortando sus periodos de baja laboral, y a la ciudadanía en general ayudando a reducir las listas de espera del Sistema Nacional de Salud.

## OPINIÓN EXPERTA

«Es urgente que se tomen medidas y se modifiquen determinados aspectos que influyen directamente en la gestión de la ITCC».

Asociación de Mutuas Accidente de Trabajo

Además, AMAT proporciona información sobre la eficacia y habilidad de los profesionales de las mutuas de salud. Una métrica que muestra el excelente desempeño de estos profesionales es que, de las solicitudes de alta presentadas al Servicio Público de Salud (SPS) en los casos de baja por contingencias comunes en 2021, más del 63,12 % fueron aceptadas por los médicos del SPS.

Si bien estos datos son relevantes y esperanzadores, es cierto también que en el área de psicología-psiquiatría, la **carencia de herramientas de**

**evaluación objetiva y la falta de control sobre la medicación, impide a los profesionales sanitarios de las Mutuas CSS realizar propuestas de alta apoyadas en informes válidos, aspectos sobre los que Metrikamind aporta soluciones (ver tabla 24).**

**Tabla 24.** Características de diferentes modelos asistenciales comparados con MetrikaMind.

	Actual	MMIND	Pública y MCSS	Privada	MMIND - MVP1	MMIND - MVP2
Apoyo a diagnóstico clínico	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Apoyo a definición nivel prioridad/atención	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Seguimiento diario de indicadores	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Objetividad paciente	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Objetividad médico	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Filtro <i>Fake-Good</i>	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Filtro <i>Fake-Bad</i> (honestidad - fraude)	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Indicadores s/ responsabilidad paciente	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Apoyo de info válida a toma decisiones	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Apoyo válida a informes	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Visitas atención regular (Núm. T para BIEN)	NO	SÍ	NO	SÍ parcialmente	SÍ (ver)	SÍ (ver)
Equipo de apoyo diario a seguimiento	NO	SÍ	NO	SÍ parcialmente	SÍ	SÍ
Accesibilidad de pacientes a tratamientos	SÍ	SÍ	SÍ	Coste limita acceso	SÍ	SÍ
Accesibilidad de pacientes a tratamientos (BIEN)	NO	SÍ	NO	Coste limita T mínimo para BIEN	SÍ	SÍ
Terapias - equipo para seguimiento y apoyo	-	-	NO	NO generalmente	NO	SÍ
Terapias - herramientas apoyo diario a terapia	-	-	NO	NO generalmente	NO	SÍ

Notas: MMIND=Metrikamind; MVP=Minimum Viable Product; BIEN=Bienestar

### 1.4.1. La atención tardía

En este documento, se define la atención tardía como aquella atención médica que no es experta y no conduce a un tratamiento combinado de medicación y terapia con suficiente tiempo y regularidad. Se presentan estudios que demuestran diferentes intensidades de atención médica, por ejemplo, 10 visitas de 40 minutos con una frecuencia semanal para una evaluación, seguimiento y tratamiento efectivo.

Reincidir en que los protocolos sanitarios actuales para la atención a casos de IT Absentismo por salud mental que concentran salud mental en atención primaria (no experto) para niveles de gravedad leve, moderado-leve y moderado siendo potestad del médico de atención primaria el primer diagnóstico, el tratamiento, la determinación de plazos de renovación de IT, la derivación a otras especialidades (psiquiatría, psicología, urgencias).y determinación del alta IT.

La situación de largas listas de espera, unida con el estigma asociado con la asistencia al psicólogo entorpece la búsqueda de ayuda para una persona con una enfermedad mental (*non take up*). Concretamente en el área de población activa (trabajadores en activo) existe un elevado estigma para niveles de gravedad justificativos de Incapacidad Temporal pues un alto porcentaje de trabajadores (especialmente de cuello blanco) consideran que un diagnóstico asociado a salud mental pone en riesgo su carrera profesional (estigma) e incluso su puesto de trabajo. La Encuesta Salud Laboral en España a empleados que sufrieron absentismo por causas asociadas a salud mental (12 % sobre total) arroja que un 97 % manifestaron síntomas asociados a Ansiedad y/o depresión pero en los registros de INSS (y lo informado a sus empleadores) arrojan porcentajes muy inferiores.

#### OPINIÓN EXPERTA

«El estigma y las largas listas de espera para la atención psicológica pueden obstaculizar el acceso a la ayuda para las personas con trastornos mentales. La población activa, especialmente los trabajadores de cuello blanco, enfrentan un alto estigma y la información insuficiente sobre la importancia de la atención para la salud mental. Los resultados de la Encuesta de Salud Laboral muestran una brecha entre los síntomas reportados y los registros oficiales».

Dra. Adriana Trujillo

Otro aspecto que está muy relacionado con la atención tardía es un mal diagnóstico (misdiagnosis), siendo esta una de las principales causas de la primera. **Sin un diagnóstico claro y preciso, es imposible empezar a resolver los problemas que conllevan la ansiedad y la depresión de forma temprana. Hace falta apoyo al «ojo clínico».** Algunas de las causas de esta poca precisión diagnóstica están en la **falta de herramientas precisas**. Por ejemplo, siendo la depresión un problema de salud mental extendido, grave y urgente, es paradójico que las herramientas utilizadas para su diagnóstico no sean del todo confiables. El modelo actual de identificación y diagnóstico de los trastornos mentales (incluyendo la depresión y la ansiedad) ha recibido duras críticas en los últimos años; ha sido calificado de subjetivo o de estar más basado en acuerdos consensuados que en conclusiones teórica y metodológicamente sólidas (Fried, 2021). La depresión, en particular, tiene problemas al definir objetivamente el tiempo de duración de los síntomas o el número de síntomas del DSM-5 que se cumplen para un diagnóstico eficaz. Además, la depresión es evaluada **por muchos cuestionarios distintos, cuestionarios que lamentablemente no alcanzan niveles de acuerdo suficiente entre ellos para ser considerados igualmente válidos**. Pero ¿por qué existen muchas maneras de evaluar un mismo fenómeno? La respuesta se puede encontrar en el poco acuerdo que existe entre profesionales e investigadores y el hecho de que los tratamientos y las investigaciones actuales no satisfacen los estándares científicos. Las consecuencias de esta falta de acuerdo son la alta comorbilidad con otros diagnósticos, el alto número de factores de riesgo compartidos con otros trastornos mentales y la alta heterogeneidad en los síntomas a tal punto que dos pacientes con síntomas distintos pueden tener el mismo diagnóstico (Fried, 2021). Tal situación pone en entredicho la validez de las investigaciones, los diagnósticos y los tratamientos.

## OPINIÓN EXPERTA

«La depresión es evaluada por muchos cuestionarios distintos, cuestionarios que lamentablemente no alcanzan niveles de acuerdo suficiente entre ellos para ser considerados igualmente válidos».

Dr. David Gallardo-Pujol

Pero véase cuál es el **efecto de la atención temprana versus la atención tardía** en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. En Halfin (2007) el autor argumenta que las guías de práctica clínica aceptadas establecen que los pacientes con depresión deben progresar a través de 3 fases de tratamiento con medicación antidepresiva (es decir, aguda, de continuación, de mantenimiento), que culminan en la remisión de los síntomas depresivos caracterizados a través de medicación o psicoterapia, y finalmente culminan en la remisión o ausencia de todos los síntomas residuales. **La fase aguda recomendada del tratamiento generalmente dura un mínimo de 42 a 84 días** (entre 6 y 12 semanas). Es importante tener en cuenta que si los síntomas mejoran durante este período pero no regresan a los niveles funcionales normales, el curso de la terapia debe modificarse hacia medidas más agresivas (es decir, dosis máxima del fármaco primario) en un intento de lograr la remisión. **Así, los pacientes con síntomas residuales al final de la fase aguda tienen una tasa de recaída del 76 % en comparación con una tasa de recaída del 25 % para los pacientes que alcanzan la remisión** (Cano-Vindel *et al.*, 2022). **Por ello es importantísimo empezar cuanto antes el tratamiento** para lograr la remisión antes de las 12 semanas, ya que de lo contrario, las posibilidades de recaer se multiplican por tres. Teniendo en cuenta que el tiempo en la lista de espera para ser atendido por ansiedad y depresión en España es de 53 días en promedio (CIVIO), más acusado en salud mental, nos sitúa en un escenario en el que **la mayoría de los pacientes no pueden ser atendidos dentro de la ventana óptima**.

