



ARTICULO ESPECIAL

El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental



Raquel Alonso Gómez^{a,*}, Laureano Lorenzo Reina^a, Inés Flores Méndez^a,
Jaime Martín García^b y Laura García Briñol^b

^a Unidad de Salud Mental de Valterra, Servicios Sanitarios de Lanzarote, Servicio Canario de Salud, Arrecife, Las Palmas, España

^b Centro de Salud Titerroy, Servicios Sanitarios de Lanzarote, Servicio Canario de Salud, Arrecife, Las Palmas, España

Recibido el 13 de junio de 2018; aceptado el 1 de agosto de 2018

Disponible en Internet el 4 de febrero de 2019

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Coordinación;
Salud mental;
Psicólogo clínico;
Continuidad
asistencial;
Tratamiento integral
comunitario

Resumen Desde el modelo de atención primaria integral y bajo el principio de la continuidad asistencial, se propone el desarrollo de cauces de comunicación e integración entre el primer y segundo nivel asistencial en relación con la atención a la salud mental. Se presenta la experiencia pionera instaurada en el Servicio Sanitario de Lanzarote en la que se ha desplazado la figura del psicólogo clínico a los centros de salud para desarrollar un programa conjunto y comunitario desde la atención primaria. Las líneas de actuación se han centrado en el trabajo directo con el paciente así como con el personal, tanto a nivel individual como grupal. El objetivo es la sensibilización y normalización del tratamiento para la enfermedad mental desde los centros de salud. Se ha llevado a cabo dicho trabajo con una valoración positiva por parte de pacientes y personal del centro, que al mismo tiempo ha reclamado mayor accesibilidad para una instauración plena del modelo de trabajo conjunto centrado en la promoción, prevención, detección y tratamiento para la salud mental.

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Primary care;
Coordination;
Mental health;
Clinical psychologist;
Continuity of care;
Comprehensive
community treatment

The clinical psychologist in health centres. A joint work between primary care and mental health

Abstract From the model of Integral Primary Care and under the principle of continuity of care, the development of channels of communication and integration between the first and second level of care in relation to mental health care is proposed. It presents the pioneering experience established in the Health Service of Lanzarote in which the figure of the clinical psychologist has been moved to the Health Centres to develop a joint community program

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ralonsogo@outlook.com (R. Alonso Gómez).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.012>

0212-6567/© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

from the Primary Care. The lines of action have focused on direct work with the patient, as well as with the staff, both individually and as a group. The objective is the sensitisation and standardisation of the treatment for mental disease in Health Centres. This work has been carried out with a positive assessment by patients and staff of the centres, which at the same time has demanded greater accessibility for a full implementation of the joint work model focused on the promotion, prevention, detection, and treatment for health mental.

© 2019 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La coordinación entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE) constituye uno de los pilares básicos del Sistema Nacional Sanitario para ofrecer una atención integral, de calidad y que vertebré una continuidad asistencial. Por ello, se propone el desarrollo de instrumentos y cauces de coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

La AP constituye la puerta de entrada del sistema sanitario, donde se atiende en primera instancia las diferentes dolencias físicas, problemas de salud mental o conflictos sociosanitarios que plantea la población. Desde el primer nivel asistencial se trabaja en red con los distintos dispositivos de AE. La atención debe ser integral, basada en un modelo biopsicosocial, para lo que es necesario contar con equipos multiprofesionales. Se resalta las ventajas de recibir la atención a la salud mental lo más cerca posible del hogar del paciente, en un ambiente normalizador.

