

PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ¿POR QUÉ, PARA QUÉ Y CÓMO?

Juan Carlos Duro Martínez. Psicólogo especialista en Psicología clínica. Doctor en Sociología. Responsable de Formación Continuada en Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Vocal de Psicología clínica y de la salud del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Miembro de reconocido prestigio de la Junta Directiva de la División de Psicología clínica y de la salud del Consejo General de la Psicología de España.

Correo electrónico de contacto: jcduro@cop.es

RESUMEN:

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre las razones, finalidades, modalidades y viabilidad de la incorporación de profesionales de Psicología clínica en la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. La incorporación de los profesionales de la Psicología clínica en la Atención Primaria de Salud es una creciente demanda apoyada por los Colegios de Psicólogos y las más importantes Asociaciones científico-profesionales de España. En este artículo se expone la actualidad de dicha reivindicación, los argumentos que avalan que los psicólogos que se incorporen sean especialistas en psicología clínica, las posibles funciones y competencias de estos profesionales en dicho nivel de atención y las posibilidades de su implementación actual de estos nuevos profesionales en Atención Primaria.

PALABRAS CLAVE: Psicología clínica, Atención Primaria, Psicología sanitaria, Salud Mental.

CLINICAL PSYCHOLOGY IN PRIMARY HEALTH CARE: ¿WHY, WHAT AND HOW?

ABSTRACT: The aim of this article is to reflect on the reasons, purposes, modalities and feasibility of incorporating professionals Clinical Psychology in Primary Care National Health System. Incorporating professionals Clinical Psychology in Primary Health Care is a growing demand supported by the College of Psychologists and major-professional scientist Spain Associations. In this article today of that claim is exposed, the arguments that support that psychologists who join are specialists in clinical psychology, possible roles and responsibilities of these professionals at this level of care and the possibilities of their current implementation of these new professionals in primary care.

KEY WORDS: Clinical Psychology, Primary Care, Health Psychology, Mental Health.

ÍNDICE

1. ACTUALIDAD DEL TEMA

1.1 Consejo General de la Psicología de España

1.2 Sociedades científico-profesionales

1.3 Estudio PsicAP

1.4 Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

1.5 Propositiones No de Ley en Madrid y Valencia

1.6 Proposition No de Ley en el Congreso de los Diputados

1.7 Experiencias en distintas Comunidades Autónomas

1.8 Experiencias Internacionales: Inglaterra

2. ¿POR QUÉ PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA... Y NO PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA?

2.1 Psicología clínica *versus* Psicología sanitaria

2. 2 Psicología clínica en Atención Primaria

3. ¿PARA QUÉ LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

3.1 Papel y Funciones del profesional de la psicología clínica en los equipos de atención primaria

3.1.1 *En la prevención, promoción y educación para la salud*

3.1.2 *En la asistencia*

3.1.3 *En la investigación y docencia*

3.2 Tipos de intervenciones y modelos psicológicos

4. ¿CÓMO IMPLEMENTAR LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

5. BIBLIOGRAFÍA

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre las razones, finalidades, modalidades y viabilidad de la incorporación de profesionales de Psicología clínica en la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.

ACTUALIDAD DEL TEMA

A pesar de que la reivindicación de la incorporación de los psicólogos en la Atención Primaria de Salud viene de lejos (Duro, 2001), es en los últimos años cuando ha adquirido una enorme actualidad tal como se refleja en las actividades generadas por el Consejo General de la Psicología de España y algunos Colegios Autonómicos (Madrid, Valencia, Cataluña, etc.), en experiencias llevadas a cabo en la Red de Salud Mental de algunas Comunidades Autónomas (Cataluña, Murcia, Valencia, Andalucía, etc.), en lo recogido en la última Estrategia Nacional de Salud Mental del Ministerio de Sanidad (sin aprobar por el Consejo Interterritorial) y, especialmente, en las Proposiciones No de Ley presentadas en distintos Parlamentos Autonómicos (Madrid y Comunitat Valenciana) y en el Congreso de los Diputados por el Grupo Parlamentario Socialista.

Consejo General de la Psicología de España

El Consejo General de la Psicología de España ha sido el promotor de numerosas iniciativas para visibilizar la necesidad de la incorporación de profesionales de la Psicología clínica en Atención Primaria. Por un lado dando a conocer estudios y novedosas experiencias internacionales, especialmente

en Gran Bretaña, y generando debates y encuentros entre profesionales y responsables políticos en formato de Desayunos de Infocop y Jornadas abiertas, así como artículos de relevantes profesionales y entrevistas a presidentes de las más importantes Asociaciones profesionales.

Desayunos del Consejo

El 4 de diciembre de 2007 en el V *Desayuno de Infocop*, el debate giró en torno al *Estado de la Salud Mental en España*, y en él, destacadas figuras de la política, la intervención psicológica y social, y el mundo de la academia y la investigación, debatieron sobre la *Estrategia en Salud Mental 2007*, elaborada por el Ministerio de Salud y Consumo para el ámbito nacional y aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en diciembre de 2006. Destacamos la intervención de Pedro Rodríguez, miembro de la Junta del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, para el que "*existe un amplio consenso en que en Atención Primaria se tiene que hacer un trabajo de Salud Mental, siendo la piedra angular del sistema sanitario que queremos implementar*" y considera que el sistema debería plantearse seriamente si no ha llegado el momento de incorporar otros profesionales a la Atención Primaria, ya que "*hasta el 60% de los problemas que se ven en Atención Primaria tienen una base psicológica*" (Infocop, 2008).

En el VIII *Desayuno*, centrado en *La situación de la atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud* celebrado en noviembre de 2011, en el XI *Desayuno* de mayo de 2015 sobre *La situación actual y futura de la Psicología Clínica en España* y en el XIII *Desayuno* de 2015, bajo el título *Mejora de la Salud Mental en España*, promovidos por el Consejo General de la Psicología de España y con la participación de dirigentes colegiales, de

Asociaciones profesionales y representantes políticos, se concluyó que era necesaria la incorporación de profesionales de Psicología clínica en la Atención Primaria de Salud.

Jornadas de Psicología clínica y Atención Primaria

El 19 de noviembre de 2012, organizada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR), la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS) y la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) con el apoyo de la Fundación Mutua Madrileña se celebró la *I Jornada Psicología Clínica en Atención Primaria: Una necesidad y derecho de las personas*.

El objetivo fue profundizar en esta temática y conocer las experiencias de otros países. Se abordaron temas como el exceso de la utilización de los psicofármacos en Atención primaria o el coste-efectividad de la psicoterapia en este servicio. Además se expusieron las experiencias e investigación sobre la intervención psicológica en Atención Primaria en Europa, de la mano de ponentes de Noruega y Reino Unido. La asistencia de más de 600 profesionales muestra el interés que despertaba el tema entre los mismos (Infocop, 2012a y 2012b)

El 11 de noviembre de 2013 se celebra en la sede del Consejo General de la Psicología la segunda edición de la *Jornada de Trabajo sobre Psicología Clínica en Atención Primaria*, organizada por las mismas Asociaciones profesionales, excepto ANPIR. El objetivo de esta jornada fue 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 (Infocop, 2014).

Finalmente el 13 de noviembre de 2015 se celebró en Madrid la *IV Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria* organizada por la AEPC, la SEPCyS, Psicofundación y la Fundación Mutua Madrileña, a la que asistieron más de 450 profesionales de este ámbito de la Psicología y de la Atención Primaria para abordar la situación actual y definir estrategias futuras. Durante el encuentro, se señaló que la ausencia de la figura del psicólogo en centros de atención primaria conlleva varios perjuicios para la sanidad pública y para los pacientes. entre los que destaca la aplicación de tratamientos inadecuados o incluso la falta de tratamiento, pudiendo llevar a la cronificación de los pacientes, así como el sobrecoste económico para el sistema social y sanitario. En dichas Jornadas del decano del Consejo General de la Psicología, Francisco Santolaya, afirmó: *"consideramos una necesidad y un derecho del ciudadano, que la figura del psicólogo clínico esté presente en los centros de Atención Primaria. No sólo se reducirían los costes derivados de la falta de tratamiento adecuado y de una posible cronificación, sino que se descongestionarían las consultas tanto del primer nivel de atención como del nivel de atención especializada"* (Infocop. 2015a).

Sociedades científico-profesionales

En reunión del 23 de enero de 2015, en Madrid, los presidentes de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), la Sociedad Española para el

Estudio de la Ansiedad y el Stress (SEAS), la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud-Siglo XXI (SEPCyS) y la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos (ANPIR) abogaron por la incorporación de psicólogos clínicos en todo el tejido del Servicio Nacional de Salud y acordaron un manifiesto (que no firmó ANPIR) al objeto de promover el mejor desarrollo de la Psicología Clínica y de la Salud en España en el que plantean, entre otros temas, *"abogar por la incorporación de psicólogos clínicos en todo el tejido del Servicio Nacional de Salud (incluyendo la Atención Primaria), garantizando su actividad autónoma (auto-regulada y no dependiente de otros profesionales sanitarios) y de calidad"* (Infocop, 2015b).

Por su parte la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) no se pronuncia oficialmente sobre el tema, pero José Leal, psicólogo clínico y vicepresidente de la AEN, plantea dudas organizativas a una medida que responde a "intereses gremiales": *"¿Dónde se integrarían? No está claro el encaje de estos profesionales ni cómo se articularían con los médicos de Primaria"*, declara. El vicepresidente de la AEN reconoce, no en vano, la existencia de experiencias "muy interesantes" de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental pero cree que la solución *"no pasa por crear más especialistas sino por una redistribución más justa de la riqueza"*. Así, se lograría aliviar el sufrimiento psíquico que *"no siempre es sinónimo de enfermedad o depresión"* por lo que *"no conviene psicopatologizar"*, concluye (Redacción Médica, 2015).

Por otra parte se producen algunas iniciativas ciudadanas¹, a través de la plataforma Change.org, donde más de 240.000 usuarios suscriben una petición ciudadana con el fin de solicitar al Ministerio de Sanidad la inclusión y fomento de la Psicología en los servicios de Atención Primaria y hospitales de la Sanidad Pública. (Change.org, 2016)

Estudio PsicAP

El 19 de noviembre de 2013, durante la *Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria*, se presentaron los objetivos del *Proyecto PsicAP* (Psicología en Atención Primaria), una experiencia piloto de intervención psicológica en Atención Primaria, a pacientes con desórdenes emocionales. Este proyecto, patrocinado, en su mayor parte, por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid y coordinado por la Psicofundación del Consejo General de la Psicología, tiene como objetivo final llevar a cabo un proyecto de investigación, a través de un ensayo clínico controlado aleatorizado multicéntrico a realizar en distintas las Comunidades Autónomas en el que se proporcionen tratamientos psicológicos basados en la evidencia científica a los pacientes que acuden a los servicios de Atención Primaria, aquejados de problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones. La hipótesis de partida es que el tratamiento cognitivo-conductual será más eficaz y eficiente que el tratamiento convencional desarrollado en Atención Primaria, básicamente de tipo farmacológico; además, estas ganancias se mantendrán en el seguimiento. El programa sigue los principios de la

¹ Esta campaña está promovida por la Fundación Veca para el Avance de la Psicología (FUNVECA) y cuenta con el apoyo del Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

atención escalonada y colaborativa, con enfoque transdiagnóstico (similar intervención en diferentes trastornos emocionales), en formato grupal, apoyado en el papel activo del paciente y las nuevas tecnologías de la información, y está basado en la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales con evidencia empírica y el entrenamiento en autorregulación cognitivo-emocional (Infocop, 2013).

