

CONCLUSIONES

Jornada de Trabajo sobre Psicología Clínica en Atención Primaria

“Análisis de las Experiencias de la Rotación en el Plan de Formación del Programa de la Especialidad de Psicología Clínica (PIR) en los centros de Atención Primaria”

Madrid, 11 de noviembre de 2013

Promueve y Organiza:



INTRODUCCIÓN	3
CARACTERÍSTICAS	9
METODOLOGÍA	11
ASISTENTES	13
CONCLUSIONES DE LA JORNADA	14

Características Específicas de la Rotación en Atención Primaria de la Especialización en Psicología Clínica..... 15

<i>Plan de formación en Atención Primaria</i>	15
<i>Derivaciones</i>	16
<i>Demandas recibidas / Necesidades percibidas</i>	16
<i>Patologías / problemas más frecuentes</i>	17
<i>Tipos de tratamiento / intervención</i>	17
<i>Resultados</i>	18

Relaciones de los Profesionales de la Psicología Clínica con los Equipos de Atención Primaria y los Pacientes..... 19

<i>Nivel de implantación de la residencia en Atención Primaria</i>	19
<i>Acogida del equipo médico</i>	20
<i>Acogida del personal de enfermería</i>	21
<i>Coordinación interprofesional</i>	22
<i>Relación con el paciente</i>	22

Limitaciones y Propuestas de Mejora..... 24

<i>Análisis previo</i>	24
<i>¿Cómo mejorarías la presencia de la Psicología Clínica en Atención Primaria?</i>	25
<i>¿Cómo mejoraría la actividad asistencial de los profesionales de los equipos de Atención Primaria al estar incluido en él un profesional de la psicología clínica?</i>	26
<i>¿Cómo mejorarías la atención al usuario?</i>	27
<i>¿Qué aspectos concretos mejorarías?</i>	28
<i>¿Consideras que tienes formación suficiente para trabajar en Atención Primaria? ¿Qué mejorarías?</i>	28

CONCLUSIONES GENERALES DE LA JORNADA..... 30

BIBLIOGRAFÍA..... 33

Introducción

El momento presente es de gran trascendencia la Psicología Clínica. Tal y como se reconoce en el Libro Blanco de los Recursos Humanos en el Sistema Sanitario (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), la crisis económica ha afectado seriamente a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), y es de gran importancia el replanteamiento de los Recursos Humanos de que dispone el sistema sanitario para garantizar una atención plena, de calidad, y coste efectivo a la población. El ámbito de la Atención Primaria (AP), sin duda, una pieza capital en la organización del SNS, es una de las áreas en las que la sostenibilidad del sistema se pone a prueba y, al mismo tiempo, se trata de un área que ha contado de un modo tremendamente limitado con los recursos que podría aportar la Psicología Clínica a este ámbito de intervención. Sin embargo, la intervención de los profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud podría traducirse en una mejora significativa de la calidad y eficiencia de la atención ofrecida en AP, como el propio sistema reconoce:

"En el caso de los psicólogos, la alta prevalencia de los trastornos mentales, la saturación que éstos producen en la atención primaria y los análisis de la eficiencia de los tratamientos psicológicos, junto con experiencias evaluadas en otros países de nuestro entorno, recomiendan potenciar el papel del psicólogo en la atención primaria, así como en otras áreas, tales como cuidados paliativos, oncología o neurología". (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, pág. 101)

Como ya se indica, la prevalencia de los trastornos mentales, que se sitúa entre el 25 y el 30% en prevalencia – vida en nuestro país, supone una carga tremenda para el SNS, que invierte del orden de un 2% de su presupuesto en la atención a Salud Mental (SM), suponiendo la atención a los trastornos mentales en los diferentes niveles del sistema un 22% de la factura farmacéutica del SNS. Adicionalmente a la propia factura sanitaria, los costes económicos indirectos asociados a los trastornos mentales son también cuantiosos: estos dan cuenta del 13% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD; OMS, 2004). Un AVAD equivale a la pérdida de un año de vida en plena salud.

A pesar de la existencia de unidades especializadas en SM, un porcentaje significativo de la carga asistencial de los trastornos mentales y del comportamiento se atiende en AP, habitualmente con medios exclusivamente farmacológicos, aumentando la carga de la factura farmacéutica en el SNS. Este porcentaje se sitúa entre el 33 y el 40% de los pacientes atendidos en los últimos 12 meses en AP, siendo los trastornos que mayor demanda han tenido los trastornos del estado de ánimo, observándose asimismo que casi la mitad de los pacientes atendidos presentaban síntomas depresivos (Gili, Roca, Basu,

McKee y Stuckler, 2013). Además, se ha observado un aumento de la distimia, del trastorno de ansiedad generalizada, de los trastornos somatomorfos, el trastorno de pánico y los problemas relacionados con dependencia y abuso de alcohol (Gili et al., 2013).

Esta situación se debe en buena medida a la ausencia de un número suficiente de profesionales de la Psicología Clínica en el SNS en general, y en AP en particular. De acuerdo con el observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2010) en España sólo hay 4,3 psicólogos por cada 100.000 habitantes, mientras que en Europa este ratio es de 18 psicólogos, existiendo además importantes diferencias entre Comunidades Autónomas, con la consiguiente desigualdad en el acceso a atención psicológica. Ya en 2010, el Senado reconocía ante esta situación que en España hay un déficit de unos 7200 psicólogos en el SNS.

Adicionalmente, la presencia del Psicólogo Clínico en AP viene respaldada por el marco normativo vigente, a través de la Cartera de servicios del SNS, y la Estrategia de Salud Mental de 2007, y viene también respaldada también por las preferencias de los pacientes (Retolaza y Grandes, 2003).

La inclusión de profesionales de la Psicología Clínica en los números en los que son necesarios, especialmente en el nivel de AP, ofrecería numerosos beneficios:

- Contribuiría a la despatologización de la atención a SM y a una mejor gestión de la psicopatología de la vida cotidiana (códigos Z).
- Mejoraría la intervención y detección temprana en los trastornos mentales y del comportamiento.
- Supondría la descongestión de recursos de AP y SM.
- Ofrecería intervenciones de acreditada coste – efectividad.
- Daría accesibilidad a la intervención psicológica a otras poblaciones necesitadas de la labor del profesional de la Psicología Clínica (dolor, enfermedad crónica, etc.)

Los roles que puede ocupar el profesional de la Psicología Clínica en el SNS en general, y en AP en particular, para producir estos beneficios de modo directo o indirecto se pueden agrupar, de un modo que no pretende ser exhaustivo, en los siguientes ámbitos,

1. Roles en prevención y promoción de la salud integral del individuo y la comunidad:

Intervención en el desarrollo de programas de prevención (primaria, secundaria, terciaria) y de promoción de la salud integral (física, psicológica y social), tanto del individuo como de la comunidad.

