

DOCUMENTO MARCO DA PSICOLOXÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Grupo de Trabajo de Psicología Clínica en Atención Primaria
Sección de Psicología e Saúde**

Alicia Carballal Fernández, coordinadora
Carlos José Losada López
Cristina Alonso Vilar
María José Carreira Vidal
Paula Cid Gutiérrez
Santiago Lago Canzobre

DOCUMENTO MARCO DA PSICOLOXÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. INTRODUCCIÓN
2. XUSTIFICACIÓN

- 2.1. SAÚDE MENTAL E ATENCIÓN PRIMARIA NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.

- 2.1.1. Marco legislativo.
 - 2.1.2. Práctica clínica.
 - 2.1.3. Un modelo de derivación.

- 2.2. CONCEPTOS BÁSICOS.

- 2.2.1. Medicalización da vida cotiá.
 - 2.2.2. Prevención cuaternaria.
 - 2.2.3. Tratamentos eficaces.
 - 2.2.4. Custos.

- 2.3. ATENCIÓN PSICOLÓXICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- 2.3.1. Experiencias no estranxeiro.
 - 2.3.2. Experiencias nacionais.
 - 2.3.3. Experiencia en Galicia.
 - 2.3.3.1. Experiencia a través do programa formativo de Psicólogos/as Interno Residentes (PIR).
 - 2.3.4. Resumo resolucions autonómicas.
 - 2.3.5. Conclusións.

3. PROPOSTA DUN MODELO DE PSICOLOXÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA GALICIA.

- 3.1. A figura do/a psicólogo/a clínico/a.
 - 3.2. Cara a un modelo de psicoloxía clínica en atención primaria para Galicia.
 - 3.3. Conclusións.

1. INTRODUCCIÓN

O tratamento psicolóxico é unha das prestacións sanitarias básicas que se ofrece ás persoas usuarias desde a carteira de servizos comúns do *Sistema Nacional de Saúde* (SNS). As principais guías clínicas recollen que o tratamento psicolóxico é igual de eficaz que a medicación a curto prazo e que a longo prazo, reduce as recaídas e evita tanto a cronificación como efectos secundarios indeseados (1, 2, 3). Ademais, o tratamento psicolóxico supón un importante aforro ao erario público, tanto en custos directos (psicofármacos) como en custos indirectos (prestacións por discapacidade, exención de impostos, baixas laborais)(4).

Na actualidade, na comunidade autónoma galega, unha de cada tres consultas de Atención Primaria (AP) están motivadas por un problema relacionado coa saúde mental e, aínda que o tratamento psicolóxico está dispoñible no SNS, a súa accesibilidade para a persoa usuaria é extremadamente baixa. De feito, diante dun problema psicolóxico, os/as pacientes deben elixir entre un tratamento farmacolóxico inmediato ou enfrontarse a unha lista de espera de entre 3 e 4 meses e revisións cada 1-2 meses, dado que na rede pública galega estímase que o número de psicólogos/as clínicos/as nas Unidades de Saúde Mental é de 1,2 por cada 100.000 habitantes. Esta realidade é incongruente coa *Lei de Autonomía do Paciente* (2002), que no seu artigo 2.3 recolle que "*O paciente ou usuario ten dereito a decidir libremente, despois de recibir a información adecuada, entre as opcións clínicas dispoñibles*": a día de hoxe, o tratamento psicolóxico non é unha prestación real pola súa falta de accesibilidade.

Diante disto, cómpre promover que a atención psicolóxica sexa unha prestación real, á que as persoas poidan acceder desde o primeiro nivel asistencial. Con este obxectivo elaborouse o presente documento no que se analizou a realidade lexislativa e asistencial da saúde mental (SM) en AP en Galicia para propoñer un modelo alternativo baseado en experiencias internacionais e nacionais, co fin de dar unha resposta a este problema de saúde pública.

2. XUSTIFICACIÓN

2.1. SAÚDE MENTAL E ATENCIÓN PRIMARIA DENTRO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.

A continuación preséntase unha breve análise da situación da saúde mental en AP dentro do SNS a partir da descrición do marco lexislativo, da práctica clínica e do modelo de derivación que impera neste ámbito.

2.1.1. Marco lexislativo.

En 1946 a Organización Mundial da Saúde (OMS) *define a saúde como un estado de completo benestar físico, mental e social, e non meramente a ausencia de enfermidade ou doenza*. Este é un concepto dinámico, amplo e integral, ligado non só á condición orgánica das persoas, senón tamén ás condicións de vida, os avances científicos e á evolución da cultura. Por tanto, que o ambiente favoreza unha capacidade de afrontamento eficaz, autónomo, persoal e responsable do individuo beneficiará os seus niveis de saúde.

Esta concepción leva implícita o modelo *biopsicosocial* como o marco de traballo a través do cal os profesionais sanitarios tratan de resolver as demandas asistenciais e en concreto as que incumben á SM. Así, en contraste co modelo tradicional biomédico que suxire que cada proceso de enfermidade se pode explicar en termos dunha desviación da función normal subxacente, o modelo biopsicosocial contempla factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais que interactúan entre si a modo de rede, influíndo directa ou indirectamente sobre a saúde das persoas.

Este é o marco no que se desenvolve e evoluciona o concepto de AP. Adóitase considerar o *Informe da Conferencia Internacional sobre AP de Saúde, elaborado en Alma - Ata* (URSS), elaborado en 1978 baixo os auspicios da OMS e do Fondo das Nacións Unidas para a Infancia, como o documento de referencia en AP xa que constitúe unha declaración e sistematización de principios-guía en materia de coidados básicos de saúde (5).

Segundo ese documento, a AP de Saúde (APS) *é fundamentalmente Asistencia Sanitaria posta ao alcance de todos os individuos e familias da comunidade, por medios que lles sexan aceptables, coa súa plena participación e a un custo que a comunidade e o país poidan soportar. A AP, á vez que constitúe o núcleo do sistema nacional de saúde, forma parte do desenvolvemento económico e social da comunidade.*

Seguindo esta filosofía en abril de 1985 o *Informe da Comisión Ministerial para a Reforma Psiquiátrica* (6) perfila para todas as comunidades autónomas algúns dos principios para un futuro plan xeral de SM e en 1986 publícase a *Lei 14/1986 Xeneral de Sanidade do 25 de abril* (7) onde por primeira vez se recolle o atributo *biopsicosocial* para definir a atención que se pretendía prestar á cidadanía desde unha perspectiva integral. Ademais, con respecto á SM recolle a necesidade dunha *total equiparación do enfermo mental ás demais persoas que requiran servizos sanitarios e sociais*; e ademais sinala que *a atención aos problemas de SM da poboación se realizará no ámbito comunitario*, o que pon en relación a SM coa AP.

Esta lei, baseada no *dereito constitucional* á protección da saúde (artigos 43 e 49), xunto coa aprobación do *Real Decreto 137/1984, do 11 de xaneiro, de Estructuras Básicas de Saúde* (8) e a influencia da *Declaración de Alma-Ata* (5), inicia en España o desenvolvemento dun novo modelo de AP que inclúe a integración neste nivel das actividades asistenciais e de prevención, de promoción e de rehabilitación básica en SM. Ademais, sentan os principios e valores básicos que se converten nos alicerces do actual modelo comunitario: autonomía, continuidade, accesibilidade, comprensividade, equidade, recuperación persoal, responsabilización e calidade.

Desta maneira, coa reforma legislativa, conséguese achegar os servizos básicos sanitarios a toda a poboación española. Para iso, constrúense novos Centros de AP (CAP), incorpóranse a eles equipos multidisciplinares (MAP, pediatría, enfermería, traballo social), dispónse dunha carteira de servizos e pónense en marcha programas de promoción da saúde e de prevención de enfermidades.

Así, a AP, ademais de converterse na porta de entrada á atención sanitaria especializada, é o recurso asistencial sanitario que atende en primeira instancia as diferentes doenzas físicas, problemas de SM ou conflitos socio-sanitarios expostos pola poboación. Ademais, exerce a función de filtro, mellorando o valor predictivo dos e das especialistas e previndo a fascinación tecnolóxica (a última técnica, o último aparello, o último fármaco), co que contribúe, por tanto, á sustentabilidade e á eficiencia do sistema sanitario.

Doutra banda, a presenza dunha lista de pacientes asignados *cupo* leva á identificación dunha ou dun médico e un CAP para o uso habitual, o que favorece os catro eixos sobre os que se vertebra a AP: primeiro contacto, continuidade, integralidade e coordinación. Cando se cumpren estes catro obxectivos lógrase menor mortalidade, maior equidade, distribución máis equitativa dos servizos de saúde e menos hospitalizacións (9).

Posteriormente, a *Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde* (10) establece entre o catálogo de prestacións de AP, a atención á SM, en coordinación cos servizos de Atención Especializada, co que reconece a necesidade derivada do aumento e da variedade dos problemas psicosociais e da demanda relacionada coa SM. Con todo, malia as recomendacións, a realidade continuou sendo outra, e a abordaxe dos problemas de SM en AP queda relegada a un segundo plano.

No ano 2007, tras a aparición de novos retos expostos á AP e ao SNS no seu conxunto (progresivo crecemento da poboación, incremento das enfermidades crónicas, aumento nas cargas de traballo dos/as profesionais, necesidade de mellorar a coordinación asistencial ou novas tecnoloxías), o Ministerio de Sanidade e Consumo publica o *Marco Estratéxico para a mellora da AP en España: 2007-2012, Proxecto AP-21: Proxecto AP do Século XXI* (11). Neste documento faise unha análise da situación da AP ata ese momento e expónse unha serie de propostas e estratexias de mellora, co se converteu no documento de referencia para a AP en España.

Ademais, no documento inclúense unha serie de propostas de desenvolvemento futuro da oferta de servizos en AP, no que figura a atención integral nas distintas fases do ciclo vital, e inclúe a atención á SM e o apoio psicolóxico. Fálase ademais de Servizos de Apoio como propostas de mellora que a día de hoxe non chegaron a materializarse (Anexo II do AP-21, páx. 251):

Trataríase de unidades que prestan un servizo especializado aos profesionais do Equipo de AP e que facilitan a correcta prestación dos servizos [...]. Estas unidades, sempre que sexa posible deben depender funcional e organizativamente de AP.

Aquí inclúense literalmente as *Unidades de terapia e rehabilitación en SM (psicólogos)*.

Doutra banda, en materia de SM cómpre destacar en España as *Estratexias de SM (2007; 2009-2013)* (12, 13) do SNS e aprobadas polo Ministerio de Sanidade e Consumo, onde se fai alusión ao grande impacto no sistema sanitario, e en concreto na AP, dos trastornos mentais comúns como poden ser a ansiedade, a depresión e os trastornos adaptativos e a conveniencia de incrementar o emprego de estratexias de carácter psicolóxico para abordalos. Recentemente, o actual goberno aprobou unha proposición non de lei de actualización da Estratexia Nacional de SM.

Engadimos, ademais, dada a súa relevancia, que no ano 2008 a *Organización Mundial da Saúde (OMS)* e a *Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA)* (14) publican un informe conxunto no que se xustifica a prestación de servizos de SM en AP. Entre os puntos máis destacados figuran os seguintes:

1. Os trastornos mentais (TM) afectan por centos de millóns de persoas e, se non se tratan, producen unha enorme carga de sufrimento, de discapacidade e de perdas económicas.
2. Malia a efectividade empírica dos tratamentos dispoñibles, só unha pequena minoría de quen os necesita reciben cando menos o tratamento máis básico.
3. A integración dos servizos de SM en AP é a forma máis viable de pechar esa fenda e a garantía de que as persoas reciban o coidado que necesitan en materia de SM.
4. Atender a SM en AP é alcanzable e os investimentos poden traer importantes beneficios.
5. Requírense certas habilidades e competencias para diagnosticar, tratar e apoiar eficazmente ás persoas con TM; para isto é esencial que os traballadores e traballadoras de AP estean adecuadamente preparados e apoiados no seu traballo de SM.
6. Non existe un único modelo de boa práctica clínica que poida ser seguido por todos os países. Os éxitos lograronse a través da adaptación local de principios xerais.
7. A integración é máis exitosa se a SM conta co necesario apoio institucional.
8. Para ser plenamente eficaz e eficiente, os servizos de SM en AP deben coordinarse cunha rede nos diferentes niveis de atención e complementarse cun maior desenvolvemento do sistema de saúde.

9. Moitos países con ingresos medios e baixos lograron esta integración dos servizos de SM en AP.
10. A SM é fundamental para os valores e os principios da Declaración de Alma Ata; a atención integral á saúde non se logrará ata que a SM estea integrada en AP.

Por último, a OMS no seu *Plan de Acción sobre SM 2013-2020* (15) considera unha prioridade o desenvolvemento de servizos integrais de SM e de asistencia social de base comunitaria como consecuencia do crecemento exponencial dos trastornos mentais. Para iso sinala a importancia da integración da asistencia e os tratamentos de SM nos hospitais xerais e a AP.

2.1.2.Práctica clínica.

En España, a pesar da existencia de Unidades Especializadas en Saúde Mental (USM) onde se sitúa a figura dos/as facultativos/as especialistas psicólogo/a clínico/a e psiquiatra, unha porcentaxe significativa da carga asistencial dos TM e do comportamento aténdese polo/a médico/a de AP (MAP). De feito, a AP en España é a porta de entrada ao SNS á maioría das persoas con doenzas non só físicas, senón tamén con problemas de SM e de carácter psicosocial tal como recolle a *Estratexia en SM* (Ministerio de Sanidade e Consumo, 2006) (12). Por tanto, os CAP serán os primeiros en atender este tipo de problemas sen os recursos nin persoal especializado para iso:

A realidade actual revela que o principal punto de contacto coa SM para a maioría dos pacientes é o médico ou médica de familia e que o 80% dos e as pacientes psiquiátricos atendidos en SM proceden do ámbito da AP.