Dicho proyecto liderado por Antonio Cano-Vindel, catedrático de la Universidad Complutense de Madrid y presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), ha presentado unos resultados preliminares que apuntan a *“una mayor reducción de síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones en el grupo experimental, que en el grupo control. Además, el grupo experimental reduce más la discapacidad y aumenta más la calidad de vida, que el grupo control. Igualmente, es también mayor en los pacientes que han recibido tratamiento psicológico el porcentaje de casos curados y mejorados, así como la disminución del consumo de psicofármacos y de la hiperfrecuentación (...) en los seguimientos a 3, 6 y 12 meses, que ya se están comenzando a analizar, aunque se precisa incrementar las muestras, se observa un mantenimiento de las ganancias terapéuticas, que en algunos casos continúan incrementándose a lo largo del tiempo”* (Infocop, 2016).

Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

En las dos Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud presentadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para los períodos de 2006-2009 y 2009-2013 no se hacía referencia a la

incorporación de la Psicología clínica en la Atención Primaria, salvo en lo referido a la coordinación Atención Primaria-Atención Especializada.

El 25 de marzo de 2015, la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados, debatió y aprobó una Proposición No de Ley relativa a la actualización de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS), registrada por el Grupo Parlamentario Popular en marzo de 2014, siendo uno de los tres coordinadores científicos el catedrático de Psicología, Enrique Echeburúa. El 8 de octubre de 2015, el ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Alfonso Alonso, presentó la nueva Estrategia Nacional de Salud Mental, en el marco de la inauguración de una Jornada llevada a cabo con motivo del Día Mundial de la Salud Mental (Infocop, 2015c). En esa actualización de la Estrategia se incluía la Psicología clínica en Atención Primaria, sin embargo, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrado el día 13 de abril de 2016, rechazó la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental, presentada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Infocop, 2016a).

Proposiciones No de Ley en Madrid y Valencia

En las elecciones autonómicas del 2015 en varias Comunidades Autónomas hubo significativos cambios de gobiernos. El Partido Popular perdió la mayoría absoluta, por ejemplo en las Comunidades de Madrid y Valencia, donde la había mantenido en los últimos 20 años (1995-2015). La entrada de nuevos partidos políticos (Ciudadanos y Podemos) hizo que se formaron distintos gobiernos en minoría con apoyos parlamentarios (en Madrid gobierna en solitario el Partido Popular con el apoyo parlamentario de Ciudadanos) o en colación (En la Comunitat Valenciana hay un gobierno de

coalición entre el PSOE y Compromis, fuerza política integrante de Podemos).

El 3 de diciembre de 2015 la Asamblea de Madrid celebró un pleno monográfico para debatir sobre la situación de la Sanidad en esa Comunidad. Dentro de este Pleno, entre otras importantes Propuestas de Resolución presentadas por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos se aprobó: *"disponer de más recursos para el abordaje de los factores psicosociales que influyen en la enfermedad. Esto incluirá la incorporación progresiva de psicólogos a los centros de salud"*. Esta propuesta contó con los votos favorables de PSOE, Podemos y Ciudadanos y *"favorecer el acceso a la atención psicológica de trastornos emocionales (ansiedad, depresión, somatizaciones) en los Centros de Atención Primaria"*. Esta propuesta contó con los votos favorables de PSOE y Ciudadanos.

El 9 de junio de 2016, a propuesta del grupo de Ciudadanos en la Asamblea, fue aprobada con votos a favor de Ciudadanos y PP y con la abstención del PSOE y Podemos, una Proposición No de Ley (PNL) en la que se recogía, entre otras cosas: *"dotar progresivamente de Psicólogos Clínicos los centros de Atención Primaria, (...) en función de las necesidades asistenciales y la disponibilidad presupuestaria"*.

En la Comunitat Valenciana el 20 de junio de 2016 fue aprobada por unanimidad una Proposición No de Ley en la que se recoge *"crear la figura del psicólogo clínico de atención primaria en el sistema sanitario, para poder atender a las demandas de los ciudadanos en los centros salud públicos de la Comunitat Valenciana"*.

En otras Comunidades Autónomas (Asturias, Aragón) también ha habido preguntas y mociones al Gobierno respectivo con esta misma reivindicación.

Proposición No de Ley en el Congreso de los Diputados

El PSOE presentó el 21 de noviembre una Proposición No de Ley para el aumento de las plazas PIR de acceso a la obtención del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en la que insta al Gobierno a:

- 1. Impulsar las medidas necesarias que contribuyan al aumento de las plazas PIR de acceso a la formación para la obtención del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, para lo que como punto de partida, sería necesario ofertar el total de plazas que ya están acreditadas, así como a revisar la oferta en aquellas comunidades autónomas o provincias en las que, actualmente, sea nula o escasa.*
- 2. La realización, por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de un estudio de evaluación de efectividad comparada que, basado en el estudio PSICAP y otros disponibles, realice recomendaciones específicas sobre la incorporación de la prestación de psicología clínica dentro de la cartera de servicios de atención primaria. (resaltado nuestro).*

Experiencias en distintas Comunidades Autónomas

En algunos Servicios Autonómicos de Salud se han llevado a cabo diferentes experiencias relacionadas con la Psicología clínica en la Atención Primaria.

Andalucía

En algunos centros de provincias como Málaga, dentro del programa de coordinación de los Centros de Salud Mental Comunitaria con Atención Primaria, profesionales de Salud Mental se desplazan a Centros de Atención Primaria para realizar intervenciones presenciales. Un estudio descriptivo de consultas de Psicología Clínica en cinco centros de Atención Primaria del

área de Málaga capital muestra la eficacia de este modelo de consultoría con un gran porcentaje de demandas resueltas sin necesidad de derivar a unidades de segundo nivel (Barrios et al., 2012).

En otro estudio realizado en Málaga se presenta un caso de Educación emocional y reducción del dolor en AP con intervención breve. El mayor valor de este caso es que muestra el gran potencial del tratamiento psicológico en pacientes que presentan somatizaciones y que buscan remedio en sus Centros de Atención Primaria (Romera, 2012).

En Córdoba un estudio sobre el tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria indica que los médicos perciben que los problemas "menores" de salud mental (principalmente síntomas de ansiedad/depresión y problemas psicosociales) tienen una prevalencia superior a los trastornos con diagnósticos formales, que el 43% de las consultas se relacionarían directa o indirectamente con problemas de salud mental, que un 80% de los encuestados informa que no trabaja en equipo, no utiliza técnicas psicoeducativas y no realiza interconsulta con servicios especializados para el abordaje de estos casos y que el 39% de los pacientes tratados con psicofármacos podrían resolver sus problemas sin hacer uso de ellos. Más de 50% considera no tener conocimientos suficientes para diagnosticar y/o tratar esto problemas y el 97.4% señala que incorporar psicólogos en los CAPS beneficiaría la prestación de servicios (Moreno y Moriana, 2012).

Asturias

En un estudio en esta Comunidad se analizó la eficacia, efectividad y eficiencia en relación a la prevención secundaria de la depresión de tres intervenciones: terapia cognitivo-conductual, potenciación de recursos

personales (atención selectiva a habilidades, sin entrenamiento) y apoyo social. Las intervenciones se llevaron a cabo en Centros de Atención Primaria en formato grupal. Los resultados muestran que la terapia cognitivo-conductual y la potenciación de recursos son más eficaces, efectivas y eficientes que el apoyo social, y éste más que la lista de espera (González et al., 2006)

Cantabria

El programa formativo PIR incluye desde el año 2009 una rotación obligatoria en Atención Primaria ya que la presencia del PIR en este ámbito puede facilitar el acceso a los tratamientos psicológicos, reduce los tiempos de espera incrementando la asistencia a la primera consulta, permite el abordaje precoz de trastornos psicosociales, trastornos adaptativos y formas leves de trastornos ansioso-depresivos y es valorada positivamente por pacientes y profesionales (Ruiz et al, 2012).

Castilla-La Mancha

A inicios del 2012 se comenzó a realizar en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete una rotación de las residentes de Psicología Clínica en Atención Primaria. La rotación está planteada para tener una duración de un día a la semana durante el último año de residencia. En un estudio realizado por estos Residentes la mayor parte de los pacientes derivados presentaron trastornos depresivos o bien cuadros de tipo ansioso, siendo una buena parte de ellos trastornos adaptativos. En estos casos, se

recurrió a una única sesión de psicoeducación y prevención. (Novo et al., 2012).

En Toledo dos PIRes del Hospital realizan un programa para la mejora del afrontamiento y disminución de síntomas psicopatológicos ya que, actualmente se cuenta con suficiente evidencia para demostrar que los programas que promocionan la salud mental contribuyen a un mayor bienestar mental y aumentan la calidad de vida a nivel individual y comunitario por lo que es necesario promover el tratamiento grupal desde Atención Primaria siendo una competencia del Psicólogo Clínico (según la OMS) (Ventero y Camarasa, 2012).

En la experiencia piloto de Azuqueca de Henares de Guadalajara se describe la implementación de un plan de coordinación y derivación entre Asistencia Primaria y Salud Mental desde el modelo de interconsulta y enlace ambulatorio del que se concluye la necesidad de potenciar intervenciones grupales por su eficiencia y eficacia (Sanz, 2012).

Catalunya

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones en Cataluña propone integrar la salud mental en la red de atención primaria mediante la creación de equipos de psicólogos y psiquiatras que desarrollen su labor profesional en los ambulatorios. La labor de estos equipos consiste en el desarrollo de programas comunitarios para la promoción de la salud, así como para la prevención e intervención en los problemas psicológicos y en los trastornos de la conducta adictiva, fundamentados en técnicas avaladas por la evidencia empírica. Igualmente, entre sus funciones también se encuentran la de apoyar y formar a los médicos de atención primaria con relación a dichos problemas (Infocop, 2010). En este modelo de colaboración los

profesionales de Salud Mental pasan parte de su jornada en Atención Primaria integrándose en estos equipos.

Diversos estudios dan cuenta de la implantación de la Psicología clínica en la Atención Primaria.

Así, en un estudio sobre Terapia Conductual Grupal Basada en Mindfulness (TCGBM) realizado en un Centro de Salud Mental que da servicio a 5 centros de AP habitantes se concluye que la TCGBM representa un buen intento de homogeneizar la terapia de una población heterogénea como la de Primaria. Ello permite ganar tiempo al formar los grupos, ofrece la posibilidad de utilizar criterios distintos al sintomatológico y facilita la inclusión de pacientes con síntomas poco frecuentes (Gárriz, Garrido y Cavero, 2012).

En un Programa de Soporte a Atención Primaria, que desde 2006 se lleva realizando en varios centros de salud, se realizó un *Estudio descriptivo de las intervenciones psicológicas en el Programa de Apoyo a Atención Primaria de Salud en la provincia de Barcelona*. En él se valora la importancia de la presencia física del psicólogo/a clínico/a en el Área Básica de Salud en dos sentidos: respecto a los profesionales de Atención Primaria ya que facilita la comunicación, establece puentes de diálogo, fomenta el conocimiento mutuo y una nueva metodología de trabajo: de derivar a compartir y respecto a los/as pacientes ya que favorece la no psicopatologización, elimina la estigmatización propia de la atención en el CSMA y se potencia la percepción de autoeficacia. La función polivalente del psicólogo/a en Atención Primaria debe ser como consultor, asesor y psicoterapeuta y éste debería formarse a 3 niveles: clínico-asistencial, capacitación y habilidades

en el trabajo en grupo y conocimientos básicos del sistema y organizaciones sanitarias (Pérez, 2012).