2. Roles en evaluación, diagnóstico y tratamiento directo en problemas de salud (mental o física):

- Desarrollar evaluaciones y diagnósticos del estado mental, valoración de urgencias psicológicas, tratamientos psicológicos, psicoterapéuticos y neuropsicológicos con pacientes adultos, niños y adolescentes, afectados por trastornos psicológicos o psicopatológicos y del comportamiento, trastornos neuropsicológicos y condiciones psicosociales que incidan en la salud y el bienestar, ya sean agudos o crónicos, en los diferentes niveles y servicios del SNS.
- Realizar valoraciones psicométricas del estado mental y de condiciones psicopatológicas o conductuales.
- Incidir en la toma de conciencia de enfermedad y fomentar la motivación para implicarse activamente en el tratamiento.
- Participar en equipos de tratamiento multidisciplinar de los citados trastornos.
- Trabajar coordinadamente con otros profesionales para reducir la hiperfrecuentación a las consultas de Atención Primaria.
- Realizar valoraciones psicométricas del estado mental y de condiciones psicopatológicas o conductuales; incidir en la toma de conciencia de enfermedad y fomentar la motivación para implicarse activamente en el tratamiento.
- Ayudar a los pacientes y sus familias en el proceso de ajuste a condiciones médicas agudas, crónicas y de riesgo vital, y procedimientos médicos invasivos, incluyendo la toma de decisiones sobre temas complejos y la atención del duelo.
- Colaborar activamente en la gestión del dolor de los pacientes;
- Promover comportamientos y hábitos de vida saludables;
- Atender a aspectos conductuales de la salud y la enfermedad, la toma de medicación y seguimiento de prescripciones terapéuticas;
- Asegurar la implicación de familias y grupos de apoyo para garantizar el éxito de tratamientos;

- Intervenir en otros ámbitos privilegiados para su participación como son la terapia de pareja, la intervención en violencia de género, y el manejo y asesoramiento a familias multiproblemáticas o desestructuradas;
- Participar en nuevos ámbitos con asistencia de las TIC, como en los tratamientos psicológicos asistidos on-line y telefónicamente, la auto-terapia, y la realidad virtual.

3. Roles de consultoría, asesoramiento y apoyo a otros profesionales sanitarios:

- Negociar y mediar ante discrepancias entre pacientes, familias y proveedores de servicios sanitarios; apoyar a compañeros del sistema sanitario a gestionar el estrés propio de la prestación de servicios sanitarios.
- Potenciar la comunicación con los pacientes y ofrecer consultoría y entrenamiento a compañeros sanitarios sobre medios efectivos de comunicarse con los pacientes, especialmente en la comunicación de malas noticias.
- Facilitar la toma de decisiones y la solución de problemas para maximizar la adhesión a regímenes de tratamientos.
- Recomendar los ajustes de la praxis para atender a pacientes con desórdenes conductuales, psicológicos o del desarrollo.
- Recomendar ajustes de las políticas y prácticas de salud en función del género, edad, estatus socioeconómico, cultura, espiritualidad y otros factores relacionados con las creencias y actitudes ante la salud.
- Valorar y aportar recomendaciones basadas en el desarrollo del paciente a lo largo del ciclo vital y el envejecimiento.
- Asegurar que se tengan en cuenta en los tratamientos aspectos relevantes para la calidad de vida de los pacientes, especialmente en las etapas finales de la vida.
- Tareas de cuidado psicológico a los profesionales del SNS: burnout, mobbing, estrés laboral, etc.
- Tareas de conexión y coordinación del SNS para favorecer atención continua entre diferentes servicios del SNS y con otros sistemas públicos o privados como los centros educativos: identificación de trastornos mentales y problemas de comportamiento en niños y adolescentes (por ejemplo, TDA-H, autismo, depresión infantil, etc.)
- Participación en comités y otras reuniones o actividades de trabajo interdisciplinar que permitan una mejor atención al usuario.

4. Roles en la gestión y planificación de servicios.

- Participar en la toma de decisiones administrativas para desarrollar contextos, procedimientos, guías de práctica clínica y políticas que garanticen un óptimo aprovechamiento de las habilidades de los psicólogos.
- Aportar el punto de vista propio de la Psicología en los ámbitos de prevención de riesgos y mejora de la calidad de los servicios.
- Fomentar el desarrollo organizacional, de programas y de sistemas.
- Supervisar servicios psicológicos y relacionados.
- Participar en comités éticos y de valoración de servicios.
- Realizar estudios epidemiológicos identificando factores de comportamiento relacionados con diferentes patologías (físicas y mentales).

5. Roles en investigación y formación.

- Participación en equipos y/o proyectos de investigación encaminados a facilitar el avance y mejora de la actividad preventiva y asistencial.
- Aplicar metodologías de investigación y evaluación de programas.
- Participación en procesos de formación de pregrado, postgrado, formación continuada de diferentes profesionales sanitarios (psicólogos sanitarios generalistas y/o especialistas en psicología clínica, médicos, enfermería, etc.), así como de otros profesionales no sanitarios en habilidades de atención y comunicación con los usuarios del SNS.

El desarrollo adecuado de estos roles supone la necesidad de que la Psicología Clínica se ubique necesariamente con un modelo de funcionamiento propio dentro del SNS; existen diferencias significativas entre la aproximación médica a la Salud Mental y la que es propia de la Psicología Clínica, basada en un acercamiento diferente del biomédico. Esto se pone de manifiesto en la actitud esencialmente crítica de la Psicología Clínica ante la "medicalización de los problemas de la vida cotidiana", o incluso, en la aplicación de modelos explicativos propios para los diferentes trastornos, como los basados en el Análisis Funcional de la Conducta frente al creciente auge de la psiquiatría biológica.

Lógicamente, las intervenciones psicológicas son consistentes con este modelo diferenciado, y son a fecha de hoy, alternativas igual o más eficaces y efectivas que los fármacos para la mayoría de trastornos mentales. Sin embargo, estos

resultados son alcanzados en contextos en los que la organización de la intervención respeta las particularidades de la intervención psicológica, algo que hoy por hoy no ocurre habitualmente en el SNS. Es preciso reivindicar la creación de estructuras que permitan la aplicación de los tratamientos psicológicos en condiciones de probada eficacia y efectividad por aquellos profesionales mejor preparados para desarrollar esas intervenciones.

La situación expuesta anteriormente demanda, por tanto, lo mejor de los profesionales de la Psicología Clínica en este momento y, al mismo tiempo, ofrece una oportunidad de crecimiento y desarrollo para la disciplina paralela a la vocación de servicio que ha caracterizado siempre a la Psicología Clínica. En este estado de las cosas, la formación de los futuros profesionales de la Psicología Clínica debe recoger de modo claro y específico el ámbito de AP, preparándoles para el ejercicio de sus funciones en un entorno no exento de dificultades.

Así pues, el objetivo del presente trabajo es, en primer lugar, reflexionar sobre el estado actual de la rotación en AP del programa de Psicólogos Internos Residentes (PIR). Por otra parte, el fin último es aportar sugerencias para asegurar la capacitación y la excelencia de los profesionales de la Psicología Clínica, y resaltar la importancia y la necesidad de su inclusión en Atención Primaria.

