

Documento marco de la Psicología Clínica en Atención Primaria

Grupo de trabajo de Psicología
Clínica en Atención Primaria
Sección de Psicoloxía e Saúde



Colexio Oficial
de Psicoloxía de Galicia

Documento marco de la Psicología Clínica en Atención Primaria

Alicia Carballal Fernández (coord.)

Cristina Alonso Vilar

Paula Cid Gutiérrez

María José Carreira Vidal

Santiago Lago Canzobre

Carlos José Losada López

Grupo de trabajo de Psicología Clínica en Atención Primaria de la Sección de Psicología e

Saúde do Colexio Oficial de Psicología de Galicia, 2018.

DOCUMENTO MARCO DA PSICOLOXÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 4 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 5 |
| 2.1 SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD..... | 5 |
| 2.1.1 Marco legislativo | 5 |
| 2.1.2 Práctica Clínica. | 8 |
| 2.1.3 Un modelo de colaboración..... | 11 |
| 2.2 CONCEPTOS BÁSICOS..... | 12 |
| 2.2.1 Medicalización y psicopatologización da vida cotidiana | 12 |
| 2.2.2 Prevención cuaternaria | 13 |
| 2.2.3 Tratamientos eficaces | 14 |
| 2.2.4 Costes y ahorro | 16 |
| 2.3 ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN AP..... | 17 |
| 2.3.1 Experiencias internacionais..... | 17 |
| 2.3.2 Experiencias nacionais | 24 |
| 2.3.3 Experiencia en Galicia | 29 |
| 2.3.4. Resumen de resoluciones autonómicas..... | 34 |
| 2.3.4 Conclusiones..... | 36 |
| 3. PROPUESTA DE UN MODELO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN AP PARA GALICIA | 37 |
| 3.1 LA FIGURA DEL/DE LA PSICÓLOGA/O CLÍNICA/O EN ATENCIÓN PRIMARIA | 37 |
| 3.2 HACIA UN MODELO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN GALICIA | 38 |
| 4. CONCLUSIONES | 42 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 43 |

1. INTRODUCCIÓN

El tratamiento psicológico es una de las prestaciones sanitarias básicas que se ofrece a la persona usuaria desde la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS). Las principales guías clínicas recogen que el tratamiento psicológico es igual de eficaz que la medicación a corto plazo y que a largo plazo reduce las recaídas y evita tanto la cronificación como efectos secundarios indeseados^{1, 2, 3}. Además, el tratamiento psicológico supone un importante ahorro al erario público, tanto en costes directos (psicofármacos) como en costes indirectos (prestaciones por discapacidad, exención de impuestos, bajas laborales)⁴.

En la actualidad, en la comunidad autónoma gallega, una de cada tres consultas de Atención Primaria (AP) están motivadas por un problema relacionado con la salud mental y, aunque el tratamiento psicológico está disponible en el SNS, su accesibilidad para la persona usuaria es extremadamente baja. De hecho, ante un problema psicológico los/as pacientes deben muchas veces elegir entre un tratamiento farmacológico inmediato o enfrentarse a una lista de espera de entre 3 y 4 meses y revisiones cada 1-2 meses, dado que en la red pública gallega se estima que el número de psicólogos/as clínicos/as en las Unidades de Salud Mental es de 1,2 por cada 100.000 habitantes. Esta realidad es incongruente con la Ley de Autonomía del Paciente (2002), que en su artículo 2.3 recoge que "El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles": a día de hoy, el tratamiento psicológico no es una prestación real por su falta accesibilidad.

Ante esto, es necesario promover que la atención psicológica sea una prestación real, a la que las personas puedan acceder desde el primer nivel asistencial. **Con este objetivo se ha elaborado el presente documento en el que se ha analizado la realidad legislativa y asistencial de la salud mental (SM) en AP en Galicia para proponer un modelo alternativo basado en experiencias internacionales y nacionales, con el fin de dar una respuesta a este problema de salud pública.**

Este trabajo pretende ofrecer una serie de sugerencias sobre una forma de complementar y potenciar la atención psicológica en AP, a través de la integración de psicólogas/os clínicas/os en los equipos de AP y se enmarca en una serie de iniciativas recientes que señalan la utilidad y necesidad de la colaboración de las/os especialistas en Psicología Clínica más allá de los servicios de Salud Mental y Psiquiatría, en coordinación con otras especialidades: Oncología, Digestivo, Anestesia, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, etc.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A continuación se presenta un breve análisis de la situación de la salud mental en AP dentro del SNS a partir de la descripción del marco legislativo, la práctica clínica y del modelo de derivación que impera en este ámbito.

2.1.1 Marco legislativo

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia. Este es un concepto dinámico, amplio e integral, ligado no solo a la condición orgánica de las personas, sino también a las condiciones de vida, a los avances científicos y a la evolución de la cultura. Por lo tanto, que el ambiente favorezca una capacidad de afrontamiento eficaz, autónomo, personal y responsable del individuo beneficiará sus niveles de salud.

Esta concepción lleva implícita el modelo biopsicosocial como el marco de trabajo a través del cual los/as profesionales sanitarios/as tratan de resolver las demandas asistenciales y en concreto las que atañen a la SM. Así, en contraste con modelos más reduccionistas que sugieren que cada proceso de enfermedad se puede explicar en términos de una desviación de la función normal subyacente, el modelo biopsicosocial contempla factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí a modo de red, influyendo directa o indirectamente sobre la salud de las personas.

Este es el marco en el que se desarrolla y evoluciona el concepto de AP. Se suele considerar el **Informe de la Conferencia Internacional sobre AP de Salud, elaborado en Alma - Ata** (URSS) elaborado en 1978 bajo los auspicios de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, como el documento de referencia en AP ya que constituye una declaración y sistematización de principios-guía en materia de cuidados básicos de salud⁵. Según ese documento la AP de Salud (APS):

Es fundamentalmente Asistencia Sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La AP, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del desarrollo económico y social de la comunidad.

Siguiendo esta filosofía, en abril de 1985 el **Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica**⁶ perfila para todas las comunidades autónomas algunos de los principios para un futuro plan general de SM y en 1986 se publica la **Ley 14/1986 General de Sanidad del 25 de abril**⁷ donde por primera vez se recoge el atributo biopsicosocial para definir la atención que se pretendía prestar al ciudadano desde una perspectiva integral. Además, con respecto a la SM recoge la necesidad de una

total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales; y además señala que la atención a los problemas de SM de la población se realizará en el ámbito comunitario, lo que pone en relación la SM con la AP.

Esta ley, basada en el derecho constitucional a la protección de la salud (artículo 43 y 49), junto con la aprobación del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud⁸ y la influencia de la Declaración de Alma-Ata⁵, inicia en España el desarrollo de un nuevo modelo de AP que incluye la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica en SM. Además, se sientan los principios y valores básicos que se convierten en los pilares del actual modelo comunitario: autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad.

De esta manera, con la reforma legislativa, se consigue acercar los servicios básicos sanitarios a toda la población española. Para ello, se construyen nuevos centros de AP (CAP), se incorporan a ellos equipos multidisciplinares (Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Enfermería, Trabajo Social), se dispone de una cartera de servicios y se ponen en marcha programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.

Así, la AP además de convertirse en instancia coordinadora de la atención sanitaria, es el recurso asistencial especializado en la atención en primera instancia las diferentes dolencias físicas, problemas de SM o conflictos socio-sanitarios planteados por la población. Además, ejerce una función de prevención cuaternaria, mejorando el valor predictivo del resto de especialistas y previniendo la fascinación tecnológica (la última técnica, el último aparato, el último fármaco) con lo que contribuye, por tanto, a la sostenibilidad y la eficiencia del sistema sanitario.

Por otro lado, la presencia de una lista de pacientes asignados cupo conlleva la identificación de un/a médico/a especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y un CAP para el uso habitual, lo que favorece los cuatro ejes sobre los que se vertebra la AP: primer contacto, continuidad, integralidad y coordinación. Cuando se cumplen estos cuatro objetivos se logra menor mortalidad, mayor equidad, una distribución más equitativa de los servicios de salud y menos hospitalizaciones⁹.

Posteriormente, la Ley 16/2003, del 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁰ establece entre el catálogo de prestaciones de AP, la atención a la SM, en coordinación con los servicios de Psiquiatría/Salud Mental, con lo que reconoce la necesidad derivada del aumento y variedad de los problemas psicosociales y de la demanda relacionada con la SM. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones, la realidad continuó siendo otra y el abordaje de los problemas de SM en AP se ve limitado por la sobrecarga asistencial y la falta de aporte de recursos específicos.

En el año 2007, tras la aparición de nuevos retos planteados a la AP y al SNS en su conjunto (progresivo crecimiento de la población, incremento de las enfermedades crónicas, aumento en las cargas de trabajo de los/as profesionales, necesidad de mejorar la coordinación asistencial o nuevas tecnologías), el Ministerio de Sanidad y Consumo publica el **Marco Estratégico para la mejora de la AP en España: 2007-2012, Proyecto AP-21: Proyecto AP del Siglo XXI**¹¹. En este documento se hace un análisis de la situación de la AP hasta ese momento y se plantean una serie de propuestas y estrategias de mejora, así que se convierte en el documento de referencia para la AP en España.

Además, en el documento se incluyen una serie de propuestas de desarrollo futuro de la oferta de servicios en AP, en el que figura la atención integral en las distintas fases del ciclo vital, incluyendo la atención a la SM y el apoyo psicológico. Se habla además de Servicios de Apoyo como propuestas de mejora que a día de hoy no llegaron a materializarse (Anexo II del AP-21, pág. 251):

Se trataría de unidades que prestan un servicio especializado a los profesionales del Equipo de AP y que facilitan la correcta prestación de los servicios [...]. Estas unidades, siempre que sea posible deben depender funcional y organizativamente de AP.

Aquí se incluyen literalmente las Unidades de terapia y rehabilitación en SM (psicólogos).

Por otro lado, en materia de SM hay que destacar en España las **Estrategias de SM (2007; 2009-2013)**^{12, 13} del SNS y aprobadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, donde se hace alusión al gran impacto en el sistema sanitario y en concreto en la AP, de los trastornos mentales comunes como pueden ser la ansiedad, depresión y trastornos adaptativos y la conveniencia de incrementar el empleo de estrategias de carácter psicológico para abordarlos. Recientemente, el actual gobierno ha aprobado una proposición no de ley de actualización de la Estrategia Nacional de SM.

Debemos añadir además, dada su relevancia, que en el año 2008 la **Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA)**¹⁴ publican un informe conjunto en el que se justifica la prestación de servicios de SM en AP. Entre los puntos más destacados figuran los siguientes:

1. *Los trastornos mentales (TM) afectan a cientos de millones de personas y, si no se tratan, producen una enorme carga de sufrimiento, discapacidad y pérdidas económicas.*
2. *A pesar de la efectividad empírica de los tratamientos disponibles, solo una pequeña minoría de quienes los necesitan reciben siquiera el tratamiento más básico.*
3. *La integración de los servicios de SM en AP es la forma más viable de cerrar esa brecha y la garantía de que las personas reciban el cuidado que necesitan en materia de SM.*
4. *Atender a la SM en AP es asequible, y las inversiones pueden traer importantes beneficios.*

5. *Se requieren ciertas habilidades y competencias para, diagnosticar, tratar y apoyar eficazmente a las personas con TM; siendo esencial que los/as trabajadores/as de AP estén adecuadamente preparados y apoyados en su trabajo de SM.*
6. *No existe un único modelo de buena práctica clínica que pueda ser seguido por todos los países. Los éxitos se han logrado a través de la adaptación local de principios generales.*
7. *La integración es más exitosa si la SM cuenta con el necesario apoyo institucional.*
8. *Para ser plenamente eficaz y eficiente, los servicios de SM en AP deben coordinarse con una red en los diferentes niveles de atención y complementarse con un mayor desarrollo del sistema de salud.*
9. *Muchos países con ingresos medios y bajos han logrado esta integración de los servicios de SM en AP.*
10. *La SM es fundamental para los valores y principios de la Declaración de Alma Ata; la atención integral a la salud no se logrará hasta que la SM esté integrada en AP.*

Por último, la OMS, en su **Plan de Acción sobre SM 2013-2015**, considera una prioridad el desarrollo de servicios integrales de SM y de asistencia social de base comunitaria como consecuencia del crecimiento exponencial de los trastornos mentales. Para ello señala la importancia de la integración de la asistencia y los tratamientos de SM en los hospitales generales y la AP.