Comunitat Valenciana

En la localidad de Elche (Alicante) se realizó un estudio descriptivo y comparativo de la asistencia en un dispositivo ambulatorio de Psicología clínica en Atención Primaria, para caracterizar epidemiológicamente la población atendida, analizar la naturaleza y el flujo de la demanda, así como la evolución sintomatológica de los asistidos en el dispositivo al año de seguimiento. En las conclusiones se resalta que el dispositivo de Psicología clínica de Atención Primaria es una unidad intermedia entre los médicos de Atención Primaria y las unidades especializadas por lo que se atiende sintomatología menos grave y menos definida que en las Unidades de Salud Mental y que supone un apoyo y una descarga importante para éstos. Para los pacientes supone una intervención temprana que evita la cronificación de sus síntomas así como un menor consumo de psicofármacos, a un año vista. (Sánchez-Reales et al., 2015).

Comunidad de Madrid

La intervención psicológica en el ámbito de Atención Primaria, llevada a cabo por un PIR del H. Clínico bajo supervisión especializada, permite la detección e intervención temprana y eficaz sobre sintomatología depresiva leve, evitando su cronificación, empeoramiento o derivación innecesaria a Salud Mental. Los resultados positivos obtenidos con los primeros dos grupos de pacientes impulsan, a los autores, a seguir adelante con el proyecto, aunque hubo que sortear algunas dificultades, quizá debidas a la vinculación "exclusiva" que hasta hace poco tenía el PIR con Salud Mental, lo que conlleva cierto desconocimiento por parte de Atención Primaria de las

competencias (o incluso de la existencia) del PIR. En este sentido, el papel de los tutores resulta fundamental para poder sacar el proyecto adelante. (Sánchez, Vázquez y Peñas, 2012).

Un psiquiatra y un psicólogo clínico de Alcalá de Henares (Área 3 de la Comunidad Autónoma de Madrid) se han desplazado un día a la semana a un centro de atención primaria (centro experimental) para evaluar pacientes derivados por los médicos de ese centro y contrastar directamente con ellos sus valoraciones. Después de 15 meses de funcionamiento, se administró a los médicos un cuestionario acerca de su satisfacción con su relación con salud mental. Sus respuestas se compararon con las de médicos de otro centro en el que no tenía lugar la experiencia (centro control). Los resultados muestran que los médicos del centro experimental valoraban mejor la información recibida por salud mental y la cantidad de contactos que tenían con ellos, percibían al equipo de salud mental como más disponible, recibían más cursos específicos, se habían coordinado más con salud mental y, en general, valoraban mejor la coordinación atención primaria - salud mental que los del centro control. Y las conclusiones hablan de que es posible una forma alternativa de coordinación con la que los médicos de primaria se muestran altamente satisfechos (Hornillos et al., 2009).

Murcia

Los nuevos servicios de atención psicológica han sido implantados inicialmente en dos Centros de Salud y progresivamente se irán extendiendo al resto de centros de salud de la Región de Murcia. De esta manera, los médicos de Atención Primaria de estos centros ya no derivan pacientes con patologías mentales comunes a los servicios especializados en salud mental.

Desde el 16 de noviembre de 2011, un psicólogo clínico pasa consulta individual dos veces por semana, en el mismo centro de salud. Asimismo, el programa contempla la realización de terapias grupales, en caso de ser necesario. El psicólogo clínico incorporado a estos servicios mantiene, además, reuniones periódicas con los médicos de Atención Primaria para consensuar con ellos los criterios de derivación de los pacientes (Infocop, 2011).

En esa Comunidad se van viendo las ventajas de que los PIR incluyan en su plan de rotaciones la Asistencia Primaria, primero solo de un mes y ampliado posteriormente ya que el Psicólogo clínico está plenamente capacitado para disfrutar de mayor flexibilidad competencial, para no dar la misma medicina a todos los pacientes (Garriga y Martín, 2012).

Experiencias Internacionales: Inglaterra

Diferentes experiencias internacionales, especialmente la de Inglaterra, han puesto sobre el tapete la actualidad de la incorporación de la Psicología clínica en la Atención Primaria.

Desde que en mayo de 2007 el gobierno británico destinase más de 170 millones de libras para el programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), se han puesto en marcha a lo largo de este país más de 48 centros encargados de proporcionar terapia psicológica (Primary Care Trusts) y han sido tratadas más de 17.500 personas en tan sólo su primer año de funcionamiento (Infocop, 2009).

Los recientes progresos en el desarrollo de directrices clínicas basadas en datos, en el Reino Unido, ha significado que las terapias psicológicas han sido recomendadas por ser a la vez altamente efectivas, relativamente seguras y económicamente viables, para un amplio rango de problemas

comunes de salud mental; especialmente ansiedad y depresión. (Turpin, Richards, Hope y Duffy, 2008).

¿POR QUÉ PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA... Y NO PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA?

En este artículo no vamos a recoger las razones de carácter epidemiológico, de eficacia, eficiencia, económicas, etc. que justifican la incorporación de la Psicología clínica en Atención Primaria ya que existe bastante unanimidad entre los profesionales al respecto sobre los beneficios de la atención psicológica en Atención Primaria (ver por ejemplo Pérez Álvarez y Fernández Hermida; Pastor, 2008; González-Blanch, 2009).

Nos referiremos, sin embargo, a la polémica sobre la consideración de que sea la Psicología clínica, o mejor los profesionales especialistas en Psicología clínica, los que se incorporen a la Atención Primaria, o lo sean los psicólogos generales sanitarios (González-Blanch y Álvarez Jiménez, 2004; Carrobles, 2012; Echeburúa, et al., 2012; López y Costa, 2013; Sánchez Reales, Prado y Aldaz, 2013; Duro, 2016).

Psicología clínica versus Psicología sanitaria

Aunque para nosotros aparece con claridad que, acorde con la legislación vigente, ha de ser el psicólogo especialista en psicología clínica el que preste sus servicios en la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, otras voces, al socaire de la discusión Psicología clínica versus Psicología sanitaria, parecen apostar porque sean, o puedan ser, psicólogos generales sanitarios los que se incorporen a la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.

Un poco de historia reciente

El debate sobre el carácter sanitario de los profesionales de la Psicología se inaugura con la definición en la LOPS (2003) de los considerados profesionales sanitarios. En dicho catálogo se incluyen profesionales provenientes de distintas licenciaturas o diplomaturas (medicina, odontología, enfermería, terapia ocupacional, logopedia) y también a los psicólogos clínicos, profesionales ya especialistas. Así éstos se convierten en los únicos profesionales sanitarios que necesitan para su reconocimiento como sanitario de la titulación de Especialistas (Licenciatura + PIR). Se abre así la discusión general de la ubicación de la carrera de Psicología, bien como sanitaria, es decir enmarcada en el Área de las Ciencias Experimentales y de la Salud, bien como no sanitaria, enmarcada en el Área de las Ciencias Sociales².

Según Carroble (2015) *"es a partir de la aprobación de la LOPS cuando las cosas empiezan a cambiar y a surgir los actuales conflictos que han ido creciendo lentamente, planteados siempre unilateralmente por los Psicólogos Clínicos Especialistas PIR (subrayado nuestro), al verse favorecidos por la LOPS"* (pág. 21). Lo que hasta ese momento había supuesto un mayoritario consenso³, en defensa de la inserción de la Psicología en el ámbito sanitario mediante la creación del título de Especialista en Psicología clínica, se resquebraja, apareciendo dos posturas contrapuestas una en defensa de lo planteado por la LOPS, es decir el único profesional sanitario sería el especialista en psicología clínica con acceso a

² Disyuntiva resuelta años más tarde con la adscripción mayoritaria de las Facultades de Psicología en el Área de Ciencias Experimentales y de la Salud (Infocop, 2006)

³ Mayoritario no quiere decir unánime ya que con motivo de la reivindicación de la Especialidad de Psicología clínica ya había dos posiciones sobre las vías para la obtención de la Especialidad (la vía PIR en el sistema sanitario y la vía Master a través de la Universidad) (Duro, 2015)

través del programa PIR, lo que acarreaba la no consideración de la psicología como carrera sanitaria, y otra en defensa de la consideración de la carrera de psicología como sanitaria (al igual que el resto de profesiones sanitarias) y su adscripción al Área de Ciencias Experimentales y de la Salud, liderada por el Consejo de Colegios de Psicólogos de España (ver Infocop, 2004). La razón fundamental de la posición del Consejo General de la Psicología de España era que dicha reglamentación dejaba en la 'ilegalidad' a todos aquellos profesionales que, sin tener la especialidad (fuera por el PIR o por homologación), trabajaban en lo público, pero, sobre todo, en centros privados de carácter sanitario.

La 'resolución' de esta situación, en gran medida por la presión del Consejo, fue la creación de una nueva profesión sanitaria para la psicología, 'a caballo' entre la 'regulación' del grado como sanitario y la consideración de la Especialidad de Psicología clínica como única profesión sanitaria: la Psicología General Sanitaria (PSG). Así la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública dio carta de naturaleza a la psicología sanitaria, aun cuando ya se había reconocido previamente y de manera transitoria la autorización para ejercer actividades sanitarias a los profesiones que reunieran ciertos requisitos. (Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social).

Resulta por lo tanto bastante incomprensible la afirmación de Carroble (2015) quien critica "el cambio de actitud del propio COP que entonces pasó a aceptar sin oposición la propia LOPS que antes rechazaba, favoreciendo con ello al colectivo de psicólogos PIR y perjudicando al mismo tiempo (...) al

resto de profesionales que no gozaban del privilegio⁴ de haber obtenido una plaza de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (subrayado nuestro)" (pág. 21).

Existen pues, a partir del 2011 dos profesiones sanitarias reconocidas legalmente para el ejercicio profesional: la psicología general sanitaria y la psicología clínica, la primera de carácter 'generalista', la segunda como especialidad sanitaria.

En el año 2013 se regula el Master de Psicología Sanitaria en el que se definen las competencias del PGS (Orden ECD/1070/2013) y en el 2014 se finalizó la regulación de la PGS, y el proceso para el acceso a la misma, ya fuera cursando el Master de Psicología General Sanitaria o siendo habilitado para ejercer como psicólogo general sanitario (Ley 3/2014, de 27 de marzo para la Defensa de los Consumidores y Usuarios).

El hecho de haber tenido que 'inventarse' una nueva profesión sanitaria para los psicólogos para paliar el desaguado de la LOPS, ha introducido buena dosis de confusión entre el colectivo de la Psicología no tanto sobre la ubicación laboral de cada uno (ámbito privado en el caso del PGS y ámbito público del Sistema Nacional de Salud en el caso de PEPC), sino, sobre todo, sobre las competencias de ambos profesionales (PGS y PEPC).

Veamos algunas de las razones por las que, actualmente, consideramos que debe ser el PEPC el que se incorpore a la Atención Primaria de Salud, y no el PGS⁵.

⁴ La 'acusación' de 'privilegiados' a los psicólogos especialistas mediante el sistema PIR va a ser frecuente en esta polémica.

Por cumplimiento de la legalidad vigente

Ya hemos dicho que en nuestro ordenamiento jurídico actual hay reguladas dos profesiones sanitarias cuya titulación/capacitación se obtiene a partir de la licenciatura/grado de Psicología, a saber: la profesión de psicóloga/o general sanitaria/o y la profesión de psicóloga/o especialista en psicología clínica.