Características

El Consejo General de la Psicología lleva trabajando desde hace años en el análisis de la problemática de la Psicología Clínica en Atención Primaria. En noviembre de 2011 tuvo lugar en Madrid el primer encuentro entre Asociaciones para llegar a acuerdos y consensos sobre la situación de la Psicología Clínica en España. Posteriormente, el 19 de noviembre de 2012, tuvo lugar en Madrid la Jornada "*Comunicaciones Psicología Clínica en Atención Primaria; Una Necesidad y Derecho de las Personas*", en la que se planteó la necesidad y el derecho a que se preste la atención psicológica de calidad que requieren los ciudadanos.

A partir de las conclusiones de dicha Jornada, el COP ha decidió emprender un análisis más profundo mediante la creación de un grupo de trabajo, en el que inicialmente contó con la colaboración de las asociaciones AEPC, ANPIR y SEPCyS. Este grupo propuso la realización de una Jornada sobre Psicología Clínica en Atención Primaria, titulada "*Análisis de las Experiencias de la Rotación en el Plan de Formación del Programa de la Especialidad de Psicología Clínica (PIR) en los centros de Atención Primaria*", con el objetivo de analizar las experiencias de la rotación en el Plan de Formación del Programa de la Especialidad de Psicología Clínica (PIR) en los centros de Atención Primaria. Se planteó determinar las características específicas de la rotación de los profesionales de la Psicología Clínica con los equipos de Atención primaria, obtener información sobre las limitaciones del modelo actual y realizar propuestas de mejora. Esta jornada tuvo lugar en Madrid, el 11 de noviembre de 2013, con la participación del COP, la AEPC y la SEPCyS.

Contenidos de la Jornada:

1) Características Específicas de la Rotación en Atención Primaria de la Especialización en Psicología Clínica.

- Derivaciones
- Plan de formación en Atención Primaria
- Demandas recibidas
- Necesidades percibidas
- Patologías / problemas más frecuentes
- Tipos de tratamiento / intervención
- Valoración de Resultados

2) Relaciones de los Profesionales de la Psicología Clínica con los Equipos de Atención de Primaria y los Pacientes.

- Acogida del equipo médico
- Acogida del personal de enfermería
- Coordinación interprofesional
- Relación con los pacientes

3) Limitaciones y Propuestas de Mejora

- ¿Cómo mejorarías la presencia de la psicología clínica en Atención Primaria?
- ¿Cómo mejoraría la actividad asistencial de los profesionales de los equipos de AP a estar incluido en él un profesional de la psicología clínica?
- ¿Cómo mejorarías la atención al usuario?
- ¿Qué aspectos concretos mejorarías? Tomar en cuenta todo el proceso y el trabajo que se realiza.
- ¿Consideras que tienes formación suficiente para trabajar en Atención Primaria? ¿Qué mejorarías?

Metodología

Se planteó una metodología cualitativa basada en grupos focales de discusión, formados por psicólogos internos residentes, tutores y profesionales de la psicología clínica con experiencia en AP.

Participantes:

Se contactó con los Colegios Oficiales de la Psicología de todas las Comunidades Autónomas, con la petición de que propusieran candidatos de entre sus colegiados que coincidieran con los perfiles anteriores. Finalmente se obtuvo una representación compuesta por 13 psicólogos internos residentes, 5 tutores y 5 profesionales de la psicología clínica.

Formación de los grupos:

Inicialmente se realizó una exposición breve por parte de los organizadores de la jornada para contextualizar el debate sobre el papel de la psicología clínica en Atención Primaria y explicar la metodología de trabajo. Tras esto se crearon cuatro grupos. Para evitar el efecto de la experiencia y el liderazgo, se estableció que cada grupo de profesionales trabajara por separado. En este sentido, se crearon dos grupos de discusión formados por psicólogos internos residentes, uno analizando la temática de "*Características específicas de la rotación en atención primaria de la especialización en psicología clínica*" y el otro analizando la temática "*Relaciones de los profesionales de la psicología clínica con los equipos de atención primaria y los pacientes*". También se creó el grupo de tutores, que analizó la temática "*Características específicas de la rotación en atención primaria de la especialización en psicología clínica*" y el grupo de profesionales especialistas en psicología clínica con experiencia en AP, que analizó la temática de "*Relaciones de los profesionales de la psicología clínica con los equipos de atención primaria y los pacientes*".

Desarrollo de los grupos de discusión:

Cada grupo contaba con la coordinación de un miembro del equipo organizador, que se encargaba de moderar el debate. A su vez cada grupo nombraba a un portavoz, que expondría las conclusiones al plenario, compuesto por todos los asistentes a la jornada.

Después de que cada grupo discutiera sobre el tema asignado, cada uno de ellos elaboró un resumen de la discusión, el cual fue expuesto al plenario. En primer lugar expusieron los grupos que debatieron sobre "*Características específicas de la rotación en atención primaria de la especialización en psicología clínica*" y posteriormente los grupos que debatieron sobre "*Relaciones de los profesionales de la psicología clínica con los equipos de atención primaria y los pacientes*". Tras las presentaciones se produjo un debate general de los temas expuestos.

Seguidamente, todos los grupos debatieron sobre el mismo tema: "*Limitaciones y propuestas de mejora*". De nuevo, cada grupo elaboró sus conclusiones y las expuso al plenario para su debate.

Finalmente, el equipo de coordinación elaboró las conclusiones generales tomando en cuenta las conclusiones derivadas de las dos sesiones plenarias, y las expuso al plenario para su debate. Con toda la información recogida se redactó un primer documento, que se hizo llegar a todos los participantes de la jornada, a fin de que pudieran incluir sugerencias, correcciones y propuestas de mejora. A partir de este borrador y los comentarios se redactó el presente documento.

Está previsto que este documento se haga llegar a diversos expertos de reconocido prestigio en el ámbito de la psicología clínica y la Atención Primaria, para someterlo a su consideración, e incorporar también los comentarios y sugerencias que hagan llegar al equipo de coordinación.

Los participantes en esta jornada y sus conclusiones se exponen a continuación.

Coordinadora de la Jornada:

Doña M^a Dolores Gómez Castillo

Coordinadora del área de Psicología Clínica y de la Salud – Vocal Junta de Gobierno del *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*

Coordinadores Grupos de Discusión:

Don Wenceslao Peñate Castro

Representante de la *Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)*

Don Francisco J. Estupiñá Puig

Secretario de la *Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI (SEPCyS)*

Don Lorenzo Gil Hernández

Vocal Junta de Gobierno del *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*

Doña M^a del Mar Aguilar Uceda

Secretaria del *Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla – La Mancha*

Asistentes

COP	ASISTENTES
Colegio Oficial de Psicólogos de Álava	Izargi Lacunza Areta
Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental	Soraya González Rábago
Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental	Pedro Vega Vega María Muñoz Morente
Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla – La Mancha	Ana María Hermosilla Pasamar Carmen Abellán Maeso
Col.Legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya	Miguel Gárriz Vera Bernat Carreras Marcos
Col.Legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana	Vicenta Esteve Biot Amparo Malea Fernández
Colegio Oficial de Psicólogos de Extremadura	M ^a Jesús Cabello Garay
Colegio Oficial de Psicología de Galicia	Alicia Carballal Fernández M ^a José Carreira Vidal
Colegio Oficial de Psicólogos de Guipuzkoa	Laura Bafaluy Franch
Col.Legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears	Mariona Fuster Fortaleza M ^a Rosa Piza Portell
Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra	M ^a Rosario de Luis de Beorlegui Rosa Ramos Torío
Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias	Raúl Merino Salán
Colegio Oficial de Psicólogos de la Región de Murcia	M ^a José Campillo Cascales Ascensión Garriga Puerto
Colegio Oficial de Psicología de Santa Cruz de Tenerife	Esther Sanz Sánchez Laura Ruiz Quintanal