Os TM son moi frecuentes entre as demandas atendidas polo/a MAP no seu quefacer diario, diversos estudos cuantificano entre o 20% e o 55% da demanda total adulta e pediátrica (16). O médico de cabeceira atende tanto TM grave como leve e moderado.

Ademais, o Ministerio de Sanidade no ano 2006 xa sinalaba *a elevada prevalencia dos problemas relacionados coa SM neste nivel asistencial, que oscila entre un 18% e un 39% segundo diferentes estudos, e que só ao redor do 10% son derivados. Estudos recentes sinalan que na atención diaria, os médicos e médicas de familia atenden entre un 15% e un 18% de pacientes con algún tipo de trastorno mental ou patoloxía psiquiátrica.*

Isto está avalado pola Organización Mundial da Saúde (OMS), a *World Federation of Mental Health* (WFMH) ou o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), quen apunta que os problemas psicolóxicos e emocionais se atopan detrás de entre o 33% e o 53% das consultas que reciben os/as médicos/as de familia españois, dos cales, os trastornos de ansiedade e do estado do ánimo son os máis prevalentes (entre o 18,5% e 25% dos/as pacientes de AP presentan algún trastorno de ansiedade e o 13,4%-35,8% un trastorno depresivo). En Cataluña un estudo recente realizado durante 3 anos polo *Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya*, conclúe que o 30% dos/as pacientes atendidos nos CAP de Cataluña padecen algún problema de SM (17). En Galicia, un 12,57% das persoas declaran ter problemas crónicos de ansiedade e uns 12,06% problemas crónicos de depresión, segundo datos da Enquisa Europea de Saúde en España 2014 (18). Cómpre puntualizar ademais que estas condicións psíquicas e emocionais, que causan sufrimento ou malestar e que configuran principalmente cadros de ansiedade e de depresión leves e moderados, non teñen necesariamente unha orixe psicopatolóxica biolóxica, senón que a gran maioría adoitan ser fenomenolóxica e etiologicamente de carácter psicosocial (v. gr. problemas de relación, de dó, de afrontamento a situacións estresantes). Isto contrasta co enfoque da prestación asistencial actual en AP que é

fundamentalmente biomédica e psicofarmacolóxica, medicalizándose as demandas psicosociais e os *problemas da vida* (v. gr. perdas, frustracións, decepcións, separacións, conflitos, abusos, malos tratos). Este enfoque reduccionista está lonxe da perspectiva biopsicosocial que se defende desde 1986 na citada Lei Xeral de Sanidade e que contrasta coa realidade social actual de crise económica e as necesidades das persoas usuarias.

Ademais, a elevada prevalencia dos trastornos emocionais na consulta dos MAP contrasta, tal como se recolle no documento da Estratexia en SM do 2006, con que a formación que reciben é insuficiente para *diagnosticalos e tratalos, nin dispoñen de tempo para iso, o que condiciona que moitos dos pacientes reciban unicamente tratamento farmacolóxico cando en moitas ocasións poderían beneficiarse de abordaxes multidisciplinares con estratexias e técnicas de apoio e consello psicolóxico breve.*

Isto contradí as recomendacións das Guías Clínicas elaboradas pola propia Administración ou as internacionais como a *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), quen desaconsella o uso de psicofármacos en trastornos leves e moderados e recomendan o tratamento psicolóxico como o máis eficaz e eficiente. De novo, estudos demostran que o tratamento que se presta en España aos problemas de ansiedade e de depresión, é en grao sumo inadecuado a nivel europeo, xa que só un 31,8% e un 30,5% dos/as pacientes en Atención Especializada e Primaria, respectivamente, reciben un tratamento que cumpra uns mínimos de calidade e de adecuación (19, 20).

A este respecto a Organización de Consumidores e Usuarios (OCU) publicou no ano 2012 (21) as conclusións dun estudo cualitativo realizado a través de entrevistas a pacientes, médicos/as de AP, especialistas en SM e xerentes de centros especializados. A principal conclusión foi que *antidepressivos e tranquilizantes se prescriben en demasiadas ocasións*, malia que o tratamento de elección para a ansiedade e a depresión deba ser a psicoterapia.

O que se recolleu ata o momento evidencia un grave problema no SNS español, xa que por unha banda aténtase contra a *Lei básica de Autonomía do Paciente* (2002), ao non ofrecer e moitas veces non informar, ás persoas usuarias afectadas dalgún problema psicolóxico do tratamento contrastado como máis eficaz, polo que reciben exclusivamente o farmacolóxico; e doutra banda, os elevados custos derivados da falta de tratamento adecuado que analizaremos nun vindeiro epígrafe do presente documento.

Ademais, aínda que as diferentes Estratexias en SM elaboradas polo Ministerio de Sanidade e Consumo recoñezan o impacto no sistema dos TM comúns (ansiedade, depresión e trastornos adaptativos) e a conveniencia de incrementar o emprego de estratexias de carácter psicolóxico para abordalos, non se atopa en ningún dos documentos unha planificación concreta e avaliable que defina obxectivos en canto á formación de profesionais, á dotación de recursos e á asistencia psicolóxica en AP, o que debe ser unha prioridade para os partidos políticos e os gobernos.

De feito, a figura do PC en AP é basicamente inexistente e o número de profesionais clínicos especialistas insuficiente, polo que na actualidade as longas listas de espera fan moi difícil o acceso a tratamentos eficaces e avalados pola comunidade científica. A este respecto, o observatorio da Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2010) (22) apunta que en España só hai 4,3 psicólogos/ as por cada 100.000 habitantes (en Galicia esta cifra é aínda máis baixa: 3.34 psicólogos/ as clínicos/as cada 100.000 habitantes, con unicamente 1,2 profesionais da Psicoloxía Clínica por cada 100.000 habitantes nas Unidades de Saúde Mental), mentres que en Europa este cociente é de 18 psicólogos/as, existindo ademais importantes diferenzas entre Comunidades Autónomas. A este respecto, xa no ano 2010 o Senado recoñecía ante esta situación que en España hai un déficit duns 7200 psicólogos/as no SNS.

2.1.3. Un modelo de derivación.

Os atributos básicos da AP que marcan a súa calidade e eficiencia son a accesibilidade, a coordinación, a integralidade e a continuidade. A *accesibilidade* fai referencia á provisión eficiente de servizos sanitarios en relación coas barreiras organizacionais, económicas, culturais e emocionais; a *coordinación* é a suma de esforzos dos servizos de AP; a *continuidade* é o seguimento dos distintos problemas de saúde dun/ha paciente polos mesmos profesionais sanitarios; e por último a *integralidade* é a capacidade para resolver a maioría dos problemas de saúde da poboación atendida (en AP é ao redor do 90%). Cando esta última non é posible, o MAP deriva a profesionais sanitarios especialistas.

De feito, o SNS español está organizado maioritariamente segundo un modelo de colaboración e derivación (interconsulta e ligazón) entre profesionais onde impera a independencia de cada un deles. Así, aínda que a AP supoña a porta de entrada á atención médica da saúde física e mental, o/a profesional de familia pode derivar, seguindo protocolos de actuación, ao/á especialista competente.

Malia iso, a realidade resulta complexa e máis cando estamos a tratar coa SM. Investigacións sobre a materia apuntan que non existe ningunha proba de que os casos con sintomatoloxía psíquica que se derivan a AP sexan cualitativamente diferentes aos que se transfiren á Atención Especializada, xa que o proceso de derivación é complexo e os factores que interveñen non son só os que se refiren á patoloxía do/a paciente, senón que dependen doutros factores como a accesibilidade, a coordinación entre servizos, a relación médico-paciente ou as diferentes políticas sanitarias (23).

A isto habería que sumarlle a infradotación de recursos, a saturación e as amplas listas de espera dos/as facultativos/as especialistas en psicoloxía clínica: 49,09+31,94 días para unha primeira consulta (24), a falta de protocolos claros entre SM e AP, o mantemento de praxes pasadas como que un/ha paciente con sospeita de TM deba ser atendido por primeira vez por un/ha psiquiatra, a presión da industria farmacéutica ou o reduccionismo do modelo biomédico en detrimento do biopsicosocial.

Ademais, o modelo actual de AP non facilita nin tempo nin adestramento nin formación aos MAP na detección de problemas emocionais, sobre todo no que respecta á avaliación e ao tratamento da depresión e do risco de suicidio (25). A este respecto, Coyne et al. (26) apuntan que entre un 50% e un 70% de pacientes con depresión maior non son detectados en AP. Aragonés et al. (27) mostran que, ademais, un 26,5% dos/as pacientes foron diagnosticados/as erroneamente con depresión, sen cumprir criterios de trastorno do estado de ánimo. Respecto dos trastornos de ansiedade, a capacidade de detección é aínda menor, xa que só entre un 20% e un terzo son recoñecidos en asistencia primaria (28). Dos estudos revisados por Artal et al. (29), na maioría o *non recoñecemento* é maior do 50%, e achégase ao 80% nos estudos en que se require un diagnóstico específico.

2.2. CONCEPTOS BÁSICOS.

Previamente a considerar un modelo de psicoloxía clínica en AP en Galicia realizaremos unha reflexión arredor dunha serie de conceptos básicos intrínsecos á SM e á AP.

2.2.1. Medicalización da vida cotiá.

O termo *medicalización* é un neoloxismo que non vén recollido no Dicionario da Real Academia Galega da Lingua, pero que fai referencia a unha realidade actual que os/as profesionais recoñecen

cunha significación propia. Na década dos sesenta do pasado século, Meador (30) acuñou o primeiro termo que pode considerarse como precursor do concepto *medicalización*, ao falar da *non enfermidade* e a súa atención, que se definiu como condición médica para a que se obterían mellores resultados se non fose considerada como tal.

Actualmente, a definición máis aceptada sobre medicalización é a proposta por Kishore (31), que a define como *a forma en que o ámbito da medicina moderna se expandiu nos anos recentes e agora abrangue moitos problemas que antes non eran considerados como entidades médicas e para os que a medicina non dispón de solucións adecuadas nin eficaces*.

Quizais poida ser máis aclaratorio entender a *medicalización* como a *conversión en procesos patolóxicos de situacións que son e foron sempre completamente normais e a pretensión de resolver mediante a medicina situacións que non son médicas senón sociais, profesionais ou das relacións interpersoais* (32). Dentro desta enunciación, considérase necesario o control médico de certas etapas da vida: adolescencia, menopausa, envellecemento; abórdanse os problemas persoais/sociais como a tristura e o dó como problemas médicos; factores de risco como a osteoporose ou a dislipemia pasan a considerarse como auténticas enfermidades; situacións ou cadros pouco frecuentes como a disfunción eréctil, disfunción sexual feminina pasan a ser considerados, de forma artificial, como situacións ou cadros frecuentes e síntomas ou cadros leves son elevados, de forma artificial, a indicadores de cadros graves, como podería ser o colon irritable, ou a síndrome premenstrual.

2.2.2. Prevención cuaternaria.

O concepto de *prevención cuaternaria* foi acuñado en 1985 polo médico belga Marc Jamouille (33) e está aceptado polo *WONCA International dictionary for general/ family practice* (34). A definición máis usada é a que di que *a prevención cuaternaria é aquela que evita ou atenúa as consecuencias da actividade innecesaria ou excesiva do sistema sanitario* (35). Trátase de evitar a iatroxenia que pode xurdir do intervencionismo excesivo. A prevención cuaternaria busca protexer ás persoas da medicalización da sociedade.

O tema da medicalización resulta, hoxe en día, moi evidente en medicina e moi especialmente en SM. Desta maneira, corremos o risco de psicopatoloxizar en extremo a sociedade na que vivimos, isto é, de converter en enfermidades mentais ou trastornos psicolóxicos moitas situacións que forman parte da vida cotiá das persoas. E o que é peor, corremos o risco de ofertar, entón, tratamentos psiquiátricos e psicoterapéuticos a persoas que non os precisan.

Ata unha cuarta parte dos/as pacientes que acoden a unha USM derivados desde AP con prescrición dun tratamento psicofarmacolóxico non padecen ningún trastorno diagnosticable como tal (36). Isto é o que se deu en chamar a *medicalización dos códigos Z*: ofrécese terapia a todo aquel que a pide, sen maior discriminación, estendendo a crenza, xa de seu masiva, de que a xente non pode afrontar os problemas da vida sen axuda profesional (37). Con esta idea o que se consegue é preparar *consumidores de psicoterapias*, non axudar á xente para actuar por si mesma, xa que se reforza a crenza de que todo o mundo precisaría o seu *coaching* ou o seu *counselling* para alcanzar a máxima calidade de vida.

Así mesmo, se se emprega esta política, e a centramos só no suxeito, córrese o risco de perder de vista os condicionantes sociais: económicos, culturais, institucionais, laborais e demais, que determinan, en gran medida, o malestar do mesmo. Con esta fórmula, o sistema deféndese e exímese de toda responsabilidade fronte a aqueles que padecen emocionalmente na súa contorna, polo que as contradicións sociais, os abusos, as malas condicións de todo tipo, ocúltanse e os problemas restrinxense exclusivamente ao ámbito privado.