En las diferentes leyes se establece, por un lado, el ámbito para el ejercicio de la profesión, y, por otro, las competencias de cada uno de ellos.

Respecto al ámbito para el ejercicio de la profesión

En la Disposición adicional sexta. Ejercicio de actividades sanitarias por titulados universitarios de Licenciado en Psicología o Graduado en el ámbito de la Psicología. Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social y en la Disposición adicional séptima y en la Regulación de la psicología en el ámbito sanitario. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública se 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, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada, deberán estar en posesión del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (subrayado nuestro) 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*

⁵Lo que no quiere decir que el PGS no pueda trabajar en otras instituciones dependientes de la Administración pública, tales como Servicios Sociales, Juventud, Mujer, etc.

se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada". Es evidente que los Centros de Salud en los que trabajan los Equipos de Atención Primaria son Servicios del Sistema Nacional de Salud para hacer efectivas las prestaciones sanitarias derivadas de la cartera de servicios comunes del mismo.

Por otro lado, las prestaciones sanitarias derivadas de la cartera de servicios, comunes que se han de dar en Atención Primaria "comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Comprende todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan los diferentes profesionales de atención primaria. La atención a los procesos agudos incluye el abordaje (...), de la conducta y de la relación, conductas de riesgo (subrayado nuestro), (...).

Entre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluye Tests psicoafectivos y sociales, de morbilidad y de calidad de vida y terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado (subrayado nuestro).

En las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria se incluyen, dentro de la Promoción y educación para la salud, actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludables, así como a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos (subrayado nuestro), y las orientadas al

fomento de los autocuidados (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2016).

Respecto a la Cartera de servicios comunes de salud pública se recoge que "las prestaciones de salud pública se ejercerán con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. Comprende programas intersectoriales, en los que los servicios prestados en el ámbito de la salud pública se agrupan en actuaciones sobre estilos de vida y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud y programas transversales (subrayado nuestro)". (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2016)

Es decir que todas las funciones y actividades que puede desempeñar un profesional de la Psicología (prevención, promoción y educación para la salud, asistencia, investigación, docencia, etc.) entrarían, a nuestro criterio, en la cartera de servicios comunes tanto de Atención Primaria como de Salud Pública.

Respecto al tipo de competencias

Evidentemente la diferenciación entre 'la especialidad' y 'lo general', 'lo clínico' y 'lo sanitario' en el campo de las competencias de las profesiones sanitarias no solo no es claro y diáfano, sino borroso y opaco, estando de acuerdo con Echeburúa y al. (2012) sobre "el carácter genérico y un tanto ambiguo del establecimiento de funciones de ambas profesiones" (pág. 427).

Así, respecto a las competencias, de conformidad con lo previsto en el artículo 6.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, se establece que "corresponde al Psicólogo General Sanitario, la realización de investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos

aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora del estado general de su salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios".

Por otro lado, según la Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica, ésta se define como *"una especialidad sanitaria de la Psicología que se ocupa de los procesos y fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud enfermedad de los seres humanos. Su objetivo es el desarrollo, la aplicación, y la contrastación empírica de principios teóricos, métodos, procedimientos e instrumentos para observar, predecir, explicar, prevenir y tratar trastornos y enfermedades mentales, así como problemas, alteraciones y trastornos emocionales, cognitivos, del comportamiento, de la personalidad, y del ajuste a las situaciones problemáticas de la vida, incluyendo las enfermedades físicas y sus tratamientos"* (subrayado nuestro).

"El campo de acción de la Psicología Clínica abarca la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como de los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales, y relacionales que inciden en la salud y la enfermedad de las personas, desde una concepción integral y multi-determinada de la salud y enfermedad humanas" (subrayado nuestro).

El especialista en psicología clínica es competente para asumir y desempeñar las siguientes funciones en los ámbitos que se indican:

"En el ámbito clínico-asistencial de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento:

a) *Identificar y evaluar los factores psicosociales de riesgo para la salud mental y la salud en general.*

b) *Identificar los trastornos y enfermedades mentales, así como cualesquiera otros problemas, enfermedades, o disfunciones, que inciden en la salud mental y física de las personas. (...)*

e) *Elaborar una programación y evaluación adecuadas de las intervenciones asistenciales, de prevención y promoción necesarias para el restablecimiento o, en su caso, la mejora de la salud y el bienestar.*

f) *Diseñar y aplicar programas de intervención y tratamiento específicos, mediante las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos pertinentes y suficientemente contrastados.*

g) *Realizar actividades de asesoramiento, interconsulta y enlace con otros profesionales y servicios y formar parte de equipos con profesionales de la medicina de diferentes especialidades.*

i) *Diseñar y aplicar las intervenciones psicológicas necesarias en los procesos asistenciales de las enfermedades físicas".*

En el ámbito de la docencia e investigación:

a) *"Diseñar, programar, dirigir, organizar, y participar, en acciones formativas para los equipos y programas (...)*

b) *(...) Colaborar en la formación de otros profesionales sanitarios y no sanitarios, involucrados en la mejora de la salud de las personas y la sociedad.*

c) *Diseñar, desarrollar, aplicar, dirigir, coordinar, y evaluar investigaciones sobre la salud humana, y colaborar con las que realicen otros equipos, dispositivos e instituciones*".

Es decir que si el PEPC tiene todas estas competencias como especialista, y el PSG está limitado a ejercer las suyas "siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios", nos parece claro y evidente que el PSG no es el profesional adecuado para su incorporación en Atención Primaria, al existir previamente la figura del PEPC, más allá de la discusión epistemológica sobre 'lo clínico' y 'lo sanitario' planteada por Carrobles (2015) cuando afirma que "en realidad, ambos términos: clínico y sanitario, son en gran medida equivalentes y sus significados afines, puesto que todo lo clínico es sanitario y viceversa" (pág. 23). Esa equiparación le lleva a concluir que "el Psicólogo General Sanitario (PGS) sea un auténtico Psicólogo Clínico y especialista en la misma medida que el psicólogo PEPC formado vía PIR⁶" (pág. 23) y "asumir la existencia de las dos titulaciones independientes de psicólogos clínicos (el PEPC y el PGS), con acceso directo a ambas desde la titulación del Grado en Psicología, y con unas competencias y funciones profesionales equivalentes, aunque con algunas limitaciones en el caso del PGS, principalmente respecto a la posibilidad del ejercicio profesional en el Sistema Nacional de Salud (reservado para los PEPC) y cuya actividad sería ejercida principalmente en el ámbito privado" (pág. 19). Para Carrobles (2012) la mejor solución "supone el reconocimiento legal de dos tipos diferentes de psicólogos profesionales, con similares competencias clínicas y sanitarias, pero con distinto formato e

⁶ Afloran de nuevo los argumentos para la defensa de la adquisición del título de Especialista mediante un posgrado universitario, como en los años 90 (Duro, 2015).

itinerario de formación: el modelo hospitalario residencial PIR en el caso del psicólogo clínico especialista y el de la formación a través del master oficial sanitario, impartido por la universidad, en el caso del psicólogo general sanitario” (pág. 449). Carrobles repite similares pretensiones a las de los años 80 en pleno debate de la reivindicación de la Especialidad (Álvarez, Sanz, Carrobles, Santacreu y Bonet, 1984; Reig, 1989; Fernández Parra, 1991; Duro, 2015), lo que nos parece un auténtico despropósito.

En todo caso, a fin de establecer el estado actual del tema, y no generar ambiguos e interesados equívocos, conviene clarificar que se recoge en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias que: *“la posesión del título de especialista será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista (o su equivalente de Psicólogo clínico, añadimos nosotros), para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados”* más allá de que otros profesionales de la psicología (sean sanitarios generalistas o simplemente licenciados/graduados) puedan, en la práctica, desempeñar actividades consideradas históricamente 'clínicas'. Es decir que Psicólogo clínico solo puede ser utilizado cuando se esté en posesión del título de Especialista.

Evidentemente el hecho de que no sean equiparables las dos profesiones no implica que, en la actual regulación encontremos competencias y actividades claramente diferenciadas en una y otra, según pone de manifiesto la Sentencia del 7 de octubre de 2016 de la Audiencia Nacional sobre el Recurso contencioso administrativo interpuesto por ANPIR contra la Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Master en Psicología General Sanitaria que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y

regulada de Psicólogo General Sanitario. En dicha Sentencia se asume la afirmación del Abogado del Estado quien destaca que *"la diferencia entre ambas titulaciones consiste fundamentalmente en que solo el Psicólogo Clínico puede prestar sus servicios en el Sistema Nacional de Salud"* e indica que *"De igual modo se manifiestan las universidades que han comparecido como entidades codemandadas que básicamente concluyen que la adquisición de competencias a través de la formación no implica la atribución de funciones"*.

Concluye la Sentencia por lo tanto que *"No puede aceptarse la afirmación de la Asociación recurrente cuando sostiene que en los programas formativos del Psicólogo Sanitario General no pueden incluirse conocimientos para adquirir habilidades profesionales relacionadas con la salud, patologías mentales y pacientes puesto que es erróneo entender que corresponden de forma exclusiva a los Psicólogos especialistas en Psicología Clínica" aunque*

"Se insiste en la idea de que en la Orden ministerial impugnada se regula únicamente la adquisición de conocimientos y de formación para poder posteriormente, en su caso, ejercer la profesión de Psicólogo Sanitario General. Se regula la capacitación necesaria para el ejercicio de la profesión de Psicólogo Sanitario General estableciendo los requisitos respecto a objetivos del título y planificación de las enseñanzas. Conocimientos que en ningún caso puede equipararse, como así realiza la recurrente, con atribuciones profesionales".

"...no hay ninguna norma que regule que sea exclusivo de los Psicólogos especialistas en Psicología Clínica la adquisición de conocimientos de forma exclusiva para atender a estados de salud y de enfermedades de los pacientes"

Como conclusión el Tribunal expone que *"Del examen de la normativa hasta ahora expuesta no se aprecia la exclusividad que pretende la Asociación recurrente que se reconozca a los Psicólogos especialistas en Psicología Clínica. La diferencia entre ambas profesiones no afecta ni a la adquisición de conocimientos ni a su formación sino al lugar donde unos y otros van a poder desarrollar sus competencias y conocimientos adquiridos. Únicamente hay diferencias en los ámbitos de actuación profesional"* Infocop (2016c).

Psicología clínica en Atención Primaria

Aún cuando, para nosotros, la legislación vigente, corroborada por esta Sentencia, no deja lugar a dudas sobre que, si algún profesional de la Psicología ha de incorporarse a la Atención Primaria, éste debe ser el que esté en posesión del título de Especialista en Psicología clínica, algunos autores mantienen la tesis de la incorporación de la Psicología Sanitaria en la Atención Primaria.

Así Carrobles (2015) insiste en que, *"también es razonable plantear la inclusión laboral de los PGS en los centros de salud, asociados principalmente a los servicios de atención primaria no especializada, donde se atiende a pacientes con diferentes problemas médicos de salud, afectados conjuntamente de problemas psicológicos, que no requieren de una atención especializada por parte de los PEPC, ubicados en los servicios o unidades de salud mental o psiquiatría"* (pág. 31) lo que ha sido fuertemente criticado por otros autores (Sánchez Reales, Prado y Aldaz, 2013), quienes afirman que *"desde determinados grupos de presión del sector académico y afiliados se ha espoleado como propuesta alternativa el desarrollo paralelo de dos profesiones sanitarias diferenciadas en itinerario formativo, pero con similares competencias clínicas y sanitarias, condición que algunos*

entienden suficiente para justificar la entrada del PGS en el SNS (p. ej., SEPCyS, 2011)" (pág. 191).