CONCLUSIONES DE LA JORNADA

Características Específicas de la Rotación en Atención Primaria de la Especialización en Psicología Clínica

Plan de formación en Atención Primaria

En general, el plan formativo de la rotación PIR por Atención Primaria (AP) se ajusta a las previsiones de objetivos, actividades y programa teórico, recogido en el BOE nº 146, del 17 de junio de 2009, Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. Sin embargo, en cada comunidad y centro se adapta a las necesidades y posibilidades que, tanto el dispositivo como el personal de AP, pueden ofrecer.

La previsión de tres meses de rotación es la más frecuente, pero se pueden encontrar variaciones que van desde los dos a los seis meses e, incluso, un año. Este último modelo de rotación, consiste en acudir un día a la semana al centro de salud, para que no existan vacíos temporales en la rotación, y así generar una necesidad de prestación de servicios en Psicología Clínica en AP estable en el tiempo.

La rotación se hace normalmente en el segundo año de rotación, tal y como propone la normativa, pero también en este caso hay variaciones, pudiendo incluso rotar en el cuarto año. En general esta variabilidad tiene que ver con el ajuste de los distintos dispositivos por los que rotan los residentes, los espacios con los que cuentan para pasar consulta, las agendas que manejan, etc.

Derivaciones

Se observa una falta de homogeneidad en la metodología de derivación; en algunos centros de AP las derivaciones de pacientes para el residente se hacen de una manera un tanto improvisada, dependiendo de los intereses y conocimientos de los médicos de AP, aunque en los centros con más experiencia en la rotación, la mayoría de las derivaciones se hacen de acuerdo a un protocolo. En este protocolo se puede utilizar una entrevista previa con el paciente, a modo de cribado, y se especifica qué patologías, con una gravedad leve o moderada, se van a derivar al residente, y que patologías se van a derivar a una Unidad de Salud Mental (USM). Esta práctica permite una coordinación continua y posibilita la toma de decisiones conjunta entre los diferentes profesionales del equipo de AP y los residentes.

Demandas recibidas / Necesidades percibidas

Se ha constatado como, al inicio de las rotaciones por AP, las demandas cubrían cualquier consideración por parte de los equipos de AP, con independencia de las patologías y su gravedad. Se ha ido observando que el desarrollo de protocolos de derivación, las demandas se han ido canalizando. Inicialmente, las demandas recibidas se han circunscrito a la evaluación y tratamiento psicológico, para ampliarse más adelante a enfoques más preventivos, como los de educación para la salud y programas de prevención primaria.

En algunos dispositivos de AP se ha demandado desde la especialidad de Pediatría una mayor colaboración del residente de Psicología Clínica. Algunas de las intervenciones psicológicas necesarias en la población infanto-juvenil, pueden beneficiarse de recibir dicha atención en el mismo espacio en el que habitualmente reciben asistencia médica, aportando, además, alternativas de intervención no farmacológica.

Por tanto, la experiencia de la rotación por AP de los residentes ha constatado la necesidad existente de intervención psicológica en ese nivel de atención a la salud. Desde el punto de vista de los profesionales de la Psicología Clínica, se plantea el reto de cuidar esta demanda, respondiendo de la manera más adecuada a las necesidades de los equipos de AP.

Patologías / problemas más frecuentes

La experiencia de los residentes indica que las patologías atendidas habitualmente son de gravedad leve y moderada.

En adultos, las patologías más frecuentes suelen ser:

- Trastornos Adaptativos ansioso-depresivos.
- Trastornos Afectivos.
- Duelo (diferenciado de un posible trastorno afectivo).
- Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Ataques de Pánico.
- Trastornos somatoformes.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos de la personalidad (en casos no derivados a USM).

En población infanto-juvenil, las patologías más frecuentes suelen ser, igualmente, de gravedad leve o moderada. Específicamente se suele atender:

- Toda clase de patologías primarias.
- Patologías secundarias a un trastorno físico.
- Situaciones clínicas crónicas.
- trastornos del espectro psicótico y autista.

Tipos de tratamiento / intervención

Las terapias y técnicas psicológicas que se aplican en la intervención psicológica en AP, suelen ser procedimiento apoyados empíricamente, o basados en la evidencia científica. Aunque menos frecuente, es posible encontrar estrategias de intervención que se han derivado de consenso profesional.

Caracteriza a las intervenciones realizadas en AP la brevedad (de 4 a 8 sesiones), la focalización en el problema, y la individualización frente al uso de protocolos rígidos. Sirven, además, para garantizar una adecuada derivación a la SM.

Paralelamente, los residentes de Psicología Clínica desarrollan programas preventivos sobre el control emocional, el impacto psicológico de la enfermedad y las características psicológicas que favorecen una mejor rehabilitación. Especialmente, es destacable la participación en los programas de educación para la salud, donde el manejo comportamental es esencial.

Resultados

El espacio de AP es un ámbito fundamental de rotación para la formación de los residentes. No obstante, al inicio de dicha rotación se experimenta una cierta inseguridad inicial en algunos residentes, debida entre otros motivos a la falta tutorización en el centro por un Profesional de la Psicología Clínica, y a que con frecuencia se trata de un periodo de rotación escasamente planificado. Sin embargo, una vez iniciada, los residentes la señalan como una de las rotaciones más satisfactorias.

La opinión expresada por los usuarios, y el nivel de satisfacción de los mismos respecto a la atención psicológica recibida de los residentes apoya la necesidad de mantener de modo estable la presencia del profesional de la Psicología Clínica en programas de AP.

Por otra parte, los profesionales de la medicina y los miembros de los equipos de AP muestran su satisfacción con la participación de la Psicología Clínica en sus centros, y subrayan la necesidad de la continuidad del recurso.

La experiencia clínica de algunos residentes lleva a considerar que la eficacia de los primeros tratamientos podría estar por encima del 50% en intervenciones breves, y en su práctica clínica han observado disminuciones en la medicación de aproximadamente el 50%. Es destacable la despatologización de los problemas de la vida cotidiana que se obtiene gracias a la intervención del profesional de la Psicología Clínica, ya que según la experiencia de los residentes existe un amplio porcentaje de pacientes, cuya queja se circunscribía a este ámbito, que pudo ser atendido en este nivel, sin requerir medicación o derivación a USM.