La principal consecuencia de una depresión sin diagnóstico o mal tratada es el riesgo de cronificación de la enfermedad, que a la larga supondrá un coste personal y económico mayor, en forma de ingresos y/o procesos de Incapacidad Temporal más prolongados. Según estudio Sicras-Mairar *et al.*, 2012) Los costes sanitarios anuales (medios) en estos pacientes fueron de 826,1 euros, frente a 451,2 euros (83,1 % más altos) que en los pacientes en remisión. Asimismo, las pérdidas de productividad fueron de 1.842 euros en aquellos con respuesta subóptima, en lugar de los 991,4 euros (91,1 % más elevadas) que el grupo en remisión.

Así, hay dos preguntas clave con respecto al tratamiento de la depresión: (1) si la intervención temprana del tratamiento acortará la duración del episodio y (2) si un tratamiento previamente exitoso se asociará con una respuesta más rápida cuando se administre durante el episodio subsiguiente. Kupfer, Frank y Perel (1989) siguieron a un grupo de 45

pacientes con depresión mayor recurrente tratados con farmacoterapia y psicoterapia combinadas de manera similar durante dos episodios consecutivos, y los dos grupos mostraron tiempos medios comparables hasta la estabilización (remisión) de entre 11 y 12 semanas. Sin embargo, **la intervención temprana en el segundo episodio de tratamiento acortó** significativamente **la duración total del episodio depresivo en aproximadamente 4 a 5 meses**, es decir, entre 120 y 150 días.

## OPINIÓN EXPERTA

«Estos hallazgos subrayan la importancia crucial de la intervención temprana en el tratamiento de la depresión recurrente, ya que no solo acorta significativamente la duración del episodio depresivo, sino que también mejora la rapidez de la respuesta en episodios subsecuentes, optimizando así los resultados terapéuticos».

Dr. David Gallardo-Pujol

Un estudio de Callander *et al.* (2017) evaluó el costo-beneficio de una intervención temprana para la depresión en el lugar de trabajo. El proyecto WORC determinó que la intervención influía positivamente en la productividad de la fuerza laboral y resultaba rentable. En ambos grupos de intervención, se redujo el tiempo perdido en el trabajo debido al presentismo y aumentó la productividad. Es importante destacar que la salud de las personas siempre debe ser prioridad, y no debe ser una excusa el hecho de que una medida no sea rentable.

**En definitiva, la atención tardía se define como una atención no experta que no conduce a un tratamiento efectivo. Los protocolos sanitarios actuales para tratar la salud mental se concentran en la atención primaria y la decisión recae en el médico de atención primaria. La búsqueda de ayuda para la salud mental está obstaculizada por largas listas de espera y el estigma asociado. El mal diagnóstico es una de las causas principales de la atención tardía y se critica la subjetividad en la identificación y diagnóstico de los trastornos mentales. La falta de acuerdo entre profesionales e investigadores conduce a la falta de herramientas precisas para el diagnóstico y a la alta comorbilidad con otros diagnósticos.**

### 1.4.2. La efectividad y la adherencia a los tratamientos

En este apartado se tratarán dos problemas cruciales en el tratamiento de la salud mental. Primero se hablará de (1) la efectividad de los diferentes

tratamientos de la depresión y (2) la ansiedad, sobre todo en atención primaria, y por otro lado, la promoción de la adherencia al tratamiento.

Para contextualizar los hallazgos de esta sección a nivel internacional, se adjuntan estudios realizados sobre el efecto de diferentes tipologías de tratamiento en la recuperación de los pacientes, para su comparación con estudios nacionales.

## INFORMACIÓN RELEVANTE

Es importante resaltar que un 23 % de los pacientes se recupera en un mes aproximadamente y que un 31 % de los pacientes se alarga más allá de la ventana óptima de 3 meses. Las cifras / ratios en población activa en periodos IT son más acusados.

**Tabla 25.** Efectividad de diferentes aproximaciones terapéuticas a la depresión y ansiedad.

	Depresión	Fuente	Ansiedad	Fuente
<b>% Recuperación (de depresión y/o ansiedad)</b>				
Sin tratamiento ni medicación	23 % (leve)	(Whiteford <i>et al.</i> , 2013)	26 %	(Vriends <i>et al.</i> , 2014)
Con sólo medicación	14 %	(Manber <i>et al.</i> , 2013)	70 %	(Reinhold & Rickels, 2015)
Con sólo terapia	14 %	(Vriends <i>et al.</i> , 2014)	51 %	(Springer <i>et al.</i> , 2018)
Con terapia + medicación	29 %	(Vriends <i>et al.</i> , 2014)	70 %	(Weisberg, 2009)
<b>% Recaídas (de depresión y/o ansiedad)</b>				
Sin tratamiento ni medicación	50 %	(Burcusa & Iacono, 2007)	23 %	(Scholten <i>et al.</i> , 2013)
Con sólo medicación	25 %	(Dunlop, 2016)	70 %	(Weisberg, 2009)
Con sólo terapia	25 %	(Stangier <i>et al.</i> , 2013)	24 %	(Lorimer <i>et al.</i> , 2021)
Con terapia + medicación	3 %	(Dunlop, 2016)	10 %	(Weisberg, 2009)
% Resiliente / no resiliente	67 % / 33 %		Sin datos claros, poco prevalente (<1 %)	

En España, en relación a la efectividad del tratamiento, destaca el estudio publicado recientemente y realizado en España por Antonio Cano-Vindel, Roger Muñoz y colegas (Cano-Vindel *et al.*, 2021). Este estudio, el objetivo de los autores era determinar si una **terapia psicológica transdiagnóstica conjuntamente con el tratamiento habitual (treatment as usual, TAU por sus siglas en inglés) es más efectiva que la TAU sola en pacientes adultos de atención primaria**. Para ello, se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, de dos grupos, en 22 centros de atención primaria en España. Se incluyeron un total de 1.061 pacientes adultos con trastornos emocionales, así pues, representa un tamaño muestral respetable para este tipo de estudios en nuestro país. El protocolo **transdiagnóstico** (n = 527) consistió en **siete sesiones grupales de 90 minutos** (8 a 10 pacientes) administradas **durante un período de 12 a 14 semanas**. El **tratamiento habitual** (n = 534) consistía en **consultas periódicas con un médico de familia**. Las medidas o variables dependientes fueron evaluadas con un cuestionario y mostraron los síntomas autoinformados de ansiedad, depresión y somatizaciones. Las medidas de resultado secundarias fueron el funcionamiento y la calidad de vida. Los pacientes fueron evaluados al inicio, después del tratamiento ya los 3, 6 y 12 meses.



Figura 27. Características del estudio PsicAP.

**Resultados prometedores:** Dado que el grupo transdiagnóstico obtuvo resultados significativamente mejores en los autoinformes realizados después del tratamiento (ansiedad:  $p < 0,001$ ;  $d$  de Cohen =  $-0,65$ ; depresión:  $p < 0,001$ ;  $d = -0,58$  y síntomas somáticos:  $p < 0,001$ ;  $d = -0,40$ ). Estos efectos se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento (ansiedad:  $p < 0,001$ ;  $d = -0,44$ ; depresión:  $p < 0,001$ ;  $d = -0,36$  y síntomas somáticos:  $p < 0,001$ ;  $d = -0,32$ ). El grupo transdiagnóstico también tuvo resultados significativamente mejores en los dominios de funcionamiento ( $d = 0,16-0,33$ ) y calidad de vida ( $d = 0,24-0,42$ ), con una mejora sostenida en el seguimiento de 12 meses en el funcionamiento ( $d = 0,25-0,39$ ) y calidad de vida ( $d = 0,58-0,72$ ). Las **tasas de recuperación confiables** (de más de una desviación típica) **mostraron grandes tamaños del efecto entre grupos** ( $d > 0,80$ ) **a favor del grupo transdiagnóstico** después del tratamiento y en el seguimiento de 12 meses. Así pues, añadir una intervención psicológica transdiagnóstica breve al tratamiento habitual en atención primaria puede mejorar significativamente los resultados en ansiedad y depresión, que se traduce en una probabilidad del 70 % de una mejora con el tratamiento transdiagnóstico en comparación con el tratamiento habitual.

## OPINIÓN EXPERTA

«La presente investigación arroja como conclusión que la inclusión de una intervención psicológica transdiagnóstica breve en el tratamiento habitual de atención primaria puede derivar en mejoras significativas en los resultados de ansiedad, depresión, síntomas somáticos, funcionamiento y calidad de vida en comparación con el tratamiento habitual. Se pudo constatar que dichos efectos se mantuvieron hasta los 12 meses posteriores a la intervención y que se evidenciaron tasas de recuperación confiables a favor del grupo que recibió la intervención transdiagnóstica. En síntesis, este estudio sugiere que la intervención psicológica transdiagnóstica podría constituir una estrategia efectiva para abordar múltiples trastornos emocionales en el ámbito de atención primaria».

Cano-Vindel *et al.* (adaptado de Cano-Vindel *et al.*, 2022).