2.1.2 Práctica Clínica.

En España, a pesar de la existencia de Unidades de Salud Mental (USM) donde se ubica la figura de los/as facultativos/as especialistas psicólogo/a clínico/a y psiquiatra, un porcentaje significativo de la carga asistencial de los TM y del comportamiento se atiende por el/la médico/a especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MF). De hecho, la AP en España acoge a la mayoría de las personas con dolencias no solo físicas, sino también con problemas de SM y de carácter psicosocial tal como recoge la Estrategia en SM (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006)¹². Por tanto, los CAP serán los primeros en atender este tipo de problemas sin los recursos necesarios para ello.

La realidad actual revela que el principal punto de contacto con la SM para la mayoría de los pacientes es el médico o médica de familia y que el 80% de los y las pacientes psiquiátricos atendidos en SM proceden del ámbito de la AP.

Los TM son muy frecuentes entre las demandas atendidas por el/la MF en su quehacer diario, ya que diversos estudios lo cuantifican entre el 20% y el 55% de la demanda total adulta y pediátrica¹⁶. El médico o médica de familia atiende tanto TM grave como leve y moderado.

Además, el Ministerio de Sanidad en el año 2006 ya señala la elevada prevalencia de los

problemas relacionados con la SM en este nivel asistencial, que oscila entre un 18 y un 39% según diferentes estudios, y que solo alrededor del 10% son derivados. Estudios recientes señalan que en la atención diaria, los médicos y médicas de familia atienden entre un 15 a un 18% de pacientes con algún tipo de trastorno mental o patología psiquiátrica.

Esto está avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la World Federation of Mental Health (WFMH) o el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), quienes apuntan que los problemas psicológicos y emocionales se encuentran detrás de entre el 33% y el 53% de las consultas que reciben los/as médicos/as de familia españoles/as, de los cuales, los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo son los más prevalentes (entre el 18,5% y 25% de los/as pacientes de AP presentan algún trastorno de ansiedad y entre el 13,4% y el 35,8% un trastorno depresivo). En Cataluña, un estudio reciente realizado durante 3 años por el Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, concluye que el 30% de los/as pacientes atendidos/as en los CAP de Cataluña padecen algún problema de SM¹⁷. **En Galicia, un 12,57% de las personas declaran tener problemas crónicos de ansiedad y un 12,06% problemas crónicos de depresión, según datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2014¹⁸.**

Debemos puntualizar además que estas condiciones psíquicas y emocionales, que causan sufrimiento o malestar y que configuran principalmente cuadros de ansiedad y depresión leves y moderados no tienen necesariamente un origen psicopatológico biológico, sino que la gran mayoría suelen ser fenomenológica y etiológicamente de carácter psicosocial (v. gr. problemas de relación, de duelo, de afrontamiento a situaciones estresantes). Esto contrasta con el enfoque de la prestación asistencial actual en el SNS que es fundamentalmente biomédica y psicofarmacológica, con lo que se medicalizan las demandas psicosociales y los problemas de la vida (v. gr. pérdidas, frustraciones, decepciones, separaciones, conflictos, abusos, maltratos). **Este enfoque reduccionista está lejos de la perspectiva biopsicosocial que se defiende desde 1986 en la citada Ley General de Sanidad y que contrasta con la realidad social actual de crisis económica y las necesidades de las personas usuarias.**

Además, la elevada prevalencia de los trastornos emocionales en la consulta de los/as MF contrasta con que en la mayoría de las ocasiones no disponen de tiempo suficiente para tratar de manera alternativa a la farmacológica los trastornos mentales, lo que limita las opciones de tratamiento para muchos pacientes que podrían beneficiarse de abordajes multidisciplinares con estrategias y técnicas de apoyo y consejo psicológico.

Esto contradice las recomendaciones de las guías clínicas elaboradas por la propia Administración o las internacionales como la National Institute for Clinical Excellence (NICE), **que desaconsejan el uso de psicofármacos en trastornos leves y moderados y recomiendan el**

tratamiento psicológico como el más eficaz y eficiente. De nuevo, estudios demuestran que el tratamiento que se presta en España a los problemas de ansiedad y depresión es de lo más inadecuado a nivel europeo, ya que solo un 31,8% y un 30,5% de los/as pacientes en Atención Especializada y Primaria, respectivamente, reciben un tratamiento que cumpla unos mínimos de calidad y adecuación^{19,20}.

A este respecto la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) publicó en el año 2012²¹ las conclusiones de un estudio cualitativo realizado a través de entrevistas a pacientes, médicos/as especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, especialistas en SM y gerentes de centros sanitarios. La principal conclusión fue que antidepresivos y tranquilizantes se prescriben en demasiadas ocasiones, a pesar de que el tratamiento de elección para la ansiedad y la depresión deba ser la psicoterapia.

Lo recogido hasta el momento evidencia un grave problema en el SNS español, ya que por un lado se atenta contra la Ley básica de Autonomía del Paciente (2002), al no ofrecer, y muchas veces no informar, a las personas usuarias aquejadas de algún problema psicológico del tratamiento contrastado como más eficaz y recibir exclusivamente el farmacológico, y por otro lado, por los elevados costes derivados de la falta de tratamiento adecuado que analizaremos en próximo epígrafe del presente documento.

Además, aunque las diferentes Estrategias en SM elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo reconozcan el impacto en el sistema de los TM comunes (ansiedad, depresión y trastornos adaptativos) y la conveniencia de incrementar el empleo de estrategias de carácter psicológico para abordarlos, no se halla en ninguno de los documentos una planificación concreta y evaluable que defina objetivos en cuanto a la formación de profesionales, dotación de recursos y asistencia psicológica en AP, lo cual debe ser una prioridad para los partidos políticos y los gobiernos.

De hecho, la figura del PC en AP es básicamente inexistente y el número de profesionales clínicos/as especialistas insuficiente, por lo que en la actualidad las largas listas de espera hacen muy difícil el acceso a tratamientos eficaces y avalados por la comunidad científica. A este respecto, el observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2010)²² apunta que en España solo hay 4,3 psicólogos/as por cada 100.000 habitantes (en Galicia esta cifra es todavía más baja: 3,34 psicólogos/as clínicos/as por cada 100.000 habitantes, con únicamente 1,2 profesionales de la Psicología Clínica por cada 100.000 habitantes en las Unidades de Salud Mental), mientras que en Europa este ratio es de 18 psicólogos/as, existiendo además importantes diferencias entre Comunidades Autónomas. A este respecto, ya en el año 2010, el Senado reconocía ante esta situación que en España hay un déficit de unos 7.200 psicólogos/as en el SNS.

2.1.3 Un modelo de colaboración

Los atributos básicos de la AP que marcan su calidad y eficiencia son la accesibilidad, coordinación, integralidad y continuidad. La **accesibilidad** hace referencia a la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales; la **coordinación** es la suma de esfuerzos de los servicios de AP; la **continuidad** es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios y, por último, la **integralidad** es la capacidad para resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en AP es alrededor del 90%). Cuando esta última no es posible, el MF deriva a otros especialistas.

De hecho, el SNS español está organizado mayoritariamente según un modelo de colaboración y derivación (interconsulta y enlace) entre profesionales donde impera la independencia de cada uno de ellos. Así, aunque la AP suponga el nódulo principal de la atención médica de la salud física y mental, el/la MF puede derivar, siguiendo protocolos de actuación, al especialista que valore como más adecuado para resolver cada problema de salud.

A pesar de ello, la realidad resulta compleja y más cuando estamos tratando con la SM. Investigaciones sobre la materia apuntan que no existe ninguna prueba de que los casos con sintomatología psíquica que se atienden desde AP sean cualitativamente diferentes a los que se transfieren a los servicios de Psiquiatría/Salud Mental, ya que el proceso de derivación es complejo y los factores que intervienen no son solo los que se refieren a la patología del/de la paciente, sino que dependen de otros factores como la accesibilidad, la coordinación entre servicios, la relación médico-paciente o las diferentes políticas sanitarias²³.

A esto habría que sumarle la infradotación de recursos, la saturación y las amplias listas de espera de los/as facultativos/as especialistas en psicología clínica: de 30 a 45 días para una primera consulta²⁴, la falta de protocolos claros entre SM y AP, el mantenimiento de praxis pasadas como que un/a paciente con sospecha de TM deba ser atendido por primera vez por un/a psiquiatra, la presión de la industria farmacéutica o el reduccionismo del modelo biológico en detrimento del biopsicosocial. En este sentido SM y AP comparten muchos de sus problemas, como la enorme divergencia entre la demanda y recursos asignados a atenderla.

Además, las políticas actuales de gestión respecto a la AP no facilitan los medios que se requieren para la detección de problemas emocionales, sobre todo en lo que respecta a la evaluación y tratamiento de depresión y el riesgo de suicidio²⁵. A este respecto, Coyne et al.²⁶ apuntan que entre un 50-70% de pacientes con depresión mayor no son detectados en AP. Aragonés et al.²⁷ muestran que

además un 26,5% de los/as pacientes fueron diagnosticados erróneamente con depresión, sin cumplir criterios de trastorno del estado de ánimo. Respecto a los trastornos de ansiedad, la capacidad de detección es todavía menor ya que solo entre un 20% y un tercio son reconocidos en asistencia primaria²⁸. De los estudios revisados por Artal et al.²⁹, en la mayoría el no reconocimiento es mayor del 50%, aproximándose al 80% en los estudios en que se requiere un diagnóstico específico.

2.2 CONCEPTOS BÁSICOS

Previamente a plantear un modelo de psicología clínica en AP en Galicia realizaremos una reflexión en torno a una serie de conceptos básicos intrínsecos a la SM y la AP.

2.2.1 Medicalización y psicopatologización da vida cotidiana

El término **medicalización** es un neologismo que no es recogido en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, pero que hace referencia a una realidad actual que los/as profesionales reconocen con una significación propia. En la década de los sesenta del pasado siglo, Meador³⁰ acuñó el primer término que puede considerarse como precursor del concepto medicalización, al hablar de la **no enfermedad** y su atención, que se ha definido como condición médica para la que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerada como tal.

Actualmente, la definición más aceptada sobre medicalización es la propuesta por Kishore³¹, que la define como la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas y para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces.

Quizás pueda ser más aclaratorio entender la medicalización (o la psicopatologización) como la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la Medicina o la Psicología situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales³². Dentro de esta enunciación, se considera necesario el control médico de ciertas etapas de la vida: adolescencia, menopausia, envejecimiento; se abordan los problemas personales/sociales como la tristeza y el duelo como problemas médicos; factores de riesgo como la osteoporosis o la dislipemia pasan a considerarse como auténticas enfermedades; situaciones o cuadros poco frecuentes como la disfunción eréctil o la disfunción sexual femenina pasan a ser considerados, de forma artificial, como situaciones o cuadros frecuentes, y síntomas o cuadros leves son elevados, de forma artificial, a indicadores de cuadros graves, como podría ser el colon irritable, o el síndrome premenstrual.

Desde AP y desde la Medicina Familiar y Comunitaria es posible actuar y reducir éste problema, tarea que no se inicia ahora, que crece a medida que mengua la capacidad de AP; del mismo modo reforzar la AP con la incorporación a los equipos de psicólogas/os clínicos, permitiría también limitar los efectos psicopatologizadores.