Relaciones de los Profesionales de la Psicología Clínica con los Equipos de Atención Primaria y los Pacientes

Nivel de implantación de la residencia en Atención Primaria

Respecto a los objetivos, actividades y programa teórico marcado por el Ministerio de Educación y Ciencia en relación con la rotación en AP, se coincide en señalar que se cumplen en gran medida. No obstante, existe una amplia variabilidad en la manera en la que dichos objetivos, actividades y programa teórico se abordan en diferentes Comunidades Autónomas, Centros e incluso entre diferentes profesionales. A esto contribuye la escasa experiencia que, en general, se tiene con la rotación por AP, que se encuentra todavía pendiente de una consolidación plena.

Esta falta de consolidación se observa tanto en elementos formales, como la gestión de los horarios y los espacios, como en elementos centrales, como la supervisión y tutorización.

De cara a contribuir a esa consolidación, se considera que un periodo que distribuya los meses de la rotación a lo largo de un año, acudiendo un día a la semana a un mismo centro, sería preferible a los tres meses continuados que determina el programa del Ministerio de Educación y Ciencia, para garantizar tanto el logro de los objetivos formativos como el mejor desarrollo del trabajo profesional. Esta fórmula, además, permite, garantizar la continuidad de la presencia del Psicólogo Interno Residente en el Centro de AP, dando estabilidad al recurso y favoreciendo el que se tenga en cuenta la figura del profesional de la psicología clínica como un integrante más de los equipos de AP. En este sentido, se ha observado que la acogida de los Psicólogos Internos Residentes es mejor a medida que la rotación está más consolidada.

Las actividades que se suelen llevar a cabo en la rotación en AP incluyen la observación de casos, las sesiones de intervención grupales y la intervención individualizada, cuando se estima que es necesaria. La supervisión y seguimiento de este trabajo es muy variable: en algunos centros son los propios residentes los que realizan el cribado para la derivación a SM, sin supervisión, mientras que en otros se da una supervisión periódica por parte del tutor especialista en psicología clínica y una asunción progresiva de responsabilidades.

En cuanto a la programación teórica marcada por el Ministerio de Educación y Ciencia, se plantean unas circunstancias similares a las señaladas para la supervisión: en algunos centros se cuenta con un programa teórico explícito y específico a cargo de los profesionales de la psicología clínica, y en otros son los propios residentes de años superiores los que forman a los de primeros años.

Acogida del equipo médico

En muchos de los casos no existe un protocolo formal de acogida al residente por lo que ésta va a estar condicionada por los profesionales del centro. No obstante, la acogida suele ser buena y se establece una relación positiva. Se tiene una buena valoración del profesional de la psicología, se le solicitan aportaciones y se recaba su opinión.

A propósito de esta positiva valoración, cabe señalar la rotación se lleva a cabo habitualmente en los centros de salud donde los MAP están más predispuestos a favor del trabajo de los profesionales de la psicología clínica, sensibilizados con el papel de los procesos psicológicos en el abordaje de sus pacientes, lo que favorece la acogida. Los MAP parecen ser conscientes del balance entre beneficios y perjuicios de la intervención psicofarmacológica, reclamando ellos mismos intervenciones psicológicas para abordar los conflictos característicos de la vida cotidiana. Por lo tanto la rotación ayuda romper estereotipos y ajustar las creencias sobre el trabajo realizado por el profesional de la psicología clínica.

Esta buena acogida no está exenta de problemas. Al ya comentado de la ausencia de un protocolo formal de acogida, se añaden las dificultades con la interconsulta por falta de tiempo y la coordinación entre AP y SM, que es muy variable y depende de las características de los servicios, de los profesionales y de los pacientes. Adicionalmente, el hecho de que sea el profesional de la medicina el que derive puede ser un problema en ocasiones.

Esta situación podría mejorarse. Entre las acciones que se pueden llevar a cabo para esta mejora, se podrían llevar a cabo las que siguen:

- Fomentar reuniones de los profesionales de la psicología con el resto de los profesionales, para favorecer una comunicación fluida. Algunas experiencias con éxito de este tipo de reuniones han consistido en breves sesiones de actualización en psicopatología y protocolos de actuación y derivación.
- Proporcionar retroalimentación al profesional de la medicina por parte del profesional de la psicología, desde una perspectiva biopsicosocial.
- Contar con profesionales de la psicología clínica en AP podría mejorar el sistema de derivaciones a SM y hacerlo más eficiente.
- Cuidar la parte informal de las relaciones. Esto implica fomentar la interconsulta y el asesoramiento informal con el resto del equipo, aportando criterios flexibles y buena disposición por parte del profesional de la psicología clínica.

- Disponer de una mayor supervisión para los psicólogos internos residentes en el centro de AP y que el supervisor o tutor sea un profesional de la psicología clínica.

En último término, se pretende transmitir al personal médico que la rotación de psicólogos internos residentes por AP es una fuente de recursos, y no un trabajo añadido.

Acogida del personal de enfermería

La relación establecida con el resto de profesionales de los centros de AP, como los de la enfermería y del trabajo social, es positiva y se considera al profesional de la psicología clínica un miembro necesario de los equipos de AP. Los profesionales de la enfermería son cercanos y colaboradores de cara a la intervención, y sensibles al modelo biopsicosocial de la salud.

Un aspecto final tiene que ver con la colaboración con otros profesionales, especialmente con los profesionales de la enfermería. Los profesionales de enfermería especialistas en Salud Mental adquieren durante su formación unos conocimientos específicos, desarrollándose con ellos un trabajo colaborativo. El problema estriba en determinar cuál es la parte de intervención del profesional de enfermería. Se resalta que hay técnicas de intervención y recursos de intervención (p.e., psicoeducación) que son desempeñados por otros profesionales y podrían suponer un alivio de la presión asistencial, pero se hace necesario delimitar cometidos. El conocimiento de técnicas y estrategias no garantizan que se pueda llevar a cabo una intervención de la misma forma que lo podría llevar a cabo un profesional de la psicología.

En último término se trata de trabajar de manera colaborativa y complementaria, pero evitando que otros profesionales asuman tareas que son competencia de la psicología clínica más por motivos económicos que por el de eficiencia terapéutica.

Se valora positivamente el grado de consolidación que ha alcanzado la profesión de enfermería dentro del Sistema Nacional de Salud, en general, y AP, en particular.

Coordinación interprofesional

Con respecto a la relación y coordinación entre AP y SM se considera que, a grandes rasgos, es bastante escasa y tampoco está sistematizada. De nuevo, la coordinación interprofesional es muy dispar función de las comunidades autónomas, centros y profesionales. No obstante las reuniones, habitualmente coordinadas por SM, se producen y son valoradas positivamente.

Entre los objetivos de la coordinación interprofesional han de estar ofrecer formación, facilitar recursos y soluciones a las dificultades, mejorar las relaciones profesionales y hacer visible al profesional de la psicología clínica como profesional necesario en AP.

De cara a mejorar la coordinación interprofesional, se considera necesario cuidar en primer lugar de la coordinación entre los propios profesionales de la psicología clínica, y después de estos con el resto de profesionales de SM y AP. Se considera, por su potencial de futuro, que es especialmente importante que los residentes de la especialidad en medicina de familia estén en contacto con el profesional de la psicología clínica como un miembro más del equipo de AP.