Los mismos autores del estudio anterior (PsicAP: Cano-Vindel *et al.*, 2022) compararon los resultados con estudios internacionales y los tradujeron en tasas de recuperación, recuperación confiable y deterioro. Se señaló que en España, el 39 % de los pacientes con ansiedad no reciben tratamiento, mientras que el 33 % reciben tratamiento farmacológico habitual, el 27,1 % recibe tratamiento farmacológico y psicoterapia, y solo el 0,9 % recibe terapia

psicológica. Por lo tanto, se decidió comparar el protocolo transdiagnóstico utilizado en el estudio anterior con otros internacionales, como el IAPT. Los resultados mostraron que alrededor del 50 % de los pacientes se recuperan durante el periodo de tratamiento (12 a 14 semanas, 84 a 98 días). Es interesante comparar el tratamiento habitual con el tratamiento transdiagnóstico. En la tabla 26 se pueden ver los resultados. **Es importante destacar que estos datos son superiores a los de la literatura habitual.**

**Tabla 26.** Tasas de recuperación, recuperación confiable y deterioro del estudio PsicAP.

	Tratamiento convencional	Tratamiento transdiagnóstico	p	d Cohen
<b>Recuperación</b>				
Post-tratamiento	18 % (14 %-22 %)	51 % (46 %-57 %)	<.001	0,76
12 meses	29 % (22 %-36 %)	49 % (45 %-60 %)	<.001	0,51
<b>Recuperación confiable</b>				
Post-tratamiento	13 % (9 %-17 %)	49 % (44 %-55 %)	<.001	0,84
12 meses	11 % (5 %-16 %)	45 % (37 %-48 %)	<.001	0,83
<b>Deterioro</b>				
Post-tratamiento	14 % (10 %-17 %)	3 % (1 %-5 %)	<.001	0,41
12 meses	12 % (7 %-14 %)	3 % (1 %-5 %)	<.001	0,35

Hay varios datos que son muy remarcables en relación a la incorporación de un tratamiento psicoterapéutico. En primer lugar, la recuperación de los pacientes después del tratamiento y a los 12 meses está alrededor del 50 %. Si se considera la mejoría confiable, que implica una mejora de al menos una desviación típica, **PsicAP recupera cerca del 50 % en el postratamiento y el 45 % al cabo de un año. Estos datos son abrumadores si se comparan con el tratamiento habitual** (no tratamiento o psicofármacos). Según el tratamiento habitual, solo 1 de cada 10 pacientes se recupera de forma confiable, mientras que **incorporando psicoterapia, entre 4 y 5 de cada 10, es decir, entre 3 y 4 veces más.** Pero el dato más sorprendente es en relación al deterioro. **En los pacientes que han seguido el tratamiento habitual, 1 de cada 10 empeora. Como puede deducirse si 1 de cada 10 empeora y 1 de cada 10 mejora, el tipo de intervención que se está realizando actualmente ni es funcional, ni efectiva, ni eficiente.**

## TITULAR

PsicAP recupera cerca del 50 % en el postratamiento y el 45 % al cabo de un año.

## TITULAR

Según el tratamiento habitual, solo 1 de cada 10 pacientes se recupera de forma confiable, mientras que incorporando psicoterapia, entre 4 y 5 de cada 10, es decir, entre 3 y 4 veces más.

## OPINIÓN EXPERTA

«¿Porqué en los pacientes que han seguido el tratamiento habitual, 1 de cada 10 empeora y 1 de cada 10 mejora? ¿El tipo de intervención que se está realizando actualmente es funcional, efectiva, y eficiente?».

Dr. David Gallardo-Pujol

Estos datos son consistentes con la estimación de la Asociación Americana de Psicología, que señala que para lograr la recuperación se requieren entre 10 y 20 sesiones de tratamiento<sup>52</sup>.

En otro estudio reciente (González-Robles *et al.*, 2020), se examinó la efectividad de un **protocolo transdiagnóstico** similar al anterior llamado EmotionRegulation, en el tratamiento de trastornos emocionales, especialmente en ansiedad y depresión. El estudio se realizó mediante un ensayo aleatorizado controlado, en que los participantes recibieron el protocolo a través de internet o en algunos casos aplicado directamente de psicólogos). La muestra consistió en 214 participantes, de los cuales a 106 se les aplicó el protocolo, y 108 recibieron el tratamiento habitual. El seguimiento se realizó a los 3 meses (12 semanas o 90 días después del tratamiento). Los resultados revelaron la superioridad de EmotionRegulation sobre el tratamiento habitual en medidas de depresión ( $d=0,41$ ), ansiedad ( $d=0,35$ ) y calidad de vida relacionada con la salud ( $d=-0,45$ ) en el postratamiento. Estas mejoras se mantuvieron en el seguimiento a 3 meses. Además, los resultados de expectativas y opiniones mostraron que la EmotionRegulation fue bien aceptada por los participantes, lo cual abre la puerta a futuros tratamientos aplicados por

<sup>52</sup> <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/length-treatment>

internet. **Ello implica una mejora del 6 % aproximadamente en todas las dimensiones.**

Concretamente, este tipo de programas guiados, aplicados a través de internet, también se han probado con éxito en atención primaria (Montero-Marín *et al.*, 2016). El programa **«Sonreir es divertido»**, desarrollado principalmente por la Universitat Jaume I de Castellón es un buen ejemplo de ello. **Aplicado de forma combinada al tratamiento habitual** en comparación a otros dos tratamientos (una intervención de baja intensidad de un psicólogo, y solamente el tratamiento administrado por internet), demostró una mejora significativa en su eficacia a lo largo del tiempo. Los resultados mostraron una mejora inmediata después del tratamiento y esta mejora se mantuvo a los 3, 6 y 15 meses después del tratamiento. Además, después de 15 meses, se observó un efecto de mejora adicional en comparación con los otros dos tratamientos, lo que resultó en un aumento del 7,2 % en la eficacia del tratamiento. En general, estos hallazgos sugieren que el uso de programas guiados en línea puede mejorar la eficacia del tratamiento a largo plazo. Otro aspecto importantísimo en relación a la salud mental es el **abandono terapéutico**, técnicamente definida como la decisión que toma el paciente de dejar de asistir a un tratamiento por su propia cuenta sin consultar con el profesional responsable y sin volver a tener contacto con los servicios de salud mental a los que acudía en un periodo de seis meses luego de interrumpir el tratamiento (Muñoz Marrón, 2004). **Este abandono puede tener un impacto negativo en el éxito del tratamiento, ya que si no hay adherencia a la terapia o cumplimiento del tratamiento**, las probabilidades de que este no tenga éxito o no sea efectivo son muy altas.

Por lo tanto, es fundamental promover la adherencia terapéutica y detectar y gestionar tempranamente el abandono de medicación y terapéutico.

### OPINIÓN EXPERTA

«Es prioritario promover la adherencia terapéutica así como la detección y gestión temprana del abandono de medicación y terapéutico».

Dra. Adriana Trujillo

De forma general, las estadísticas en España señalan que los varones tratados de forma ambulatoria abandonan con mayor frecuencia que las mujeres tratadas de la misma manera. En relación con la edad, los pacientes jóvenes (18-32) tratados ambulatoriamente abandonan su tratamiento con más frecuencia que los adultos que sobrepasan los 32 años, es decir abandonan el tratamiento un 34 % más que los pacientes de edades mayores (Muñoz Marrón, 2004). Los porcentajes de abandono según nivel de estudios muestran que los pacientes que tienen niveles de estudios medios (antiguo BUP o ESO) abandonan su tratamiento un 93 % más que los que carecen de estudios quienes son los que mayor adherencia muestran entre todos los niveles de estudios. En relación con el estado civil, los pacientes tratados de forma ambulatoria que están casados muestran más adherencia que los que son solteros, viudos o separados . El porcentaje se ha calculado en un 30 % más que los casados. Por otro lado, pacientes sin antecedentes psiquiátricos tienden a abandonar antes el tratamiento que los que tienen antecedentes psiquiátricos. Además, pacientes con trastornos de alimentación, personalidad y alteración de la conducta o abuso o dependencia de alcohol y drogas tienen menores niveles de adherencia terapéutica (Muñoz Marrón, 2004). En relación con las profesiones, existe una tendencia más alta de abandono en las personas que se dedican al comercio, ventas, hostelería, servicios, industria, construcción, transporte, fuerzas armadas que los que se dedican a actividades profesionales, técnicas, directivas, gerenciales y administración. Todos estos predictores son importantes y por ello son datos recogidos en una anamnesis inicial para la clasificación de pacientes según la probabilidad de abandono, y de esta manera definir el grado de seguimiento de cada pacientes.