Algunas Asociaciones Profesionales de Psicología también se posicionaron explícitamente a favor de la inclusión del PGS en la Atención Primaria *"la presencia del Psicólogo General Sanitario resulta imprescindible para asegurar la sostenibilidad económica y profesional del Sistema Sanitario (...) el Comité Ejecutivo de la SEPCyS considera necesario continuar trabajando para asegurar el reconocimiento de los profesionales en ejercicio como Psicólogos Generales Sanitarios, y reivindicando el papel del Psicólogo en los servicios de Atención Primaria"* (SEPCYYS. 2011), aun cuando posteriormente cambiaran su posición a favor de que sean psicólogos especialistas los que se integren en Atención Primaria (Infocop, 2015b).

Otro argumento diferente, defendido por otros defensores de la inclusión del PSG en la Atención Primaria es que sus funciones son diferentes al de PEPC, entendiéndose que las del primero 'no son clínicas' y sí las del segundo. Así, respecto a las competencias, de conformidad con lo previsto en el artículo 6.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, se establece que *"corresponde al Psicólogo General Sanitario, la realización de investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora del estado general de su salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios"*.

Parece ser la postura defendida por Echeburúa y al (2012) cuando plantean que *"la intervención de los psicólogos sanitarios generalistas debe estar centrada fundamentalmente en la promoción de la salud y en la prevención*

de la enfermedad (más que en el tratamiento de los trastornos mentales propiamente dichos) y su actuación profesional no debe invadir el ámbito de los profesionales sanitarios especialistas (psicólogos clínicos y psiquiatras, especialmente). Los psicólogos generales sanitarios pueden atender a ese gran grupo de pacientes que acuden a los psicólogos en busca de ayuda para hacer frente a los problemas de la vida y resolver situaciones de infelicidad y malestar emocional (lo que se ha denominado antes la "patología del sufrimiento") porque se sienten desbordados en sus estrategias de afrontamiento. De este modo, estos profesionales sanitarios pueden ofrecer orientación, consejo y apoyo psicológico a los pacientes para superar sus dificultades" (pág. 428) y "pueden desempeñar una función importante junto con los médicos de atención primaria, los pediatras y las enfermeras (subrayado nuestro)" (pág. 431). De nuevo se reedita la 'vieja' diferenciación entre Psicología de la salud/Psicología clínica, lo que nos hace recordar la conocida afirmación de Matarazzo (1989), presidente de la División 38 de Psicología de la Salud dentro de la APA, "yo siento que como yo, muchos psicólogos que trabajan en instituciones sanitarias creen que la psicología de la salud es aún en 1987 sólo un vibrante miembro de familia de las aplicaciones específicamente sanitarias de un conjunto de materias comunes de la psicología genérica (...) el término 'de la salud' resulta un adjetivo que define el ámbito donde se aplica el núcleo de conocimientos científicos y profesionales de la psicología, por lo cual no existe una psicología de la salud que difiera de la propia psicología" (pág.24).

Es evidente que, a estas alturas, plantear la salud y la enfermedad como dos entidades separadas y contrapuestas carece de todo sentido. El PGS actuaría sobre la salud y el PEPC sobre la enfermedad...'mental'..... (ii !!)

En palabras de Costa y López (2013) "¿cuál sería la frontera entre los "trastornos del comportamiento" que el PGS podría gestionar y los que supuestamente habría de afrontar el PEPC? (...) en qué consiste la "complejidad" de los casos que determina los que pueden abordar ambos, qué se ha de entender, desde el análisis crítico del modelo anatomoclínico, por "trastornos del comportamiento" que podría abordar el PGS y las "patologías mentales" que se definen como objeto del PEPC" (pág. 180).

Si consideramos que cualquier persona que acude a la Atención Primaria tiene alguna 'enfermedad', el PGS ya no tendría ningún margen de intervención ya que sus competencias son sobre *la promoción y mejora del estado general de su salud*. Como es bien sabido, es absurdo separar la salud de la enfermedad, en general, y mucho más la salud 'física' de la 'salud mental'. Sabemos que los aspectos del comportamiento y la actividad de las personas influyen en la promoción y mejora del estado general de su salud y de la enfermedad. Las investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas requieren de los mismos elementos conceptuales, procedimientos metodológicos y dispositivos técnicos para la promoción y mejora del estado de salud que para la atención a los procesos de 'enfermedad'. Mantener que uno se ocupa de la 'salud' y otro de la 'enfermedad' solo se justifica desde la hegemonía de un modelo psicopatológico biologicista como han denunciado, entre otros González Pardo y Pérez Álvarez (2007) y Costa y López (2014).

La diferencia no es sustantiva sino, en todo caso, gradual y escalonada. La salud y la enfermedad no son dos polos estancos, ni entidades separadas sino dos puntos de un mismo proceso, o mejor dos componentes simultáneos de una misma persona según desde la perspectiva que se la estudie (disease, illness y sickness).

Por congruencia con el sistema sanitario

Otro argumento que vamos a utilizar en este artículo lo denominamos *congruencia con el sistema sanitario*.

Todos los profesionales titulados superiores que prestan sus servicios en el Sistema Sanitario Público tienen la formación y, por ende, la categoría de especialistas, ya trabajen en Atención Primaria (Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Médicos Especialistas en Pediatría), ya trabajen en Atención Especializada (Médicos Especialistas en Psiquiatría, Oncología, Ginecología, etc.), ya trabajen en Salud Pública (Médicos Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública), regulado por la Unión Europea. También progresivamente van requiriéndose la Especialidad a profesionales de Enfermería (Obstetricia-Ginecología, Salud Mental, Pediatría, Geriatria, etc.). En la empresa privada no se les exige la especialidad para ser contratados aunque su 'prestigio social' no es el mismo si tienen una especialidad que si son médicos generales.

Es evidente que si el profesional de Psicología que se incorporase a Atención Primaria no tuviera la Especialidad estaría en desigualdad de estatus y condiciones laborales que el resto de los facultativos médicos.

Más incomprensible parece la posibilidad de que se incluyan, por un lado psicólogos especialistas con dicho rango y, por otro, psicólogos generales sanitarios bajo la tutela de los especialistas. Tendríamos así dos niveles de profesionales de la psicología para atender el mismo tipo de problemática, difícil de entender para el resto de los profesionales sanitarios y para los propios usuarios. A no ser que uno (el Especialista) fuera el jefe y el otro (el General Sanitario) el subalterno, tal como lo plantea Carrobles (2015). *"Esta distinta duración temporal entre ambas titulaciones implica un nivel de*

especialización diferente entre las mismas: Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y Psicólogo General Sanitario (PGS); y por ello debería establecerse una jerarquización entre ambas a favor del PEPC (que sería el psicólogo clínico especialista pleno) y una serie de limitaciones para el ejercicio de la psicología clínica-sanitaria por parte de los PGS, tanto en sus funciones como en el ámbito en el que pueden ejercerlas, respecto del PEPC, al que se encontrarían subordinados" (pág. 29), lo que daría lugar a una endiablada relación de competencia y de jerarquización difícil de manejar por ambas partes.

Por formación

No vamos a entrar en este apartado a valorar las características de la formación necesaria para alcanzar la profesión de PSG y PEPC en cuanto a duración (año y medio para el Master de Psicología General Sanitaria, 4 años para el Programa de formación de Especialistas), ni en cuanto a las características del mismo (en la Universidad con prácticas en centros sanitarios, generalmente privados, en el caso del PGS y en el sistema sanitario mediante el sistema de Residencia en el caso de los PEPC) pero sí haremos algunas referencias al programa de formación de especialistas para mostrar en qué medida dicha formación capacita para el trabajo en Atención Primaria.

En el programa PIR actual (BOE-A-2009-10107 Núm. 146 Miércoles 17 de junio de 2009) para la adecuada formación para el ejercicio de las competencias antes expuestas se plantean objetivos de la formación directamente relacionados con la Atención Primaria tales como "Participar en las actividades preventivas y de promoción de la salud, de detección e intervención precoces de trastornos y enfermedades mentales y del

comportamiento, así como de asesoramiento, enlace, e interconsulta, en coordinación con los Equipos de Atención Primaria (subrayado nuestro) y los Servicios de Atención Especializada”.

Para alcanzar dichos objetivos se prevén 12 meses de rotación por Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria con algunos objetivos relacionados con la Atención Primaria tales como “participar en las coordinaciones con Atención Primaria colaborando en la valoración conjunta y derivación de casos, así como en el seguimiento y asesoramiento de los casos que puedan ser atendidos en Atención Primaria y participar y colaborar en la coordinación con otros dispositivos sanitarios, sociales, educativos, de inserción laboral, tutelares y judiciales”.

Algunas de las actividades previstas para esta fase del programa PIR son “participación en, y en su caso diseño de, programas y actividades de prevención y promoción de la salud, participación en el trabajo de equipo multidisciplinar, realización de actividades de apoyo a Atención Primaria, incluyendo reuniones de coordinación, valoración conjunta de casos, sesiones clínicas conjuntas, grupos de apoyo psicológico”.

Así mismo se establecen 3 meses de rotación por Atención Primaria con los siguientes objetivos específicos:

“Conocer los aspectos básicos de la organización, funcionamiento y gestión de los Centros de Atención Primaria de salud, participar en el funcionamiento de los equipos multidisciplinarios de Atención Primaria, conocer los criterios de derivación al nivel especializado y especialmente a los dispositivos de Salud Mental, conocer y participar en los espacios de coordinación organizados desde Atención Primaria, adquirir conocimientos sobre las psicopatologías más prevalentes en Atención Primaria 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 trastornos mentales graves en la comunidad, adquirir conocimientos sobre el seguimiento de los trastornos crónicos desde Atención Primaria y conocer y participar en programas de promoción y prevención de la salud”.

El programa establece rotaciones en la consulta de Medicina, Enfermería y en las actividades de Trabajo Social así como evaluación directa de casos susceptibles de ser derivados a los Servicios de Salud Mental, elaboración de informes clínicos, planificación, realización y seguimiento de tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos individuales, de pareja, de familia y de grupo de trastornos reactivos y adaptativos y de los trastornos mentales y del comportamiento más prevalentes en la Atención Primaria, participación en las reuniones de equipo y en las actividades organizativas, de coordinación con otros dispositivos en programas preventivos y de promoción de la salud y en las actividades de formación.

Evidentemente una cosa es lo que figura en los documentos y otra, a veces muy distinta, la que ocurre en la práctica. En el caso que nos ocupa es indudable la insuficiencia teórico-práctica de la formación de los PIR en este terreno tanto por la práctica hegemónica del modelo médico psiquiátrico (Duro, 2013) como por el insuficiente desarrollo actual, tal como señala Wenceslao Peñate en las Conclusiones de la Jornada realizada en el Consejo de la Psicología: *"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” (Infocop, 2014).