Otra área específica de coordinación son las sesiones clínicas. Los psicólogos internos residentes suelen tener una participación activa, tanto como ponentes como asistentes, lo que permite en muchos casos establecer unas líneas de trabajo interdisciplinar. El problema más relevante es su escasa frecuencia y falta de sistematicidad.

Relación con el paciente.

La visión de los pacientes acerca del profesional de la psicología clínica es cada vez más normalizada y suelen ser acogidos de forma bastante positiva, o incluso excelente. Cada vez hay mayor demanda de atención psicológica. Desafortunadamente esa mayor demanda a veces va acompañada con expectativas poco realistas en relación con el desempeño del profesional de la psicología y su alcance, por lo que habrá que ajustarlas.

Los pacientes que se derivan al profesional de la psicología clínica para su atención en los propios centros de AP, tienen una perspectiva mucho más normalizada y tranquilizadora de la misma que cuando la derivación se produce a SM. Estas derivaciones, frecuentes en los centros en los que la rotación está más consolidada, pueden implicar listas de espera prolongadas. La ausencia de protocolos de derivación precisos produce, en ocasiones, demoras en la

recepción de atención y reiteración en las evaluaciones a las que se somete a los pacientes.

El formato de intervención grupal, más habitual en AP, se enfrenta a dificultades relativas a la heterogeneidad de diagnósticos y objetivos, lo que dificulta la formación de grupos. La posibilidad de ampliar la oferta de tratamiento grupal a otros centros de AP podría ser una solución a esta complicación. En todo caso, se resalta la importancia de un primer acercamiento individualizado a todos los pacientes.

Tomando en consideración estos aspectos (acogida favorable, demanda creciente), con lo comentado anteriormente (rechazo a los psicofármacos, búsqueda de alternativas de tratamiento), se puede considerar que los pacientes aceptarían especialmente la presencia estable de la psicología clínica en AP.

Limitaciones y Propuestas de Mejora

Análisis previo

La experiencia de la rotación de los psicólogos internos residentes por AP constata la necesidad de contar con profesionales de la Psicología Clínica insertos en los equipos de AP que ejerzan como figura de apoyo, supervisión, coordinación y enlace entre el psicólogo interno residente y el centro. Esta figura no es tan frecuente como se desearía ni como la directriz del Ministerio de Educación y Ciencia recomienda. Que la tutorización venga de fuera del Sistema Nacional de Salud es inviable.

En este contexto, es un objetivo prioritario obtener un mayor número de plazas de profesionales de la psicología clínica en centros de AP para mejorar tanto la rotación PIR como la calidad de la práctica de la Psicología Clínica en AP. Para ello, el primer acercamiento de los psicólogos internos residentes a los servicios de AP debe demostrar la utilidad de las intervenciones psicológicas y generar así una necesidad que sea demandada por los propios servicios de AP. Es importante que este trabajo sea liderado por los propios psicólogos internos residentes que rotan por AP. Además, sería interesante realizar esa rotación especialmente en centros acreditados para la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, favoreciendo la motivación de todo el equipo donde se integra el residente.

En la medida en que en las diferentes Comunidades Autónomas dispongan de Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), también sería interesante que se tuviese un período de rotación con estos equipos (los ESAD se encargan de ayudar a los equipos de Atención Primaria en el Soporte a domicilio de los pacientes terminales).

En otro orden de cosas, se constata una discrepancia significativa en el grado de implantación que tiene la Psicología Clínica en Atención Primaria a través de los diferentes Servicios Sanitarios y Comunidades Autónomas.

Los psicólogos internos residentes consideran muy beneficiosa la creación de espacios de intercambio y comunicación de las diferentes experiencias, de un ámbito de coordinación que permita reducir las discrepancias y generalizar las experiencias de éxito a través de todo el sistema. El papel de los Colegios Profesionales, y del Consejo General de la Psicología, puede ser aquí fundamental para mantener vertebrada y cohesionada a la profesión en el

abordaje de este reto decisivo que supone la presencia del profesional de la psicología clínica en AP. El apoyo de los COP a las tareas investigadoras, como ocurre con el programa de investigación en Psicología Clínica en Atención Primaria que se lleva adelante en centros de salud de Castilla la Mancha, Comunidad de Madrid, Ciudad Autónoma de Melilla y Comunidad Valenciana, promovido por Psicofundación, y otros pendientes de incorporación, puede ayudar de manera significativa a obtener datos empíricos sólidos que sirvan para respaldar la labor de los profesionales de la psicología clínica en AP.

¿Cómo mejorarías la presencia de la Psicología Clínica en Atención Primaria?

Con el objetivo final de que se perciba al profesional de la psicología clínica como un miembro más de los equipos de AP, se extraen del debate plenario las siguientes propuestas de mejora:

- Garantizar la continuidad de la presencia del psicólogo interno residente en el servicio de AP, para generar una necesidad. Esta continuidad puede conseguirse con rotaciones en AP distribuidas a lo largo de un año, varios días en semana, en lugar de durante un periodo intensivo de tres meses.
- Articular reuniones de coordinación con los equipos de AP, adaptándose al funcionamiento de los centros, y procurando un acercamiento no intrusivo, centrado en hacer ofertas para atender sus necesidades. Se debe buscar en todo momento un modelo de equipo y no de imposición, aunque desarrollando el procedimiento propio de la psicología clínica para abordar las demandas recibidas.
- Transmitir que el psicólogo interno residente aporta recursos y su rotación no supone una carga añadida para el equipo de AP.
- Ampliar la cultura de trabajo en equipo, estableciendo una comunicación y una metodología de trabajo más eficiente con reuniones sistemáticas y una mejor coordinación, así como instrumentos prácticos, como por ejemplo la apertura de agendas informatizadas con horarios de trabajo establecidos.
- Realizar acciones encaminadas a dar una mayor difusión a la experiencia de la rotación de los psicólogos internos residentes por AP.
- Delimitar el desempeño del profesional de la psicología clínica en AP elaborando protocolos que incorporen objetivos, tiempo de tratamiento, patologías específicas, etc.

- Valorar la utilidad de crear Servicios de Psicología Clínica que supongan un aumento de la presencia del profesional de la psicología clínica, como tutor y supervisor, en AP, así como un aumento de las plazas.
- Transmitir un modelo de Salud Integral, desarrollando el protagonismo y el empoderamiento del paciente.
- Desarrollar modelos de intervención psicológica eficaces y ajustados a las necesidades detectadas, e incorporar sistemas de retroalimentación de las intervenciones que se aplican, para mejorar la calidad asistencial. En la medida de lo posible estos modelos de intervención deberían tener en cuenta al resto de profesionales del equipo de AP. La excelencia en la actividad del psicólogo interno residente en AP, como pionero en un terreno novedoso para la disciplina, resulta decisiva para configurar la imagen que se proyecta de la profesión.
- Defender la figura del profesional de la psicología clínica en AP, a través de instituciones como el Consejo General de la Psicología, y los distintos Colegios Autonómicos. Lograr una mayor participación e implicación de los profesionales de la psicología clínica y de los psicólogos internos residentes en los Colegios Autonómicos.

¿Cómo mejoraría la actividad asistencial de los profesionales de los equipo de Atención Primaria al estar incluido en él un profesional de la psicología clínica?