**Tabla 27.** Características que determinan la adherencia al tratamiento.

Variable	Porcentaje de abandono
Género (hombres vs mujeres)	Hombres abandonan más frecuentemente que mujeres
Edad (jóvenes vs adultos)	Pacientes jóvenes abandonan un 34 % más que pacientes mayores
Nivel de estudios (medios vs sin estudios)	Pacientes con estudios medios abandonan un 93 % más que pacientes sin estudios
Estado civil (casados vs solteros, viudos o separados)	Pacientes casados muestran un 30 % más de adherencia que pacientes solteros, viudos o separados
Antecedentes psiquiátricos (sí vs no)	Pacientes con antecedentes psiquiátricos tienen mayor adherencia que pacientes sin antecedentes
Tipo de trastorno (alimentación, personalidad, conducta, alcohol y drogas vs otros)	Pacientes con trastornos de alimentación, personalidad, conducta, abuso o dependencia de alcohol y drogas tienen menor adherencia
Profesión (comercio, ventas, hostelería, servicios, industria, construcción, transporte, fuerzas armadas vs profesionales, técnicos, directivos, gerenciales, administración)	Personas dedicadas al comercio, ventas, hostelería, servicios, industria, construcción, transporte y fuerzas armadas tienen mayor tendencia a abandonar que las que se dedican a actividades profesionales, técnicas, directivas, gerenciales y administración

El tipo de tratamiento recibido también provoca distintos niveles de adherencia: **el tratamiento farmacológico tiene niveles mayores de adherencia que la terapia individual**. Los que reciben únicamente terapia individual abandonan un 48 % más que las personas tratadas farmacológicamente. La terapia conjunto farmacológica e individual no tiene diferencias muy marcadas con la terapia individual sola. Finalmente, la edad del terapeuta también influye en las tasas de abandono del tratamiento siendo más altas cuando el terapeuta es menor de 46 años que cuando es mayor de 46 años. Pero la pregunta más importante que se quiere hacer aquí, en relación a los puntos que se comentan de la efectividad del tratamiento, es cuáles son los factores que predicen la adherencia a un tratamiento online.

## OPINIÓN EXPERTA

«Los datos muestran que los hombres, los jóvenes y aquellos con estudios medios tienen mayores tasas de abandono del tratamiento, mientras que los pacientes casados y aquellos con antecedentes psiquiátricos tienden a ser más adherentes. Además, los pacientes con trastornos de alimentación, personalidad, conducta y abuso de sustancias, así como aquellos en profesiones no técnicas o directivas, presentan mayores dificultades para mantener la adherencia al tratamiento».

Dr. David Gallardo-Pujol

En este sentido, Castro y colaboradores<sup>53</sup> hicieron un interesante estudio en el que evaluaron a 194 pacientes depresivos que tomaron parte en los programas mencionados en Montero-Marin *et al.* (2016)<sup>54</sup>, con un especial énfasis en comparar un programa totalmente autoaplicado por internet con una intervención de baja intensidad. Este es uno de los escasos trabajos que han estudiado de qué depende la adherencia (explican un 25 % de la adherencia, el resto es desconocido). La tabla 26 resume los factores que promueven la adherencia a un tratamiento administrado por internet:

Tabla 28. Factores determinantes de la adherencia.

Factor	Incremento en la adherencia
Edad (por cada año adicional)	Casi 9 %
Salud percibida (por cada punto adicional)	4,4 %
Percepción del cambio en la gravedad de la depresión (por cada punto de mejora)	6 %

Estos factores son importantes para construir un ecosistema y *feedback* que permita mejorar la adherencia al tratamiento administrado por internet.

<sup>53</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7918657/>

<sup>54</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27565118/>

## INFORMACIÓN RELEVANTE

El abandono del tratamiento contra la depresión puede tener graves consecuencias para la evolución del trastorno depresivo en un paciente, incluyendo la aparición de recaídas y recurrencias de los síntomas depresivos, complicaciones y empeoramiento de los síntomas, y un impacto negativo en la calidad de vida del paciente y en su entorno cercano. Por lo tanto, es importante que los pacientes completen su tratamiento de manera adecuada y continúen recibiendo seguimiento y apoyo para prevenir la aparición de futuras recaídas.

### 1.4.3. Problemas con la objetividad y utilidad psicométrica de la información

Para poder tomar decisiones informadas en el ámbito de la salud mental, es crucial disponer de datos fiables, válidos, precisos y actualizados. Además de la diversidad que juega un papel importante directamente vinculado con la información se debe tener presente que los trastornos mentales son complejos o multidimensionales. A modo de ejemplo, la ansiedad no consiste únicamente en estar preocupado todo el tiempo, sino que está constituido por respuestas fisiológicas al estímulo percibido como negativo, a evitar: tener sudores fríos o calientes, rubor facial, mareos, debilidad, temblores en brazos y piernas, etc. A pesar de que esto es así, tanto profesionales que se dedican a la práctica clínica como investigadores que desarrollan cuestionarios para su evaluación utilizan un solo puntaje unificado para determinar si una persona supera un umbral (también consensuado) para ser diagnosticado como ansioso/a. Además, **estos cuestionarios habitualmente se utilizan de forma aislada**, ofreciendo información parcial sobre el paciente.

## OPINIÓN EXPERTA

«Como experto en Psicometría y Evaluación Psicológica, es importante reconocer que algunos cuestionarios pueden tener vulnerabilidades en la detección de la simulación y pueden no ser útiles para evaluar resultados críticos como la depresión o la ansiedad. Estos cuestionarios pueden no capturar con precisión las sutilezas del estado mental de un paciente, y su dependencia de medidas de autoinforme puede ser comprometida por la distorsión intencional o el sesgo de deseabilidad social. Esto destaca la importancia de utilizar múltiples medidas, como entrevistas clínicas y pruebas objetivas, para obtener una comprensión completa del estado de salud mental de un paciente. También es importante continuar desarrollando nuevas herramientas de evaluación que sean más resistentes a la simulación y que puedan proporcionar una evaluación más precisa y confiable de los resultados críticos en la salud mental».

Dr. David Gallardo-Pujol

A esta situación problemática, se añade la escasez de recursos por parte de los profesionales de salud mental, quienes además deben lidiar con los presupuestos ajustados y la falta de tiempo para atender en profundidad las enfermedades mentales; esto solo agrava el problema porque no permite el trabajo aunado entre investigadores y profesionales para solucionar estas carencias (el tiempo medio por visita es de 9 minutos<sup>55</sup>). El problema reside en las medidas que se están utilizando (en el mejor de los casos algún *Gold Standard* de forma aislada, como el BDI), si fallan estas que son los instrumentos que ayudan a diagnosticar, **fracasa también el seguimiento de la evolución del paciente y la precisión en la definición de tratamiento así como en determinar la alta o baja de un paciente en IT**, que cuando se utilizan, tienen problemas de validez y fiabilidad, son demasiado subjetivas y sensibles a la manipulación (Fried *et al.*, 2022).

La falta de validez y objetividad en la información tiene un impacto significativo en la capacidad de establecer un diagnóstico preciso, proporcionar un tratamiento efectivo y evaluar el progreso del paciente. Esto puede tener un efecto negativo en el éxito global de la atención médica y en la satisfacción del paciente. Por lo tanto, es crucial asegurarse de que los datos utilizados para la toma de decisiones médicas sean confiables, precisos y objetivos. **La carencia de imparcialidad y fiabilidad de esta información es bidireccional y se aplica tanto a**

<sup>55</sup> <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-tiempos-durante-visita-medica-atencion-13061607>

**pacientes como a profesionales.** Al centrarse en la parte relacionada con el paciente, la subjetividad puede conducir a respuestas inconscientes que no se corresponden con la realidad (a veces debido a respuestas de cuestionarios mal formateadas, por ejemplo). También puede deberse a un interés consciente.

### EJEMPLO CLÍNICO

Un paciente puede minimizar la gravedad de sus síntomas depresivos por temor a ser estigmatizado o juzgado negativamente, lo que puede llevar a una subestimación de la necesidad de tratamiento. Por otro lado, un profesional puede no tener en cuenta ciertos factores culturales o de género que pueden influir en la presentación de síntomas depresivos, lo que puede llevar a una evaluación inexacta y un tratamiento inapropiado. Es importante que tanto los pacientes como los profesionales estén dispuestos a ser abiertos y honestos en su comunicación y a considerar múltiples perspectivas para garantizar una evaluación y tratamiento justos y efectivos de la depresión.