¿PARA QUÉ LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

El planteamiento de la incorporación de los profesionales de Psicología clínica en la Atención Primaria de Salud puede hacerse desde dos perspectivas: una, entendiéndolo como una incorporación de un nuevo recurso profesional en ese nivel asistencial para asumir 'casos psicológicos' detectados (y derivados) por los profesionales médicos, y otra como la oportunidad para 'dar una vuelta de tuerca' al papel de los profesionales de Atención Primaria y su relación con la atención especializada de salud mental, lo que implica, en palabras de Pérez Álvarez y Fernández Hermida, (2008) *“un nuevo modo de pensar de las instituciones, de los profesionales y de los pacientes”* (pág. 262) y que conlleva, añadimos nosotros, un nuevo modo de pensar sobre las instituciones, el papel de los profesionales y las relaciones profesionales/usuarios. Nuestra apuesta por esta segunda perspectiva es clara.

La incorporación de los profesionales de Psicología clínica en la Atención Primaria de Salud debería enmarcarse en el proceso de mejora de la Atención Primaria, de 'recuperación' de su vocación de salud comunitaria/salud pública y de potenciación del trabajo en equipo interdisciplinar, aspectos a los que el profesional de la Psicología clínica debe contribuir, pero que va más allá del mismo, constituyendo un enfoque de trabajo, en gran medida, diferente del actual.

En ningún caso el profesional de Psicología clínica en Atención Primaria debe convertirse en un 'representante' del equipo de salud mental en Atención Primaria al que los profesionales médicos derivan cualquier persona con 'problemas psicológicos' ni "se trata de crear un servicio paralelo de atención psicológica sino de ayudar a la atención primaria en colaboración con los médicos y demás profesionales". (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008, pág. 265).

Veamos a continuación algunos aspectos sobre el papel y las funciones del profesional de la psicología clínica en los equipos de atención primaria

Papel y Funciones del profesional de la psicología clínica en los equipos de atención primaria

El profesional de la psicología clínica en los equipos de atención primaria, desde nuestro punto de vista, ha de desempeñar, en términos generales, un rol activo favorecedor del cambio en sus niveles individual, grupal, institucional y social/comunitario tanto hacia los usuarios como hacia los profesionales.

Vemos necesario que tenga las siguientes premisas ideológicas en cualquier tipo de intervención que haga y referidas tanto a los usuarios como a los profesionales sanitarios:

- Lucha contra el estigma que supone la equiparación de los problemas psicológicos con enfermedad mental.
- Lucha contra la dicotomía salud física/salud mental.
- Lucha contra el 'individualismo'/culpabilización de la víctima, tanto en las 'explicaciones' de los problemas psicológicos como en la búsqueda de elementos terapéuticos.

- Lucha contra el rol 'omnipotente' del profesional sanitario habitualmente depositado en él por los usuarios, y frecuentemente asumido por los propios profesionales.

Para desempeñar este rol de cambio, el profesional de la psicología clínica, además de sus conocimientos y habilidades más propias de la psicología clínica, *sensu strictu*, deberá echar mano de los provenientes de la psicología social y comunitaria, de la psicología educativa, entre otros.

Veamos sus posibles funciones en los distintos niveles de trabajo en salud teniendo en cuenta que siempre tendrá que partir del análisis de las condiciones concretas del Centro en el que se integre tanto referidas a las características de los usuarios, y la comunidad, como de los propios profesionales y del Centro.

En la prevención, promoción y educación para la salud

El trabajo de prevención, promoción y educación para la salud tiene un fuerte componente institucional y comunitario por lo que ha de implicarse el equipo en su conjunto y el psicólogo clínico siempre ha de procurar trabajar en equipo con otros profesionales (medicina de familia y comunidad, pediatría, enfermería y trabajo social) aportando conocimientos específicos sobre aspectos psicológicos involucrados en los problemas de salud/enfermedad, así como elementos metodológicos y técnicos para la intervención (entrevista motivacional, counseling, técnicas grupales, intervención institucional y comunitaria, etc.). La socialización de conocimientos interprofesionales será imprescindible en este nivel de trabajo (Duro, 1993).

En la asistencia

El profesional de la psicología clínica en Atención Primaria no puede soslayar el hecho de que se espera de él una labor asistencial directa con algunos tipos de usuarios por lo que parte de su tiempo de trabajo ha de dedicarlo a tareas asistenciales. Pero ¿qué tareas y cómo?

Las actividades asistenciales del profesional de la psicología clínica en Atención Primaria han de basarse en las siguientes premisas y características:

- No existe la curación en términos psicológicos sino la mejora.
- El profesional aporta conocimientos y técnicas para ayudar al usuario pero es éste el protagonista de su mejoría.
- El tipo de intervención psicológica ha de ser negociada entre el profesional y el/los usuarios y aceptada por el/los usuario/s en los términos acordados.
- La intervención psicológica ha de tener unos objetivos definidos y un encuadre temporal limitado (diacrónica y sincrónicamente), generalmente breve.
- Se priorizarán formas de intervención 'psicoterapéutica' de carácter grupal (Duro, 1988; Duro et al., 1990), institucional (en las escuelas, por ejemplo) e incluso comunitario, 'recuperando' la 'olvidada' intervención en crisis puesta en marcha en los inicios de la Reforma Psiquiátrica (Duro e Irazábal, 1986a y 1986b).
- Se tendrá en cuenta la no iatrogenia profesional e institucional con atención especial a no generar dependencia del usuario hacia el profesional y, por el contrario, potenciar su empoderamiento (Costa y López, 2008).

Encontramos cercano el planteamiento de Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) quienes definen al psicólogo clínico en Atención Primaria como consultor psicológico "lo que caracteriza en concreto a la consultoría conductual es, la brevedad en relación con las terapias psicológicas y la utilización de los recursos que tiene el cliente para solucionar su problema, optimizándolos al máximo" (pág. 263).

En el trabajo de equipo

Postulamos la integración del profesional de la Psicología clínica en el equipo de atención primaria del Centro de Salud como un integrante más del equipo lo que implica que, por un lado, ha de contribuir a mejorar la propia dinámica del conjunto del equipo, en tanto profesional más sensibilizado con las dinámicas de los grupos, y por otro lado ha de trabajar individualmente con cada uno de los profesionales para favorecer una atención verdaderamente integral del usuario.

Así será recomendable que pueda hacer evaluaciones conjuntas (presenciales o mediante su asesoría) con los profesionales de medicina en casos solicitados por éstos, así como intervenciones terapéuticas conjuntas con los profesionales de medicina, enfermería y trabajo social.

En la investigación y docencia

Ante la panoplia de actividades que puede desarrollar el profesional de psicología clínica en Atención Primaria tendrá que priorizarse alguna de ellas en función de las características de la población de referencia para lo cual es imprescindible conocer dicha población en sus aspectos epidemiológicos, psicosociales y de recursos. Participar en estas investigaciones y liderar aquellas de carácter psicosocial con metodologías cuantitativas y cualitativas será una de sus funciones más relevantes. Igualmente

participará en la evaluación de las actividades desarrolladas en el centro y en la comunidad.

Por otro lado, aparte de la cotidiana labor docente que desarrollará en el trabajo compartido con otros profesionales deberá realizar actividades formativas sobre temas de su especialidad dirigidos al resto del equipo y de otros equipos cercanos (Duro, 1992), así como realizar la supervisión de los Psicólogos Internos Residentes de la unidad docente correspondiente (González-Blanch, 2012).

Tipos de intervenciones y modelos psicológicos

Hemos visto anteriormente que las intervenciones del profesional de psicología clínica en Atención Primaria han de ser de tipo 'clínico', pero también 'psicosociales', educativas, formativas, de investigación, etc.

La pluralidad de la ciencia psicológica permite que diferentes modelos teóricos puedan servir de fundamento a estos tipos de intervenciones y ninguno de ellos patrimonialice el campo de trabajo profesional en Atención Primaria, siempre teniendo en cuenta las características de las intervenciones en dicho campo.

La mayoría de los autores que abogan por la incorporación de la Psicología clínica en Atención Primaria postulan de manera explícita las mayores bondades de modelos cognitivos-conductuales por su mayor facilidad para adaptarse a las condiciones del campo de trabajo (brevedad, carácter 'psicoeducativo', centrarse en problemáticas concretas, uso de tecnologías de la información, etc.) y por la presunta 'superioridad' científica en cuenta a eficacia y eficiencia en sus intervenciones basadas en la 'evidencia' (Pastor, 2008; Echeburúa et al., 2012; Infocop, 2013) lo que limitaría

sustancialmente la incorporación de aquellos profesionales que consideren más apropiados otros tipos de marcos teóricos.

Consideramos que no es momento de exclusiones sino de confluencia de sinergias para demostrar, en la práctica profesional, la validez de la incorporación de la psicología clínica en Atención Primaria con la riqueza de perspectivas y posibilidades que actualmente tiene, atendiendo a la siguiente cita *"con estos condicionantes, no es extraño que las técnicas cognitivo - conductuales tengan una cierta ventaja para ser usadas en este contexto pero se ha de reconocer que su papel puede desempeñarse también de acuerdo con otras tradiciones clínicas, así de rica es la psicología y de interactivos son los problemas psicológicos. Así, se podrían señalar la psicoterapia psicodinámica breve, (...), el modelo del "cliente como auto-sanador activo", (...) debida a la tradición humanista, la logoterapia, las terapias conductuales-contextuales de "nueva ola" (...), y la "terapia centrada en la solución", derivada de la terapia familiar. (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008, pág. 263).*

Por otro lado la 'ventaja' de 'lo cognitivo-conductual' en los tratamientos psicológicos, respecto a su lugar hegemónico, y a veces 'descalificador' de otros modelos, también ha sido cuestionado por alguno de estos mismos autores, como Pérez Álvarez (2003), *"es así que la American Psychological Association ha promulgado una resolución sobre el reconocimiento de la eficacia de la psicoterapia (APA, 2012). Esta resolución viene a bendecir y sancionar una variedad de terapias psicológicas, al menos aquéllas que han mostrado su eficacia de acuerdo con los estándares metodológicos de la medicina basada-en-la-evidencia, en particular estudios controlados y aleatorizados. Se refiere a los grandes sistemas de terapia psicológica: la terapia de conducta y cognitivo-conductual y ni que decir tiene las terapias*

de "tercera generación", la psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia humanista y la terapia sistémica" (pág. 6).

En resumen no se trata de adscribirse a un modelo psicológico para ningunear al resto sino que se trataría de, teniendo en cuenta las características de la Atención Primaria, las necesidades y demandas de los usuarios y los recursos y posibilidades de la institución, implementar las técnicas psicológicas más acordes a dichas circunstancias y mejor incorporadas por cada profesional. La autocrítica y el aprendizaje permanente han de ser compañeros de viaje de este profesional en su devenir por la Atención Primaria.

¿CÓMO IMPLEMENTAR LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Todos los profesionales y académicos estaríamos de acuerdo en potenciar la relación de la Psicología clínica en la Atención Primaria pero no todos plantean dicha relación de la misma manera.

En un reciente estudio (Duro, 2013) hemos encontrado discrepancias entre los profesionales de la Sanidad pública madrileña sobre el lugar de la Psicología en su relación con Atención Primaria presentándose tres posiciones:

1. *"El psicólogo clínico como parte del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Mental sin diferenciar entre psiquiatras y psicólogos clínicos a la hora de intervenir. Defendida por la mayoría de directivos psiquiatras y psicólogos clínicos vía homologación con enfoques psicodinámicos y sistémicos.*
2. *El psicólogo clínico incluido en los Equipos de Atención Primaria sin*

formar parte de los Centros de Salud Mental. Defendida por psicólogos clínicos vía homologación, vía PIR y Residentes de todos los enfoques.