Ortiz (37) sinala que o feito de *indicar tratamento neste sentido pode conducir a un "adaptacionismo" persoal fronte a situacións sociais inxustas e contribuír a bloquear calquera posibilidade dunha formulación colectiva para loitar contra elas.*

Evidentemente, o psicólogo/a clínico/a non pode cambiar a sociedade e ademais, non é ese o seu obxectivo; con todo, debe promover unha actitude máis crítica coa información científica habitual, cuestionando, que non negando, en profundidade a validez de certas novidades químicas, diagnósticas e terapéuticas. Ademais, debe pensar que é o que beneficiará máis á persoa usuaria: un tratamento en toda regra ou outro tipo de intervención, e neste sentido debe reconsiderar a indicación de *non tratamento*, o que non significa que non lle preste axuda ou outro tipo de intervención ao individuo.

Por tanto, o obxectivo principal do psicólogo/a clínico/a é o de contextualizar o sufrimento na biografía e nas circunstancias persoais de cada suxeito, axudándoo a xestionar as súas preocupacións e malestares fóra do contexto sanitario (37). Tamén serán o de resignificar e reinterpretar o malestar, axudar a atopar soporte entre os iguais e fomentar os vínculos persoais e comunitarios.

O feito de actuar desta maneira contribuirá a fortalecer o suxeito para futuras preocupacións e evitará, aínda que só sexa un pouco, que se debiliten aínda máis os lazos tradicionais cos que se facía fronte ao sufrimento en tempos non moi afastados: familia, amizades, veciñanza, sindicatos, asociacións.

2.2.3. Tratamentos eficaces.

As principais guías clínicas para o manexo da ansiedade e da depresión sinalan a intervención psicolóxica como de primeira liña para o manexo destes trastornos.

En concreto, para a abordaxe dos trastornos de ansiedade, a *Guía de Práctica Clínica para o Manexo de Pacientes con Trastornos de Ansiedade en AP* (38) recomenda os tratamentos psicolóxicos empiricamente validados. Pola súa banda, na *Guía NICE sobre Trastornos de ansiedade* (39) o tratamento psicolóxico é de primeira liña, e desaconsella o tratamento con psicofármacos salvo de maneira puntual, por exemplo, para atender unha crise. Esta recomendación contrasta co número de prescricións de psicofármacos, principalmente benzodiazepinas e antidepressivos, que se receitan en España para a abordaxe dos trastornos de ansiedade.

En canto á depresión, a *Guía de Práctica Clínica sobre o Manexo da Depresión no Adulto* (40) recomenda que o manexo da depresión no persoa adulta se realice seguindo un modelo de atención graduada e de colaboración entre AP e SM, de forma que as intervencións e tratamentos se vaian intensificando segundo o estado e a evolución do/a paciente. Tamén indica que o tratamento da depresión no adulto debe ser integral e abranger todas as intervencións psicoterapéuticas, psicosociais e farmacolóxicas que poidan mellorar o benestar e a capacidade funcional.

Ademais, recomenda garantir a dispoñibilidade de tratamento psicoterapéutico para os/as pacientes que o necesiten e indica que para o tratamento da depresión leve-moderada pode ser útil un tratamento psicolóxico breve (como a terapia cognitivo-condutual ou a terapia centrada en solucións). A terapia cognitivo-condutual ou a terapia interpersonal son propostas como tratamento psicolóxico de elección na depresión moderada-grave e sinala a terapia cognitivo-condutual para aqueles/as pacientes con resposta inadecuada a outras intervencións ou cunha historia previa de recaídas e/ou presenza de síntomas residuais. Nesta guía recoméndase o tratamento combinado de fármacos e terapia cognitivo-condutual para depresión crónica e/ou recorrente.

A *Guía NICE sobre depresión no adulto* (2016) (41), na mesma liña, sinala a necesidade de supervisar a competencia dos/as profesionais encargados dos tratamentos, tanto psicolóxicos como farmacolóxicos. Ademais, suxire tratamentos psicosociais de baixa intensidade para aqueles/as pacientes con sintomatoloxía máis leve; non recomenda prescribir antidepressivos de forma rutineira aínda que os síntomas leves sexan persistentes e sinala unha combinación de medicación e tratamentos psicolóxicos de alta intensidade para as depresións moderadas e graves.

Doutra banda, cando falamos de atención psicolóxica en AP débese prestar atención ao modelo de Atención Graduada. A este respecto, a NICE (42) elaborou unha Guía de Implantación de Atención Graduada para Persoas con Trastorno Mental Común que pode ser útil para o incremento de eficacia e calidade na nosa atención á SM.

Deste xeito, os trastornos mentais comúns aos que se refiren en NICE son trastorno mixto ansioso depresivo, trastorno de ansiedade xeneralizada, episodio depresivo, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e trastorno de estrés postraumático. O modelo proposto ten catro chanzos, en función da complexidade das necesidades de tratamento. No chanzo 1 atopáanse os casos máis leves, onde a intervención se limitaría ao recoñecemento, o consello ou a derivación e a espera vixiante. Entre os chanzos 2 e 3 situaríanse os tratamentos psicolóxicos de baixa e alta intensidade, respectivamente. No cuarto chanzo atoparíamonos cunha poboación con necesidades de tratamento máis complexas. Os niveis que puidesen levar a cabo nos nosos servizos de atención primaria serían moi posiblemente os dous primeiros.

Segundo a Guía NICE, a implantación deste sistema suporía un aforro de custos e recursos importante para a AP, porque se reduciría tanto o número de prescricións de psicofármacos como as visitas aos/ás médicos/as, co que se aproveitarían as vantaxes do tratamento precoz dos problemas de saúde mental para o alivio das cargas do sistema. Na atención especializada, o sistema graduado melloraría a calidade das derivacións e, ao implementar tratamentos psicolóxicos, contribuiría a un aforro de custos da orde do 20%. En xeral, o modelo podería supoñer un incremento nos ingresos públicos, ao reducir os niveis de discapacidade e prestacións subsecuentes e incrementar a potencial actividade económica dos/as pacientes unha vez recuperados, o que suporía un incremento na recadación de impostos.

2.2.4. Custes.

A depresión é a principal causa de perda de produtividade na Unión Europea (43). En España, o custo dos trastornos mentais (TM) é de 46.000 millóns de euros ao ano, unha cifra moi superior á destinada ao pago de intereses de débeda pública (44). Os custos asociados a problemas de SM son superiores aos relacionados con enfermidades cardiovasculares. Case a metade destes custos son indirectos, que se derivan de situacións de incapacidade laboral e xubilacións precoces (45). A falta dunha adecuada atención ás persoas con TM (46, 47) supón un importante aumento dos días de baixa laboral e de incapacidade temporal. O absentismo laboral derivado de problemas de SM xera, ademais, un importante custo que, de forma crecente, repercute no subsistema da Seguridade Social e paralelamente no financiamento sanitario (48).

En Reino Unido, ante unha situación comparable (49), créase o programa IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) que será comentado máis adiante de maneira pormenorizada. Este programa supuxo a formación e a contratación de 6000 psicólogos/as. No ano 2012 rexistraba unhas cifras de efectividade media superiores ao 40% (50) alcanzando cifras superiores ao 45% en 2015 (51), achegándose progresivamente ao obxectivo de recuperación do 50%; estas cifras permiten que o aforro proporcionado supere aos custos do programa. Ademais, cando pacientes diagnosticados de depresión non se ven beneficiados polo tratamento psicofarmacolóxico, o feito de engadir tratamento psicolóxico é tamén custo efectivo (52). Doutra banda, aínda que o programa IAPT se

enfoca preferentemente á atención de trastornos leves e moderados, hai datos que apuntan a que podería ser custo efectivo tamén para a atención de pacientes diagnosticados de TM grave (53). Datos en Francia van neste mesmo sentido (54).

Espérase proximamente a publicación de resultados similares no noso país (55) que reforzarían a mensaxe das numerosas recomendacións de organismos internacionais, que indican que os tratamentos psicolóxicos son eficientes e que investir neles pode supoñer un importante aforro para os sistemas de saúde e para as facendas públicas; sinálase a AP como a mellor plataforma para proporcionar estes tratamentos, sobre todo en países cunha rede ben establecida de CAP, como podería ser o noso (56).

Pola súa banda, a Organización de Consumidores e Usuarios (OCU) destaca que só 5 de cada 100 euros de orzamento sanitario están a investirse en SM, fronte ao 30% de casos de discapacidade que se poden relacionar cunha mala SM. Entre outras recomendacións sinalan a necesidade de mellorar a dotación dos CAP, formar os/as médicos/as e enfermeiros/as de AP, achegar os/as especialistas de SM aos CAP e proporcionar terapias de grupo e talleres neste primeiro nivel de atención.

En 2013, a OMS elabora un ambicioso estudo epidemiolóxico, o *Global Burden of Disease Study*, no que, entre outras variables, mide os anos de vida saudable perdidos por enfermidade (DALY). En España, a depresión é a terceira causa de anos vividos con discapacidade (DLY), o suicidio é a primeira causa de morte por lesións, supoñendo o 1% dos falecementos e, segundo os datos da OMS, os TM e o consumo de substancias producen aproximadamente o 20% do tempo de discapacidade. Ademais, as principais causas de discapacidade en España son as dores músculo- esqueléticas e a diabeite, doenzas para as que existen tratamentos psicolóxicos que poden achegar un incremento da eficacia inscritos nunha intervención multidisciplinar.

A partir deste traballo, a OMS e o Banco mundial, en colaboración coa revista médica *The Lancet*, lanzan a campaña *Out of the Shadows*, para difundir as condicións dun novo traballo (57), no que se conclúe que cada dólar investido en tratamentos adecuados para os problemas de SM supón catro de aforro.

2.3. ATENCIÓN PSICOLÓXICA EN AP

2.3.1. EXPERIENCIAS INTERNACIONAIS

A reforma psiquiátrica nos anos 80 coa desinstitucionalización dos/as pacientes psiquiátricos/as e a asunción do modelo psicosocial e comunitario como marco de actuación, supuxo un cambio radical na forma de concibir e traballar co TM a nivel mundial. Dunha actitude paternalista e de sobreprotección pasouse a un empoderamento gradual das persoas con TM, incentivándose a súa toma de decisións e a asunción das consecuencias das mesmas.

O Proxecto Atlas (58), que recolle información dos sistemas de SM de todos os países do mundo, reflicte que non todos os gobernos iniciaron esta reforma, e dos que si o fixeron, diferéncianse distintos graos de desenvolvemento. Ademais, sinala que se no seu momento a *desinstitucionalización* supuxo un fito, na actualidade parece que un novo punto de inflexión é a eficacia e a eficiencia do manexo da SM nos dispositivos de AP. A este respecto, a OMS propón un modelo de equilibrado, con forma de pirámide onde xerarquiza e organiza o uso dos dispositivos comunitarios e de saúde na atención da SM. Desta maneira, non só contempla o tratamento senón tamén a súa prevención e rehabilitación.

Seguindo estas recomendacións as principais institucións sanitarias internacionais, realizaron propostas e recomendacións que priorizan a atención á SM desde o ámbito da AP e recoñecen a

necesidade de incorporar profesionais da SM a estes equipos. Existen diversos modelos de integración e colaboración entre AP e SM que foron implementados en diversos países, que constitúen modelos de boas prácticas (59) e que evidencian a importancia da vontade política e de que os seus responsables se tomen en serio o modelo biopsicosocial. A continuación comentaremos as máis relevantes.

EXPERIENCIA EN REINO UNIDO

Turpin et al. (60) publican un interesante artigo onde se describe a integración da atención psicolóxica nos servizos de AP do SNS dese país. Aínda que o *counselling*, a psicoterapia e os servizos psicolóxicos xa estaban dispoñibles a través do Servizo Nacional de Saúde (National Health Service, NHS) no Reino Unido desde hai polo menos tres décadas, só foi recentemente que estes servizos suscitaron interese debido principalmente ao alto grao de medicalización da SM, á baixa satisfacción das persoas usuarias e ao alto custo económico que esta situación levaba. Dada a importancia desta experiencia para o tema que nos ocupa, explicaremos pormenorizadamente en que consistiu.

En outubro do ano 2007 e cun investimento de máis de 200 millóns de euros en tres anos, pónse en marcha en Reino Unido a nivel nacional o programa *Mellorando o acceso a terapias psicolóxicas (Improving Access To Psychological Therapies)*, co obxectivo principal de facilitar o acceso da poboación xeral ao tratamento psicolóxico para diminuír a prevalencia dos problemas comúns de SM (principalmente ansiedade e depresión) que colapsan os servizos de AP con tratamentos psicolóxicos eficaces e eficientes alternativos aos tratamentos farmacolóxicos convencionais e que son recomendados polo National Institute of Clinical Effectiveness (NICE). Isto é así, xa que do mesmo xeito que en España, ás persoas con este tipo de problemas desde AP ofrecíase a opción inmediata de medicación ou enfrontarse a unha longa espera para acceder ao tratamento psicolóxico debido á escaseza de profesionais psicólogos/as.

Con este novo plan, Reino Unido pon en marcha en 12 áreas, máis de 32 CAP, denominados *Primary Care Trusts* que inclúen servizos de atención psicolóxica. Durante o primeiro ano polo menos 600 psicólogos/as recibiron formación co obxectivo de dar cobertura a unha poboación de 100.000 persoas. Ao finalizar o trienio, o obxectivo era que outros 3.600 psicólogos/as tamén recibisen formación e se incorporasen ao programa IAPT co obxectivo de tratar a 900.000 pacientes máis e establecer máis de 100 novos servizos en AP. Adicionalmente, o primeiro ano, 35 Trusts de AP (organizacions independentes do sistema nacional de saúde) foron seleccionadas para ser os primeiros do IAPT en implementar os servizos, prestando terapias psicolóxicas melloradas nas 10 rexións sanitarias estratéxicas de Inglaterra.