2.2.2 Prevención cuaternaria

El concepto de prevención cuaternaria fue acuñado en 1985 por el médico belga Marc Jamoulle³³ y está aceptado por el WONCA International dictionary for general/family practice³⁴. La definición más usada es la que dice que la prevención cuaternaria **es aquella que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario**³⁵. Se trata de evitar la iatrogenia que puede surgir del intervencionismo excesivo. La prevención cuaternaria busca proteger a las personas de la medicalización/psicopatologización de la sociedad.

El tema de la medicalización resulta, hoy en día, muy evidente en medicina y muy especialmente en SM. De esta manera, **corremos el riesgo de psicopatologizar en extremo a la sociedad en la que vivimos, esto es, de convertir en enfermedades mentales o trastornos psicológicos muchas situaciones que forman parte de la vida cotidiana de las personas. Y lo que es peor, corremos el riesgo de ofertar, entonces, tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos a personas que no los necesitan.**

Hasta una cuarta parte de los/as pacientes que acuden a una USM con prescripción de un tratamiento psicofarmacológico no padecen trastorno alguno diagnosticable como tal³⁶. Esto es lo que se ha dado en llamar la medicalización de los códigos Z: ofrecer terapia farmacológica o psicológica a todo aquel que la pide, sin mayor discriminación, extendiendo la creencia, ya de por sí masiva, de que la gente no puede enfrentar los problemas de la vida sin ayuda profesional³⁷. **Con esta idea lo que se consigue es preparar consumidores de psicoterapias, no ayudar a la gente a actuar por sí misma, ya que se refuerza la creencia de que todo el mundo necesita su coaching o su counselling para alcanzar la máxima calidad de vida.**

Asimismo, si se emplea esta política, y la centramos solo en el sujeto, se corre el riesgo de perder de vista los condicionantes sociales: económicos, culturales, institucionales, laborales y demás, que determinan, en gran medida, el malestar del mismo. Con esta fórmula el sistema se defiende y exime de toda responsabilidad frente a aquellos que padecen emocionalmente en su entorno, por lo que las contradicciones sociales, los abusos, las malas condiciones de todo tipo, se ocultan y los problemas se restringen exclusivamente al ámbito privado.

Ortiz³⁷ señala que **indicar tratamiento en este sentido puede conducir a un “adaptacionismo” personal frente a situaciones sociales injustas y contribuir a bloquear cualquier posibilidad de un planteamiento colectivo para luchar contra ellas.**

Evidentemente, el/la psicólogo/a clínico/a (al igual que la/el médica/o de familia) no puede cambiar la sociedad y además, no es ese su objetivo; no obstante, debe promover una actitud más crítica con la información científica habitual, cuestionando, que no negando, en profundidad la validez de ciertas novedades químicas, diagnósticas y terapéuticas. El equipo de AP debe pensar qué es lo que beneficiará más a la persona usuaria: un tratamiento en toda regla u otro tipo de intervención y, en este sentido, debe reconsiderar la indicación de no tratamiento, lo que no significa que no le preste ayuda u otro tipo intervención al individuo.

Por lo tanto, el objetivo principal de la atención a la salud mental en AP (incluyendo en ésta al/a la psicólogo/a clínico/a es) el de contextualizar el sufrimiento en la biografía y en las circunstancias personales de cada sujeto, ayudándole a gestionar sus preocupaciones y malestares fuera del contexto sanitario³⁷. También lo serán la resignificación y reinterpretación del malestar, la ayuda a encontrar soporte entre los iguales y el fomento de los vínculos personales y comunitarios.

La actuación de esta manera contribuirá a fortalecer al sujeto para futuras preocupaciones y evitará, aunque solo sea un poco, que se debiliten aún más los lazos tradicionales con los que se hacía frente al sufrimiento en tiempos no muy lejanos: familia, amistades, vecindario, sindicatos, asociaciones.

2.2.3 Tratamientos eficaces

Las principales guías clínicas para el manejo de la ansiedad y depresión señalan la intervención psicológica como de primera línea para el manejo de estos trastornos.

En concreto, para el abordaje de los trastornos de ansiedad, la **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en AP³⁸** recomienda los tratamientos psicológicos empíricamente validados. Por su parte, en la **Guía NICE sobre Trastornos de ansiedad³⁹** el tratamiento psicológico es de primera línea y desaconseja el tratamiento con psicofármacos salvo de manera puntual, como por ejemplo, para atender una crisis. Esta recomendación contrasta con el número de prescripciones de psicofármacos, principalmente benzodiazepinas y antidepresivos, que se recetan en España para el abordaje de los trastornos de ansiedad.

En cuanto a la depresión, la [Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto](#)⁴⁰ recomienda que el manejo de la depresión en la persona adulta se realice siguiendo un modelo de atención escalonada y de colaboración entre AP y SM, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evolución del/de la paciente. También indica que el tratamiento de la depresión en la persona adulta debe ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional. Además, recomienda garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los/as pacientes que lo necesiten e indica que para el tratamiento de la depresión leve-moderada puede ser útil un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia centrada en soluciones). La terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal son propuestas como tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave y señala la terapia cognitivo-conductual para aquellos/as pacientes con respuesta inadecuada a otras intervenciones o con una historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales. En esta guía se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia cognitivo-conductual para depresión crónica y/o recurrente.

La [Guía NICE sobre depresión en el adulto \(2016\)](#)⁴¹, en la misma línea, señala la necesidad de supervisar la competencia de los/as profesionales encargados de los tratamientos, tanto psicológicos como farmacológicos. Además, sugiere tratamientos psicosociales de baja intensidad para pacientes con sintomatología más leve; no recomienda prescribir antidepresivos de forma rutinaria aunque los síntomas leves sean persistentes y señala una combinación de medicación y tratamientos psicológicos de alta intensidad para las depresiones moderadas y graves.

Por otro lado, cuando hablamos de atención psicológica en AP se debe prestar atención al modelo de Atención Escalonada. A este respecto la NICE⁴² ha elaborado una [Guía de Implantación de Atención Escalonada para Personas con Trastorno Mental Común](#) que puede ser útil para el incremento de eficacia y calidad en nuestra atención a la SM.

De este modo, los trastornos mentales comunes a los que se refieren en NICE son trastorno mixto ansioso depresivo, trastorno de ansiedad generalizada, episodio depresivo, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático. El modelo propuesto tiene cuatro escalones, en función de la complejidad de las necesidades de tratamiento. En el escalón 1 se encontrarían los casos más leves, en los que la intervención se limitaría a reconocimiento, consejo o derivación y espera vigilante. Entre los escalones 2 y 3 se ubicarían los tratamientos psicológicos de baja y alta intensidad, respectivamente. En el cuarto escalón nos encontraríamos con una población con necesidades de tratamiento más complejas. Los niveles que pudieran llevarse a cabo en nuestros

servicios de atención primaria serían muy posiblemente los dos primeros.

Según la Guía NICE, la implantación de este sistema supondría un ahorro de costes y recursos importante para la AP, porque se reduciría tanto el número de prescripciones de psicofármacos como las visitas a los/as médicos/as, con lo que se aprovecharían las ventajas del tratamiento precoz de los problemas de salud mental para el alivio de las cargas del sistema. En la atención especializada, el sistema escalonado mejoraría la calidad de las derivaciones y, al implementar tratamientos psicológicos, contribuiría a un ahorro de costes del orden del 20%.

En general, el modelo podría suponer un incremento en los ingresos públicos, al reducir los niveles de discapacidad y prestaciones subsecuentes e incrementar la potencial actividad económica de los/as pacientes una vez recuperados, lo que supondría un incremento en la recaudación de impuestos.

2.2.4 Costes y ahorro

La depresión es la principal causa de pérdida de productividad en la Unión Europea⁴³. En España el coste de los trastornos mentales (TM) es de 46.000 millones de euros al año, una cifra muy superior a la destinada al pago de intereses de deuda pública⁴⁴. Los costes asociados a problemas de SM son superiores a los relacionados con enfermedades cardiovasculares. Casi la mitad de estos costes son indirectos, ya que se derivan de situaciones de incapacidad laboral y jubilaciones precoces⁴⁵. La falta de una adecuada atención a las personas con TM^{46,47} supone un importante aumento de los días de baja laboral y de incapacidad temporal. El absentismo laboral derivado de problemas de SM genera, además, un importante coste que, de forma creciente, repercute en el subsistema de la Seguridad Social y paralelamente en la financiación sanitaria⁴⁸.

En Reino Unido, ante una situación comparable⁴⁹, se crea el programa IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) que será comentado más adelante de manera pormenorizada. Este programa supuso la formación y contratación de 6.000 psicólogos/as. En el año 2012 registraba unas cifras de efectividad medias superiores al 40%⁵⁰ y llegó a alcanzar cifras superiores al 45% en 2015⁵¹, acercándose progresivamente al objetivo de recuperación del 50%; estas cifras permiten que el ahorro proporcionado supere a los costes del programa. Además, cuando pacientes diagnosticados de depresión no se ven beneficiados por el tratamiento psicofarmacológico, el hecho de añadir tratamiento psicológico es también coste efectivo⁵². Por otro lado, aunque el programa IAPT se enfoca preferentemente a la atención de trastornos leves y moderados, hay datos que apuntan a que podría ser coste efectivo también para la atención de pacientes diagnosticados de TM grave⁵³. Datos en Francia van en este mismo sentido⁵⁴.

Se espera próximamente la publicación de resultados similares en nuestro país⁵⁵ que reforzarían el mensaje de las numerosas recomendaciones de organismos internacionales, que indican que **los tratamientos psicológicos son eficientes y que invertir en ellos puede suponer un importante ahorro para los sistemas de salud y para las haciendas públicas**; señalándose la AP como la mejor plataforma para proporcionar estos tratamientos, sobre todo en países con una red bien establecida de CAP, como podría ser el nuestro⁵⁶.

Por su parte, la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) destaca que solo 5 de cada 100 euros de presupuesto sanitario se están invirtiendo en SM, frente al 30% de casos de discapacidad que se pueden relacionar con una mala SM. Entre otras recomendaciones señalan la necesidad de mejorar la dotación de los CAP, formar a los/as médicos/as y enfermeros/as de AP, acercar a los/as especialistas de SM a los CAP y proporcionar terapias de grupo y talleres en este nivel de atención.

En 2013 la OMS elabora un ambicioso estudio epidemiológico, el **Global Burden of Disease Study**, en el que, entre otras variables, mide los años de vida saludable perdidos por enfermedad (DALY). **En España, la depresión es la tercera causa de años vividos con discapacidad (DLY), el suicidio es la primera causa de muerte por lesiones, ya que supone el 1% de los fallecimientos y, según los datos de la OMS, los TM y el consumo de sustancias producen aproximadamente el 20% del tiempo de discapacidad. Además, las principales causas de discapacidad en España son los dolores músculo-esqueléticos y la diabetes, dolencias para las que existen tratamientos psicológicos que pueden aportar un incremento de la eficacia inscritos en una intervención multidisciplinar.**

A partir de este trabajo la OMS y el Banco Mundial, en colaboración con la revista médica The Lancet, lanzan la campaña **Out of the Shadows**, para difundir las condiciones de un nuevo trabajo⁵⁷, en el que se concluye que **cada dólar invertido en tratamientos adecuados para los problemas de SM supone cuatro de ahorro.**

2.3 ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN AP

2.3.1 Experiencias internacionales

La reforma psiquiátrica en los años 80 con la desinstitutionalización de los/as pacientes psiquiátricos/as y la asunción del modelo psicosocial y comunitario como marco de actuación, supuso un cambio radical en la forma de concebir y trabajar con el TM a nivel mundial. De una actitud paternalista y de sobreprotección se pasó a un empoderamiento gradual de las personas con TM, incentivándose su toma de decisiones y la asunción de las consecuencias de las mismas.