- 3. El (futuro) psicólogo general sanitario incluido en los Equipos de Atención Primaria como una oportunidad de incrementar la presencia de profesionales de la psicología en el campo sanitario desde una perspectiva más de la Psicología 'de la salud' que desde la Psicología clínica. Defendida por psiquiatras de orientación más biológica, psicólogos clínicos vía homologación y psicólogos hospitalarios no especialistas mayoritariamente de orientación cognitivo-conductual e integradora" (pág. 204).*

En todos los casos podríamos estar hablando del modelo denominado de Atención Integrada (Byrd, O'Donohue y Cummings, 2005) que se define como "el proceso y el producto del trabajo de los profesionales médicos y de salud mental que trabajan colaborativa y coherentemente para optimizar la salud del paciente a través de modos de prevención e intervención psicosociales" (pág. 2) o del Modelo de Atención Escalonada o por Niveles recomendado por el NICE inglés (Pastor, 2008, pág. 286). Esta 'Atención Integrada' ó Escalonada se puede prestar de varias maneras:

Modelo de Derivación

Es el modelo predominante hoy día en nuestro contexto basado en la consideración de la psicología clínica como una especialidad de segundo nivel (al igual que la psiquiatría) e incluida en los equipos de atención especializada de salud mental, en gran medida dependiendo de los hospitales, aunque manteniendo 'todavía' ciertas características de la salud mental comunitaria (ubicación ambulatoria fuera de los recintos

hospitalarios, coordinación con Atención Primaria, etc.).

Presupone este modelo que los profesionales de Atención Primaria tienen formación, habilidades y tiempo para atender problemas 'leves' de salud mental así como capacidad para derivar a los servicios de segundo nivel aquellos casos de trastornos mentales más severos.

En este modelo se priman labores de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental estando el psicólogo clínico ubicado en el equipo de salud mental. Las reuniones de coordinación entre profesionales y el uso de nuevas tecnologías de comunicación son las herramientas más usadas, complementándose, en el mejor de los casos, con actividades de formación y supervisión de los profesionales de salud mental hacia los profesionales de Atención Primaria.

La crítica a la práctica de este modelo, mantenido con diferente intensidad desde los años 80, años de la Reforma Sanitaria y Psiquiátrica, hasta nuestros días, es bastante unánime y, en cualquier caso, sería necesaria su mejora como señala González-Blanch (2009). *"dadas las deficiencias reconocidas, el modelo actual de Derivación debería ser revisado, para homogeneizar y delimitar las responsabilidades de los psicólogos clínicos"* (pág. 153).

Modelo de Enlace

Como modo de complementar, en algunos casos el modelo de derivación se implementa el Modelo de Enlace en el que los profesionales de salud mental (psiquiatra o psicólogo clínico) actúan como consultores acudiendo, algunos días, a los Centros de Salud a demanda de los profesionales de Atención Primaria para orientar, asesorar y facilitar las derivaciones y, en el mejor

de los casos, prestar algún tipo de asistencia a personas con problemas 'leves' generalmente en formatos grupales (Hornillos et al., 2009; Vitores et al., 2016).

Modelo de Reemplazo

El modelo definido como de Reemplazo, es aquél en el que los profesionales de psicología clínica se integran en los equipos de atención primaria lo que, a juicio de Pérez y Fernández Hermida (2008), "*resulta evidente que la consecución de sus objetivos es más fácil si todos se integran en el mismo espacio*". (pág. 255).

En nuestro país todavía no hay relevante experiencia de este modelo al que parece que tienden todos los autores que postulan la integración de los psicólogos clínicos en Atención Primaria. La experiencia más 'cercana' la encontramos en las innovadoras prácticas de los años 80 propiciadas por los primeros Ayuntamientos democráticos (Duro, 2001, 2015) antes de la formalización de la Atención Primaria como la conocemos hoy día y que, a modo cuasi testimonial se han mantenido en algún Ayuntamiento como el de Madrid (Esteban, 1993; Costa, 2012).

Podemos concluir que el modelo de derivación no funciona, que el modelo de enlace parece funcionar algo mejor y que el modelo de reemplazo merece ser explorado.

Por otro lado parece evidente que este planteamiento no supone, en ningún caso, reducir el número de los psicólogos clínicos en los distintos Servicios de Salud Mental (Centros comunitarios, Hospitales de día, Centros de Rehabilitación, Servicios hospitalarios, etc.), ya de por sí bastante insuficientes. Se trataría de, manteniendo la estructura actual de la Red de

Salud Mental y mejorándola en la medida de lo posible con nuevas contrataciones y aumentando el número de plazas PIR, incorporar NUEVOS psicólogos clínicos en los Centros de Salud/Equipos de Atención Primaria, obviamente, en estrecha colaboración con los equipos de salud mental comunitaria.

El primer, y más socorrido argumento por parte de la Administración, y a veces también de otros profesionales contrarios a este planteamiento, es la escasez de recursos económicos para contratar a nuevos profesionales (García-Campayo, 2012) e incluso que no habría suficientes psicólogos especialistas para tamaña empresa.

Veamos ambos aspectos:

A fecha de 31-12-15 había 2928 Centros de Salud con más de 35000 profesionales de medicina (Especialistas en Medicina de Familiar y Comunitaria y Especialistas en Pediatría), (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2016). A su vez en cada Centro de Salud hay, al menos, un Equipo de Atención Primaria en turno de mañana y otro en turno de tarde, lo que daría alrededor de 5800 Equipos de Atención Primaria en el conjunto del Estado español en los que trabajaría una media de 6 profesionales de Medicina.

La propuesta que estamos planteando implicaría que trabajase 1 psicólogo clínico con 6 profesionales de medicina de familia/pediatría.

¿Es viable hoy en día la inclusión de un profesional de la Psicología clínica en cada Equipo de Atención Primaria o, al menos, en cada Centro de Salud?

Aunque no se disponen de datos oficiales actualmente calculamos que hay unos 8500 profesionales de la psicología con la especialidad de Psicología clínica (aproximadamente 6300 por vía de homologación y 2200 por vía PIR) de lo que están trabajando en los distintos Servicios Autonómicos de Salud

unos 2000 profesionales (4,3 por 1000000 habitantes), de manera que 6500, aproximadamente, estarían trabajando en el ámbito privado, en otras Administraciones públicas (Servicios Sociales, Educación, etc.), o en paro.

Tendríamos alrededor de 6500 psicólogos clínicos como profesionales potenciales de ser empleados en los alrededor de 5800 Equipos de Atención Primaria de los 2900 Centros de Salud.

El coste aproximado de cada psicólogo especialista es de 70000 €/año. La contratación de todos los 'necesarios' para cubrir todos los Centros de Salud supondría un gasto aproximado de 400 millones de euros. ¿Parece mucho dinero?

Alrededor de un 30-60% de los pacientes que acuden a atención primaria presentan problemas psicológicos como ansiedad o depresión, a lo que se responde mayoritariamente con la receta de antidepresivos o ansiolíticos, lo que supone un coste a los españoles de, aproximadamente, 745 y 231 millones de euros anuales respectivamente. (Infocop, 2009). Si sumamos el gasto en ansiolíticos y antidepresivos en 2008, (y actualmente se ha incrementado), tenemos 976 millones de euros. Contratar a todos esos psicólogos clínicos para Atención Primaria supondría un 41 % del gasto en ansiolíticos + antidepresivos en Atención Primaria.

Si se contratasen 5800 psicólogos clínicos en Atención Primaria más los 2000 existentes en Atención Especializada tendríamos 7800 profesionales en el Sistema Nacional de Salud (19 profesionales por 100000 habitantes) acorde a la media europea pero lejos de países de nuestro entorno como Alemania con más de 50 psicólogos por cada 100.000 habitantes y Suecia y Finlandia con más de 70.

Esta sería una propuesta de máximos que podría implementarse gradualmente.

Pongamos el ejemplo de la Comunidad de Madrid

El Decreto 52/2010, de 29 de julio, (BOCM núm. 189, de 9 de agosto), establece en la Comunidad de Madrid un Área única de salud, como estructuras básicas fija la zona básica de salud, siendo ésta, el marco territorial de la Atención Primaria donde desarrolla su actividad sanitaria el centro de salud. En el Área única de Madrid hay 7 Direcciones Asistenciales, 262 Centros de Salud con, aproximadamente, 524 Equipos de Atención Primaria. 36 millones de euros costarían contratar a un profesional de la Psicología para cada Equipo de Atención Primaria de un Centro de Salud (un equipo en turno de mañana y un equipo en turno de tarde) en la Comunidad de Madrid.

¿Y si se empezara solamente contratando al 30%, unos 150 psicólogos (10,8 millones de euros), que podrían dar cobertura, por ejemplo, a las 7 Direcciones Asistenciales?. 21-22 psicólogos (parte para adultos, parte para población infanto-juvenil) en cada Dirección Asistencial. Cada equipo de estos profesionales se organizaría en una, o varias Unidades de Psicología clínica para trabajar en los Centros de Salud de una Dirección Asistencial (37 Centros de Salud de media), en coordinación con los Centros de Salud Pública de la zona y con los Centros de Salud Mental de referencia. Además, tutorizados por ellos, rotarían los PIRes⁷ de las 11 Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

⁷ El hecho de apostar por la inclusión de psicólogos especialistas en Psicología clínica Atención Primaria frente a los psicólogos generales sanitarios no quiere decir que consideremos que en el campo sanitario solo debe existir esa especialidad. Defendemos el modelo de Residencia para la formación de especialistas en psicología pero abogamos por el establecimiento de dos años troncales y los otros dos que desemboquen en diversas especialidades *"nos parece oportuno plantear que hubiera un tronco de Psicología Clínica del que partieran varias especialidades. Al menos se nos ocurren las siguientes: Psicología*

Así se podrían buscar fórmulas similares de puesta en marcha en el resto del Estado Español.

¿Tan utópico parece?

Bibliografía

Álvarez, J., Sanz, A., Carrobles, J.A., Santacreu, J. y Bonet, T. (1984) Programa de formación en Psicología Clínica para postgraduados: hacia un modelo "PIR". En *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. (pp. 126-129). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Barrios I, Villena A, Sánchez F, Ruiz I, Cantero N, Neila A, et al. (2012). *La intervención del Psicólogo Clínico en Centros de Atención Primaria: un análisis descriptivo*. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Byrd, M. R., O'Donohue, W. T. y Cummings, N. A.(2005). Introduction. The Case for Integrated Care: Coordinating Behavioral Health Care with Primary Care Medicine. In W. T. O'Donohue, M. R. Byrd, N. A. Cummings y D. A. Henderson (Eds.), *Behavioral Integrative Care: Treatments that work in the primary care setting*. New York: Brunner-Routledge.

Carrobles, José Antonio (2012). Psicólogo clínico y/o Psicólogo general sanitario. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 20, Nº 2, 2012,

Clínica de Adultos en Salud Mental, Psicología Clínica del Niño y del Adolescente en Salud Mental, Psicología Clínica en Salud Pública y Atención Primaria (Prevención y Promoción de la salud), Psicología Clínica Oncológica y de Cuidados Paliativos y Psicología Clínica Neuropsicológica". (Duro, 2016, pág. 48).

pp. 449-470. Recuperado de [http://sapc.es/sites/default/files/Carrobles\(1\).pdf](http://sapc.es/sites/default/files/Carrobles(1).pdf)

— (2015). *Presente y futuro de la psicología clínica y sanitaria en España: una visión alternativa*. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 36(1), pp. 19-32

Costa Cabanillas, Miguel (2012) Experiencias psicológicas de "Atención Primaria" en el Ayuntamiento de Madrid. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Costa Cabanillas, Miguel y López Méndez, Ernesto. (2006). *Manual de ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Ed. Pirámide. Madrid

— (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades*. Ed. Pirámide. Madrid

Change. Org (2016) Ministerio de Sanidad: Incluyan la figura del Psicólogo en los servicios de Atención Primaria y Hospitales. Recuperado el 2 de septiembre de 2016 de https://www.change.org/p/ministerio-de-sanidad-incluyan-la-figura-del-psic%C3%B3logo-en-los-servicios-de-atenci%C3%B3n-primaria-y-hospitales?recruiter=19437527&utm_source=share_petition&utm_medium=twitter&utm_campaign=share_twitter_responsive

Duro Martínez, Juan Carlos (1988). Salud mental: contribuciones a nuevas prácticas comunitarias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25, 237-256.

