

validez externa limitada y aunque los autores refieren que últimamente ha habido un mejor control de los factores de riesgo (FR) modificables a nivel español, esto no debe ser motivo de complacencia, puesto que podría explicarse por un menor tiempo de evolución de la enfermedad en nuestra población diabética.

Los factores de riesgo más importantes asociados al desarrollo de RD son el índice de masa corporal (IMC), el tratamiento de la diabetes y los años de evolución. En el análisis de Castillo, se mostraba que el incremento en el IMC es un factor protector frente a la RD, lo cual resulta sorprendente, porque en pacientes normopesos con DM tipo 2, hay un exceso de extracción de insulina por el hígado, llevando a menores niveles periféricos y severos niveles de hiperglicemia a pesar de una buena función de célula beta⁴.

En referencia a la terapia con insulina, los pacientes insulinizados presentaban mayor susceptibilidad a una progresión de su RD comparado con aquellos que seguían tratamiento con antidiabéticos orales⁵. La retinopatía en este caso expresaría una evolución clásica de años de mal control que habría obligado a utilizar finalmente insulina, pero no otra forma de abordaje con insulinización precoz. No obstante, en Europa, el *United Kingdom Prospective Diabetes Study*⁶, concluyó que un adecuado control glicémico con tratamiento optimizado con insulina disminuía el riesgo de la progresión de la RD.

Aunque muchos estudios plantean que fumar no modifica la evolución hacia RD2, algunos autores proponen su responsabilidad en esta evolución. Probablemente hubiera sido interesante estudiar la variable estatus de fumador, ya que es un importante factor de riesgo cardiovascular.

De momento como plantean los autores la mejor forma de prevención es un buen control de la diabetes. Si alguien persiguiera en este control introducir de forma precoz la insulina, seguramente no figuraría como FR, ya que la mala evolución se vería suplidada por una anticipación de la insulina. Se abriría la polémica si la insulina, independientemente

de años de evolución y mal control previo, intrínsecamente pudiera ser factor independiente de presentación de RD.

Bibliografía

1. Castillo-Otí JM, Cañal-Villanueva J, García-Unzueta MT, Galván-Manso AI, Callejas-Herrero MR, Muñoz-Cacho P. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la retinopatía diabética en Santander Norte de España. *Aten Primaria*. 2020;52:29–37, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.10.001>.
2. Tenorio G, Ramírez-Sánchez V. Retinopatía diabética: conceptos actuales. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2010;73:193–201.
3. Yau JWY, Rogers SL, Kawasaki R, Lamoureux EL, Kowalski JW, Bek T, et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 2012;35:556–64, <http://dx.doi.org/10.2337/dc11-1909>.
4. Das S, Samal K, Baliarsingha A, Tripathy B. Lean (underweight) NIDDM - peculiarities and differences in metabolic and hormonal status: a pilot study. *J Assoc Physicians India*. 1995;43:339–42.
5. Lima VC, Cavalieri GC, Lima MC, Nazario NO, Lima GC. Risk factors for diabetic retinopathy: a case-control study. *Int J Retina Vitreous*. 2016;2:21, <http://dx.doi.org/10.1186/s40942-016-0047-6>.
6. Kohnen EM, Aldington SJ, Stratton IM, Manley SE, Holman RR, Matthews DR, et al. United Kingdom Prospective Diabetes Study 30 diabetic retinopathy at diagnosis of non-insulin-dependent diabetes mellitus and associated risk factors. *Arch Ophthalmol*. 1998;116:297–303, <http://dx.doi.org/10.1001/archophth.116.3.297>.

Éric Matas-García

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona, España

Correo electrónico: ericmatasgarcia@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.006>

0212-6567/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¿Está España preparada para proporcionar apoyo psicológico durante la crisis de COVID-19?



Is Spain prepared to provide psychological support during the COVID-19 crisis?