El **Proyecto Atlas**⁵⁸, que recoge información de los sistemas de SM de todos los países del mundo, refleja que no todos los gobiernos han iniciado esta reforma, y de los que sí lo han hecho se diferencian distintos grados de desarrollo. Además, señala que si en su momento la desinstitucionalización supuso un hito, en la actualidad parece que un nuevo punto de inflexión es la eficacia y la eficiencia del manejo de la SM en los dispositivos de AP. A este respecto la OMS propone un modelo de equilibrado, con forma de pirámide donde jerarquiza y organiza el uso de los dispositivos comunitarios y de salud en la atención de la SM. De esta manera, no solo contempla el tratamiento sino también su prevención y rehabilitación.

Siguiendo estas recomendaciones las principales instituciones sanitarias internacionales han realizado propuestas y recomendaciones que priorizan la atención a la SM desde el ámbito de la AP y reconocen la necesidad de incorporar profesionales de la SM a estos equipos. Existen diversos modelos de integración y colaboración entre AP y SM que han sido implementados en diversos países, que constituyen modelos de buenas prácticas⁵⁹ y que evidencian la importancia de la voluntad política y de que sus responsables se tomen en serio el modelo biopsicosocial. A continuación comentaremos las más relevantes.

Experiencia en Reino Unido

Turpin et al.⁶⁰ publican un interesante artículo donde se describe la integración de la atención psicológica en los servicios de AP del SNS de ese país. Aunque el counselling, la psicoterapia y los servicios psicológicos ya estaban disponibles a través del Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) en el Reino Unido desde hace por lo menos tres décadas, ha sido solo recientemente que estos servicios han suscitado interés debido principalmente al alto grado de medicalización de la SM, la baja satisfacción de las personas usuarias y el alto coste económico que esta situación conllevaba. Dada la importancia de esta experiencia para el tema que nos ocupa, explicaremos pormenorizadamente en qué ha consistido.

En octubre del año 2007, con una inversión de más de 200 millones de euros en tres años, se pone en marcha en Reino Unido a nivel nacional el programa Mejorando el acceso a terapias psicológicas (Improving Access To Psychological Therapies), cuyo objetivo principal es facilitar el acceso de la población general al tratamiento psicológico para disminuir la prevalencia de los problemas comunes de SM (principalmente ansiedad y depresión) que colapsan los servicios de AP con tratamientos psicológicos eficaces y eficientes alternativos a los tratamientos farmacológicos convencionales y que son recomendados por el National Institute of Clinical Effectiveness (NICE). Esto es así, ya que al igual que en España, a las personas con este tipo de problemas desde AP se les

ofrecía la opción inmediata de medicación o enfrentarse a una larga espera para acceder al tratamiento psicológico debido a la escasez de profesionales psicólogos/as.

Con este nuevo plan, Reino Unido pone en marcha en 12 áreas, más de 32 CAP, denominados Primary Care Trusts que incluyen servicios de atención psicológica. Durante el primer año al menos 600 psicólogos/as recibieron formación con el objetivo de dar cobertura a una población de 100.000 personas. Al finalizar el trienio el objetivo era que otros 3.600 psicólogos/as también habían recibido formación y se habían incorporado al programa IAPT con el objetivo de tratar a 900.000 pacientes más y establecer más de 100 nuevos servicios en AP. Adicionalmente, el primer año 35 Trusts de AP (organizaciones independientes del sistema nacional de salud) fueron seleccionadas para ser los primeros del IAPT en implementar los servicios, prestando terapias psicológicas mejoradas en las 10 regiones sanitarias estratégicas de Inglaterra.

Este programa se activa apoyándose en los estudios realizados por prestigiosos equipos de investigación como el Grupo de Política de SM del Centro de Actuaciones Económicas de la Escuela de Economía de Londres (The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, London School of Economics) y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (The National Institute for Health and Clinical Excellence) y también en una campaña puesta en marcha en octubre de 2006 por diversas organizaciones de SM del Reino Unido (Mental Health Foundation, Mind, Rethink, The Sainsbury Centre for Mental Health y Young Minds), que aunaron sus esfuerzos para elaborar un informe que justificaba la inclusión de los tratamientos psicológicos en los CAP, y que presentaron posteriormente al Parlamento británico. El informe que elaboró este grupo se denominó We Need to Talk (Necesitamos Hablar) en alusión a la necesidad de la población de recibir otro tipo de atención sanitaria menos medicalizada y más humanizada, así como a la necesidad de que el gobierno reconsiderara una reforma en el sistema de SM. En este informe se señalan las ventajas económicas y sociales de determinadas terapias psicológicas denominadas por este grupo talking therapies.

Entre las razones que se contemplaron para su puesta en marcha están la efectividad demostrada a través de la publicación de las directrices del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), la decisión de los/as pacientes de demandar mayor accesibilidad a terapias psicológicas^{61, 62, 63, 64}, los beneficios socio-económicos del bienestar de los individuos y la riqueza nacional en la forma de su impacto en la discapacidad y asistencia social^{65, 66}.

A continuación, basándonos en el artículo anteriormente citado realizaremos una breve revisión de los servicios de atención escalonados y colaborativos puestos en marcha en Reino Unido con el programa IAPT como forma de ejemplificar la prestación de tratamientos psicológicos basados en la

evidencia científica a la población general a través de los servicios de AP.

Los nuevos servicios del IAPT son proporcionados por un amplio abanico de profesionales que se distribuyen entre el sector primario, secundario y terciario. Incluye psicólogos/as, clínicos y no clínicos, psicoterapeutas cualificados, counsellors de AP y plantilla no profesional especialmente en el sector terciario (esto es, recursos de la comunidad o redes locales como ONGs, organizaciones comunitarias e instituciones de otros sectores fuera del servicio nacional salud). En el National Implementation Plan y en el Commissioning Toolkit (<http://www.iapt.nhs.uk/publications/>) se encuentran las especificaciones claras de servicio. Otra característica fundamental es que estos servicios tienen el compromiso de recoger, sesión a sesión, datos estandarizados de los resultados de todos y todas las pacientes que sean atendidos dentro de este sistema con el objetivo de realizar una evaluación de resultados.

De modo general, el modelo de actuación británico responde al concepto de atención escalonada o por niveles (stepped care) recomendado por el NICE⁶⁷ y descrito en el epígrafe anterior. Este modelo, tal y como hemos señalado, asume que no todas las personas usuarias requieren un tratamiento de igual intensidad o profundidad y ofrece en primera instancia el tratamiento menos intrusivo, ya que parte de que la intervención más efectiva no ha de ser necesariamente la misma para todos. En la práctica este enfoque implica que algunas personas requieren tratamientos de baja intensidad y otras requieren intervenciones más complejas o de alta intensidad, que serían tratamientos psicológicos formales aplicados por profesionales especialistas. Los tratamientos de más baja intensidad serían principalmente intervenciones breves, autoayuda guiada mediante materiales escritos o en soportes informáticos, técnicas de solución de problemas o activación conductual⁶⁸.

Por lo tanto, tres son los elementos clave a tener en cuenta en la puesta en marcha del programa:

- **Intervenciones de alta y baja intensidad de corte cognitivo-conductual:** la guía NICE recomienda la intervención cognitivo-conductual tanto para la depresión como para la ansiedad. Si bien este no es el único tratamiento psicológico recomendado, en Reino Unido lo consideran el que mejor se adapta a sus necesidades. Además, una ventaja en la elección de perspectiva cognitivo-conductual es que se han desarrollado variantes que se pueden caracterizar tanto de baja como de alta intensidad. Esto permite que el mismo tratamiento, teóricamente coherente y empíricamente válido, sea suministrado en diferentes formatos y ambientes de acuerdo con las necesidades y respuestas del paciente. Según los autores, la diferencia entre los tratamientos de alta y baja intensidad no son tanto que los TCC de baja intensidad sean tratamientos

rebajados, sino que **dan énfasis a la autogestión del paciente, con mucho menos contacto entre el personal de SM y los/as pacientes**, por ejemplo, mediante la utilización de la auto-ayuda guiada o gestión de casos a través del teléfono, mientras que los de alta intensidad suelen implicar una considerable aportación por parte del terapeuta, que se asemejan a los modelos tradicionales de terapia.

- **Asistencia escalonada:** tanto el National Implementation Plan para el IAPT como las directrices del NICE respecto a la depresión y la ansiedad recomiendan que estos tratamientos sean organizados a lo largo de un modelo de asistencia escalonada, stepped care. Hay dos formas posibles de implementación de la asistencia escalonada. El primero, el enfoque puramente escalonado que asigna tratamiento de baja intensidad a todos y todas las pacientes y utiliza el principio de revisión programada para ascender a los/as pacientes que no se benefician de la intervención inicial. En contraste, el enfoque estratificado, inicialmente asigna pacientes a diferentes niveles de intervención según las medidas objetivas de sus síntomas y/o riesgos. Los dos enfoques tienen ventajas y desventajas, y el NICE hace apuestas compensatorias recomendando los dos sistemas simultáneamente⁶⁷.
- **Asistencia colaborativa:** la asistencia colaborativa es un enfoque de mejora de la calidad a nivel de sistema y el cuidado del/de la paciente. Consiste en la combinación de un enfoque multiprofesional, un plan estructurado de gestión, un seguimiento programado y una comunicación interprofesional realizada^{69, 70}. Esta asistencia colaborativa puede ser optimizada incluyendo dentro de ella la utilización de la figura de los administradores de casos quienes coordinan la asistencia colaborativa de cada caso través de contacto telefónico^{71, 72, 73}.

En marzo de 2012, el programa Improving access to psychological therapy ha obtenido unos resultados prometedores ya que ha asistido aproximadamente a un millón de personas, de las cuales 680.000 han completado el tratamiento, con unas tasas de recuperación total del 41%. **Estas cifras han sido superiores al 45% en el año 2015, acercándose progresivamente al objetivo de recuperación del 50%. Estas cifras permiten que el ahorro proporcionado supere los costos del programa**^{74, 75}.

*Para concluir este epígrafe, es necesario señalar que se debe tener en cuenta, tal y como comentan Turpin et al.⁷⁶ que **la IAPT es un programa diseñado única y exclusivamente para Inglaterra, por lo que se adapta a su idiosincrasia y necesidades.***

Experiencia en Estados Unidos

En línea con la iniciativa de Reino Unido, Estados Unidos ha implantado el Programa CALM Coordinated Anxiety Learning and Management desde el que se proporcionan terapias psicológicas basadas en la evidencia en centros de AP para los 4 tipos de trastornos de ansiedad más comunes: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y trastorno de estrés postraumático.

Este programa ha permitido la implementación como alternativa al tratamiento farmacológico, el tratamiento psicológico de corte cognitivo-conductual, de manera simple o combinado, con muy buenos resultados. De hecho, la evaluación de resultados señala que los/as pacientes tratados/as muestran una gran mejoría en síntomas de ansiedad y depresión, discapacidad funcional y calidad de vida en los siguientes 18 meses después del tratamiento⁷⁷.

Experiencia en Australia

Un ejemplo de **colaboración entre el sector público y privado** lo encontramos en Australia. El programa Better Outcomes in Mental Health Care (BOiMHC) fue iniciado en julio de 2001, con el fin de ampliar el acceso de las personas a tratamientos de calidad para TM común en AP. Este programa permite que el/la médico/a de AP derive pacientes a profesionales de SM (fundamentalmente psicólogos/as) para un número limitado de sesiones de tratamiento psicológico con respaldo empírico (fundamentalmente entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual e interpersonal). Los/as profesionales se contratan directamente por cada centro o los/as pacientes se derivan a profesionales privados/as mediante contratos de prestación de servicios. Este proyecto se ha desarrollado en el marco del programa Access to Allied Psychological Services (ATAPS) cuya demanda de la persona usuaria y participación de médicos/as de AP ha crecido sostenidamente desde la introducción de este proyecto piloto a través de 111 proyectos dependientes de diferentes gerencias de AP distribuidas por todo el país⁷⁸.