La falta de validez en las medidas y la escasez de recursos no beneficia a los pacientes con verdaderos problemas de salud mental, en algunas circunstancias llega incluso a empeorar su situación, pero hay algunas personas obtienen aprovechamiento de estas condiciones para conseguir un periodo de Incapacidad laboral o mantenerse en él, generando aún más falta de recursos, que es especialmente preocupante en los casos graves de salud mental, ya que esto puede impedir que los pacientes reciban la atención necesaria. El diccionario de psicología de la Asociación Americana de Psicología denomina este fenómeno «*malingering*» (hacerse el enfermo) y a uno de los métodos para llegar a él como «*faking*» y lo clasifica en «*faking bad*» o «*faking good*» (APA, n.d.). El *faking bad* ocurre cuando, en una evaluación psicológica, una persona elige respuestas que lo asociarían con un perfil incompetente o trastornado para realizar una actividad que la persona no quiere realizar; en otras palabras, simular que uno está peor de lo que realmente está. El *faking good* ocurre cuando se eligen respuestas que se cree que crearán una buena impresión en el evaluador, o para evitar estado de Incapacidad temporal por la reducción económica que puede suponer, a modo de por ejemplo, en una evaluación para un puesto de trabajo o cuando se quiere ser admitido a un programa académico. Es decir, **simular que uno está mejor de lo que realmente está**. En el entorno de absentismo por causas asociadas a salud mental esta simulación (*faking good*) está

asociada a presión laboral y estigma. Las consecuencias pueden ser, en algunos casos, perjudiciales a corto medio plazo para el trabajador por agravamiento y posterior recaída. Asimismo, el trabajador afectado continúa con síntomas encubiertos que afectan a su productividad laboral (presentismo). De hecho, es importante tener en cuenta el riesgo de «*faking-good*» como resultado de la presión laboral que puede llevar a un presentismo prolongado y empeoramiento de la salud mental. Este enfoque puede resultar en períodos posteriores de ausencia prolongada en el puesto de trabajo, además de los costos asociados con la productividad perdida durante el período de presentismo y el proceso de reintegración laboral (RAT).

## TITULAR

El modelo MetrikaMind tiene como objetivo mejorar la calidad de la información en ambas direcciones, asegurando la validez psicométrica y la utilidad de la información recopilada, al mismo tiempo que se controla la influencia de respuestas conscientes (tanto *faking good* como *faking bad*).

Aunque este fenómeno no es exclusivo de las enfermedades mentales, no es lo mismo fingir una lesión en el tobillo que fingir depresión. La asignación insuficiente de fondos públicos a personas sin depresión puede tener graves consecuencias para las personas con depresión debido al riesgo de suicidio. Por lo tanto, es fundamental que los recursos públicos y privados dedicados a la atención de la salud mental se gestionen de manera eficaz y responsable para garantizar una atención adecuada e individualizada para cada paciente.

En España, la depresión y la ansiedad se ubican entre el tercer y quinto lugar de las enfermedades más simuladas (sin distinguir entre *faking bad* o *faking good*) en contextos laborales. En una encuesta (Santamaría *et al.*, 2013) a profesionales de salud sobre simulación, 21 % afirmó que tanto hombres como mujeres simulan en la misma proporción, 15 % afirmó mayor frecuencia en hombres y 63 % afirmó mayor frecuencia en mujeres. En relación con la edad, los profesionales reportan que personas entre 46 y 55 años son las más propensas a simular. Por otro lado, tasas más altas de simulación se encontraron en personas con menos ingresos (> 1.000 €/mes) o que pertenecen a alguno de estos sectores: limpieza, construcción, industria, operarios (cadena de montaje/producción, mozo almacén carga y descarga, mantenimiento, servicios, reponedora, albañil,

etc.), de administración, atención al público (cajera, dependiente, azafata, camarero, auxiliar de hostelería) y cuidados sanitarios (Santamaría *et al.*, 2013). También se reportó que **los mecanismos utilizados para simular enfermedades son la perpetuación de síntomas** (55 %), simulación del mecanismo de producción (20 %) y la simulación completa de la patología (10 %).

Es importante destacar que la **detección de la simulación de una enfermedad es un tema complejo y que la entrevista clínica es una de las herramientas utilizadas para este propósito** (Resnick, 1984). Durante la entrevista, el profesional de la salud presta atención a diferentes aspectos para evaluar la presencia de síntomas y la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la exageración de síntomas existentes puede ser más común que la fabricación de síntomas (Gold & Shuman, 2009). Por lo tanto, **la evaluación clínica debe ser utilizada junto con otras herramientas y métodos de evaluación para lograr un diagnóstico preciso y efectivo**. En general, es importante enfatizar que la mayoría de las personas que buscan tratamiento médico lo hacen de buena fe y no están tratando de engañar a los profesionales de la salud.

La falsificación en pruebas psicológicas para obtener beneficios ha recibido atención en la literatura científica desde el 1997. Rogers y Payne (2006) aconsejaron el uso de medidas empíricas de detección de la simulación. Yoxall, Bahr, y O’neill (2017) encontraron que la manera más frecuente en la que los encuestados simulaban su enfermedad mental fue a través de la exageración o amplificación de los síntomas. Quien intenta simular sus síntomas suele presentar baja amabilidad, ideación suicida alta, altos niveles de estrés, y síntomas psicóticos importantes. **Sin embargo, detectar la simulación no es fácil: la tasa de detección de una simulación con los instrumentos actuales no es mayor a la de tirar una moneda y elegir cara o cruz**, es decir, el 50 %. En este sentido, el hecho de poder objetivar y sustraer el efecto del *faking* en la evaluación es objetivar una medida subjetiva, hecho que puede suponer un gran avance en la gestión de los casos, como se verá en los puntos 2.3.3 y 4.1.3. Afortunadamente, ahora también contamos con herramientas no psicométricas, como la inteligencia artificial. En este ámbito, recientes investigaciones han empleado modelos de aprendizaje automático, logrando distinguir con una precisión del 80 %-85 % entre los individuos que distorsionan su imagen y aquellos que se muestran honestos (Monaro, Mazza, *et al.*, 2021; Monaro, Zampieri, *et al.*, 2021).

## OPINIÓN EXPERTA

«Es importante destacar que la detección de la simulación de una enfermedad es un tema complejo y desafiante en la evaluación psicológica. Esto se debe a que la tasa de detección de una simulación con los instrumentos actuales no es mayor que la probabilidad aleatoria de un 50 %. Esta dificultad se debe en parte a que la simulación puede ser difícil de distinguir de los síntomas reales, y los pacientes pueden exagerar los síntomas existentes en lugar de fabricarlos. Por lo tanto, es necesario seguir investigando y desarrollando nuevas herramientas y técnicas para mejorar la detección de la simulación y lograr una evaluación precisa y efectiva de los pacientes».

Dr. David Gallardo-Pujol

**Esto es particularmente relevante para el contexto español, ya que España es líder europeo en número de «bajas falsas»** (elEconomista.es, s.d.), y además las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social realizan importantes inversiones en la contratación de servicios de detectives para detectar estas bajas (Bernardo, 2022). En una investigación oficial de 2012, **una de cada tres bajas** en el cuerpo de funcionarios resultó ser falsa. El espectro de estas investigaciones se centraron en aquellos trabajadores que superasen los 20 días de baja y que, por lo tanto, entraban en situación de incapacidad laboral. Las conclusiones de dicha investigación realizada por Inspección de Trabajo, tras dos años, son las siguientes: Se realizaron 20.316 **reconocimientos médicos adicionales**. De ellos, 12.554 trabajadores (el 61,79 %) mantuvieron la baja. De ellos, el 50 % inició un proceso de jubilación por incapacidad permanente. **Uno de cada cinco casos examinados** (poco más del 19 %) se **reincorporó al puesto de trabajo justo un día después** de realizar este reconocimiento. El análisis médico dictaminó que no existía causa para la baja temporal. **El 14 % de los trabajadores públicos que fueron llamados a realizar este examen médico no apareció en la cita**. Trabajo dictaminó posteriormente que estos casos también pertenecían al grupo anterior. **En total, uno de cada tres trabajadores no tenía motivo justificado para no acudir a su centro de trabajo**. Las situaciones de Incapacidad temporal de los trabajadores descienden de manera sorprendente en los periodos vacacionales y se disparan en el resto de temporada. En datos, esto significa que, en 2011, los meses poco propicios para las vacaciones presentaron situaciones de IT disparadas en meses como marzo (11.051) y octubre (11.969), mientras que en julio (2.547) y agosto (2.917) las bajas

alcanzaron sus cifras más bajas. Algo similar ocurrió con el mes de abril (Semana Santa) con 7.772 ausencias. Lógicamente, el *faking bad* afecta a la productividad de las empresas, y el *faking good* al presentismo, y a posibles recaídas y agravamiento de estas, con el subsiguiente perjuicio tanto para el paciente como para todo el sistema sanitario y empresarial. Otras fuentes, como Pedro Pablo Sanz (CatalunyaPress.es, s.d.), director gerente de AMAT, la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo, afirman que las bajas falsas en depresión y ansiedad representan un 25 % de éstas.