Este programa pónse en marcha apoiándose nos estudos realizados por prestixiosos equipos de investigación como o Grupo de Política de SM do Centro de Actuacións Económicas da Escola de Economía de Londres (*The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, London School of Economics*) e o Instituto Nacional para a Saúde e a Excelencia Clínica (*The National Institute for Health and Clinical Excellence*) e unha campaña posta en marcha en outubro de 2006 por diversas organizacións de SM do Reino Unido (*Mental Health Foundation, Mind, Rethink, The Sainsbury Centre for Mental Health e Young Minds*), que axuntaron os seus esforzos para elaborar un informe que xustificaba a inclusión dos tratamentos psicolóxicos nos CAP, e que presentaron posteriormente ao Parlamento británico. O informe que elaborou este grupo denominouse *We Need to Talk* (Necesitamos Falar) en alusión á necesidade da poboación de recibir outro tipo de atención sanitaria menos medicalizada e máis humanizada, así como á necesidade de que o goberno reconsiderase unha reforma no sistema de SM. Neste informe sinálanse as vantaxes económicas e sociais de determinadas terapias psicolóxicas denominadas por este grupo *talking therapies*.

Entre as razóns que se contemplaron para a súa posta en marcha están a efectividade demostrada a través da publicación das directrices do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE),

a decisión dos/as pacientes de demandar maior accesibilidade a terapias psicolóxicas (61, 62, 63, 64), os beneficios socio-económicos do benestar dos individuos e a riqueza nacional na forma do seu impacto na discapacidade e asistencia social (65, 66).

A continuación, tomando como referencia o artigo anteriormente citado realizaremos unha breve revisión dos servizos de atención graduados e colaborativos postos en marcha en Reino Unido co programa IAPT como forma de exemplificar a prestación de tratamentos psicolóxicos baseados na evidencia científica á poboación xeral a través dos servizos de AP.

Os novos servizos do IAPT son proporcionados por un amplo abanico de profesionais que se distribúen entre o sector primario, secundario e terciario. Inclúe psicólogos/as, clínicos/as e non clínicos/as, psicoterapeutas cualificados/as, *counsellors* de AP e persoal non profesional especialmente no sector terciario (isto é, recursos da comunidade ou redes locais como ONG, organizacións comunitarias e institucións doutros sectores fóse do servizo nacional saúde). No *National Implementation Plan* e no *Commissioning Toolkit* (<http://www.iapt.nhs.uk/publications/>) atópanse as especificacións claras de servizo. Outra característica fundamental é que estes servizos teñen o compromiso de recoller, sesión a sesión, datos estandarizados dos resultados de todos os/as pacientes que sexan atendidos dentro deste sistema co obxectivo de realizar unha avaliación de resultados.

De modo xeral, o modelo de actuación británico responde o concepto de atención graduada ou por niveis (*stepped care*) recomendado polo NICE (67) e descrito no epígrafe anterior. Este modelo, tal e como sinalamos, asume que non todas as persoas usuarias requiren un tratamento de igual intensidade ou profundidade e ofrece en primeira instancia o tratamento menos intrusivo, xa que parte de que a intervención máis efectiva non ha de ser necesariamente a mesma para todos. Na práctica, este enfoque implica que algunhas persoas requiren tratamentos de baixa intensidade e outras requiren intervencións máis complexas ou de alta intensidade, que serían tratamentos psicolóxicos formais aplicados por profesionais especialistas. Os tratamentos de máis baixa intensidade serían principalmente intervencións breves, autoaxuda guiada mediante materiais escritos ou en soportes informáticos, técnicas de solución de problemas ou activación condutual (68).

Por tanto, tres son os elementos chave a ter en conta na posta en marcha do programa:

-*Intervencións de alta e baixa intensidade de corte cognitivo-condutual*: a guía NICE recomenda a intervención cognitivo-condutual tanto para a depresión como para a ansiedade. Aínda que este non é o único tratamento psicolóxico recomendado, en Reino Unido considéranos o que mellor se adapta ás súas necesidades. Ademais, unha vantaxe na elección de perspectiva cognitivo-condutual é que se desenvolveron variantes que se poden caracterizar tanto de baixa como de alta intensidade. Isto permite que o mesmo tratamento, teoricamente coherente e empiricamente válido, sexa fornecido en diferentes formatos e ambientes de acordo coas necesidades e respostas do/a paciente.

Segundo as persoas autoras, a diferenza entre os tratamentos de alta e baixa intensidade non son tanto que os TCC de baixa intensidade sexan tratamentos rebaixados, senón que dan énfase á autoxestión do/a paciente, con moito menos contacto entre o persoal traballador de SM e os/as pacientes, por exemplo, mediante a utilización da autoaxuda guiada ou xestión de casos a través do teléfono; mentres que os de alta intensidade adoitan implicar unha considerable contribución por parte do terapeuta, asemellándose aos modelos tradicionais de terapia.

-*Asistencia graduada*: tanto o *National Implementation Plan* para o IAPT como as directrices do NICE respecto da depresión e da ansiedade recomendan que estes tratamentos sexan organizados ao longo dun modelo de asistencia graduada *stepped care*.

Hai dúas formas posibles de implementación da asistencia graduada. O primeiro, o enfoque puramente graduado que asigna tratamento de baixa intensidade a todos/as os/as pacientes e utiliza o principio de revisión programada para *ascender* os/as pacientes que non se benefician da intervención inicial. En contraste, o enfoque estratificado, inicialmente asigna pacientes a diferentes niveis de intervención segundo as medidas obxectivas dos seus síntomas e/ou riscos. Os dous enfoques teñen vantaxes e desvantaxes, e o NICE fai apostas compensatorias recomendando os dous sistemas simultaneamente (67).

-*Asistencia colaborativa*: a asistencia colaborativa é un enfoque de mellora da calidade a nivel de sistema e o coidado do/a paciente. Consiste na combinación dun enfoque multiprofesional, un plan estruturado de xestión, un seguimento programado e unha comunicación interprofesional realizada (69, 70). Esta asistencia colaborativa pode ser optimizada incluíndo dentro dela a utilización da figura dos administradores de casos quen coordina a asistencia colaborativa de cada casa a través de contacto telefónico (71, 72, 73).

En marzo de 2012, o programa *Improving access to psychological therapy* obtivo uns resultados prometedores xa que asistiu aproximadamente a un millón de persoas, das cales 680.000 completaron o tratamento, cunhas taxas de recuperación total do 41%. Estas cifras foron superiores ao 45% no ano 2015, achegándose progresivamente ao obxectivo de recuperación do 50%. Estas cifras permiten que o aforro proporcionado supere os custos do programa (74, 75).

Para concluír este epígrafe, cómpre sinalar que se debe ter en conta, tal e como comentan Turpin et al. (76), que a IAPT é un programa deseñado única e exclusivamente para Inglaterra, polo que se adapta á súa idiosincrasia e necesidades.

ESTADOS UNIDOS

En liña coa iniciativa de Reino Unido, Estados Unidos implantou o Programa CALM *Coordinated Anxiety Learning and Management* desde o que se proporciona terapias psicolóxicas baseadas na evidencia en centros de AP para os catro tipos de trastornos de ansiedade máis comúns: Trastorno de Pánico, Trastorno de Ansiedade Xeneralizada, Trastorno de Ansiedade Social e Trastorno de Estrés Postraumático.

Este programa permitiu a implementación como alternativa ao tratamento farmacolóxico, o tratamento psicolóxico de corte cognitivo-condutual, de maneira simple ou combinado, con moi bos resultados. De feito, a avaliación de resultados sinala que os/as pacientes tratados mostran unha gran melloría en síntomas de ansiedade e depresión, de discapacidade funcional e de calidade de vida nos seguintes 18 meses despois do tratamento (77).

EXPERIENCIA EN AUSTRALIA

Un exemplo de colaboración entre o sector público e privado atopámolo en Australia. O programa *Better Outcomes in Mental Health Care* (BOiMHC) foi iniciado en xullo de 2001, co fin de ampliar o acceso das persoas a tratamentos de calidade para TM común en AP. Este programa permite que o médico de AP derive pacientes a profesionais de SM (fundamentalmente psicólogos/as) para un número limitado de sesións de tratamento psicolóxico con respaldo empírico (fundamentalmente entrevista motivacional, terapia cognitivo-condutual e interpersoal). Os/as profesionais contrátanse directamente por cada centro ou os/as pacientes derívanse a profesionais privados mediante contratos de prestación de servizos. Este proxecto desenvolveuse no marco do programa *Access to Allied Psychological Services* (ATAPS), no que a demanda da persoa usuaria e a participación de

médicos/as de AP medrou sostidamente desde a introdución deste proxecto piloto a través de 111 proxectos dependentes de diferentes xerencias de AP distribuídas por todo o país (78).

Desde 2001 ata 2006 o proxecto contou cun financiamento do equivalente a 164 millóns de euros (80). A efectividade do proxecto ata a data foi estimada por medio de medidas pre/postratamento, obténdose unha mellora substancial no 65% das persoas usuarias, cun tamaño do efecto medio de 1,02 para todas as intervencións. O formato do tratamento é individual nun 98% dos casos cunha media de 5 sesións de 45 a 60 minutos de tratamento cognitivo-condutual (79).

EXPERIENCIAS NOUTROS PAÍSES

Outras experiencias para considerar son as iniciadas en Noruega, onde tamén se implantaron tratamentos psicolóxicos en AP (80). De feito, neste país case 250 psicólogos/as se incorporaron nos últimos anos aos CAP para realizar labores de avaliación, intervención, coordinación, supervisión doutros/as profesionais, para cribado e derivación a SM especializada. Noruega non adopta un sistema graduado de intervención médica (o que en España sería o modelo de derivación). De feito, as persoas usuarias do SNS poden pedir cita co/a psicólogo/a clínico/a antes que co MAP. Consideran que o/a psicólogo/a ten que ocupar unha primeira liña de actuación, aforrando pasos intermedios, apelando a recursos comunitarios, familiares e contextuais de calquera índole. A cita co/ psicólogo/a terá lugar previo pago de 20 euros, como no resto das especialidades médicas.

Tras investigacións sobre a efectividade do cambio de modelo, os sistemas públicos de sanidade do devandito país están a recibir financiamento na contratación de psicólogos/as. Este investimento propiciou un aumento na efectividade do tratamento e na mellora da saúde dos/as pacientes, cun aforro en custos directos e indirectos, que se traduce nun aumento de custo-eficacia.

Doutra banda, Holanda, en relación á atención psicolóxica en AP, segue o modelo anglosaxón de integración de SM en AP e de atención graduada, polo que integrou psicólogos/as en AP e enfermeiros/as especialistas en SM. Ademais, destacar que neste país é unha práctica común a derivación desde AP de pacientes con diagnóstico psicosocial ou problemas psicosomáticos a recursos competentes fóra do sistema incluíndo a psicólogos/as en práctica privada (81).

En Irlanda están a poñerse en funcionamento experiencias piloto seguindo o modelo inglés. En concreto a finais de 2009 púxose en funcionamento nun CAP en Roscommon o modelo de intervención graduada. Este servizo foi proporcionado por un equipo dos profesionais de SM, baixo a supervisión dun/ha psicólogo/a director/a (82).

Para finalizar, é preciso facer alusión ademais á experiencia portuguesa. Por mor dun convenio de colaboración entre a Facultade de Medicina do Porto e a Administración Rexional de Saúde do Norte xorde o *Proxecto Tubo de Ensaio* asociado á formación de pre e post-graduado daqueles profesionais que desenvolverán a súa actividade na AP. Este convenio inclúe a posta en marcha de proxectos de investigación e asistenciais innovadores no CAP São João que dá asistencia a 20.000 persoas. Un deses proxectos é a denominado *Experimentación dun novo modelo de prestación de cuidados de saúde primaria*.

De acordo coa súa filosofía, no ano 2001 introduciuse no CAP unha Consulta de Psicoloxía Clínica co obxecto de adoptar un modelo de *Calidade de Xestión*, consistente en mellorar o uso dos recursos dentro dos límites e directivas impostas polas autoridades. O que se pretendía era o uso eficiente e produtivo dos recursos de maneira que se cubrisen as necesidades das persoas usuarias á vez que se adaptaban ás normas prescritas. A eficiencia é entendida desde esta perspectiva de aforro en termos monetarios e de recursos, onde destaca fundamentalmente o aforro do tempo. O perfil de

usuarios/as derivados/as á Consulta de Psicoloxía Clínica era principalmente persoas con desaxustes nas relacións sociais ou con problemas de SM.

Hespanhol et al. (83) por mor da posta en marcha deste proxecto fan un estudo que abrangue do ano 2001 ao 2003 co obxectivo de coñecer se a introdución da figura do PC no CAP São João tivo a repercusión esperada en canto ao uso eficiente do tempo, traducido este en redución do número de consultas dos/as médicos/as de AP. Os resultados do estudo mostran que ao comezo do funcionamento da Consulta de Psicoloxía Clínica non houbo unha diminución substancial do volume de traballo dos/as médicos/as de AP (coincide coa posta en marcha do dispositivo e o coñecemento deste por parte das persoas usuarias); con todo, dous anos despois do funcionamento desa consulta verificábase unha diminución de case unha consulta de medicina familiar por cada un dos/as usuarios/as inscritos/as nesa consulta.

2.3.2. EXPERIENCIAS NACIONAIS

Como comentamos, no estado español desde a *Lei Xeral de Sanidade en 1986* e posteriormente a partir do ano 2007 nas distintas *Estratexias Nacionais e autonómicas de SM* foi moi utilizado o atributo de *biopsicosocial* para definir a atención que se pretendía prestar á cidadanía desde unha perspectiva integral e multidisciplinar. Malia iso, a realidade é moi diferente e a visión reduccionista do TM como un problema meramente biolóxico é o que impera actualmente na práctica clínica.