Desde 2001 hasta 2006, el proyecto ha contado con una financiación del equivalente a 164 millones de euros. La efectividad del proyecto hasta la fecha ha sido estimada por medio de medidas pre/postratamiento, obteniéndose una mejora sustancial en el 65% de las personas usuarias, con un tamaño del efecto medio de 1,02 para todas las intervenciones. El formato del tratamiento es individual en un 98% de los casos con una media de 5 sesiones de 45 a 60 minutos de tratamiento cognitivo-conductual⁷⁹.

Experiencias en otros países

Otras experiencias a considerar son las iniciadas en **Noruega**, donde también se han implantado tratamientos psicológicos en AP⁸⁰. De hecho, en este país casi 250 psicólogos/as se han incorporado en los últimos años a los CAP para realizar labores de evaluación, intervención, coordinación, supervisión de otros profesionales, cribado y derivación a SM especializada. Noruega no adopta un sistema escalonado de intervención médica (lo que en España sería el modelo de derivación). De hecho, las personas usuarias del SNS pueden pedir cita con el/la psicólogo/a clínico/a antes que con el/la MF. Consideran que el/la psicólogo/a tiene que ocupar una primera línea de actuación, lo que ahorra pasos intermedios y apela a recursos comunitarios, familiares y contextuales de cualquier índole. La cita con el/la psicólogo/a tendrá lugar previo pago de 20 euros, como en el resto de las especialidades médicas.

Tras investigaciones acerca de la efectividad del cambio de modelo, los sistemas públicos de sanidad de dicho país están recibiendo financiación en la contratación de psicólogos/as. Esta inversión propicia un aumento en la efectividad del tratamiento y mejora de la salud de los/las pacientes, con un ahorro en costes directos e indirectos, que se traduce en un aumento de coste-eficacia.

Por otro lado, **Holanda**, en relación a la atención psicológica en AP, sigue el modelo anglosajón de integración de SM en AP y de atención escalonada, por lo que ha integrado psicólogos/as en AP y enfermeros/as especialistas en SM. Además, destacar que en este país es una práctica común la derivación desde AP de pacientes con diagnóstico psicosocial o problemas psicosomáticos a recursos competentes fuera del sistema incluyendo a psicólogos/as en práctica privada⁸¹.

En **Irlanda** se están poniendo en funcionamiento experiencias piloto siguiendo el modelo inglés. En concreto, a finales de 2009 se puso en funcionamiento en un CAP en Roscommon el modelo de intervención escalonada. Este servicio fue proporcionado por un equipo de los profesionales de SM, bajo la supervisión de un/a psicólogo/a director/a⁸².

Para finalizar, debemos hacer alusión además a la **experiencia portuguesa**. A raíz de un convenio de colaboración entre la Facultad de Medicina de Oporto y la Administración Regional de Salud del Norte surge el Proyecto Tubo de Ensayo asociado a la formación de pre y posgraduado de aquellos/as profesionales que desarrollarán su actividad en la AP. Este convenio incluye la puesta en marcha de proyectos de investigación y asistenciales innovadores en el CAP São João que da asistencia a 20.000 personas. Uno de esos proyectos es el denominado Experimentación de un nuevo modelo de prestación de cuidados de salud primaria.

De acuerdo con su filosofía, en el año 2001 se introdujo en el CAP una consulta de psicología clínica con el objeto de adoptar un modelo de Calidad de Gestión, consistente en mejorar el uso de los recursos dentro de los límites y directivas impuestas por las autoridades. Lo que se pretendía era el uso eficiente y productivo de los recursos de manera que se cubrieran las necesidades de las personas usuarias al tiempo que se adaptaban a las normas prescritas. La eficiencia es entendida desde esta perspectiva de ahorro en términos monetarios y de recursos, donde destaca fundamentalmente el ahorro del tiempo. El perfil de personas usuarias derivadas a la consulta de psicología clínica era principalmente personas con desajustes en las relaciones sociales o con problemas de SM.

Hespanhol et al.⁸³ a raíz de la puesta en marcha de este proyecto hacen un estudio que abarca del año 2001 al 2003 con el objetivo de conocer si la introducción de la figura del/de la PC en el CAP São João tiene la repercusión esperada en cuanto al uso eficiente del tiempo, traducido este en reducción del número de consultas de los médicos de AP. Los resultados del estudio muestran que al comienzo del funcionamiento de la consulta de psicología clínica no hubo una disminución sustancial del volumen de trabajo de los/as médicos/as de AP (coincide con la puesta en marcha del dispositivo y el conocimiento de este por parte de las personas usuarias), no obstante dos años después del funcionamiento de esa consulta se verifica una disminución de casi una consulta de medicina familiar por cada uno de los usuarios inscritos en esa consulta.

2.3.2 Experiencias nacionales

Como hemos comentado, en el estado español desde la Ley General de Sanidad en 1986 y posteriormente a partir del año 2007 en las distintas **Estrategias Nacionales y autonómicas de SM** ha sido harto utilizado el atributo de **biopsicosocial** para definir la atención que se pretendía prestar a la ciudadanía desde una perspectiva integral y **multidisciplinar**. A pesar de ello, la realidad es muy diferente y la visión reduccionista del TM como un problema meramente biológico, es el que impera actualmente en la práctica clínica.

Así, pese a la evidencia científica y las guías de práctica clínica, que desaconsejan el uso de fármacos en trastornos leves y moderados y recomiendan tratamientos psicológicos y el elevado coste que suponen en relación a su efectividad, en AP la patología mental se trata mayoritariamente con psicofármacos, contrastando esto con una infradotación de psicólogos/as clínicos en las USM y prácticamente inexistencia de los mismos en AP. Esto conlleva serios perjuicios para los/as pacientes al administrárseles tratamientos inadecuados con el riesgo serio de cronificación.

Pese a ello, en España contamos con algunos ejemplos de psicólogos/as clínicos/as en AP e iniciativas psicológicas que a continuación vamos a describir.

Experiencia en Murcia

En Murcia, tras el terremoto de Lorca ocurrido el 11 de mayo del 2011, que dejó 9 víctimas mortales y 324 heridos, dos psicólogas clínicas comenzaron una experiencia piloto de integración (AP-Psicología), fuera de las actividades de formación, en los CAP de dicha localidad. La acción colaborativa entre MF y psicología clínica tuvo como objetivo atender a las personas afectadas por el terremoto mediante un protocolo de evaluación e intervención específico diseñado tras la tragedia siguiendo el modelo de aplicación del 11M. De esta manera, se pusieron en práctica tratamientos con base empírica con el objetivo de dar cobertura a un elevado número de personas, con la frecuencia óptima y en el menor tiempo. Además, se crearon 4 grandes grupos siguiendo una intervención escalonada en función de la gravedad del cuadro que presentaban los afectados siguiendo el modelo británico:

- Normalización en casos de reacción a estrés agudo (una sesión y seguimiento).
- Intervención grupal (4 o 5 sesiones). Seguimiento a los 3 meses.
- Intervención individual (máximo de nueve sesiones).
- Derivación a SM (en caso de TM grave o que presentara con anterioridad una patología previa).

El grupo de atención fue de 0 a 99 años y fue el grupo adolescente el que menos demandó el servicio. El resto, 71% edad adulta y el 29% infancia. El área de acción fueron los CAP de La Viña (el barrio más afectado por el terremoto), Lorca centro y San Diego.

Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios. Las dos psicólogas clínicas atendieron desde mediados de junio y hasta noviembre del 2011, un total de 328 casos. De ellos, tan solo 15 casos fueron derivados a la USM, siendo estos los provenientes de los centros de atención psicológica que no eran los más afectados. Por contra, fue el centro de La Viña el que menos derivaciones realizó. En concreto, en este centro se atendió al 58% de los/as pacientes del cómputo total, siendo el perfil de estos más grave que el de los/as pacientes de los otros dos centros, que registraron un 20% y un 21,3% de las atenciones. El total de personas atendidas en virtud de estos cuatro diagnósticos superaron las 300. Al comienzo del tratamiento de estos/as psicólogos/as, la demanda era creciente, con 82 y 65 personas en junio y julio, pero conforme fueron pasando los meses, descendió hasta atender en octubre y noviembre a 31 y 27 personas, respectivamente⁸⁴.

De las personas atendidas, el 96,8% fueron españolas y el 3,2% extranjeras. Otro dato para el análisis marca que el 58,5% fueron mujeres y el 41,5% hombres. De todos los atendidos, fue el grupo de tratamiento el que registró un mayor número de atenciones, y resultó el trastorno adaptativo el más común en este grupo de los tratados, seguido del trastorno por estrés postraumático.

Posteriormente, teniendo en cuenta los buenos resultados obtenidos y el aumento de la incidencia de los TM leves, en noviembre del año 2011 esta prestación se extiende a dos centros más de AP: CAP de Salud de Santa Lucía y en el CAP de Cartagena-Casco Antiguo (ambos pertenecientes al Área II de Cartagena). El objetivo a largo plazo de esta iniciativa es extender este modelo al resto de CAP de la Región de Murcia.

El proyecto se ha puesto en marcha gracias al acuerdo entre los equipos de AP y los de SM. La población que recibirá tratamiento psicológico serán adultos mayores de 14 años con TM leve: depresión leve, ansiedad y trastornos adaptativos. Así, los médicos de AP de estos centros ya no derivan pacientes con TM leve a los servicios especializados en SM sino que es un/a PC quien pasa consulta individual dos veces por semana, en el mismo CAP. Asimismo, el programa contempla la realización de terapias grupales en caso de ser necesario. El/La psicólogo/a incorporado/a a estos servicios mantiene, además, reuniones periódicas con los/as médicos/as de AP para consensuar con ellos los criterios de derivación de los/as pacientes. El objetivo de esta reestructuración es acelerar y prevenir la cronificación, acortar los tiempos de espera, facilitar el acceso a la población al tratamiento psicológico planteando una alternativa eficaz al tratamiento farmacológico al TM leve y moderado y problemas psicosociales que suscita sintomatología ansiosa-depresiva.

Experiencia en Cataluña

En el año 2006 se crea en Cataluña el **Programa de Soporte a la Primaria**, dentro del Plan Director de SM y Adicciones, incluido en la Cartera de Servicios de SM y adicciones en AP en el Servicio de Salud Catalán⁸⁵.

El Programa de Soporte a la Primaria está basado en un modelo de colaboración: los/as profesionales de SM pasan parte de su jornada en AP integrándose en AP. La novedad es que forman parte de ambos equipos y fomentan la comunicación entre ellos. Parte de la actividad laboral se desarrolla en las USM y la otra parte en el CAP. El programa tiene una doble vertiente: formativa-apoyo técnico y terapéutica asistencial. La intervención formativa se concreta en sesiones clínicas y espacios de interconsulta (asesoramiento al/a la profesional). La intervención terapéutica-asistencial comprende desde visitas conjuntas con los profesionales de AP hasta intervenciones psicoterapéuticas breves. Desde la primera visita, el/la psicólogo/a clínico/a está realizando

intervención psicoterapéutica.

Otro aspecto importante es la función de cribado que desde el programa realiza el/la psicólogo/a clínico/a para discriminar la patología leve/moderada de la grave, dado que esta última será atendida desde una USM. Además, a través de la interconsulta, el/la psicólogo/a orienta hacia otros recursos de la comunidad. Por lo tanto, el/la psicólogo/a clínico/a realiza un número importante de intervenciones breves y concisas en dos niveles: interconsulta y asistencia directa.

Este programa ha sido financiado tan solo en la mitad del territorio catalán, ya que debido a la crisis se ha visto frenada su completa implementación. Estos programas suelen estar ubicados en un CAP de referencia y da servicio a otros cinco, atendiendo aproximadamente a unos 200.000 habitantes. El equipo de trabajo está dotado de 1 psicólogo/a, 1 enfermero/a especialista en SM y 2 psiquiatras. Trabajan con TM no grave (cuadros inespecíficos, adaptativos, depresión, ansiedad, somatizaciones).