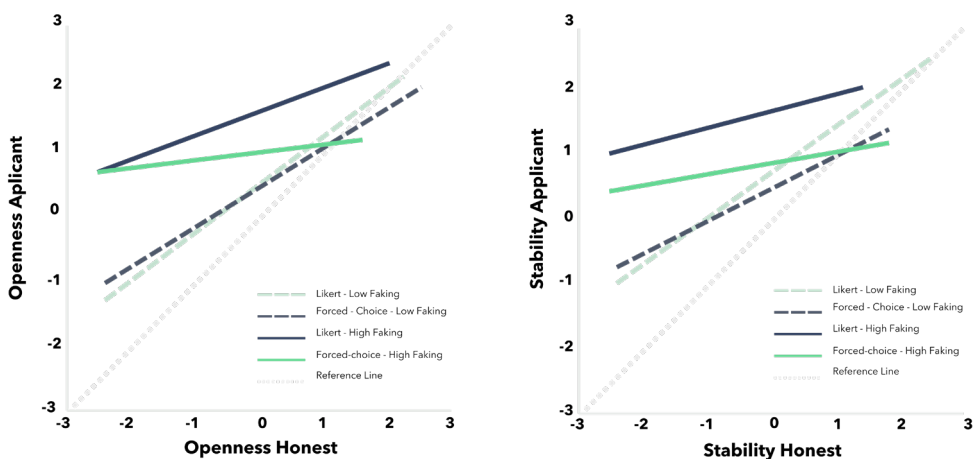
## TITULAR

¿Cómo afectan el *faking*, la simulación o el presentismo a lo que se mide con un cuestionario, o a los síntomas de la depresión o la ansiedad? **La respuesta corta es que la simulación modifica alrededor del 20 % la puntuaciones de los tests.**

Pero ¿cómo afectan el *faking*, la simulación o el presentismo a lo que se mide con un cuestionario, o a los síntomas de la depresión o la ansiedad? **La respuesta corta es que la simulación modifica alrededor del 20 % la puntuaciones de los tests.** Estudios pioneros (Hoepfel, 1977) nos indican que **el efecto del *faking bad* en las puntuaciones de tests para medir depresión puede llegar a ser de hasta el 40 %**, mientras que los efectos del *faking good* no son tan evidentes, **alrededor del 9 %**. Estudios más recientes sobre el efecto del *faking* en las puntuaciones de depresión (Hayes & Grieve, 2013) indican que en el caso del *faking bad*, el efecto puede ser aún mayor, de hasta el **45 % más de puntuación en pacientes que simulan tener depresión** a los que responden de forma honesta.

En relación a otras variables, como la responsabilidad, o la inestabilidad emocional, los efectos tampoco son negligibles. Estudios de nuestro propio grupo (IDLAB Universidad de Barcelona, Pavlov, Maydeu-Olivares, & Fairchild, 2018) han realizado el modelado estadístico del *faking*. En relación a éste, se presenta un marco de moderación novedoso basado en regresión para modelar los efectos del *faking* que incorpora la evaluación de la tendencia de *faking* como moderador (Pavlov, Maydeu-Olivares, & Fairchild, 2018). Así, se considera cómo el rasgo deseable percibido se puede incluir en los análisis y desarrollado métodos para que otros investigadores aplicados utilicen este método en su investigación. Usando este marco, se revisa un formato de respuesta bien conocido (es decir, elección forzada) para evaluar formalmente su capacidad para

mitigar los efectos del *faking* de una persona en comparación con el formato de respuesta tipo Likert ampliamente utilizado. La importancia de esta última evaluación se deriva del uso de modelos de la teoría de respuesta al ítem (IRT) para producir puntuaciones no ipsativas a partir de medidas de elección forzada. **¿Cómo se traduce en reducción del *faking* el uso de un formato de respuesta forzada versus un tipo Likert?** En la figura 28 se puede observar la respuesta a la investigación. En esta figura, se muestran en azul los niveles de cinco rasgos de personalidad, medidos mediante una escala de respuesta tipo Likert. En general, estos niveles se encuentran sistemáticamente por encima de la media cuando los individuos pueden mentir en sus respuestas, incluso cuando su puntuación real es significativamente más baja. Sin embargo, al utilizar un formato de respuesta forzada (mostrado en rojo), estas diferencias se reducen drásticamente, llegando en algunos casos a un 34 % menos en comparación con la escala de respuesta tipo Likert (representado en el eje vertical).



**Figura 28.** *Faking* en relación a respuesta tipo Likert (azul) versus respuesta forzada (verde). Adaptado de Pavlov y Maydeu-Olivares (2019).

Otros estudios meta-analíticos han estudiado cómo afecta el *faking* al conjunto de rasgos de la personalidad (incluyendo honestidad, responsabilidad y estabilidad emocional). En estos casos se ha estudiado fundamentalmente el *faking good* (Birkeland *et al.*, 2006), y los principales resultados son que el *faking good* «mejora» las puntuaciones de salud mental un 6,6 %. (Cohen's  $d=0,44$ ), y también «mejora» las puntuaciones de responsabilidad un 6,8 % (Cohen's  $d=0,45$ ).

Basándonos en la transferencia de conocimiento entre áreas, se puede ver cómo la aplicación innovadora de técnicas conocidas y validadas conduce a una mejora significativa en la calidad y la confiabilidad de los procesos. Al igual que la experticia obtenida en un campo puede ser transferida para mejorar la eficiencia y eficacia en otro, **la inclusión de la medición de responsabilidad a través de cuestionarios *Gold Standard* y la capacidad de exigir a los trabajadores en IT la realización de tratamientos, incluyendo cuestionarios como pruebas médicas, representa una transición similar hacia un terreno inexplorado, pero con un fundamento sólido en métodos probados.** La utilización de herramientas avanzadas como la Inteligencia Artificial y el *Machine Learning* en la gestión de la información recopilada, se asemeja a cómo la incorporación de tecnologías y métodos avanzados puede optimizar la eficiencia y la calidad de los resultados. **Esta aplicación innovadora de técnicas validadas, junto con el manejo de grandes volúmenes de datos, se proyecta como una vía prometedora para mejorar la eficacia y eficiencia en la evaluación de la honestidad, responsabilidad y adherencia al tratamiento de los trabajadores en IT,** a la vez que proporciona previsiones personalizadas sobre el curso de la enfermedad y las mejores prácticas aplicables.

Además, grandes operadores están interesados en la gestión eficiente de recursos, impulsando la investigación y el desarrollo de herramientas efectivas, se espera que las mejoras realizadas en la medición, responsabilidad y adherencia al tratamiento resulten en importantes ahorros en términos de costos y productividad. Esta transición, basada en la aplicación innovadora de métodos conocidos y validados, no solo augura un éxito tangible en el trabajo a realizar, sino que también reafirma la promesa de un impacto positivo tanto en la salud mental de los trabajadores como en la economía empresarial. En conclusión, la transferencia de conocimiento entre áreas nos brinda una perspectiva valiosa sobre cómo **la aplicación innovadora de técnicas validadas genera una sensación firme de éxito y confianza en el camino hacia una gestión más eficiente y efectiva en el ámbito de la salud laboral.**

La inclusión de la **medición de la responsabilidad**, a través de cuestionarios *Gold Standard*, y la capacidad de exigir a los trabajadores en IT la realización de tratamientos, incluyendo cuestionarios como pruebas médicas, es una oportunidad muy valiosa. Por un lado, permite explorar un terreno inexplorado en cuanto a la evaluación de la honestidad y responsabilidad, así como mejorar la adherencia al tratamiento. Por

otro lado, el manejo de grandes cantidades de información y el uso de herramientas avanzadas como IA y *Machine Learning* serán muy útiles para mejorar la eficacia y eficiencia en la gestión de estas áreas realizando previsiones personalizadas sobre curso de enfermedad y mejores prácticas aplicables. Además, la existencia de grandes operadores interesados en la gestión de presupuestos está impulsando la investigación y desarrollo de herramientas efectivas, ya que mejoras incluso pequeñas en la medición, la responsabilidad y el papel de la adherencia en el retorno al trabajo más rápido han de suponer grandes ahorros en términos de costos y productividad (como se demuestra en el presente estudio). **En resumen, se trata de un campo prometedor que necesariamente ha de generar importantes repercusiones tanto en la salud mental de los trabajadores como en la economía empresarial.**

#### 1.4.4. La medicación

Los protocolos para tratar la depresión y la ansiedad definen distintos grados de intervención, que van desde la atención primaria hasta la hospitalaria, y dependen de la gravedad del trastorno. Estos grados de intervención incluyen psicoterapia, terapia psicofarmacológica o una combinación de ambas terapias (Garrido Picazo, 2008; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014). Es importante destacar que, en el ámbito de la prescripción farmacológica, estudios recientes han demostrado que la inteligencia artificial puede desempeñar un papel crucial en la reducción de errores en la prescripción y mejorar la eficacia del tratamiento (Damiani *et al.*, 2023<sup>56</sup>).