Así, a pesar da evidencia científica e as guías de práctica clínica, que desaconsellan o uso de fármacos en trastornos leves e moderados e recomendan tratamentos psicolóxicos e o elevado custo que supoñen en relación á súa efectividade, en AP a patoloxía mental trátase maioritariamente con psicofármacos, contrastando isto cunha infradotación de psicólogos/as clínicos/as nas USM e practicamente a súa inexistencia en AP. Isto leva serios prexuízos para os/as pacientes ao serlles administrado tratamentos inadecuados co risco serio de cronificación.

Malia iso, en España contamos con algúns exemplos de psicólogos/as clínicos/as en AP e iniciativas psicolóxicas que a continuación imos describir:

EXPERIENCIA EN MURCIA

En Murcia, tras o terremoto de Lorca ocorrido o 11 de maio do 2011, que deixou 9 vítimas mortais e 324 feridos, dúas psicólogas clínicas comezaron unha experiencia piloto de integración (AP-Psicoloxía), fóra das actividades de formación, nos CAP da devandita localidade. A acción colaborativa entre MAP e psicoloxía clínica tivo como obxectivo atender as persoas afectadas polo terremoto mediante un protocolo de avaliación e intervención específico deseñado tras a traxedia seguindo o modelo de aplicación do 11M. Desta maneira, puxéronse en práctica tratamentos con base empírica co obxectivo de dar cobertura a un elevado número de persoas, coa frecuencia óptima e no menor tempo. Ademais, creáronse 4 grandes grupos seguindo unha intervención graduada en función da gravidade do cadro que presentaban os afectados seguindo o modelo británico:

- Normalización en casos de reacción a tensión aguda (unha sesión e seguimento).
- Intervención grupal (4 ou 5 sesións). Seguimento aos 3 meses.
- Intervención individual (máximo de nove sesións).
- Derivación a SM (en caso de TM grave ou que presentase con anterioridade unha patoloxía previa).

O grupo de atención foi de 0 a 99 anos, no que o grupo adolescente foi o que menos demandou o servizo. Do resto, 71% adultos e os 29% nenos. A área de acción foron os CAP de La Viña (o barrio máis afectado polo terremoto), Lorca centro e San Diego.

Os resultados obtidos foron moi satisfactorios. As dúas psicólogas clínicas atenderon desde mediados de xuño e ata novembro do 2011 un total de 328 casos. Deles, tan só 15 casos foron derivados á USM, sendo estes os provenientes dos centros de atención psicolóxica que non eran os máis afectados. Por contra, foi o centro de La Viña o que menos derivacións realizou. En concreto, neste centro atendeuse o 58% de pacientes do cómputo total, sendo o perfil destes máis grave que o dos/as pacientes dos outros dous centros, que rexistraron un 20% e un 21,3% das atencións. O total de persoas atendidas en virtude destes catro diagnósticos superaron as 300. Ao comezo do tratamento destes/as psicólogos/as, a demanda era crecente, con 82 e 65 persoas en xuño e xullo, pero conforme foron pasando os meses, descendeu ata atender en outubro e novembro a 31 e 27 persoas, respectivamente (84).

Do total de persoas atendidas, o 96,8% foron españois e os 3,2% estranxeiras. Outro dato para a análise marca que o 58,5% foron mulleres e os 41,5% homes. De todas as persoas atendidas, foi o grupo de tratamento o que rexistrou un maior número de atencións, sendo o trastorno adaptativo o máis común neste grupo dos tratados, seguido do trastorno por estrés postraumático.

Posteriormente, tendo en conta os bos resultados obtidos e o aumento da incidencia dos TM leves, en novembro do ano 2011 esta prestación esténdese a dous centros máis de AP: CAP de Saúde de Santa Lucía e no CAP de Cartaxena-Casco Antigo (ambos os dous pertencentes á Área II de Cartaxena). O obxectivo a longo prazo desta iniciativa é estender este modelo ao resto de CAP da Rexión de Murcia.

O proxecto púxose en marcha grazas ao acordo entre os equipos de AP e os de SM. A poboación que recibirá tratamento psicolóxico serán adultos maiores de 14 anos con TM leve: depresión leve, ansiedade e trastornos adaptativos. Así, os/as médicos/as de AP destes centros xa non derivan pacientes con TM leve aos servizos especializados en SM senón que é un PC quen pasa consulta individual dúas veces por semana no mesmo CAP. Así mesmo, o programa contempla a realización de terapias grupais en caso de ser preciso. O/A psicólogo/a incorporado/a a estes servizos mantén, ademais, reunións periódicas cos/as médicos/as de AP para acordar con eles os criterios de derivación dos/as pacientes. O obxectivo desta reestruturación é acelerar e prever a cronificación, acurtar os tempos de espera, facilitar o acceso á poboación ao tratamento psicolóxico expoñendo unha alternativa eficaz ao tratamento farmacolóxico ao TM leve e moderado e problemas psicosociais que suscita sintomaloxía ansiosa-depresiva.

EXPERIENCIA EN CATALUÑA

No ano 2006 créase en Cataluña o Programa de Soporte á Primaria, dentro do Plan Director de SM e Adicións, incluído na Carteira de Servizos de SM e Adicións en AP no Servizo de Saúde Catalán (85).

O *Programa de Soporte á Primaria* está baseado nun modelo de colaboración: os/as profesionais de SM pasan parte da súa xornada en AP integrándose en AP. A novidade é que forman parte de ambos os equipos e fomentan a comunicación entre eles. Parte da actividade laboral desenvólvese nas USM e a outra parte no CAP. O programa ten unha dobre vertente: formativa-apoio técnico e terapéutica asistencial. A intervención formativa concrétase en sesións clínicas e espazos de interconsulta (asesoramento ao/á profesional). A intervención terapéutica-asistencial comprende desde visitas conxuntas cos/as profesionais de AP ata intervencións psicoterapéuticas breves. Desde a primeira visita, o/a psicólogo/a clínico/a está a realizar intervención psicoterapéutica.

Outro aspecto importante é a función de cribaxe que desde o programa realiza o/a psicólogo/a clínico/a para discriminar a patoloxía leve/moderada da grave, dado que esta última será atendida desde unha USM. Ademais, a través da interconsulta, o/a psicólogo/para orienta cara a outros recursos da comunidade. Por tanto o/a psicólogo/a clínico/a realiza un número importante de intervencións breves e concisas en dous niveis: interconsulta e asistencia directa.

Este Programa foi financiado tan só na metade do territorio catalán, xa que debido á crise viuse freada a súa completa implementación. Estes programas adoitan estar situados nun CAP de referencia e dá servizo a outros cinco, atendendo aproximadamente a uns 200.000 habitantes. O equipo de traballo está dotado de 1 psicólogo/a, 1 enfermeiro/a especialista en SM e 2 psiquiatras. Traballan con TM non grave (cadros inespecíficos, adaptativos, depresión, ansiedade, somatizacións). Os centros nos que se se está levando a cabo están a verse desbordados pola demanda, convertendo en anecdótica a presenza do PC en AP a pesar de ser un dos obxectivos chave no Plan de Saúde de Cataluña 2011-2015.

En febreiro de 2017, a Comisión de Saúde do Parlamento de Catalunya debateu e aprobou por unanimidade unha Proposta de Resolución sobre os Psicólogos Clínicos onde se recollía a necesidade de *reforzar o apoio da atención psicolóxica e dotar de psicólogos/as clínicos/as aos centros de Atención Primaria por medio dos Centros de Saúde Mental de Adultos (CSMA) e dos Centros de Saúde Mental Infantil e Xuvenil (CSMIJ), e facer posible a detección temperá dos trastornos mentais, cunha atención especial á aplicación de programas para a prevención e a promoción da saúde.*

Ademais, en Cataluña creouse recentemente un Grupo de Traballo en AP dentro do Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. Entre as súas funcións atópanse o realizar un censo de psicólogos/as que traballan en Cataluña en AP, unha coordinación e un rexistro das súas funcións.

EXPERIENCIA EN ELXE, VALENCIA

En Elxe pónense en funcionamento os dispositivos de Psicología Clínica en AP (PCAP) dentro dun modelo de colaboración entre AP e SM. A experiencia dunha consulta ambulatoria de psicología clínica en AP comeza no Hospital Universitario de Elxe. O criterio de derivación dos MAP ao dispositivo de PCAP formulouse en termos de funcionalidade: atendéronse as derivacións de pacientes cunha alteración leve da actividade global, concretamente puntuacións ≥ 61 segundo a escalada de avaliación da actividade global. Puntuacións menores a esta consideráronse indicadoras de derivación a dispositivos especializados que proporcionan maior nivel de intensidade no tratamento (86).

A asistencia de PCAP localizouse no CAP de Altavix, nunha única consulta que funcionou a tempo completo catro días á semana, atendendo unha media de 4 primeiras visitas semanais. Protocolariamente deriváronse desde AP a PC pacientes para valoración de como mínimo 15 anos de idade, aínda que en menor medida tamén se admitían derivacións desde outros dispositivos como SM, condutas adictivas ou saúde sexual e reprodutiva.

As medidas recollidas nas primeiras visitas atendidas no dispositivo PCAP foron: idade, sexo, diagnóstico de AP e de PCAP, derivacións tras a primeira consulta en PCAP, tratamento psicofarmacolóxico pautado desde AP, intervencións psicoterapéuticas e número de sesións de tratamento.

Nun estudo descritivo dun ano de asistencia, os resultados obtidos son prometedores, xa que reflicten unha redución na prescrición de psicofármacos á metade dos niveis do ingreso e unha

redución na derivación ás USM. Ademais, os/as pacientes atendidos/as tiveron acceso a tratamentos eficaces baseados na evidencia e a unha intervención temperá.

MADRID

No Servizo Madrileño de Saúde atopamos aproximadamente 320 CAP dos cales dependen administrativamente 50 psicólogos/as clínicos/as que exercen o seu traballo ambulatorio nas USM. A Comunidade de Madrid aprobou a súa Oferta de Emprego Público (OEP) para 2015 que inclúe 801 prazas para persoal sanitario entre as que se convocan 10 prazas para PC de AP que realizarán o seu traballo a nivel de atención especializada aínda que dependerán da xerencia de AP. Desde que se transfire a atención sanitaria do INSALUD á Comunidade de Madrid, todos/as os/as psicólogos/as clínicos/as, dependan da xerencia de primaria ou de especializada, realizan o seu traballo en coordinación cos/as psiquiatras e os/as enfermeiros/as nos centros de SM.

No Plan Estratéxico de SM 2010 - 2014 expónse como obxectivo mellorar a coordinación entre SM e AP, e establécese a figura do consultor para potenciar a colaboración entre ambos os niveis, cos obxectivos de:

- Asesoramento en casos clínicos.
- Desenvolvemento de actividades de formación continuada.
- Implementación de actividades de prevención e promoción da SM destinadas ás chamadas *patoloxías menores* para contribuír a reducir a medicalización dos problemas da vida cotiá e a diminuír as situacións de incapacidade laboral, así como a súa duración, favorecendo a reincorporación laboral.

O pasado 3 de marzo de 2016, a Asemblea de Madrid deu luz verde á creación dun Plan de Saúde para o período 2016-2019, co obxectivo de reforzar a AP. En concreto, na atención a pacientes crónicos/as, propónse: *“Dispoñer de máis recursos para a abordaxe dos factores psicosociais que inflúen na enfermidade. Isto incluírá a incorporación progresiva de psicólogos/as aos centros de saúde”*.

Recentemente, o director xeral de Coordinación da Asistencia Sanitaria da Comunidade de Madrid, César Pascual Fernández, presentou o proxecto que ten a devandita comunidade para a inclusión de psicólogos/as nos servizos de atención primaria, que xa está contemplado nas partidas orzamentarias da capital e que consiste na **inclusión de 21 psicólogos/as** en diferentes centros de Atención Primaria da Comunidade de Madrid, como experiencia para definir a carteira de servizos que terían que aplicar estes profesionais na atención primaria.

1.3.3. Experiencia en Galicia.

Malia que o SNS estea coordinado en última instancia polo Ministerio de Sanidade, a descentralización dos servizos sanitarios recollida na Constitución e en *Lei de Sanidade de 1986*, posibilita que cada Comunidade Autónoma asuma amplas competencias na xestión sanitaria.

Así, en Galicia o inicio da reforma da AP márcaa o *Decreto 200/1993* (87) que foi seguido no ano 2007 polo *Plan de Mellora da AP de Galicia 2007-2011* (88), elaborado como resposta á reclamación dos/as médicos/as de AP para a mellora das condicións laborais (Plataforma 10 Minutos) cuxas conclusións foron aprobadas polo Sergas. Devandito Plan inclúe medidas sobre a creación de prazas de persoal, aumento da capacidade resolutiva da AP e aspectos referentes á xestión e desburocratización das consultas.

Un dos motivos que explican a necesidade dun plan de mellora na AP é o aumento da frecuentación nas consultas nos últimos anos, non sempre acompañada da necesaria e áxil resposta no que a

recursos e adaptación organizativa se refire. Ademais, no caso concreto de Galicia, existen unha serie de limitacións adicionais, como son a orografía e unhas comunicacións complicadas, e tamén a gran dispersión da poboación.

Así, o Plan de Mellora céntrase en tres áreas estratéxicas: a calidade, a capacidade de resolución e a continuidade asistencial (en consonancia coas propostas a nivel nacional do Proxecto AP21). Os obxectivos estratéxicos diríxense tamén a tres aspectos esenciais:

- Persoas usuarias: búscase responder ás novas demandas e necesidades asistenciais da poboación galega e mellorar os resultados en saúde.
- Profesionais: responder ás necesidades dos/as profesionais coa mellora das condicións de traballo, e deste xeito facilitar o seu desenvolvemento persoal.
- Organización: mellorar a eficacia, a eficiencia, a calidade e a lexitimidade social da AP e, por extensión, do sistema sanitario no seu conxunto.