En febrero de 2017, la Comisión de Salud del Parlamento de Catalunya debatió y aprobó por unanimidad una Propuesta de Resolución sobre los/as psicólogos/as clínicos/as donde se recogía la **necesidad de reforzar el apoyo de la atención psicológica y dotar de psicólogos clínicos a los centros de Atención Primaria por medio de los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) y de los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ), y hacer posible la detección temprana de los trastornos mentales, con una atención especial a la aplicación de programas para la prevención y la promoción de la salud.**

Además, en Cataluña se ha creado recientemente un Grupo de Trabajo en AP dentro del Colegio Oficial de Psicología catalán. Entre sus funciones se encuentran el realizar un censo de psicólogos/as que traban en Cataluña en AP, una coordinación y un registro de sus funciones.

Aínda que en un principio la excesiva demanda produjo algún problema de saturación en el sistema, en la actualidad está funcionando con el plan de extenderse a todo el territorio catalán.

Experiencia en Elche, Valencia

En Elche se pone en funcionamiento los dispositivos de Psicología Clínica en AP (PCAP) dentro de un modelo de colaboración entre AP y SM. La experiencia de una consulta ambulatoria de psicología clínica en AP comienza en el Hospital Universitario de Elche. El criterio de derivación de los/as MF al dispositivo de PCAP se formuló en términos de funcionalidad: se atendieron las derivaciones de pacientes con una alteración leve de la actividad global, concretamente puntuaciones ≥ 61 según la escalada de evaluación de la actividad global. Puntuaciones menores a

esta se consideraron indicadoras de derivación a dispositivos especializados que proporcionan mayor nivel de intensidad en el tratamiento⁸⁶.

La asistencia de PCAP se localizó en el CAP de Altabix, en una única consulta que funcionó a tiempo completo cuatro días a la semana, que atendió a una media de 4 primeras visitas semanales. Protocolariamente se derivaron desde AP a PC pacientes a valorar de al menos 15 años de edad, aunque en menor medida también se admitían derivaciones desde otros dispositivos como SM, conductas adictivas o salud sexual y reproductiva.

Las medidas recogidas en las primeras visitas atendidas en el dispositivo PCAP fueron: edad, sexo, diagnóstico de AP y de PCAP, derivaciones tras primera consulta en PCAP, tratamiento psicofarmacológico pautado desde AP, intervenciones psicoterapéuticas y número de sesiones de tratamiento.

En un estudio descriptivo de un año de asistencia los resultados obtenidos son prometedores, ya que reflejan una reducción en la prescripción de psicofármacos a la mitad de los niveles del ingreso y una reducción en la derivación a las USM. Además, los/as pacientes atendidos/as han tenido acceso a tratamientos eficaces basados en la evidencia y a una intervención temprana.

Experiencia en Madrid

En el Servicio Madrileño de Salud encontramos aproximadamente 320 CAP de los cuales dependen administrativamente 50 psicólogos/as clínicos/as que ejercen su trabajo ambulatorio en las USM. La Comunidad de Madrid ha aprobado su Oferta de Empleo Público (OEP) para 2015 que incluye 801 plazas para personal sanitario entre las que se convocan 10 plazas para PC de AP que realizarán su trabajo a nivel de atención especializada aunque dependerán de la gerencia de AP. Desde que se transfiere la atención sanitaria del INSALUD a la Comunidad de Madrid, todos los psicólogos/as clínicos/as, dependan de la gerencia de primaria o de especializada, realizan su trabajo en coordinación con los/as psiquiatras y los/as enfermeros/as en los centros de SM.

En el [Plan Estratégico de SM 2010 – 2014](#) se plantea como objetivo mejorar la coordinación entre SM y AP estableciendo la figura del consultor para potenciar la colaboración entre ambos niveles, con los objetivos de:

- Asesoramiento en casos clínicos.
- Desarrollo de actividades de formación continuada.
- Implementación de actividades de prevención y promoción de la SM destinadas a

las llamadas patologías menores para contribuir a reducir la medicalización de los problemas de la vida cotidiana y a disminuir las situaciones de incapacidad laboral, así como su duración, y favorecer la reincorporación laboral.

El pasado 3 de marzo de 2016, la Asamblea de Madrid dio luz verde a la creación de un Plan de Salud para el período 2016-2019, con el objetivo de reforzar la AP. En concreto, en la atención a pacientes crónicos, se propone: “Disponer de más recursos para el abordaje de los factores psicosociales que influyen en la enfermedad. Esto incluirá la incorporación progresiva de psicólogos/as a los centros de salud”.

Recientemente el director general de Coordinación de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, Cesar Pascual Fernández, presentó el proyecto que tiene dicha comunidad para la inclusión de psicólogos/as en los servicios de Atención Primaria, que ya está contemplado en las partidas presupuestarias de la capital y que consiste en la **inclusión de 21 psicólogos/as en diferentes centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, como experiencia para definir la cartera de servicios que tendrían que aplicar estos/as profesionales en la atención primaria.**

2.3.3 Experiencia en Galicia

A pesar de que el SNS esté coordinado en última instancia por el Ministerio de Sanidad, la descentralización de los servicios sanitarios recogida en la Constitución y en Ley de Sanidad de 1986, posibilita que cada Comunidad Autónoma asuma amplias competencias en la gestión sanitaria.

Así, en Galicia el inicio de la reforma de la AP la marca el Decreto 200/1993⁸⁷ que fue seguido en el año 2007 por el **Plan de Mejora de la AP de Galicia 2007-2011**⁸⁸, elaborado como respuesta a la reclamación de los/as médicos/as de AP para la mejora de las condiciones laborales (Plataforma 10 Minutos) cuyas conclusiones fueron aprobadas por el Sergas. Dicho Plan incluye medidas sobre la creación de plazas de personal, aumento de la capacidad resolutive de la AP y aspectos referentes a la gestión y desburocratización de las consultas.

Uno de los motivos que explican la necesidad de un plan de mejora en la AP es el aumento de la frecuentación en las consultas en los últimos años, no siempre acompañada de la necesaria y ágil respuesta en lo que a recursos y adaptación organizativa se refiere. Además, en el caso concreto de Galicia, existen una serie de limitaciones adicionales, como son la orografía y unas comunicaciones complicadas, y la gran dispersión de la población.

Así, el Plan de Mejora se centra en tres áreas estratégicas: la calidad, la capacidad de resolución y la continuidad asistencial (en consonancia con las propuestas a nivel nacional del Proyecto AP21). Los objetivos estratégicos se dirigen también a tres aspectos esenciales:

- **Personas usuarias:** se busca responder a las nuevas demandas y necesidades asistenciales de la población gallega y mejorar los resultados en salud.
- **Profesionales:** responder a las necesidades de los/as profesionales con la mejora de las condiciones de trabajo, facilitando su desarrollo personal.
- **Organización:** mejorar la eficacia, eficiencia, calidad y legitimidad social de la AP y, por extensión, del sistema sanitario en su conjunto.

A pesar de que la inclusión de la figura del/de la PC tendría una clara repercusión en estos tres ejes estratégicos, ha sido la gran olvidada en la redacción del Plan de Mejora de la AP 2007-2011, aspecto que ha tenido en cuenta el propio colectivo de médicos/as de AP de Galicia al proponer un Plan Alternativo para la AP en Galicia. En él se recogen aquellos aspectos que consideran deficientes o bien que no han sido resueltos en el Plan de Mejora 2007-2011, y se plantea como principal hándicap la escasez de tiempo en las consultas de AP.

Entre los distintos factores recogidos, señalan específicamente la necesidad de incorporar a los/as psicólogos/as clínicos/as en la AP, en consonancia con el enfoque biopsicosocial de los problemas de salud, y lo expresan de la siguiente manera:

Los psicólogos clínicos son profesionales demandados incluso por la población para resolución de problemas psicológicos leves y/o moderados. Hasta ahora se requiere una derivación previa a los psiquiatras de las USM. Son profesionales mejor entrenados para dirigir las terapias grupales de pacientes con patología crónica relacionadas con la modificación de estilos de vida (obesos, diabéticos, fumadores). Estas terapias grupales combinadas con el tratamiento médico han demostrado ser muy eficientes.

Además, en materia de SM a nivel legislativo en Galicia destaca el **Plan estratégico de saúde mental 2006-2011**⁸⁹ y los **planes de prioridades del Sergas** (2014 y 2015)⁹⁰, donde la SM se establece como prioridad, en concreto la depresión y la conducta suicida. Sin embargo, a pesar de ello, se ha observado una escasa congruencia entre los discursos sobre planificación estratégica y las prácticas reales a que han dado lugar. De hecho, en Galicia las tasas de suicidio siguen creciendo sin que la Consellería implante ninguna de las recomendaciones señaladas por la OMS y/o sin que actualmente exista un Plan Estratégico de SM, como recomiendan las organizaciones internacionales y el Ministerio de Sanidad.

Por último, se debe señalar que no hay en el Parlamento de Galicia ninguna iniciativa parlamentaria planteada recientemente en relación a la incorporación de la psicología clínica a la AP del Servicio Gallego de Salud, ni general sobre AP o SM.

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

En Galicia, una de las fuentes de información más accesibles para acercarnos a la atención psicológica en AP es la experiencia de los PIR, ya que no existe la figura del/de la PC en AP. El **programa formativo de la especialidad en psicología clínica**, Orden SAS/1620/2009⁹¹, recoge la rotación específica en AP del/de la futuro/a PC que ha de participar en el funcionamiento de los equipos multidisciplinares de AP.

Los objetivos de esta rotación, comunes en todo el Estado español, son:

- *Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento y gestión en AP.*
- *Participar en el funcionamiento de los equipos multidisciplinares de AP.*
- *Conocer los criterios de derivación al nivel especializado y especialmente a los dispositivos de SM.*
- *Conocer y participar en los espacios de coordinación organizados desde AP.*
- *Adquirir conocimientos sobre las psicopatologías más prevalentes en AP y sobre el diagnóstico diferencial.*
- *Adquirir conocimientos sobre los trastornos somáticos asociados a la patología mental.*
- *Valorar el impacto de la enfermedad física sobre el estado mental y la calidad de vida del paciente y de su familia.*
- *Adquirir conocimientos sobre el seguimiento de los TM graves en la comunidad.*
- *Adquirir conocimientos sobre el seguimiento de los trastornos crónicos desde AP.*
- *Conocer y participar en programas de promoción y prevención de la salud.*

Para implementar estos objetivos se proponen una serie de actividades:

- *El/La PIR debe participar en las reuniones y actividades organizativas y de coordinación del CAP, así como colaborar en programas preventivos y de promoción de la salud que se estén implantando en el centro, además de en las actividades de formación del CAP.*
- *El/La PIR debe realizar una observación participante de las consultas del/de la MF, de las de enfermería, de las de pediatría y de las de trabajo social.*
- *El/La PIR debe realizar directamente una serie de tareas como evaluar posibles derivaciones a otros dispositivos de SM, elaborar informes clínicos y tratar de forma individual, familiar o en grupo, los trastornos de SM más frecuentes en AP.*

Para ello, a lo largo de la rotación, el PIR debe adquirir formación teórica sobre los siguientes aspectos:

- *Promoción y educación para la salud.*
- *Conducta de enfermedad y procesos del enfermar.*
- *Estrés, afrontamiento de la enfermedad, y salud.*
- *Detección, diagnóstico y tratamiento psicológico de los trastornos de adaptación y reactivos con especial atención a los grupos de riesgo y situaciones especiales: familias desestructuradas; víctimas de maltrato; familiares y cuidadores de enfermos; inmigrantes; personas y colectivos en riesgo de exclusión social.*
- *Detección, diagnóstico y tratamiento precoz de conductas adictivas.*
- *Asesoramiento y consejo a grupos de apoyo y agentes sociales no sanitarios: asociaciones de familiares y/o de enfermos; grupos de auto-ayuda; comunidad educativa.*
- *Intervenciones psicológicas para la prevención primaria, secundaria, y terciaria de*
- *los TM y del comportamiento en las distintas etapas del ciclo vital.*
- *Multiculturalidad y etnicidad.*
- *Salud sexual y reproductiva.*
- *Psicogeriatría.*

En un estudio sobre el estado actual de las rotaciones en AP de los/as psicólogos/as internos/as residentes de las áreas sanitarias gallegas se han extraído los siguientes datos ⁹²:

- La rotación en AP es una de las rotaciones obligatorias del programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. El programa formativo recomienda realizar esta rotación durante el segundo año, tras realizar la rotación en Unidades de SM (USM), sin embargo, en Galicia, la opción general es realizar esta rotación en algún momento del último año de residencia.
- En la mayoría de las áreas sanitarias de Galicia, esta rotación se realiza a lo largo de 3 meses, tal como propone el BOE. En cuatro de ellas, A Coruña, Ferrol, Ourense y Ferrol, la rotación se realiza a lo largo de doce meses en los que el/la PIR acude al CAP un día a la semana, mientras que el resto está ocupado en otra rotación.
- La supervisión es el principal problema de la rotación en AP. En Galicia no existen psicólogos/as clínicos/as en AP y la supervisión es responsabilidad, en el mejor de los casos, de los psicólogos/as clínicos/as que trabajan en el mismo edificio en el que se encuentra el CAP desempeñando otras funciones (USM en A Coruña y Centro de Orientación Familiar [COF] en Ourense). En la mayor parte de los casos, un/a PC que trabaja en un dispositivo más alejado actúa como consultor mientras que la supervisión directa la ejerce un/a MF.