— (1992). La formación grupal de profesionales en instituciones públicas. *Clínica y Salud*, 3 (1), 77-84.

— (1993). El psicólogo clínico y el trabajo en el Equipo de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*, 38-39, 59-72.

— (2001). Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición Democrática. *Clínica y Salud*, 12, N° Extraordinario: 1-175. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/web/publicaciones/psicologia-y-salud-comunitaria-durante-la-transicion-democratica>

— (2013). Estudio sobre la Psicología Clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid. La Perspectiva de los profesionales. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de http://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/psicologia-clinica-en-la-sanidad-publica-en-madrid-556eba634e883.pdf

— (2015). *Psicología y Reforma Sanitaria en la década de los 80*. Monografía. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de http://www.descargascoppa.es/varios/MONOGRAFIA_PSICOLOGIA%20SANITARIA_AnOS%2080.pdf

— (2016). La Psicología clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid: la insuficiente consolidación de una profesión sanitaria. *Clínica y Salud* 27 45-50

Duro Martínez, Juan Carlos e Irazábal Martín, Emilio. (1986a). El loco de la comunidad. Una intervención grupal en salud mental (1ª parte). *Clínica y Análisis Grupal*, 41, 455-473.

— (1986b). El loco de la comunidad. Una intervención grupal en salud mental (2ª Parte). *Clínica y Análisis Grupal*, 42, 657-675.

Duro Martínez, Juan Carlos, Ibáñez Indurria, Mariluz, López, Luisa y Vignale Pesquera, Rosiña. (1990). *Dispositivos grupales en salud mental comunitaria*. En A. Bauleo, J.C. Duro y R. Vignale (Eds.), *La Concepción Operativa de Grupo*. (pp. 37-77). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Echeburúa, Enrique, Salaberría, Karmele, Paz de Corral y Cruz-Sáez, Soledad (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 20, N° 2 pp. 423-435

Carrasco Álvarez, Esteban (1992) Tareas del psicólogo en promoción y prevención de la salud en atención primaria. *Papeles del Psicólogo* n° 53

Fernández Parra, A. (1991). Formación de psicólogos clínicos a través del sistema PIR: problemas y alternativas. *Clínica y Salud*, 2 (1), 81-90.

García-Campayo, Javier (2012). Eficacia y coste efectividad de la psicoterapia en atención primaria. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Garriga Puerto, Ascensión y Martín García-Sancho, Julio C. (2012) Adaptación de las rotaciones de los psicólogos clínicos residentes en Atención Primaria. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Gárriz, M. Sánchez, M. A. Garrido, J. M. y Cavero, M. (2012). Terapia Grupal Conductual Basada en Mindfulness en Atención Primaria. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las

personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

González-Blanch, César (2009). Salud mental en Atención Primaria: qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo. *Papeles del Psicólogo*, 2009. Vol. 30(2), pp. 169-174.

— (2011). *Atención primaria y tratamientos psicológicos*. El País 11 de marzo.

— (2012). *En busca de la atención psicológica especializada en Primaria*. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

González-Blanch Bosch, César y Álvarez Jiménez, Mario (2004). *Psicólogos frente a psicólogos clínicos*. El País 30 de diciembre.

González Pardo, H y Pérez Álvarez, M (2007) *La invención de trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?*, Madrid: Alianza Editorial

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Hornillos Jerez, Carlos. Rodríguez Pedraza, Eva. González Aguado, Francisco y Fernández Liria, Alberto (2009). Presencia física de profesionales de Salud Mental en un Centro de Atención Primaria como

forma alternativa de coordinación. Una experiencia piloto. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, vol. XXIX, n.º 104, pp. 355-370.

Infocop, (2004) Los psicólogos somos profesionales sanitarios, número extraordinario. Recuperado de <http://www.cop.es/extrainfocop/>

Infocop (22/06/2006) La adscripción de psicología a las ciencias experimentales y de la salud se aprobó sin votos en contra. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=901

Infocop (21/01/2008). La Estrategia de Salud Mental a debate en el V Desayuno de Infocop-Conclusiones. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1700

Infocop (14/01/2009) El consumo abusivo de psicofármacos en España. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2194

Infocop (29/01/2009) Un importante paso hacia la consolidación del tratamiento cognitivo-conductual. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2218

(25/02/2010). Los beneficios de la integración de la Salud Mental en la Atención Primaria - Plan Director de Salud Mental y Adicciones en Cataluña. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2795

Infocop (21/12/2011). El Servicio Murciano de Salud incorpora la atención psicológica en los Servicios de Atención Primaria. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3758

Infocop (11/10/2012a). Jornada Psicología Clínica en Atención Primaria: una necesidad y derecho de las personas (noviembre 2012)- Entrevista a María Dolores Gómez, directora de la Jornada. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4220

Infocop (21/11/2012b) Un 97% de los médicos considera beneficioso incorporar psicólogos a la AP - Conclusiones de la Jornada de Psicología Clínica en AP. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4289&cat=9

Infocop (15/03/2013). Intervención psicológica en AP: una experiencia piloto-Entrevista a Antonio Cano-Vindel. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4377

Infocop (03/09/2014). Conclusiones de la Jornada de Trabajo sobre Psicología Clínica en Atención Primaria. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5243

Infocop (17/11/2015a) Los psicólogos clínicos reclaman su presencia en los centros de atención primaria. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5929

Infocop (10/02/2015b) Reunión de asociaciones científico-profesionales de Psicología Clínica y de la Salud de ámbito estatal. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5495

Infocop (15/10/2015c) Presentada la nueva Estrategia Nacional de Salud Mental Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5869

Infocop (27/04/2016a) Rechazada la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del SNS Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6183

Infocop (24/06/2016b) Se están dando los primeros pasos para asegurar la equidad en el acceso a los tratamientos psicológicos - Entrevista a Antonio Cano-Vindel Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6315&cat=9

Infocop (28/10/2016c) La Audiencia Nacional considera que los Psicólogos Generales Sanitarios pueden diagnosticar, evaluar e intervenir en el ámbito privado Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6475&cat=44

LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 44-2003

Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social. Disposición adicional sexta. Ejercicio de actividades sanitarias por titulados universitarios de Licenciado en Psicología o Graduado en el ámbito de la Psicología.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Disposición adicional séptima. Regulación de la psicología en el ámbito sanitario. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>

Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Disposición final octava. Modificación de la disposición adicional séptima de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

López Méndez, Ernesto y Costa Cabanillas, Miguel (2013) Despatologizar y emancipar a la psicología clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 34(3), pp. 169-181 Recuperado de <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2276.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS*

Recuperado el 31 de agosto de 2016. de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/centros.do?metodo=modalidadGestion>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2016) Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 5 de septiembre de 2016 de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/home.htm>

Moreno, Eliana y Moriana, Juan Antonio (2012). *El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en Atención Primaria. Análisis y perspectiva desde el punto de vista de los médicos de familia*. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Novo Vázquez, M.M., Font Payeras, M.A., Abellán Maeso, C., Giménez Mateo, R., Tolosa Pérez, M.T., Romero Ródenas, P. (2012). *Rotación de psicología clínica en atención primaria: perfil de pacientes*. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Oliva J, Bastida JL, Montejo AL. (2006) Los costes económicos de los desórdenes de la Ansiedad en España. *Estudios de Economía Aplicada*; 24: 821-836.

Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de

Máster en Psicología General Sanitaria que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario.

Pastor Sirera, Joaquín (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 29(3), pp. 271-290

Pérez, Olga. (2012). *Estudio descriptivo de las intervenciones psicológicas en el programa de soporte a atención primaria en la provincia de Barcelona*. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Pérez Álvarez, Marino y Fernández Hermida, José Ramón (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo* Septiembre, número 3 VOL-29 Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1608.pdf>

Pérez Álvarez, Marino (2013) Anatomía de la Psicoterapia: El Diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea* Vol. 4, n.º 1, - Págs. 5-28 Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5093/cc2013a1>

Redacción Médica (Domingo, 07 de junio de 2015), Psicología reivindica su espacio en Atención Primaria. Recuperado de <http://www.redaccionmedica.com/noticia/psicologia-reivindica-su-espacio-en-atencion-primaria-83374>

Reig, Abilio. (1989). La Psicología de la Salud en España. *Revista de Psicología de la Salud*, 1 (1), 5-49.

Romera Fernández, María Dolores (2012). Educación emocional y reducción del dolor en atención primaria: descripción de un caso. Jornada de psicología

clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Ruiz Torres, María. Martín Gutiérrez, María. Echebarría Alegría, Sonia. Hernández de Hita, Fernando. Gómez Magariños, Sonia. Ramos Barrón, Carmen y González-Blanch Bosch, César. (2012). Estudio descriptivo de una rotación PIR en un centro de salud en Cantabria. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Sánchez Quintero, Sabrina. Vázquez Rivera, Susana y Peñas Cuesta, Susana (2012). *Historia de un proyecto: implantación del tratamiento psicológico breve para síntomas depresivos leves en Atención Primaria como parte de la Atención Continuada del PIR*. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Sánchez Reales, Sergio, Prado Abril Javier y Aldaz Armendáriz, José A. (2013) Psicología clínica y psicología general sanitaria: Una aproximación constructiva. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 21, Nº 1, pp. 189-200

Sánchez-Reales, S. Tornero-Gómez, M.J., Martín-Oviedo, P., Redondo-Jiménez, M., y del-Arco-Jódar, R. (2015). *Psicología Clínica en Atención Primaria: descripción de un año de asistencia*. *Semergen*; 41(5):254-260. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.06.001>

Sanz, Luis Javier (2012). *Contextos terapéuticos alternativos para la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental: la experiencia piloto*

de Azuqueca de Henares. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

SEPCyS (2011). Comunicado sobre la aprobación del título de psicólogo general sanitario. Recuperado el 9 de diciembre de 2012, desde: <http://www.sepcys.es/uploads/Carta-Titulo-de-Psicologo-General-Sanitario2011.pdf>.

Turpin G, Richards D, Hope R, Duffy R. (2008) Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. Programa IAPT *Papeles del Psicólogo*; 29:271-80.

Ventero Portelas, Verónica y Camarasa Aguilà, Anna (2012). *Un programa para la mejora del afrontamiento y disminución de síntomas psicopatológicos*. Jornada de psicología clínica en atención primaria: una necesidad y derecho de las personas. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/index.php?page=jornadapcap>

Vitores, Paz; Balbo, Eduardo Campelo, Olga, Guridi, Oihana García, Inmaculada, Carrascosa, José Manuel y Villares José Enrique (2016) *Experiencias en Atención Integrada*. NEW HEALTH FOUNDATION. Recuperado el 7 de septiembre de 2016 de <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/08/salud-mental-legane%CC%81s1.pdf>