A pesar de que a inclusión da figura do/a PC tería unha clara repercusión nestes tres eixos estratéxicos, foi a grande esquecida na redacción do *Plan de Mellora da AP 2007-2011*, aspecto que tivo en conta o propio colectivo de médicos/as de AP de Galicia ao propoñer un *Plan Alternativo para a AP en Galicia*. Nel recóllense aqueles aspectos que consideran deficientes ou ben que non foron resolto no Plan de Mellora 2007-2011, e expóñese como principal dificultade a escaseza de tempo nas consultas de AP.

Entre os distintos factores recollidos, sinalan especificamente a necesidade de incorporar os/as psicólogos/as clínicos/as na AP, en consonancia co enfoque biopsicosocial dos problemas de saúde, e exprésano da seguinte maneira:

Os psicólogos/as clínicos/as son profesionais demandados mesmo pola poboación para resolución de problemas psicolóxicos leves e/ou moderados. Ata agora requírese unha derivación previa aos psiquiatras das USM. Son profesionais mellor adestrados para dirixir as terapias grupais de pacientes con patoloxía crónica relacionadas coa modificación de estilos de vida (obesos, diabéticos, fumadores). Estas terapias grupais combinadas co tratamento médico demostraron ser moi eficientes.

Ademais, en materia de SM a nivel legislativo en Galicia destacan o *Plan estratéxico de saúde mental 2006-2011* (90) e os *plans de prioridades do Sergas (2014 e 2015)* (89, 90) onde a SM se establece como prioridade, en concreto a depresión e a conduta suicida. Con todo, malia iso, observouse unha escasa congruencia entre os discursos sobre planificación estratéxica e as prácticas reais ás que deron lugar. De feito, en Galicia as taxas de suicidio seguen medrando sen que a Consellería implante ningunha das recomendacións sinaladas pola OMS e/ou sen que actualmente exista un Plan Estratéxico de SM, como recomendan as organizacións internacionais e o Ministerio de Sanidade.

Por último, cómpre sinalar que non hai no Parlamento de Galicia ningunha iniciativa parlamentaria exposta recentemente en relación á incorporación da psicoloxía clínica á AP do Servizo Galego de Saúde, nin xeneral sobre AP ou SM.

1.3.3.1 Experiencia a través do programa formativo de Psicólogo/a Interno Residente (PIR)

En Galicia, unha das fontes de información máis accesibles para achegarnos á atención psicolóxica en AP é a experiencia do PIR, xa que non existe a figura do/a PC en AP. O programa formativo da

especialidade en psicoloxía clínica *Orde SAS/1620/2009* (91) recolle a rotación específica en AP do futuro PC que deberá de participar no funcionamento dos equipos multidisciplinares de AP.

Os obxectivos desta rotación, comúns en todo o Estado español, son:

- Coñecer os aspectos básicos da organización, do funcionamento e da xestión en AP.
- Participar no funcionamento dos equipos multidisciplinares de AP.
- Coñecer os criterios de derivación ao nivel especializado e especialmente aos dispositivos de SM.
- Coñecer e participar nos espazos de coordinación organizados desde AP.
- Adquirir coñecementos sobre as psicopatoloxías máis prevalentes en AP e sobre o diagnóstico diferencial.
- Adquirir coñecementos sobre os trastornos somáticos asociados á patoloxía mental.
- Valorar o impacto da enfermidade física sobre o estado mental e a calidade de vida do paciente e da súa familia.
- Adquirir coñecementos sobre o seguimento dos TM graves na comunidade.
- Adquirir coñecementos sobre o seguimento dos trastornos crónicos desde AP.
- Coñecer e participar en programas de promoción e prevención da saúde.

Para implementar estes obxectivos propóñense unha serie de actividades:

- O/A PIR debe participar nas reunións e nas actividades organizativas e de coordinación do CAP, así como colaborar en programas preventivos e de promoción da saúde que se estean implantando no centro, ademais de en as actividades de formación do CAP.
- O/A PIR debe realizar unha observación participante das consultas do MAP, das consultas de Enfermería, das consultas de Pediatría e das de Tráballo Social.
- O/A PIR debe realizar directamente unha serie de tarefas como avaliar posibles derivacións a outros dispositivos de SM, elaborar informes clínicos e tratar de forma individual, familiar ou en grupo, os trastornos de SM máis frecuentes en AP.

Para iso, ao longo da rotación, o/a PIR debe adquirir formación teórica sobre os seguintes aspectos:

- Promoción e educación para a saúde.
- Conduta de enfermidade e procesos do enfermar.
- Tensión, afrontamento da enfermidade e da saúde.
- Detección, diagnóstico e tratamento psicolóxico dos trastornos de adaptación e reactivos con especial atención aos grupos de risco e situacións especiais: familias desestruturadas; vítimas de malos tratos; familiares e coidadores de persoas enfermas; inmigrantes; persoas e colectivos en risco de exclusión social.
- Detección, diagnóstico e tratamento precoz de condutas adictivas.
- Asesoramento e consello a grupos de apoio e axentes sociais non sanitarios: asociacións de familiares e/ou de persoas enfermas; grupos de autoaxuda; comunidade educativa.
- Intervencións psicolóxicas para a prevención primaria, secundaria e terciaria dos TM e do comportamento nas distintas etapas do ciclo vital.
- Multiculturalidade e etnicidade.
- Saúde sexual e reprodutiva.
- Psicoxeriatría.

Nun estudo sobre o estado actual das rotacións en AP dos/as psicólogos/as internos/as residentes das áreas sanitarias galegas extraéronse os seguintes datos (92):

A rotación en AP é unha das rotacións obrigatorias do programa formativo da especialidade de Psicoloxía Clínica. O programa formativo recomenda realizar esta rotación durante o segundo ano, tras realizar a rotación en Unidades de SM (USM), con todo, en Galicia, a opción xeral é realizar esta rotación nalgún momento do último ano de residencia.

Na maioría das áreas sanitarias de Galicia, esta rotación realízase ao longo de 3 meses, tal como propón o BOE. En catro delas (A Coruña, Ferrol, Ourense e Ferrol) a rotación realízase ao longo de doce meses nos que o/a PIR acode ao CAP un día á semana, mentres que o resto está ocupado noutra rotación.

A supervisión é o principal problema da rotación en AP. En Galicia non existen psicólogos/as clínicos/as en AP e a supervisión é responsabilidade, no mellor dos casos, psicólogos/as clínicos/as que traballan no mesmo edificio no que se atopa o CAP desempeñando outras funcións [USM na Coruña e Centro de Orientación Familiar (COF) en Ourense]. Na maior parte dos casos, un/unha PC que traballa nun dispositivo máis afastado actúa como consultor mentres que a supervisión directa exercea un/unha MAP.

Un segundo problema, en parte das áreas sanitarias, é o espazo. Naqueles centros nos que non se conta cun despacho destinado á consulta do/a PIR, deben aproveitarse ocos baleiros, como despachos da quenda de mañá pola tarde e viceversa ou despachos de persoal ausente por enfermidade, vacacións ou permisos, coa dificultade organizativa e as molestias para os pacientes atendidos que iso supón. Destaca a solución a este problema na Coruña, onde esta rotación se realiza polas tardes para favorecer a dispoñibilidade de espazo físico.

Con respecto aos tratamentos, predomina a terapia familiar, de parella e individual fronte ao desenvolvemento de terapias grupais, en parte por mor das limitacións de tempo e espazo da rotación en moitos dos casos. En dous centros leva a cabo terapia de grupo con diferentes obxectivos sobre diversos trastornos (relaxación, HHCC, historias clínicas, ansiedade, depresión, fibromialxia, cuidadores).

En todas as áreas destaca o apoio e a valoración altamente positiva dos/as profesionais de AP cara á presenza de residentes nos CAP sendo especialmente valorados os casos nos que a presenza de PIR se dá de forma continuada, é dicir, nos centros nos que un/unha PIR releva a outro. Tamén se resalta a efectividade das intervencións, que en moitos casos funcionan como unha auténtica prevención secundaria xa que o prazo entre a demanda e a atención é moi breve e en condicións moi accesibles para o/a paciente.

Con respecto ás cifras, cómpre destacar que a presenza da psicoloxía clínica en AP en Galicia é moi reducida. Tanto é así que só en 7 CAP dos 406 que hai en Galicia hai unha presenza parcial e descontinua do/a psicólogo/a través de persoal en formación. Ademais, estímase que a día de hoxe son 91 os/as psicólogos/as clínicos/as que traballan nos dispositivos do Sergas, estes especialistas soportan unha importante carga asistencial que se vería reducida se se incrementase a presenza de atención psicolóxica nos CAP, o que supoñería unha mellora na calidade asistencial. Por outra banda, 124 psicólogos/as clínicos/as están inscritos/as nas listas de contratación temporal do Sergas, aínda que unha minoría deles están entre os 91 que están a traballar no sistema público, habería suficientes dispoñibles para comezar a dotar os CAP con profesionais da Psicoloxía Clínica.

Para finalizar este epígrafe comentar que a incorporación do/a psicólogo/a residente nos CAP pon de manifesto que o seu traballo é útil e eficaz. Así, a súa intervención reduciu as derivacións a USM e en tres meses conseguiron facer intervencións específicas eficaces. Os/As MAP valoran como moi

positivo ter a unha persoa coñecedora de psicopatoloxía, e cada vez delega máis casos ao/a psicólogo/a residente.

1.3.4. Resumo sobre resolucións autonómicas

No último ano no Estado español presentáronse diferentes resolucións parlamentarias en materia de psicoloxía, AP e SM. A continuación preséntase un cadro resumo sobre as mesmas (93):

COMUNIDADE AUTÓNOMA	ESTADO	PROPOÑENTE	APOIADA POR
ANDALUCÍA	Non existe		
ARAGÓN	En tramitación	Partido Popular	
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Aprobada	Ciudadanos	PP, Ciudadanos, Foro de Asturias e Podemos
CANARIAS	Non existe		
CANTABRIA	Non existe		
CASTELA E LEÓN	En tramitación	Ciudadanos	
CASTELA A MANCHA	Non existe		
CATALUNYA	Aprobada	Ciudadanos	Unanimidade: Junts pel Sí, Catalunya Sí que es Pot, Porpulares, Socialistes de Catalunya e CUP
EUSKADI	Non existe		
ESTREMADURA	Non existe		
GALICIA	Non existe		
ILLAS BALEARES	Aprobada	PP	Unanimidade: Grupos parlamentarios popular, socialista, Més per Mallorca, Més per Menorca, Podem Illes Balears, El Pi Proposta per les Illes Balears, Mixto
LA RIOJA	Non existe		
COMUNIDAD DE MADRID	Aprobada	Ciudadanos	PP e Ciudadanos

REXIÓN DE MURCIA	En tramitación	Grupo Parlamentario Socialista	
NAVARRA	En tramitación	Grupo Parlamentario Socialista	
COMUNIDADE VALENCIANA	En tramitación	Ciudadanos	Unanimidade: PP, PSPV, Compromís, Ciudadanos e Podemos-Podem

A este respecto, a continuación comentaremos as máis relevantes.

- Na **Comunidad de Madrid**, o Goberno autonómico levará a cabo un paquete de medidas, entre as cales figura a dotación progresiva de psicólogos/as clínicos/as nos centros de Atención Primaria, a paulatina incorporación dos programas de intervención psicolóxica para colectivos de persoas enfermas especialmente vulnerables, así como o acrecentamento gradual na oferta docente especializada de especialistas en Psicología Clínica.

- En Valencia, acordouse por unanimidade a aprobación doutra Resolución “sobre a creación da figura do/a psicólogo/a clínico/a de Atención Primaria no sistema sanitario”.

- En Aragón, debateuse e aprobouse unha interpelación formulada ao Conselleiro de Sanidade relativa á atención psicolóxica no Sistema Público de Saúde aragonés, a través da cal apelaba, entre outras cousas, á necesidade de abordar a saúde mental desde unha perspectiva integrada e integral, e insistía na prexa de tomar medidas para incrementar a cobertura e accesibilidade dos tratamentos psicolóxicos, garantindo á cidadanía o acceso a unha terapia psicolóxica de calidade, e mellorando así a prevención e os tratamentos en saúde mental. Esta iniciativa quedou aprobada na Comisión de Sanidade das Cortes de Aragón.

- En Asturias, aprobouse unha moción relativa á implementación “dun estudo piloto para a incorporación de asistencia psicolóxica na Atención Primaria do Sistema Nacional de Saúde”.

- Nas Illas Baleares estribouse unha Proposición Non de Lei relativa á inclusión do servizo psicolóxico nos centros de saúde, dentro do Plan de Saúde Mental autonómico.

- En Cataluña debateuse e aprobouse por unanimidade emprender unha serie de accións, tales como o incremento no número de prazas PIR e o aumento da presenza de psicólogos/as clínicos/as nos dispositivos de saúde mental e naqueles servizos onde as intervencións psicolóxicas demostraron a súa eficacia, incorporando tamén a estes/as profesionais nos centros de Atención Primaria.

-En Castela e León, a día de hoxe, existen tres iniciativas pendentes aínda de debate centradas en adoptar medidas para unha adecuada cobertura dos tratamentos psicolóxicos no Sistema de Saúde.

- En Murcia e en Navarra atópanse tamén admitidas a trámite e pendentes de debate mocións sobre a inclusión de psicólogos/as clínicos/as en Atención Primaria e a implementación da intervención psicolóxica neste nivel asistencial.