- Un segundo problema, en parte de las áreas sanitarias, es el espacio. En aquellos centros en los que no se cuenta con un despacho destinado a la consulta del/de la PIR, deben aprovecharse huecos vacíos, como despachos del turno de mañana por la tarde y viceversa o despachos de personal ausente por enfermedad, vacaciones o permisos, con la dificultad organizativa y las molestias para los pacientes atendidos que ello supone. Destaca la solución a este problema en A Coruña, donde esta rotación se realiza por las tardes para favorecer la disponibilidad de espacio físico.
- Con respecto a los tratamientos, **predomina la terapia familiar, de pareja e individual frente al desarrollo de terapias grupales, en parte a causa de las limitaciones de tiempo y espacio de la rotación en muchos de los casos**. En dos centros se lleva a cabo terapia de grupo con diferentes objetivos sobre diversos trastornos (relajación, HHCC, ansiedad, depresión, fibromialgia, cuidadores).
- **En todas las áreas destaca el apoyo y la valoración altamente positiva de los/as profesionales de AP hacia la presencia de residentes en los CAP siendo especialmente valorados los casos en los que la presencia de PIR se da de forma continuada**, es decir, en los centros en los que un/a PIR releva a otro. También se resalta la efectividad de las intervenciones, que en muchos casos funcionan como una auténtica prevención secundaria ya que el plazo entre la demanda y la atención es muy breve y en condiciones muy accesibles para el/la paciente.

Con respecto a las cifras destacar que **la presencia de la psicología clínica en AP en Galicia es muy reducida**. Tanto es así que solo en 7 CAP de los 406 que hay en Galicia hay una presencia parcial y discontinua del/de la psicólogo/a a través de personal en formación. Además, se estima que a día de hoy son 91 los/las psicólogos/as clínicos/as que trabajan en los dispositivos del Sergas, estos/as especialistas soportan una importante carga asistencial que se vería reducida si se incrementase la presencia de atención psicológica en los CAP, lo que supondría una mejora en la calidad asistencial. Por otra parte, 124 psicólogos/as clínicos/as están inscritos/as en las listas de contratación temporal del Sergas, aunque una minoría de ellos están entre los 91 que están trabajando en el sistema público, habría suficientes disponibles para comenzar a dotar a los CAP con profesionales de la Psicología Clínica.

Para finalizar este epígrafe comentar que **la incorporación del/de la psicólogo/a residente en los CAP pone de manifiesto que su trabajo es útil y eficaz**. Así, su intervención ha reducido las derivaciones a USM y en tres meses han conseguido hacer intervenciones específicas eficaces. Los/as MF valoran como muy positivo tener a una persona conocedora de psicopatología y cada vez delegan más casos al psicólogo/a residente.

2.3.4. Resumen de resoluciones autonómicas

En el último año en el Estado español se han presentado diferentes resoluciones parlamentarias en materia de psicología, AP y SM. A continuación se presenta un cuadro resumen sobre las mismas⁹³.

| COMUNIDAD AUTÓNOMA | ESTADO | PROPONIENTE | APOYADA POR |
|------------------------|------------|--------------------------------|--|
| ANDALUCÍA | No existe | | |
| ARAGÓN | En trámite | Partido Popular | |
| PRINCIPADO DE ASTURIAS | Aprobada | Ciudadanos | Partido Popular, Ciudadanos, Foro de Asturias e Podemos |
| CANARIAS | No existe | | |
| CANTABRIA | No existe | | |
| CASTILLA Y LEÓN | En trámite | Ciudadanos | |
| CASTILLA LA MANCHA | No existe | | |
| CATALUNYA | Aprobada | Ciudadanos | Unanimidad: Junts pel Sí, Catalunya Sí que es Pot, Partido Popular, Socialistes de Catalunya e |
| EUSKADI | No existe | | |
| EXTREMADURA | No existe | | |
| GALICIA | No existe | | |
| ILLAS BALEARES | Aprobada | Partido Popular | Unanimidad: Grupos parlamentarios popular, socialista, Més per Mallorca, Més per Menorca, Podem Illes Balears, El Pi Proposta per les Illes Balears, Mixto |
| LA RIOJA | No existe | | |
| COMUNIDAD DE MADRID | Aprobada | Ciudadanos | Partido Popular e Ciudadanos |
| REXIÓN DE MURCIA | En trámite | Grupo Parlamentario Socialista | |
| NAVARRA | En trámite | Grupo Parlamentario Socialista | |
| COMUNIDADE VALENCIANA | En trámite | Ciudadanos | Unanimidad: Partido Popular, PSPV, Compromís, Ciudadanos e Podemos-Podem |

A este respecto, a continuación comentaremos las más relevantes:

- En la **Comunidad de Madrid**, el Gobierno de la Comunidad llevará a cabo un paquete de medidas, entre las cuales figura la dotación progresiva de psicólogos/as clínicos/as en los centros de Atención Primaria, la paulatina incorporación de los programas de intervención psicológica para colectivos de personas enfermas especialmente vulnerables, así como el acrecentamiento gradual

en la oferta docente especializada de especialistas en Psicología Clínica.

- En **Valencia** se acordó por unanimidad la aprobación de otra resolución “sobre la creación de la figura del psicólogo clínico de Atención Primaria en el sistema sanitario”.
- En **Aragón** se debatió y aprobó una Interpelación formulada al Consejero de Sanidad relativa a la atención psicológica en el Sistema Público de Salud aragonés, a través de la cual, apelaba, entre otras cosas, a la necesidad de abordar la salud mental desde una perspectiva integrada e integral, e insistía en la premura de tomar medidas para incrementar la cobertura y accesibilidad de los tratamientos psicológicos, garantizando a la ciudadanía el acceso a una terapia psicológica de calidad, y mejorando así la prevención y los tratamientos en salud mental. Esta iniciativa quedó aprobada en la Comisión de Sanidad de las Cortes de Aragón.
- En **Asturias** se aprobó una moción relativa a la implementación “de un estudio piloto para la incorporación de asistencia psicológica en la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud”.
- En las **Islas Baleares** se estribó una proposición no de ley relativa a la inclusión del servicio psicológico en los centros de salud, dentro el Plan de Salud Mental autonómico..
- En **Cataluña** se debatió y aprobó por unanimidad emprender una serie de acciones, tales como el incremento en el número de plazas PIR y el aumento de la presencia de psicólogos/as clínicos/as en los dispositivos de salud mental y en aquellos servicios donde las intervenciones psicológicas han demostrado su eficacia, incorporando también a estos/as profesionales en los centros de Atención Primaria
- En **Castilla y León**, a día de hoy, existen tres iniciativas pendientes aún de debate centradas en adoptar medidas para una adecuada cobertura de los tratamientos psicológicos en el Sistema de Salud.
- En **Murcia** y en **Navarra** se encuentran también admitidas a trámite y pendientes de debate mociones sobre la inclusión de psicólogos/as clínicos/as en Atención Primaria y la implementación de la intervención psicológica en este nivel asistencial.

El hecho de que todas estas iniciativas hayan sido presentadas y votadas favorablemente en diferentes comunidades autónomas, por distintos grupos parlamentarios de ideología completamente dispar, pone de relieve el **interés unificado existente en torno a este tema** así como la importancia que se concede al mismo.

2.3.4 Conclusiones

Las experiencias internacionales y nacionales comentadas reflejan, tal y como señala la ONU¹⁴ en sus recomendaciones, que **no existe un único modelo de buena práctica clínica que pueda ser seguido por todos los países**. Así, aunque el modelo de atención escalonada está en proceso de implantación en Reino Unido, no sería adecuado un calco directo del mismo en el Estado español ya que la sociedad, sistema sanitario y legislación de ambos países son diferentes. Un ejemplo de esto sería la capacitación adecuada de los profesionales que llevan a cabo las intervenciones, una dificultad en Reino Unido que estaría resuelta en nuestro entorno, ya que en España la formación de los/as psicólogos/as que trabajan en el sistema público de salud se realiza a través de un sistema de residencia, al igual que en el resto de las especialidades médicas.

Podemos afirmar que el reconocimiento como especialistas sanitarios que en España tienen tanto las/s médicas/os especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria como las/os psicólogas/os clínicas/os, supone una importante ventaja de partida ante cualquier nueva iniciativa en este sentido, junto al hecho de que tanto unos como otros rotan durante su formación en los dispositivos de Atención Primaria y Psiquiatría/Salud Mental.

A pesar de ello, aunque diferentes, las experiencias comentadas guardan una variable común a todas ellas y es que estas iniciativas de colaboración más eficiente entre la atención psicológica y la AP son la concepción de la SM por los gobiernos y políticas de estado desde un modelo no exclusivamente biofarmacológico. Además, supone una justificación racional sobre la base de la evidencia científica, la situación objetiva de los servicios sanitarios, los datos epidemiológicos, el nivel de satisfacción y las preferencias de la persona usuaria.

3. PROPUESTA DE UN MODELO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN AP PARA GALICIA

3.1 LA FIGURA DEL/DE LA PSICÓLOGA/O CLÍNICA/O EN ATENCIÓN PRIMARIA

En España, atendiendo a la legislación vigente, el/la psicólogo/a que desarrolla funciones asistenciales en los dispositivos del SNS, donde se incluye la AP, debe estar en posesión del título de especialista en psicología clínica. Así *Ley General de Salud Pública*, Ley 33/2011⁹⁴ recoge:

Que los psicólogos que desarrollen su actividad en centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud o concertados con él, para hacer efectivas las prestaciones sanitarias derivadas de la cartera de servicios comunes del mismo que correspondan a dichos profesionales, deberán estar en posesión del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica al que se refiere el apartado 3 del anexo I del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Además se ha demostrado una mayor eficacia de los tratamientos cuanto mayor es la pericia del/de la profesional que los proporciona⁹⁵. Mientras que los tratamientos psicológicos por ordenador, sin participación humana no son una alternativa^{96,97}.

Tal y como expusimos en epígrafes anteriores, en Galicia no existe la figura del/de la PC en AP propiamente dicha y su presencia en el Estado español es anecdótica. A pesar de ello, el programa de formación especializada de Psicología Clínica de 4 años (BOE-A-2009-10107) parece abrir camino al considerar en su circuito de rotaciones básicas la rotación por AP. Así, *los/as psicólogos/as clínicos/as vía PIR, al final de su periodo de formación, tienen conocimientos de la práctica asistencial en AP, su modelo organizativo y de gestión de casos.*

Además, estos/as profesionales dominan los circuitos de derivación de pacientes entre primaria y especializada, especialmente a SM, dado que han rotado por todos los dispositivos específicos. Por otro lado, tienen una experiencia práctica de 4 años en las dinámicas hospitalarias y de Atención Primaria y conocen el funcionamiento de la historia clínica electrónica (en Galicia: IANUS). Por último, la titulación obtenida les da acceso a la categoría de Facultativo Especialista del Área de Psicología Clínica (FEA), lo que les posibilita autonomía e independencia frente a otros/as profesionales sanitarios/as.