La presencia del profesional de la psicología clínica en AP, supone un apoyo importante para el MAP, mediante la interconsulta, para ofrecer una atención más eficiente y específica a las demandas de los pacientes, estén o no relacionadas directamente con la salud mental. Por otra parte, puede reducir la carga asistencial del MAP asumiendo eficazmente un porcentaje significativo de casos con problemáticas como trastornos adaptativos, problemas emocionales o psicosociales, etc.

Así mismo, la asistencia del profesional de la psicología clínica a las reuniones informales de los profesionales del servicio de AP supone la oportunidad para ofrecer una retroalimentación específica en relación a los casos, las derivaciones y demás decisiones tomadas por el profesional de la psicología clínica. Este conocimiento facilita la coordinación entre profesionales de la psicología clínica y MAP, y les proporciona un conocimiento mayor de la psicología clínica.

A modo de resumen, definir las funciones y responsabilidades; desarrollar un trabajo multidisciplinar; establecer espacios de interconsulta y formación; y mejorar los sistemas de derivación de pacientes, produciría:

- Menor presión asistencial en los Centros de Salud Mental, despatologizando las demandas.
- Mayor inmediatez de los tratamientos psicológicos, y de la resolución de los problemas de los pacientes, con la consecuente reducción de los tratamientos farmacológicos y una mayor adherencia al tratamiento.
- Reducción de la frecuentación, el gasto sanitario y el desgaste profesional en el equipo de AP.
- Mejora de las relaciones entre el equipo interprofesional.
- Mayor flexibilidad y enriquecimiento en la actividad asistencial del profesional de la psicología clínica.
- Mayor normalización y menor estigmatización del paciente.
- Visión del ser humano más integral.

¿Cómo mejorarías la atención al usuario?

El profesional de la psicología clínica puede desarrollar un apoyo fundamental en la prevención primaria y la educación para la salud, tareas fundamentales asignadas a AP. Sin embargo, no existe actualmente en Atención Primaria una estructura permanente que sustente ese tipo de intervención, tan necesaria para la ciudadanía. De hecho, en el actual contexto de crisis económica, hemos asistido a la desaparición de algunos modelos de colaboración entre el Sistema Nacional de Salud e instituciones educativas, y otros modelos de colaboración público – privada que resultaban beneficiosos para el conjunto de la ciudadanía. Generar espacios para estas intervenciones comunitarias y dotarlas presupuestariamente es de gran utilidad para beneficiar a la población y reducir los costes asistenciales directos del Sistema Sanitario.

Estas mejoras se traducirían en las siguientes propuestas:

- Ofrecer una alternativa o complementariedad al tratamiento psicofarmacológico, para despatologizar y desmedicalizar la intervención.
- Ofrecer programas de prevención y rehabilitación, que se complementen con programas de educación para la salud.

- Ofrecer al paciente mayor accesibilidad y continuidad en el tratamiento psicológico, siendo el usuario el eje central de la mejora asistencial.
- Ampliar la cartera de servicios en psicología clínica y disminuir los tiempos de espera.

¿Qué aspectos concretos mejorarías?

El desarrollo de la rotación de los psicólogos internos residentes por AP ha permitido constatar una serie de necesidades que tienen que ver con el funcionamiento práctico, el análisis empírico del ejercicio profesional y la difusión de los resultados. En relación a ello se destacan los siguientes aspectos:

- Los recursos materiales, de espacio físico, medios informáticos y de coordinación que los profesionales de la psicología clínica precisan para desarrollar sus funciones, suponen una de las demandas más relevantes. Aunque la disponibilidad de estos recursos, para los profesionales de la psicología clínica en los centros, cada vez es mayor, todavía presenta ciertas carencias.
- Desarrollar una práctica clínica basada en la evidencia, facilitar la detección de problemas y el seguimiento de los casos, y la comunicación de resultados en el ámbito clínico e investigador. Prestando atención, a su vez, al valor del tiempo disponible y la importancia de la relación terapéutica.
- Realizar estudios cuantitativos de la aportación de la psicología clínica en AP, centrados en el beneficio del paciente y no sólo en indicadores macroeconómicos (gasto farmacológico, número de consultas).
- Concienciar a los gestores de la salud, acreditando de forma empírica los beneficios de la presencia del profesional de la psicología clínica en AP.

¿Consideras que tienes formación suficiente para trabajar en Atención Primaria? ¿Qué mejorarías?

La rotación por AP es considerada por los psicólogos internos residentes como un reto, dada la heterogeneidad de las necesidades y demandas de los centros de AP. La distancia entre los tutores y los psicólogos internos residentes durante ese periodo de la rotación, supone una complicación añadida durante las rotaciones por estos dispositivos, en los que la presencia de profesionales de la psicología clínica y colaboradores docentes es aún escasa. Por ello, la consideración más habitual entre los psicólogos internos residentes es que resulta más adecuado

retrasar esa rotación con el objetivo de haber adquirido la formación suficiente para un adecuado desempeño ante las exigencias de la rotación por AP.

Por otra parte, las características de los centros de AP, con necesidades y demandas específicas, hacen necesario dedicar formación en modelos de intervención psicológica breve, a intervenciones de alta eficiencia, y a modelos de intervención preventivos y de educación para la salud en un contexto comunitario.

Por tanto, las mejoras en la formación irían en el sentido siguiente:

- Ubicar la rotación por AP en el tercer y cuarto año de la residencia, para así tener mayor experiencia y conocimiento a la hora de hacer la rotación.
- Supervisar la rotación por AP del psicólogo interno residente por un profesional de la psicología clínica.
- Incluir en la planificación docente la formación específica en la evaluación psicológica de las capacidades del paciente en el contexto médico; en terapias de alta eficiencia abordables desde la AP (formatos grupales, terapia breve, etc.); y en psicología comunitaria y de la salud.
- Certificar y acreditar las sesiones clínicas, para mejorar la asistencia a las mismas.
- Proporcionar un mayor conocimiento del funcionamiento, organización y gestión de los centros de AP.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA JORNADA

Esta jornada de trabajo ha representado un segundo acto promovido por la Coordinadora del Área de Psicología Clínica del Consejo General de la Psicología, con la finalidad de conocer en qué medida la psicología clínica tiene cabida en el primer nivel de atención a la salud, la atención primaria, y, en su caso, cómo sería la participación de la psicología en Atención Primaria.

La primera jornada, celebrada en Madrid el 19 de noviembre del 2012, tuvo como finalidad, como indicaba su lema, el mostrar como la psicología clínica no sólo tenía cabida en Atención Primaria, sino que era una necesidad y un derecho de la atención a la salud de las personas. Con los datos aportados en esa jornada, se quiso conocer la realidad de la atención psicológica en Atención Primaria. Para ello se celebró esta segunda jornada, específicamente diseñada para conocer el trabajo de la rotación de los Psicólogos Internos Residentes en Atención Primaria como el mejor modo práctico de conocer esa realidad.

Lo que se ha resumido hasta aquí representa el resultado de esa segunda jornada. Queda mucho todavía por hacer, por lo que este segundo evento debe ser entendido como un segundo paso en el proceso de sensibilización de la implantación de la psicología clínica en el primer nivel de atención a la salud.