O feito de que todas estas iniciativas fosen presentadas e votadas favorablemente en diferentes comunidades autónomas, por distintos grupos parlamentarios de ideoloxía completamente dispar,

pon de relevo o interese unificado existente arredor deste tema así como a importancia que se concede ao mesmo.

1.3.4. Conclusións

As experiencias internacionais e nacionais comentadas reflicten, tal e como sinala a ONU (14) nas súas recomendacións, que *non existe un único modelo de boa práctica clínica que poida ser seguido por todos os países*. Así, aínda que o modelo de atención graduada está en proceso de implantación en Reino Unido, non sería adecuado un calco directo do mesmo no Estado español xa que a sociedade, o sistema sanitario e a lexislación de ambos os países son diferentes. Un exemplo disto sería a capacitación adecuada dos/as profesionais que levan a cabo as intervencións, unha dificultade en Reino Unido que estaría resolta na nosa contorna, xa que en España a formación dos psicólogos/as que traballan no sistema público de saúde se realiza a través dun sistema de residencia, do mesmo xeito que no resto das especialidades médicas.

A pesar diso, aínda que diferentes, as experiencias comentadas gardan unha variable común a todas elas e é que estas iniciativas de colaboración máis eficiente entre a atención psicolóxica e a AP son a concepción da SM polos gobernos e políticas de estado desde un modelo non exclusivamente biofarmacolóxico. Ademais, supón unha xustificación racional sobre a base da evidencia científica, a situación obxectiva dos servizos sanitarios, os datos epidemiolóxicos, o nivel de satisfacción e as preferencias da persoa usuaria.

2. PROPOSTA DUN MODELO DE PSICOLOXÍA CLÍNICA EN AP PARA GALICIA.

2.1. A figura do/a PC en AP.

En España, atendendo á lexislación vixente, o/a psicólogo/a que desenvolve funcións asistenciais nos dispositivos do SNS, onde se inclúe a AP, debe estar en posesión do título de especialista en Psicoloxía Clínica. Así, a *Lei Xeral de Saúde Pública, Lei 33/2011* (94) recolle:

Que os psicólogos que desenvolvan a súa actividade en centros, establecementos e servizos do Sistema Nacional de Saúde ou concertados con el, para facer efectivas as prestacións sanitarias derivadas da carteira de servizos comúns do mesmo que correspondan a devanditos profesionais, deberán estar en posesión do título oficial de Psicólogo Especialista en Psicoloxía Clínica ao que se refire o apartado 3 do anexo I do Real Decreto 183/2008, do 8 de febreiro, polo que se determinan e clasifican as especialidades en Ciencias da Saúde e desenvólvense determinados aspectos do sistema de formación sanitaria especializada.

Ademais, demostrouse unha maior eficacia dos tratamentos canto maior é a pericia do/a profesional que os proporciona (95), mentres que os tratamentos psicolóxicos por computador, sen participación humana non son unha alternativa(96, 97).

Tal e como expuxemos en epígrafes anteriores, en Galicia non existe a figura do/a PC en AP propiamente dita e a súa presenza no Estado español é anecdótica. A pesar diso, o programa de formación especializada de Psicoloxía Clínica de 4 anos (BOE-A-2009-10107) parece abrir camiño ao considerar no seu circuíto de rotacións básicas a rotación por AP. Así, os/as psicólogos/as clínicos/as vía PIR, ao final do seu período de formación, son coñecedores da práctica asistencial en AP, do seu modelo organizativo e da xestión de casos.

Ademais, estes/as profesionais dominan os circuítos de derivación de pacientes entre primaria e especializada, especialmente a SM, dado que rotaron por todos os dispositivos específicos. Doutra banda, teñen unha experiencia práctica de 4 anos nas dinámicas hospitalarias e coñecen o funcionamento da historia clínica electrónica (en Galicia: IANUS). Por último, a titulación obtida

dálles acceso á categoría de Facultativo Especialista da área de Psicoloxía Clínica (FEA), o que lles posibilita autonomía e independencia fronte a outros/as profesionais sanitarios/as.

Doutra banda, o número de psicólogos/as clínicos/as no SNS é totalmente insuficiente. Isto contrasta con que cada ano o Ministerio de Sanidade forma ao redor duns 137 especialistas en Psicoloxía Clínica, investimento que é pagado con diñeiro público e que posteriormente non é aproveitado polos contribuíntes. Só en Galicia, nas listas de contratación temporal hai 124 psicólogos/as clínicos/as dos/as que actualmente tan só 10 desenvolven a súa actividade regularmente no SERGAS con contratos de diferente tipo.

Se prestamos atención ás convocatorias de oferta pública de emprego galegas que garanten o acceso ao SNS seguindo os principios de igualdade, mérito e capacidade, comprobamos que o número de prazas ofrecido é totalmente insuficiente, mal cubrindo os dispositivos en SM existentes (OPE extraordinaria: 49 aprobados, OPE 2006: 12 aprobados, OPE 2008: 4, OPE 2012: en principio 4 prazas. Cubríronse antes por concurso de traslados -3 desde fóra de Galicia-, OPE 2015: 0, OPE 2017: 3). Ademais, non se contemplou a AP, tal e como xa comeza ocorrer noutras comunidades autónomas como a madrileña.

Todo iso contrasta cos datos que fomos solicitando ao longo do documento. Como xa comentamos, entre o 30 e 40% das consultas de AP presentan unha compoñente psicolóxica. Ademais, preto do 90% non chegan a ser derivadas á especializada de SM polo que o consumo de psicofármacos desde AP é elevado. O establecemento da figura do/a PC en AP facilitaría a detección e o tratamento dos devanditos casos así como a derivación para especializada no caso de que fose necesario.

Doutra banda, a AP adoita ser o dispositivo de primeiro contacto de persoas usuarias con TM grave e ideas suicidas. Nin que dicir ten da relevancia de situar profesionais especializados/as neste nivel para manexar unha primeira intervención eficaz dentro do marco da SM comunitaria.

2.2. Cara a un modelo de psicoloxía clínica en AP en Galicia.

A proposta dun modelo de intervención específico de psicoloxía clínica en AP debe ser algo máis amplo que cingirse a unha técnica ou a un modelo psicoterapéutico concreto. Desde o noso punto de vista, debe conter intervencións comunitarias que non perdan de vista o ámbito educativo, familiar, social ou da xustiza; debe contemplar o traballo psicolóxico tanto desde unha perspectiva individual como grupal, dando preferencia a esta última co obxectivo de optimizar a súa eficiencia; no caso de facer uso da psicoterapia, as intervencións do/a PC deben ser breves, focalizadas, restrinxidas no tempo, cun número pechado de sesións, centrado nun modelo de eficacia demostrada e adaptado á idiosincrasia da AP. Por último, e non menos importante, debe promover o contacto con outros/as profesionais sanitarios/as que interaccionan tamén coa persoa usuaria como son os/as MAP, pediatras, traballadora social, enfermería, farmacia.

Non podemos perder de vista que o maior risco que corre un/unha PC en AP é que a súa consulta se acabe convertendo nunha USM con longa lista de espera. Cremos que gran parte da xornada laboral dun/ha PC que traballe en AP ha de ser de *corredor*, entendido este desde o punto de vista da interacción. O traballo do/a profesional en AP debe ser dinámico, versátil, que complemente o labor dos/as outros/as profesionais citados/as xa que en moitas ocasións xa contan con formación en psicoterapia individual-grupal e técnicas específicas (relaxación, SP, HHSS) ou o apoio da telemedicina.

Desde a nosa perspectiva, o modelo de psicoloxía clínica que se implante en AP debe responder á filosofía *darlle a cada paciente o que necesita*. Entendemos que o modelo de atención á saúde se basea no entendemento e na abordaxe das necesidades das persoas usuarias e na realidade biopsicosocial das persoas. A práctica da saúde comunitaria desborda o campo específico da psicopatoloxía. Propugnamos un plan terapéutico para cada paciente, no que se teña en conta todos

os aspectos relacionales co seu medio persoal, familiar e social, ademais do diagnóstico psicopatolóxico. Por tanto, propoñemos un modelo de traballo baseado en accións psicoterapéuticas máis que nun modelo psicoterapéutico concreto, co que se logre chegar a cada persoa entendida esta desde un contexto psicosocial concreto.

Creemos que todas e todos os pacientes son diferentes e teñen necesidades distintas. A algúns unha interpretación do que lles pasa xa lles serve, outros necesitan cambiar a contorna ou algunha habilidade concreta, outros unha intervención grupal, outros precisarán dunha intervención cara a cara e nalgún caso haberá que ter atención domiciliaria. Se a atención comunitaria está determinada polas necesidades dos/as pacientes, faise necesario priorizar a discapacidade sobre os síntomas e poñer a énfase no desenvolvemento de capacidades e de habilidades que melloren a autonomía e a calidade de vida das persoas afectadas, especialmente naquelas con problemas crónicos de saúde e con TM de longa evolución.

É por esta razón que creemos, nun intento de propoñer un modelo de intervención de psicoloxía clínica en AP, que o relevante é deixar claras as bases e non centrarnos tanto en técnicas ou modelos de intervención psicoterapéuticos concretos.

Con todo iso en mente, consideramos que estas deben ser algunhas das directrices que debería seguir o/a PC en AP (98):

- *Intervención e organización comunitaria.* Actividades preventivas (detección e intervención temperá e promoción da saúde en SM, reprodutiva, trastornos alimentación, adiccións, violencia). Establecer alianzas con grupos de autoaxuda e sectores implicados. Colaboración con comunidade educativa.
- *Incrementar a dispoñibilidade de recursos internos de AP* para axudar a atender os problemas psicosociais ou de SM dos/as pacientes e achegar un rápido feedback ao/á profesional sanitario/a, sen derivar o/a paciente a un servizo especializado.
- Mellorar o recoñecemento das distintas necesidades en saúde mental nos servizos de saúde.
- Consultoría para apoiar o traballo de médicos, pediatras, profesionais de enfermería, traballo social na atención á saúde e en problemas onde o comportamento e a comunicación interferen. Discusión de casos, resolución de problemas.
- Consultoría clínica a pacientes para fomentar o establecemento de metas razoables, habilidades de resolución de problemas interpersoais, de autocontrol, de estratexias de afrontamento.
- Mellorar a colaboración na atención e o manexo de persoas con problemas psicosociais en AP.
- Medidas psicoeducativas. Adestramento en competencia parental para afrontar necesidades familiares e dos fillos, problemas de parella, comportamentos de risco, mellora adherencia a tratamentos.
- Activación conductual.
- Atención clínica propiamente dita en contextos grupales. Adestramento en habilidades ou solución de problemas, adestramento en técnicas específicas (v. gr. relaxación, hixiene de sono, control de estímulos, deshabitación tabaco), individuais (consello, asesoramento, xestión tensión, trastornos adaptativos).
- Seguimento de pacientes mentais graves na comunidade.
- Atender a pacientes con risco de suicidio.
- Previr serios problemas de saúde física e mental a través da detección e intervención temperá.
- Avaliar e derivar a un paciente a servizos de SM especializados para que reciba un tratamento máis intensivo.

Evidentemente, asumir estas funcións supón un cambio para o PC con respecto ao seu traballo noutras unidades asistenciais. Así, o traballo en equipo, a necesidade de flexibilidade e axilidade, a atención tanto de pacientes como de persoal sanitario ou a eficiencia convértense en elementos

definitorios da súa actividade asistencial. A continuación, describiremos máis pormenorizadamente cada un deles (99):

1. Traballo en equipo. A AP depende da atención baseada en equipos para coordinar servizos, recursos de acceso e proporcionar promoción da saúde e prevención de enfermidades. O PC pode decidir estar fisicamente no mesmo contorna coa co-localización da súa consulta nun CAP, pero isto non será suficiente, sen dúbida, xa que estar dentro dun despacho nun CAP non significa ser parte do equipo.

O PC que estea en AP debe aprender do funcionamento do equipo no día a día para facilitar a comunicación e a interacción necesaria. Non basta con ter actitude de espera e esperar ser a boa referencia. Hase de participar nas consultas médicas/enfermería/pediatría que o requiran no marco da interconsulta. Estas son un modelo de actuación no que o paciente ve un equipo para a súa atención e seguimento.

2. Dous clientes: pacientes e médicos e resto do persoal sanitario. Os psicólogos/ as clínicos integrados nos CAP han de realizar cambios no enfoque tradicional de atender as necesidades do paciente para responder as preocupacións do persoal sanitario. Adaptándose a este modelo mellora a calidade da continuidade da atención do paciente. Isto require un cambio de mentalidade similar ao traballo de interconsulta e ligazón. Estas interconsultas ás veces serán moi áxiles e permitirán unha transferencia, igualmente rápida ao paciente para tomar decisións, implantar un psicofármaco ou realizar unha derivación.
3. Intervención áxil. Tradicionalmente, os servizos ambulatorios de SM proporcionados polos psicólogos/ as clínicos nas USM están estruturados con sesións de 30 minutos. Este modelo de traballo non pode reproducirse nun CAP, xa que a consulta ha de ser áxil, en numerosos ocasións de triaxe ou moi focalizada.
4. Flexibilidade. O PC debe estar sempre dispoñible para recibir a demanda. Estas poden ser moi variadas, tanto por parte dos pacientes como por parte do equipo. Encádrelos tamén han de ser variados, ás veces é unha consulta de corredor, ou telefónica, ou nunha sesión conxunta ou unha consulta individual. Ás veces os pacientes poden requirir soamente información, ou consulta puntual pero en varios momentos vitais. O encadre ha de ser o que permita a resolución da demanda.