Sr. Editor:

Desde principios de año el panorama mundial se ha centrado de forma unisona en la pandemia producida por la enfermedad COVID-19 y su propagación a otras ubicaciones geográficas después del brote en Wuhan, China, originando un gran sufrimiento tanto físico como psicológico¹. Tras lo sucedido se hace necesario reflexionar sobre las posibles repercusiones que puede sufrir España, en cuanto a la salud mental, tras declarar el primer estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la

COVID-19 en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, y sus sucesivas ampliaciones. La situación de COVID-19 en España durante el estado de alarma, según los datos extraídos del Gobierno de España, muestra un total de 177.633 casos infectados por SARS-CoV-2, siendo la Comunidad de Madrid la más afectada con más de 49.000 casos y Cataluña con más de 36.000 casos, seguidas muy por debajo del País Vasco con más de 11.000 casos².

En primer lugar, podemos exponer que una de las situaciones más estresantes para la población general es la imprevisibilidad y la incertidumbre que genera la situación a nivel sanitario, económico y social, la falta de control de la enfermedad, el número de infectados y los riesgos derivados de la misma. En segundo lugar, la desinformación, o las creencias de bulos pueden aumentar la preocupación entre las masas. Las epidemias y pandemias generan graves estresores como el miedo a la muerte, sentimientos de soledad y desgaste social entre las personas que están

en cuarentena³. España presenta un deficiente apoyo psicológico de salud pública. Este dato se apoya en la última convocatoria de psicólogos públicos, donde se convocaron 189 plazas para toda España⁴, extremadamente insuficiente para situaciones normales. Si a esta situación de precariedad le sumamos una pandemia, la salud mental de los españoles se resentirá y las consecuencias se verán después de la pandemia.

Otra evidencia que respalda esta tesis es que el Defensor del Pueblo inició una acción de oficio con el Ministerio de Salud, con todas las comunidades autónomas y con el Instituto Nacional de Gestión de la Salud (INGESA) para averiguar si la oferta existente de atención clínica psicológica en la salud pública se adaptaba a las necesidades reales de la población. El informe del documento de estudio del Senado sobre las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud realizado en 2010 recoge la proporción de 4,3 psicólogos por cada 100.000 habitantes y estima las necesidades de provisión, para aproximarse al menos a la media europea (18/100.000), en unos 7.200 profesionales. En los últimos años, las convocatorias anuales de formación especializada en salud han sido de 120-130 plazas para psicólogos internos residentes, muy por debajo del promedio europeo⁵.

Es importante recalcar que controlar la propagación del virus es muy costoso a todos los niveles. Una de las principales medidas para el bienestar general sería invertir en un sistema integral público de salud en el que todas las acciones, incluidas las medidas psicológicas, repercutan especialmente en los colectivos más vulnerables, como el personal sanitario, las poblaciones de riesgo según la edad, las patologías físicas y las psicopatologías.

Autores cuyos países ya han pasado por esta situación proponen que realizar programas para la detección de trastornos psiquiátricos, incluida la ansiedad y depresión, en población general y en población de riesgo, parece necesario debido a la gravedad de la vulnerabilidad especialmente en casos de cuarentena⁶.

Bibliografía

1. Liu S, Yang LL, Zhang CX, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:E17-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8).
2. Ministerio de Sanidad (España). Situación de COVID-19 en España; 2020 [consultado 17 Abr 2020]. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>
3. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>.
4. BOE (España). Orden SCB/925/2019, de 30 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2019 para el acceso en el año 2020, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. 2019 [consultado 6 Abr 2020]. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2019/09/09/pdfs/BOE-A-2019-12897.pdf>
5. Defensor del Pueblo. El defensor del pueblo investiga las necesidades de atención psicológica en el sistema nacional de salud; 2018 [consultado 6 Abr 2020]. Disponible en <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental-sistema-nacional-salud/>
6. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8).

Carlos Barbosa-Torres

*Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento,
Departamento de Psicología y Antropología, Universidad
de Extremadura, Badajoz, España*
Correo electrónico: carlosbarbosa@unex.es

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.012>
0212-6567/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España,
S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC
BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).