Por otro lado, el número de psicólogos/as clínicos/as en el SNS es totalmente insuficiente. Esto contrasta con que cada año el Ministerio de Sanidad forma alrededor de unos 137 especialistas en Psicología Clínica, inversión que es pagada con dinero público y que posteriormente no es aprovechada por los contribuyentes. Solo en Galicia en las listas de contratación temporal hay 124 psicólogos/as clínicos/as de los que actualmente tan solo 10 desarrollan su actividad regularmente en

el SERGAS con contratos de diferente tipo.

Si prestamos atención a las convocatorias de oferta pública de empleo gallegas que garantizan el acceso al SNS siguiendo los principios de igualdad, mérito y capacidad, comprobamos que el número de plazas ofrecido es totalmente insuficiente, mal cubriendo los dispositivos en SM existentes (OPE extraordinaria: 49 aprobados, OPE 2006: 12 aprobados, OPE 2008: 4, OPE 2012: en principio 4 plazas; se cubrieron antes por concurso de traslados -3 desde fuera de Galicia-, OPE 2015: 0, OPE 2017: 3). Además, no se ha contemplado la AP, tal y como ya comienza ocurrir en otras comunidades autónomas como la madrileña.

Todo ello contrasta con los datos que hemos ido recabando a lo largo del documento. Como ya hemos comentado, entre el 30% y el 40% de las consultas de AP presentan un componente psicológico. Además, cerca del 90% no llegan a ser derivadas a especializada de SM por lo que el consumo de psicofármacos desde AP es elevado. **Establecer la figura del/de la PC en AP facilitaría la detección y el tratamiento de dichos casos así como la derivación a especializada en caso de que fuese necesario.**

Por otro lado, la **AP suele ser el dispositivo de primer contacto de personas usuarias con TM grave e ideas suicidas.** Ni que decir tiene de la relevancia de ubicar profesionales especializados/as en este nivel para manejar una primera intervención eficaz dentro del marco de la SM comunitaria.

3.2 HACIA UN MODELO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN GALICIA

La propuesta de un modelo de intervención específico de psicología clínica en AP debe ser algo más amplio que ceñirse a una técnica o a un modelo psicoterapéutico concreto. Desde nuestro punto de vista, ha de contener intervenciones comunitarias que no pierdan de vista el ámbito educativo, familiar, social o de la justicia; ha de contemplar el trabajo psicológico tanto desde una perspectiva individual como grupal, dando preferencia a esta última con el objetivo de optimizar su eficiencia; en el caso de hacer uso de psicoterapia, las intervenciones del/de la PC deben ser breves, focalizadas, restringidas en el tiempo, con un número cerrado de sesiones, centrado en un modelo de eficacia demostrada y adaptado a la idiosincrasia de la AP. Por último, y no menos importante, debe promover la integración con otros/as profesionales sanitarios/as que interaccionan también con la persona usuaria como son los/as profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Trabajo Social, Enfermería o Farmacia.

No podemos perder de vista que el mayor riesgo que corre un/a PC en AP es que su consulta se acabe convirtiendo en una USM con larga lista de espera. Creemos que gran parte de la jornada laboral de un/a PC que trabaje en AP ha de ser de pasillo, entendido este desde el punto de vista de

la interacción. El trabajo del/de la profesional en AP ha de ser dinámico, versátil, que complemente la labor de los/as otros/as profesionales citados/as, ya que en muchas ocasiones ya cuentan con formación en psicoterapia individual-grupal y técnicas específicas (relajación, SP, HHSS) o el apoyo de la telemedicina.

Desde nuestra perspectiva, el modelo de psicología clínica que se implante en AP debe responder a la filosofía que marca y da sentido a la AP, darle a cada paciente lo que necesita. Entendemos que el modelo de atención a la salud se basa en el entendimiento y abordaje de las necesidades de las personas usuarias y en la realidad biopsicosocial de las personas. La práctica de la salud comunitaria desborda el campo específico de la psicopatología. Propugnamos un plan terapéutico para cada paciente, en el que se tenga en cuenta todos los aspectos relacionales con su medio personal, familiar y social, además del diagnóstico psicopatológico. Por lo tanto, proponemos un modelo de trabajo basado en acciones psicoterapéuticas más que en un modelo psicoterapéutico concreto, con el que se logre llegar a cada persona entendida esta desde un contexto psicosocial concreto.

Creemos que todas y todos los pacientes son diferentes y tienen necesidades distintas. A algunos una interpretación de lo que les pasa ya les sirve, otros necesitan cambiar el entorno o alguna habilidad concreta, otros una intervención grupal, otros precisarán de una intervención cara a cara y en algún caso habrá que tener atención domiciliaria. Si la atención comunitaria está determinada por las necesidades de los/as pacientes, se hace necesario priorizar la discapacidad sobre los síntomas y poner el énfasis en el desarrollo de capacidades y habilidades que mejoren la autonomía y la calidad de vida de los afectados, especialmente en personas con problemas crónicos de salud y con TM de larga evolución.

Es por esta razón que creemos, en un intento de proponer un modelo de intervención de psicología clínica en AP, que lo relevante es dejar claras las bases y no centrarnos tanto en técnicas o modelos de intervención psicoterapéuticos concretos.

Con todo ello en mente, consideramos que estas deben ser algunas de las directrices que debería seguir el/la PC en AP⁹⁸:

- **Intervención y organización comunitaria.** Actividades preventivas (detección e intervención temprana y promoción de la salud en SM, reproductiva, trastornos alimentación, adicciones, violencia). Establecer alianzas con grupos de autoayuda y sectores implicados. Colaboración con la comunidad educativa.

- **Incrementar la disponibilidad de recursos internos de AP** para ayudar a atender los problemas psicosociales o de SM de los/as pacientes y aportar un rápido feedback al profesional sanitario, sin derivar al paciente a un servicio especializado.
- **Mejorar el reconocimiento de las distintas necesidades en salud mental en los** servicios de salud.
- **Consultoría** para apoyar el trabajo de médicas/os de familia, pediatras, profesionales de enfermería, trabajo social en la atención a la salud y en problemas donde el comportamiento y la comunicación interfieren. Discusión de casos, resolución de problemas.
- **Consultoría clínica a pacientes** de cara a fomentar el establecimiento de metas razonables, habilidades de resolución de problemas interpersonales, de autocontrol, de estrategias de afrontamiento.
- **Mejorar la colaboración en la atención y el manejo de personas con problemas psicosociales en AP.**
- **Medidas educativas.** Entrenamiento en competencia parental para afrontar necesidades familiares y de los hijos, problemas de pareja, comportamientos de riesgo, mejora adherencia a tratamientos.
- **Activación conductual.**
- **Atención clínica propiamente dita en contextos grupales.** Entrenamiento en habilidades o solución de problemas, entrenamiento en técnicas específicas (v. gr. relajación, higiene de sueño, control de estímulos, deshabitación tabaco), individuales (consejo, asesoramiento, gestión estrés, trastornos adaptativos).
- **Atención a pacientes mentales graves en la comunidad.**
- **Atender a pacientes con riesgo de suicidio.**
- **Prevenir** serios problemas de salud física y mental a través de la detección e intervención temprana.
- **Evaluar y derivar** a un paciente a la USM para que reciba un tratamiento más intensivo.

Evidentemente, el hecho de asumir estas funciones supone un cambio para el/la PC con respecto a su trabajo en otras unidades asistenciales. Así, el trabajo en equipo, la necesidad de flexibilidad y agilidad, la atención tanto de pacientes como de personal sanitario o la eficiencia se convierten en elementos definitorios de su actividad asistencial. A continuación, describiremos más

pormenorizadamente cada uno de ellos⁹⁹:

1. **Trabajo en equipo.** La AP depende de la atención basada en equipos para coordinar servicios, recursos de acceso y proporcionar promoción de la salud y prevención de enfermedades. El/La PC puede decidir estar físicamente en el mismo entorno con la co-ubicación de su consulta en un CAP, pero esto no será suficiente, sin duda, ya que estar dentro de un despacho en un CAP no significa ser parte del equipo. El/La PC que esté en AP debe aprender del funcionamiento del equipo en el día a día para facilitar la comunicación y la interacción necesaria. No basta con tener actitud de espera y esperar ser la buena referencia. Se ha de participar en las consultas médicas/enfermería/pediatría que lo requieran en el marco de la interconsulta. Estas son un modelo de actuación en el que el paciente ve un equipo para su atención y seguimiento.
2. **Dos clientes: pacientes y personal sanitario.** Los/as psicólogos/as clínicos/as que se integren en los CAP han de realizar cambios en el enfoque tradicional de atender las necesidades del paciente para responder a las preocupaciones del personal sanitario. Al adaptarse a este modelo mejora la calidad de la continuidad de la atención del paciente. Esto requiere un cambio de mentalidad similar al trabajo de interconsulta y enlace. Estas interconsultas a veces serán muy ágiles y permitirán una transferencia, igualmente rápida al paciente de cara a tomar decisiones, implantar un psicofármaco o realizar una derivación.
3. **Intervención ágil.** Tradicionalmente, los servicios ambulatorios de SM proporcionados por los/as psicólogos/as clínicos/as en las USM están estructurados con sesiones de 30 minutos. Este modelo de trabajo no puede reproducirse en un CAP, ya que la consulta ha de ser ágil, en numerosas ocasiones de triaje o muy focalizada.
4. **Flexibilidad.** El/La PC debe estar siempre disponible para recibir la demanda. Estas pueden ser muy variadas, tanto por parte de los/as pacientes como por parte del equipo. Los encuadres también han de ser variados, a veces es una consulta de pasillo o telefónica, o en una sesión conjunta o una consulta individual. A veces, los/as pacientes pueden requerir solamente información o una consulta puntual pero en varios momentos vitales. El encuadre ha de ser el que permita la resolución de la demanda.

4. CONCLUSIONES

Para finalizar, los autores/as del presente documento queremos resaltar los siguientes enunciados que consideramos 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 salud (OMS, NICE, Banco Mundial, WFMH, APA, las GPC, la OCDE) recomiendan el tratamiento psicológico.
- 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/la psicólogo/a clínico/a colabore de forma integrada en el equipo de AP.
- Los tratamientos psicológicos por ordenador, sin participación humana, no son una alternativa al tratamiento cara a cara.
- Las personas usuarias parecen preferir los tratamientos psicológicos.
- Es necesario mejorar el acceso a los tratamientos psicológicos.
- Equidad es dar a cada uno lo que necesita.
- El SNS y los pacientes atendidos por éste, pueden beneficiarse de la colaboración de las/os psicólogas/os clínica/os con otras especialidades, más allá de los servicios de Psiquiatría, como por ejemplo, Medicina Familiar y Comunitaria.
- Los/as psicólogos/as clínicos/as son los profesionales con una formación dedicada específicamente a proporcionar tratamientos psicológicos en el SNS.
- AP es el espacio mejor preparado para limitar los procesos de medicalización/psicopatologización de la vida cotidiana y la recuperación de modelos de trabajo comunitario.
- La AP debería hacer efectiva la inclusión de la atención psicológica en su cartera de servicios.

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 (Avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-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. Neuropsiquiatria* 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 Saúde (OMS). Plan de Acción sobre Saúde 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 Saúde en España 2014 (INE). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
19. Fernandez A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martinez-Alonso M, Autonell J et al. Treatmentadequacy 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, Martinez-Alonso M, DemyttenaereK, 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 Saúde 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 saúde 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 primariaa 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 salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria* 2006; 38: 563-569.
37. Ortiz-Lobo A. Los profesionales de salud 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 N° 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 saúde. *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 estratéxico 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.