Los estudios realizados en nuestro medio indican que en torno al 25-55% de la demanda total de las consultas de AP responden a la presencia de un trastorno mental, de los cuales el 80% serían leves o moderados, en forma de estados depresivos o de ansiedad. De toda esta demanda, solo se deriva a Salud Mental el 10% de los casos, recayendo el seguimiento del 90% restante en los servicios de AP¹. A pesar de la baja tasa de derivación, los servicios de salud mental están saturados con la actual demanda asistencial. Las tasas de prevalencia de los trastornos mentales leves están aumentando significativamente en los últimos años. Se ha evidenciado que la crisis económica ha supuesto un factor de riesgo para la salud mental. Asimismo, a nivel social parece que va creciendo el interés por el cuidado de la salud mental. La necesidad de incorporar psicólogos clínicos en los centros de AP, en cuanto a optimización de la atención que se presta a los usuarios de estos servicios así como por su rentabilidad demostrada, ha ido adquiriendo un amplio reconocimiento en nuestra sociedad².

La situación es que el acceso a la AE se limita a la psicopatología moderada o grave, quedando el peso del trastorno mental común en el primer nivel de atención. Esto supone una sobrecarga para los profesionales de AP, que con los recursos de que disponen no pueden llevar a cabo las evaluaciones y tratamientos con la rigurosidad que plantean las guías de práctica clínica. Así, se da una tendencia a la sobremedicalización, como una forma de abordaje más rápido pero menos eficiente y eficaz, ya que supone mayor gasto sanitario y la posibilidad de cronificar el problema. En la actualidad, el 40% de la discapacidad en todo el mundo se

debe a la depresión y la ansiedad³. Las directrices de NICE dicen que a las personas con estas afecciones se les debe ofrecer una terapia psicológica basada en la evidencia como alternativa a los antidepresivos. La psicoterapia ha demostrado ser tan efectiva como los antidepresivos en el corto plazo y más efectiva para prevenir las recaídas⁴. Desde AP se reclama fomentar la formación en las intervenciones psicoterapéuticas para así evitar la sobremedicalización de las adversidades cotidianas.

Tanto a nivel nacional como internacional se están comenzando a implementar programas en los que se trabaja de forma coordinada entre los dispositivos de salud mental y AP para el tratamiento de las personas con trastorno mental común. En Reino Unido está funcionando con éxito el programa Improving Access to Psychological Therapies con la incorporación de psicólogos clínicos a los servicios de AP, con unos resultados a largo plazo que muestran unos niveles de recuperación del 50,9-66,6%, según los últimos estudios publicados⁵. A nivel nacional ya se está implementando en diversas comunidades autónomas. Actualmente Antonio Cano Vindel lidera el Proyecto PSICAP por el que se está estudiando e implantando la atención psicológica en la AP. Concluye que el tratamiento psicológico es hasta 3 veces más eficaz que el tratamiento habitual en AP para problemas de ansiedad, depresión y somatización⁶.

En la comunidad autónoma de Canarias se está llevando a cabo un programa de trabajo conjunto entre el servicio de Psiquiatría del Área de Salud de Lanzarote y Atención Primaria. Dicha iniciativa comenzó a fraguarse en el mes de octubre de 2016, con las primeras reuniones de coordinación en las que se ha ido perfilando el proyecto y las fases de implementación.

El proyecto se plantea como un trabajo conjunto y flexible entre AP y salud mental que se va ajustando a la realidad asistencial y las posibilidades de abordaje multidisciplinar.

El Servicio de Psiquiatría ha reconfigurado su actividad asistencial, reubicando en periodos regulares a 3 psicólogos clínicos en centros de salud pertenecientes a 3 zonas básicas de salud, Arrecife I, con una población adscrita de 46.540 usuarios, Arrecife II, con 27.919 usuarios y Tías con 19.472⁷. En Arrecife I se cuenta con un psicólogo clínico 4 h y media a la semana, mientras que en Arrecife II y Tías cuentan con el profesional de salud mental referente 2 veces al mes durante 4 h y media cada día que acuden. Estas 3 zonas básicas de salud suponen el 70,68% del total de la demanda que recibe la Unidad de Salud Mental de Lanzarote. Al suponer

el desplazamiento de los facultativos de la Unidad de Salud Mental a los centros de salud, se produce un menoscabo inicial en el Servicio de Psiquiatría, pero al mismo tiempo, el trabajo conjunto con primaria hace que los pacientes con patología leve queden ubicados en el primer nivel asistencial, ofreciendo un servicio más específico. Lo ideal sería que con el tiempo se contara con un psicólogo clínico destinado íntegramente a estas funciones.