El debate de la jornada, puso de manifiesto una serie de conclusiones generales como son por una parte la necesidad de la atención psicológica en Atención Primaria, así como la constatación de su viabilidad dentro de este contexto. También, para la organización de una estructura estable de Atención Psicológica en el sistema sanitario, sería preciso un servicio de psicología que permita la intervención y atención en todos los dispositivos sanitarios y específicamente en Atención Primaria. En definitiva, la psicología clínica tendría que estar implantada en todos los dispositivos de salud e incluida en todos los equipos multidisciplinares que atienden a los ciudadanos.

En cuanto a la necesidad y viabilidad, ya detectadas en la primera jornada, los participantes de este encuentro han podido confirmar con su experiencia dicha necesidad. Ello se aprecia en la consideración de los propios pacientes, como del resto de los profesionales de los equipos de atención primaria. La función de los profesionales de la psicología permitiría un primer abordaje de los problemas de salud mental, que se reciben en los centros de salud, especialmente las patologías no graves, favorecería la despatologización de la vida cotidiana y además se participaría en actividades de prevención y promoción de la salud.

Organizativamente, la integración de la psicología clínica en AP no supondría un cambio relevante en la organización de los equipos de atención primaria, aunque serían necesarios cambios (mínimos, con frecuencia) en la disponibilidad de espacios, recursos y medios que faciliten la prestación de servicios psicológicos, así como disponer de agenda propia y un protocolo claro de derivaciones. La integración conllevaría los cambios necesarios en las dinámicas de estos equipos que faciliten la comunicación y optimización del trabajo.

Respecto a la rotación de los Psicólogos Internos Residentes en Atención Primaria se valora muy positivamente. Sin embargo este proceso formativo podría mejorarse tomando en cuenta tres aspectos: la necesidad de que puedan ser supervisados directamente por un profesional de la psicología clínica integrado en los equipos de atención primaria; que la rotación se realice en los últimos años formativos (R3 o R4) y que los tres meses de rotación se distribuyan a lo largo de un año para dar continuidad al servicio que se presta.

Finalmente, desde un punto de vista conceptual, el desarrollo profesional de la psicología clínica debe ir unido a sus propias características como disciplina. La psicología tiene un objeto y un método de análisis e intervención que difiere del de otras profesiones y disciplina en relación con la salud. La necesaria integración de la Psicología Clínica en Atención Primaria no debe conllevar que estas características propias se diluyan a favor de otros modos de hacer. En este sentido, es relevante resaltar que el éxito de estas propuestas para la mejora de la atención psicológica clínica en AP no puede limitarse a una traslación del psicólogo clínico desde Salud Mental a Atención Primaria; es preciso desarrollar un modelo propio que asegure la adecuación de las intervenciones a los tratamientos empíricamente apoyados, la desmedicalización de la patología de la vida cotidiana y el desarrollo una formación específica y diferenciada para atender a las particularidades de un contexto específico y diferenciado.

Los países de nuestro entorno en los que la presencia de la Psicología clínica en AP lleva un desarrollo más importante que en los centros de SM de nuestro SNS, pueden ser un modelo a seguir. Sólo formándose en un contexto de estas características, bajo la supervisión de profesionales de la psicología clínica con dedicación específica a AP, podrán las futuras promociones de Psicólogos Internos Residentes alcanzar los objetivos de excelencia en la práctica clínica y rigor en la aplicación de la mejor evidencia científica a los que debe aspirar un sistema de salud como el nuestro.

Finalmente, como señalamos, éste es un paso posterior en la sensibilización de la necesidad de que la prestación de servicios en psicología clínica se implante también en atención primaria y como tal paso debe considerarse. Quedan

muchas más cuestiones pendientes, el análisis de coste/efectividad, mejoras en la organización y en relaciones con otros recursos sociosanitarios, la necesaria diferenciación del modo de hacer de la psicología....

En ello seguiremos empeñados.

Bibliografía

- American Psychological Association (2013). Guidelines for psychological practice in health care delivery systems. *American Psychologists*, 68(1), 1-6
- Barrios, I., Villena, A., Sánchez, F., Ruiz, I., Cantero, N., Neila A., ... y Valero, L. (2012). La intervención del Psicólogo Clínico en centros de Atención Primaria. Comunicación presentada en la I Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria. Madrid.
- Bower, P. y Rowland, N. (2008). Efectividad y costo-efectividad del asesoramiento psicosocial en atención primaria. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2.
- Cano Vindel, A., Mae Wood, C., Dongil, E. y Latorre, J. M. (2011). El trastorno de pánico en Atención Primaria. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 265-273.
- Cano Vindel, A., Martín Salguero, J., Mae Wood, C., Dongil, E. y Latorre, J. M. (2012). La depresión en Atención Primaria - prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Costa, M. (2012). Experiencias psicológicas de Atención Primaria en el Ayuntamiento de Madrid. Comunicación presentada en la I Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria. Madrid.
- Garcia Campeyo, J. (2012). Eficacia y coste efectividad de la psicoterapia en Atención Primaria. Comunicación presentada en la I Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria. Madrid.
- García-Vera, M. P. y Peñate, W. (2012). Profesión y compromiso social. La necesidad de la psicología clínica en Atención Primaria. Comunicación presentada en la I Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria. Madrid.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23, 103-108.
- González Blanch, C. (2009). Salud Mental en Atención Primaria - Qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo. *Papeles del Psicólogo*, 30(2)169-174.
- Johnson, R. (2012). Experience and research in psychological intervention in primary care. United Kingdom. Comunicación presentada en la I Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria. Madrid.

- Levin, T. (2012) Primary care psychology in Norway. Comunicación presentada en la I Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria, en Madrid.
- London School of Economics and Political Science. Centre for Economic Performance. Mental Health Policy Group (2006). *The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders*. Londres: LSE Research Online.
- Moreno, E. y Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en Atención Primaria. *Salud Mental*, 35, 315-328.
- Moulding, R., Grenier, J., Blashki, G., Ritchie, P., Pirkis, J., ... y Chomienne, M. H. (2009). Integrating psychologists into the Canadian Health Care System. *Canadian Journal of Public Health*, 100(2), 145-147.
- Pastor Sirera, J. (2008) El psicólogo en Atención Primaria. Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-290.
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J. R. (2008) Más allá de la Salud Mental. La psicología en Atención Primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Robles, R., Gili, M., Gelabert, J., Llull, M., Bestard, F., ... y Roca, M. (2009). Características sociodemográficas y psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en Atención Primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6), 320-325.
- Sanchez, S., Vázquez, S. y Peñas, S. (2012). Implantación de tratamiento psicológico breve para síntomas depresivos leves en Atención Primaria. Comunicación presentada en la I Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria. Madrid.
- Sanz, L. J. (2012) Contextos terapéuticos alternativos para la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental. Comunicación presentada en la I Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria. Madrid.
- Verhaak, P.F., Kamsma, H. y van der Niet, A. (2013). Mental health treatment provided by primary care psychologists in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 64(1), 94-99.