En la práctica, el tratamiento más comúnmente utilizado como primera opción para tratar la depresión son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), mientras que para tratar la ansiedad se utilizan ansiolíticos. De hecho, España tiene el mayor consumo de este tipo de medicamentos a nivel internacional, con 91 dosis diarias por cada 1.000 habitantes. Los motivos aún no están claros y pueden ser diversos, pero varias fuentes apuntan a que existe una gran presión asistencial y son la solución más rápida y económica, causado en parte por la carencia de recursos para la atención personalizada y por la delegación de estas patologías a médicos de familia.

---

<sup>56</sup> <https://bmjopen.bmj.com/content/13/3/e065301>

## OPINIÓN EXPERTA

«¿Porqué el tratamiento farmacológico para la ansiedad y la depresión es tan común en España?».

Dr. David Gallardo-Pujol

Los ISRS son los antidepresivos que cuentan con mayor evidencia y con mejor balance beneficio-riesgo, y por ello son la primera elección. Los antidepresivos duales y otros nuevos no han demostrado ser más eficaces ni más seguros que los ISRS, por lo que su uso separa pacientes que no responden a los ISRS o no los toleran. Otros antidepresivos más antiguos, como los tricíclicos y los IMAOs, sólo están indicados en depresión grave y/o resistente cuando otros no son eficaces o no se toleran. Sin embargo, el hecho que tengan un buen balance beneficio-riesgo no implica que estén exentos de efectos secundarios. En promedio, **el 63 % de los pacientes tratados con antidepresivos experimentan al menos un efecto adverso**, aunque existen algunas diferencias en su incidencia, que pueden guiar su selección. Las náuseas y vómitos son la causa más frecuente de discontinuación del tratamiento. Los ISRS, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) y las benzodiacepinas son algunos de los medicamentos más comúnmente recetados para la ansiedad y la depresión en la actualidad.

- **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):** A menudo son el primer tratamiento para la depresión y la ansiedad. Funcionan aumentando el nivel de serotonina en el cerebro, lo que puede ayudar a mejorar los síntomas de estas condiciones. Ejemplos comunes incluyen fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram y vilazodona. Sin embargo, pueden tener efectos secundarios como ansiedad, inquietud, insomnio, boca seca, aumento de peso, náuseas, diarrea, sudoración, dolores de cabeza, mareos, disminución del deseo sexual y dificultad para alcanzar el orgasmo. También existe un mayor riesgo de ideación suicida con los ISRS en jóvenes de hasta 25 años, y algunos ISRS como el citalopram pueden conducir potencialmente a ritmos cardíacos anormales<sup>57</sup>.

<sup>57</sup> <https://www.medicalnewstoday.com/articles/which-medications-are-best-for-anxiety-and-depression>

- **Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN):** Estos son efectivos para tratar la depresión, y algunos también se usan para tratar los trastornos de ansiedad. Funcionan bloqueando la reabsorción de los neurotransmisores serotonina y norepinefrina en el cerebro. La FDA ha aprobado Desvenlafaxine, Duloxetine, Levomilnacipran, y Venlafaxine para tratar la depresión, con Cymbalta y Effexor XR también aprobados para tratar ciertos tipos de trastornos de ansiedad y trastorno de pánico. Los efectos secundarios suelen ser leves y desaparecen después de las primeras semanas de tratamiento<sup>58</sup>.
- **Benzodiazepinas:** Son un tipo de medicación psiquiátrica conocida por su papel en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio. Actúan aumentando la actividad del ácido gamma-aminobutírico (GABA), un neurotransmisor que disminuye la actividad en el cerebro, produciendo así un efecto calmante. Ejemplos comunes incluyen alprazolam, diazepam, lorazepam, clonazepam, temazepam y flunitrazepam. Sin embargo, las benzodiazepinas también pueden tener efectos secundarios, que incluyen somnolencia, confusión, vértigo, debilidad, pérdida de memoria a corto plazo, visión borrosa, boca seca, náuseas, constipación, cambios en el apetito, e incluso dependencia y abstinencia si se utilizan durante un período prolongado. Además, su uso a largo plazo se ha asociado con un mayor riesgo de demencia, aunque la relación causal aún no se ha establecido de manera concluyente. Es importante mencionar que, debido a su potencial de dependencia, las benzodiazepinas deben usarse solo bajo la supervisión de un profesional médico, y su uso a largo plazo generalmente no se recomienda<sup>59</sup>.

En la tabla 29 se pueden ver cuáles son los efectos adversos más comunes del tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos.

<sup>58</sup> <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/antidepressants/art-20044970>

<sup>59</sup> <https://en.wikipedia.org/wiki/Benzodiazepine>

**Tabla 29.** Efectos adversos más comunes del tratamiento psicofarmacológico.

Frecuencia	Efecto adverso
Muy frecuente	Sedación
Moderada	Insomnio / agitación
Muy frecuente	Toxicidad gastrointestinal
Frecuente	Efectos anticolinérgicos
Frecuente	Hipotensión ortostática
Muy frecuente	Disfunción sexual
Frecuente	Aumento de peso
Poco frecuente	Letalidad en sobredosis
Frecuente	Adicción a las benzodiazepinas
Poco frecuente	Otros (hipercolesterolemia, hepatopatía, anorexia,

Así pues, otra de las necesidades del profesional dedicado a la atención en salud mental no solo es hacer un seguimiento del estado emocional del paciente (en relación a la ansiedad y la depresión), sino también hacer un seguimiento de los posibles efectos adversos que pueda tener el tratamiento psicofarmacológico, ya que hasta un 25 % de los pacientes abandonan el tratamiento por los efectos adversos de los psicofármacos<sup>60</sup>.

## OPINIÓN EXPERTA

«Hacer un seguimiento de los efectos adversos que pueda tener un tratamiento psicofarmacológico es importante por XXX y por ZZZ. Qué podría aportar la tecnología al seguimiento de los efectos adversos de la medicación y la comunicación con el paciente (mediante cuestionarios tipo UKU).».

Dr. David Gallardo-Pujol

En este sentido, es también relevante comentar que no todo el mundo responde de la misma forma al mismo tratamiento farmacológico. Diferentes personas responden, por diferentes motivos, a los fármacos contra la depresión. **Estudios en nuestro país indican que aproximadamente el 16 % de los nuevos diagnósticos de depresión son resistentes a la terapia**

<sup>60</sup> <https://www.psychiatrist.com/jcp/medical/primary-care/compliance-antidepressants-primary-care-setting-beyond/>

**farmacológica** (Pérez-Sola *et al.*, 2021). Esta mala atención temprana incremento los gastos económicos relacionados con el tratamiento en unos 2.000 € más, pero sobretodo provoca estos pacientes presentan una **peor calidad de vida** (por ejemplo., impacto negativo en las relaciones personales, funcionamiento laboral o escolar deficiente, deterioro de la salud física, dificultad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras, problemas de sueño, etc.), y un riesgo de mortalidad y suicidio de casi el doble comparado con pacientes no-resistentes al tratamiento (la tasa base de mortalidad es del 1,4 %). Obviamente un abandono o una no respuesta redundan en agravamiento o estancamiento que supone alargamiento del periodo de recuperación.

Nuevas perspectivas en este sentido, nos indican que la utilización de **la inteligencia artificial puede ser muy útil para predecir la respuesta al tratamiento farmacológico** en aquellos casos más resistentes (Nunez *et al.*, 2021). Relacionado con este punto, hay que destacar que los errores a la hora de recetar un determinado tratamiento por parte de los médicos también, desgraciadamente, existen. En un estudio realizado en los EUA, se descubrió que **los médicos que padecen depresión o el síndrome (burn-out), tienen una tasa de error en la prescripción de medicación 6 veces más alta** que sus colegas sin estas afecciones (Fahrenkopf *et al.*, 2008). Además, el hecho que en España los mayores prescriptores de psicofármacos son médicos de AP (Atención Primaria) no especialistas subraya la necesidad de apoyo en prescripción y seguimiento, más allá de las guías clínicas existentes.

#### 1.4.5. Seguimiento integrado

Precisamente este último punto nos lleva a plantear la **inexistencia de una gestión integrada** que evalúe el estado emocional del paciente, el seguimiento de la medicación, los cambios en la severidad del diagnóstico, si está siendo honesto en la información que reporta, etc.