2.3. Conclusións

Para finalizar, los autores del presente documento quieren resaltar los siguientes enunciados que consideran primordiales en la consecución real de la atención psicológica en AP:

- Ante los TM comunes el tratamiento no farmacológico es el mejor tratamiento disponible.
- Los organismos competentes en materia de saúde: OMS, NICE, Banco Mundial, WFMH, APA, La GPC, la OCDE recomiendan la terapia psicológica.
- La psicología puede ofrecer tratamientos e intervenciones eficaces.
- El actual modelo de derivación no es efectivo. Consideramos que debe imperar el modelo de reemplazo donde el psicólogo clínico colabore directamente con el personal sanitario.
- Los tratamientos psicológicos por ordenador, sin participación humana, no son una alternativa al tratamiento cara a cara.
- Los usuarios parecen preferir los tratamientos psicológicos.
- Es necesario mejorar el acceso a los tratamientos psicológicos.
- Equidad es dar a cada uno lo que necesita.
- Los tratamientos psicológicos en AP del SNS los aplican los psicólogos/as clínicos.
- La AP debería incluir en su cartera de servicios la atención psicológica.

Bibliografía

1. NICE. Common mental health disorders: identification and pathways to care. In: National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE; 2011.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
4. Layard R, Clark DM. Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in Psychology*. 2015; 6: ISSN 1664-1078.
5. Organización Mundial de la salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS; 1978. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [Consultado el 23 de noviembre 2016].
6. Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 2009; Vol 5(13): 204-222.
7. General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, n°102, (29-04-1986).
8. Estructuras Básicas de Salud. Real Decreto 137/1984 de 11 de enero. *Boletín Oficial del Estado*, n° 27 (01-02-1984).
9. Informe SESPAS 2012 *Gac Sanit*. 2012; 26(S):162-164.
10. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. *Boletín Oficial del Estado*, n° 128 (29-05-2003).
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la AP en España: 2007-2012, Proyecto AP-21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategias de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
14. OMS and World Organization of Family Doctors (Wonca). Integrating mental health into primary care. A global perspective. Ginebra, Suiza: 2008.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra, Suiza: OMS; 2013.
16. Haro, JM et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin* 2006;126(12):445-51.
17. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Gutiérrez-Nicuesa L, Salvatella-Pasant J, Navarro-Artieda R. Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gac San* 2009; 24(1):13-19.
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España 2014 (INE). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
19. Fernandez A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martínez-Alonso M, Autonell J et al. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders* 2006; 96(1-2), 9-20.
20. Fernandez A, Haro JM, Martínez-Alonso M, Demyttenaere K, Brugha TS, Autonell J et al. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry* 2007, 190: 172-3.
21. Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) 2012
22. Estévez J. El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2011; 31 (112), 735-751.
23. Pérez M, Fernández JR. Más allá de la salud mental: la psicología en Atención Primaria.

- Papeles del psicólogo 2008; 29 (3): 251-270.
24. Goñi A, García E, Landa N, Lizasoain E. Análisis de las derivaciones desde atención primaria a saúde mental. *Anales de Psiquiatría* 2008, 24 (2): 83-88.
 25. Consejo europeo 2011.
 26. Coyne JC, Thompson R, Klinkman M, Nease D. Emotional disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70: 798-809.
 27. Aragonés E, Piñol JL, Labad A. The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice* 2006; 23(3):363-8.
 28. Roy-Byrne P, Wagne AW, Scraunfnagel BS. Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry* (2005);66 (4): 16-22.
 29. Artal J, Herrán A, Vázquez-Barquero JL. La enfermedad mental en atención primaria: Estado actual de la investigación clínico-epidemiológica. *Archivos de Neurobiología* 1996; 59 (4): 237-256.
 30. Meador C. The art and science of nondisease. *The New England Journal of Medicine* 1965; 272, 92-95.
 31. Kishore J. A dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications. 2002.
 32. Sánchez R et al. Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2011; 4 (2): 150-161.
 33. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale (Computer and computerisation in general practice). Namur, Belgium: Press Univ Namur; 1986.
 34. Bentzen N. WONCA International dictionary for general/family practice. Copenhagen: Laegeforeningers Forlag; 2003.
 35. Gervás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20: 127-134.
 36. Ortiz-Lobo A, González R, Rodríguez F. La derivación a saúde mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria* 2006; 38: 563-569.
 37. Ortiz-Lobo A. Los profesionales de saúde mental y el tratamiento del malestar. *Átopos* 2008; 7: 26- 34.
 38. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
 39. National Institute for Health and Clinical Excellence. Anxiety disorders. Londres: NICE; 2014.
 40. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
 41. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults: recognition and management. Londres: NICE; 2016.
 42. National Institute for Health and Clinical Excellence. Common mental health problems: identification and pathways to care. Londres: NICE; 2011.
 43. Purebl G, Petrea I, Shields L et al. Depression, Suicide Prevention and E-Health. Situation analysis and recommendations for action. Join Action on Mental Health and Wellbeing; 2015.
 44. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos (2016) Presentación del Proyecto de Presupuestos Generales del Estado 2016.
 45. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, et al. Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE* 2014; 9(8): e105471. doi:10.1371/journal.pone.0105471
 46. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Utilización de los servicios de saúde mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(Suppl. 2):21-2.
 47. Fernández A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martínez-Alonso M et al. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *J Affect Disord*. 2006 Nov;96(1-2):9-20. Epub 2006 Jun 21.
 48. Araña-Suárez S. Características, Efectos y Resultados de los Diagnósticos y Prescripciones en Saúde Mental, AP e Incapacidad Laboral Temporal, ACAPI-PSICONDEP; 2009.

49. Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders; 2006.
50. Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. How Mental Illness Loses Out in the NHS; 2012.
51. Health and Social Care Information Centre. Psychological Therapies: Annual Report on the use of IAPT services England, 2014/15.
52. Hollinghurst S, Carroll FE, Abel A, Campbell J, Garland A et al. Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: economic evaluation of the CoBaIT Trial. *Br J Psychiatry*. 2014 Jan;204(1):69-76. doi: 10.1192/bjp.bp.112.125286. Epub 2013 Nov 21.
53. Jolley S, Garety P, Peters E, Fornells-Ambrojo M, Onwumere J, Harris V, Brabban A, Johns L. Opportunities and challenges in Improving Access to Psychological Therapies for people with Severe Mental Illness (IAPT-SMI): evaluating the first operational year of the South London and Maudsley (SLaM) demonstration site for psychosis. *Behav Res Ther*. 2015 Jan;64:24-30. doi: 10.1016/j.brat.2014.11.006. Epub 2014 Nov 26.
54. Dezetter A, Briffault X, Ben Lakhdar C, Kovess-Masfety V. Costs and benefits of improving access to psychotherapies for common mental disorders. *J Ment Health Policy Econ*. 2013 Dec;16(4):161-77.
55. Cano-Vindel A. (no publicado). Proyecto piloto para tratar los desórdenes emocionales en AP con técnicas psicológicas basadas en la evidencia: un ensayo controlado aleatorizado
56. OECD. *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing; 2014.
57. Chisholm, D, Sweeny, K, Sheehan, P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3: 415-424
58. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2014*. France: World Health Organization OMS; 2015.
59. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, 2008. Consultado en febrero de 2010. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf.
60. Turpin G, Richards D, Hope R, Duffy, R. Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo* 2008; 29(3): 271-280.
61. Department of Health. *Our health, our care, oursay: A new direction for community services*. Whitepaper. London: Department of Health; 2006.
62. Department of Health. *Organising and delivering psychological therapies*. London: Department of Health; 2004.
63. Rankin J. *Mental health in the mainstream: A good choice for mental health*. London: Institute of Public Policy Research; 2005.
64. Sainsbury Centre for Mental Health. *Choice in Mental Health: Briefing paper 31*. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2006.
65. Layard R. The case for psychological treatment centres. *British Medical Journal*, 332, 1030-1032; 2006.
66. Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G. Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review* 2007; 202: 90-98.
67. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Clinical guideline 23: Depression: management depression in primary and secondary care*. London: NICE; 2004.
68. Pastor J. El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del psicólogo* 2008. 29 (3): 271-290.
69. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organising care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 1996; 74: 511-544.
70. Gunn J, Diggins J, Hegarty K, Blashki G. Asystematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research* 2006; 6: 88.
71. Bower P, Gilbody S, Richards DA, Fletcher J, Sutton A. Collaborative Care for depression in primary care. *Making sense of a complex intervention: systematic review and meta regression*.

- British Journal of Psychiatry 2006; 189: 484-493.
72. Pilling S, Burbeck R. Cognitive behavioural therapy and the effective treatment of depression: Report for the Department of Health in support of the submission to the Comprehensive Spending Review. London: National Collaborating Centre for Mental Health, University College; 2006.
 73. Richards DA, Mark W. Reach Out: Educator and Student Support Materials for Low-intensity Therapies Workers, London: Rethink; 2008.
 74. Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. How Mental Illness Loses Out in the NHS; 2012.
 75. Health and Social Care Information Centre. Psychological Therapies: Annual Report on the use of IAPT services England, 2014/15.
 76. Turpin G, Richards D, Hope R, Duffy R. Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo* 2008; 29(3): 271-280.
 77. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, Bystritsky A, Welch SS, Chavira DA, Golinelli D, Campbell-Sills L, Sherbourne CD, Stein MB. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010;303(19):1921-8.
 78. Pirkis J, Stokes D, Morley B, Kohn F, Mathews R, Naccarella L, Blashki G, Shandley K, Littlefield L, Burgess P. Impact of Australia's Better Outcomes in Mental Health Care program on psychologists. *Australian Psychologist* 2006; 41:3, 152 -159.
 79. Fletcher J, Pirkis J, Kohn F, Bassilios B, Blashki G, Burgess P. Evaluating the Access to Allied Psychological Services Component of the Better Outcomes in Mental Health Care Program. Melbourne: Program Evaluation Unit, School of Population Health, University of Melbourne; 2008. <http://boimhc.org/>
 80. Aakhus. Determinants of Adherence to Recommendations for Depressed Elderly Patients in Primary Care: A Multi-Methods Study . *Scand J Prim Health Care* 2014; 32 (4): 170-179.
 81. Verhaak PF, van der Lisdonk EH, Bor JH, Hutschemaekers GJ. GPs' referral to mental health care during the past 25 years. *Br J Gen Pract*. 2000;50:307-8
 82. McHugh P, Brennan J, Galligan N, McGonagle C, Byrne M. Evaluation of a primary care adult mental health service: Year 2. *Mental Health in Family Medicine* 2013;10:53-9
 83. Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto "Tubo de Ensaio" Breve história do Centro de Saúde S. João. *Rev Port Clin Geral* 2002;18: 171-86.
 84. Vicente A, Castilla C. El servicio murciano incorpora la atención psicológica a los servicios de atención primaria. *Infocop* 2011 . Fuente: <http://www.europapress.es/murcia/noticiaarea-saude-inicia-pilotaje-intervencion-psicologica-centros-saude-20111207171241.html>
 85. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plan Director de Saúde Mental y Adicciones de Cataluña. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2006.
 86. Sánchez-Reales S, Tornero-Gómez, MJ, Martín-Oviedo P, Redondo-Jiménez M. Psicología Clínica en Atención Primaria: descripción de un año de asistencia. *Semergen* 2014; 41(5):254-260
 87. Ordenación de la atención primaria en la Comunidad Autónoma de Galicia. Decreto 200/1993 de 29 de julio. *Diario Oficial de Galicia* (31-08-1993).
 88. Consellería de Sanidade. Plan de Mejora de la AP de Galicia 2007-2011. Galicia: Consellería de Sanidade; 2006.
 89. Consellería de Sanidade. Plan estratégico de saúde mental 2006-2011. Galicia 2006-2011. Consellería de Sanidade; 2007.
 90. Consellería de Sanidade. Plan de prioridades Sanitarias 2011-2014. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2011.
 91. Programa formativo de la especialidad en psicología clínica. Orden SAS/1620/2009 de 2 de junio. *Boletín Oficial del Estado*, nº 146 (17-06-2009).
 92. Losada CJ, Carballal A et al. Retos de la Psicología Clínica en Atención Primaria a través de un Análisis de la Rotación en Atención Primaria de los Psicólogos Internos Residentes (PIR) en Galicia. En IV Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria. Madrid: 2015. Disponible en: <https://www.cop.es/index.php?page=comunicaciones>.
 93. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Resoluciones parlamentos autonómicos

sobre Psicología, Atención Primaria y Salud Mental. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2017.

94. General de Salud Pública, Ley 33/2011 de 4 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 240 (05-10-2008).
95. Seekles W, Cuijpers P, Kok R, Beekman A, Van Marwijk H, Van Straten A. Psychological treatment of anxiety in primary care: A meta-analysis. *Psychological Medicine* 2013; 43(2), 351-361.
96. Duarte A, Walker S, Littlewood E, Brabyn S, Hewitt C, Gilbody S, Palmer, S. Cost-effectiveness of computerized cognitive-behavioural therapy for the treatment of depression in primary care: findings from the Randomised Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT) trial. *Psychological Medicine* 2017; pp. 1-11.
97. Loucas C, Pennant M, Whittington C, et al. G130 E-therapies for mental health problems in children and young people: A systematic review and focus group investigation *Archives of Disease in Childhood* 2014;99:A58.
98. Heather Kirkpatrick, PhD, Mark E. Vogel, PhD, and Scott Nyman, PhD 5 Changes Psychologists Must Make to be Successful in Integrated Primary Care en <http://www.nationalregister.org/pub/the-national-register-report-pub/the-register-report-spring-2011/5-changes-psychologists-must-make-to-be-successful-in-integrated-primary-care/>
99. Pérez M, Fernández JR. Más allá de la salud mental: la psicología en Atención Primaria. *Papeles del psicólogo* 2008, 29 (3): 251-270.