Algunas experiencias ha demostrado como **la integración de información proveniente de diversas fuentes ofrece beneficios en el manejo de la depresión**. Por ejemplo, en una investigación realizada por la Universidad Washington de St. Louis y la Universidad de Illinois Chicago, se propuso un enfoque innovador para el seguimiento de la depresión utilizando dispositivos wearables, como los smartwatches, para monitorear continuamente marcadores como los niveles de actividad, el sueño y la frecuencia cardíaca. Utilizando estos datos, los investigadores desarrollaron

un modelo de inteligencia artificial capaz de predecir los resultados de los tratamientos para la depresión en un ensayo clínico aleatorizado, lo que representa un avance en la medicina personalizada. Este enfoque combina los datos del grupo de tratamiento y del grupo de control para entrenar un modelo unificado, lo que permite hacer predicciones personalizadas de los resultados de los pacientes, dependiendo del tratamiento recibido. Este método podría contribuir a una mejor toma de decisiones tanto por parte del profesional de la salud como del paciente, subrayando la importancia de un seguimiento integrado y personalizado para los pacientes con depresión resistente a los fármacos<sup>61</sup>.

En este sentido, en la gestión clínica habitual, y debido a la gran presión asistencial que sufren los profesionales de la salud mental y de atención primaria, demasiadas veces el seguimiento se limita a una visita breve cada 3-4 semanas, o a una llamada a la que contesta brevemente el paciente. Si el profesional pudiera ver en una sola pantalla la evolución del paciente, si cumple o no cumple criterios diagnósticos, su evolución, etc., sería de una gran ayuda para la gestión del caso. Además, tener toda esta información sería de una gran utilidad para poder emitir **informes de diagnóstico o alta** de forma sencilla, redundando en una optimización de la gestión de cartera de pacientes, de resultados clínicos, reducción de listas de espera.

Como se ha visto anteriormente, las dilatadas listas de espera, la falta de profesionales, y el poco tiempo de que se dispone para hacer las visitas, además de la falta de comunicación que hay entre las diferentes fuentes de información y actores implicados en el seguimiento de un caso (atención primaria, mutua, psicólogos o psiquiatras privados) hacen casi utópico un seguimiento integrado del paciente. De hecho, actualmente **las guías clínicas para la gestión de la depresión del Sistema Nacional de Salud** (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre & el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014) **recomiendan establecer un plan de seguimiento estructurado del paciente**. La frecuencia de la evaluación y monitorización de síntomas debería realizarse en función de la gravedad del cuadro, comorbilidad asociada, cooperación con el tratamiento, apoyo social y frecuencia y gravedad de los efectos secundarios del tratamiento prescrito. **El seguimiento se percibe como una parte clave del proceso, y sin embargo una de las más deficitarias**. Tanto pacientes como familiares consideran que el seguimiento debiera ser más estrecho y servir para adecuar las estrategias terapéuticas. Además destaca la percepción de

<sup>61</sup> <https://www.20minutos.es/salud/actualidad/un-metodo-permite-predecir-el-resultado-de-los-tratamientos-para-la-depresion-5060049/>

falta de coordinación entre los niveles asistenciales. **Desgraciadamente este es un aspecto que ha de mejorar muchísimo en nuestro sistema de salud.**

Los beneficios de la gestión integrada incluyen una evaluación más completa y continua del estado emocional del paciente, un mejor ajuste y seguimiento de los medicamentos, una respuesta más rápida a los cambios en la gravedad del diagnóstico y una atención al paciente más completa y personalizada. Además, puede mejorar la comunicación entre los profesionales médicos y reducir el riesgo de errores médicos. En general, la gestión integrada puede mejorar significativamente la calidad de la atención y mejorar los resultados de los pacientes.

### OPINIÓN EXPERTA

«Un seguimiento integrado es importante porque permite una evaluación continua y completa del estado emocional del paciente y mejora la coordinación entre los profesionales de la salud, reduciendo el riesgo de errores médicos y optimizando la calidad de la atención».

Dra. Adriana Trujillo

#### 1.4.6. Evaluación 360°

Son varios los factores de riesgo que inciden en la aparición y desarrollo de la depresión y la ansiedad. Así, una exploración inicial completa (anamnesis) debería incluirlos todos. Los factores implicados en la etiología serían de tipo genético, endocrino, neurofisiológico, psicológicos, laborales y sociales.

- **Factores genéticos:** una historia familiar de enfermedad depresiva o ansiosa representa alrededor del 39 % de la varianza de la depresión en ambos sexos.
- **Factores endocrinológicos:** algunas enfermedades endocrinológicas aumentan el riesgo de depresión y ansiedad, como la diabetes, hipertiroidismo (para la ansiedad), hipotiroidismo (para la depresión), síndrome de Cushing, enfermedad de Addison o hiperprolactinemia, solo por citar algunos.

- **Factores neurofisiológicos:** los avances en neuroimagen han reforzado la idea de la depresión y la ansiedad como un trastorno de la estructura y función cerebral.
- **Factores psicológicos:** rasgos de personalidad como «neuroticismo», también aumentarán el riesgo de depresión y ansiedad al enfrentarse a acontecimientos vitales estresantes.
- **Factores laborales:** ambiente de trabajo, tipo de trabajo, distancia, dedicación, etc afectarán al riesgo de ansiedad y depresión, así como al mantenimiento a la remisión de ésta.
- **Factores sociofamiliares:** experiencias en las primeras etapas de la vida como una mala relación padres-hijo, conflicto en el matrimonio y divorcio, abandono, maltrato físico y abuso sexual aumentan la vulnerabilidad de una persona a desarrollar ansiedad o depresión posteriormente. Las circunstancias sociales que aumentan el riesgo de depresión incluyen la pobreza, la falta de vivienda y el desempleo. La carencia de una relación de apoyo parece ser un factor de riesgo.

Además, todas estas variables pueden ser muy útiles para hacer el diagnóstico diferencial. Las guías clínicas recomiendan un tiempo mínimo de 15 minutos por paciente de manera que el profesional sea capaz de realizar una detección precoz y una anamnesis adecuada en caso de detección. Sin embargo, una evaluación inicial en atención primaria, debido a la presión asistencial, no puede ser completa en tan solo este tiempo. Hay otros aspectos importantes, como por ejemplo que en 15 minutos tan solo es posible hacer una entrevista clínica al paciente, y gracias a la investigación forense se sabe que el juicio clínico en promedio es peor que el juicio estructurado (Doyle & Dolan, 2002), es decir, la entrevista clínica adolece de objetividad. Adicionalmente, la restricción de tiempo a menudo impide la recolección de información detallada sobre el entorno o la personalidad del paciente, aspectos cruciales para predecir el curso y pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, la utilización de herramientas autoinformadas previas a la consulta, que proporcionan información sistematizada válida e integrada en protocolos de diagnóstico habituales como el DSM-5, emerge como una solución potentemente efectiva. Esta estrategia optimiza el tiempo dedicado por los profesionales, permitiendo una exploración

más profunda y precisa durante la interacción clínica, lo cual, a su vez, contribuye significativamente a la mejora de los resultados clínicos.

## TITULAR

La investigación forense revela que, dado el breve lapso de 15 minutos para entrevistas clínicas, el juicio estructurado supera al juicio clínico en objetividad, evidenciando una área crítica de mejora en la evaluación médica.

## OPINIÓN EXPERTA

«En mi opinión, es fundamental disponer de más de 15 minutos por paciente en las entrevistas clínicas para asegurar una evaluación exhaustiva y precisa, permitiendo al médico abordar de manera adecuada todas las preocupaciones del paciente y mejorar la calidad del diagnóstico y tratamiento».

Dr. Guillermo Soriano

El nivel de atención que una persona con ansiedad o depresión necesita depende de su gravedad. Para la depresión leve, se recomiendan entre 6 y 8 sesiones de terapia en 10 o 12 semanas. Para la depresión moderada a grave, se sugiere entre 16 y 20 sesiones de 50 minutos en 5 meses. Para un tratamiento efectivo, además de medicación, se recomienda entre 13 y 17 horas de terapias como la cognitivo-conductual, aceptación y compromiso, interpersonal, transdiagnóstica u otras basadas en evidencia<sup>62</sup>. Una limitación añadida es que España tiene solo 5,4 psicólogos por cada 100.000 habitantes, y se considera que el umbral adecuado para una buena atención psicológica a la población es de 20 psicólogos por cada 100.000 habitantes. Como puede verse, se está muy lejos de estas cifras y la población está mal atendida en este sentido<sup>63</sup>.

<sup>62</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20950863/>

<sup>63</sup> <https://civio.es/medicamentalia/2021/03/09/acceso-a-la-salud-mental-en-europa-espana/>