El trabajo consiste en seleccionar de las interconsultas que se derivan a salud mental aquellas que correspondan con trastornos mentales comunes y atenderlos en AP, ya sea como consulta única o en formato grupal. La clínica atendida es del rango de estados de ansiedad, ánimo deprimido, reacciones adaptativas y trastornos psicósomáticos.

Destaca especialmente el trabajo conjunto con los profesionales de primaria. Para ello se establece un tiempo de coordinación, ya sea a solicitud de los profesionales de primaria o por parte de especializada. En los encuentros de coordinación se da una elaboración al caso para favorecer su entendimiento y orientar la intervención que seguirá el personal de referencia. Cuando se requiere se hacen intervenciones conjuntas estando en consulta 2 profesionales con el paciente. Se ha comenzado un abordaje grupal con los profesionales para reflexionar sobre la práctica clínica. Desde los centros de salud, con especial representación de enfermería, desarrollan un programa preventivo de promoción y educación para la salud. Trabajadores del Servicio de Psiquiatría colaboran en la elaboración de material y desarrollo de algunos talleres que se imparten en diversos sectores de la comunidad. En conjunto se favorece la continuidad asistencial canalizada a través de las figuras intermedias.

El objetivo del proyecto es la integración en primaria del psicólogo clínico como un miembro más del equipo, de modo que las personas con patología común sean tratadas en los servicios de primaria desde un abordaje psicoterapéutico, reduciendo el gasto farmacológico y buscando el bienestar de los pacientes aquejados de dicha problemática, siguiendo las líneas de recomendación marcadas por las guías de práctica clínica. Al estar el psicólogo clínico ubicado en el centro, se busca una activación del personal en el desarrollo de programas y una sensibilización y aprendizaje en el área de la salud mental.

Las líneas de actuación son las siguientes:

- *Entrevistas individuales:* En base a la información aportada en la interconsulta se seleccionan los casos que pudieran ser candidatos a ser atendidos emplazados en AP. El psicólogo clínico hace una primera entrevista en AP para valorar la adecuación del paciente al grupo psicoterapéutico. Otra posibilidad es un alta tras una primera valoración y posible intervención en sesión única. Si la gravedad del caso lo requiere se deriva a la Unidad de Salud Mental. Se establece media hora aproximada por consulta individual.
- *Psicoterapia grupal:* Grupos de 6-8 pacientes reunidos en 5 sesiones de hora y cuarto de duración. Se plantea como un grupo psicoeducativo para la aceptación y afrontamiento del malestar emocional, definiéndose esta como la tarea del grupo. Se establece el encuadre y se implementan técnicas que van aumentando en complejidad, empezando con práctica de relajación, pasando

por el mindfulness y finalizando con un enfoque de las terapias de aceptación y compromiso y el abordaje de problemáticas interpersonales. La idea es ofrecer técnicas para regular las cotas de malestar, explorar su propia problemática y las emociones asociadas, marcar objetivos y buscar los caminos para alcanzarlos, aludiendo transversalmente a las dificultades y riquezas de las relaciones interpersonales. Más allá de la parte formal del grupo, es la propia dinámica del mismo la que potencia su poder terapéutico. Se fomenta la reflexión personal y el propio debate entre los miembros, de modo que se va pasando de una organización radial centrada en el terapeuta a una circular, de interacción entre los miembros, coordinados por el psicólogo clínico. La propia configuración establece un marco de empoderamiento de los participantes, quienes se convierten en los protagonistas y responsables en la búsqueda de su problemática y posibles soluciones⁸⁻¹¹.

- *Coordinación individual:* Durante un horario establecido el psicólogo clínico está disponible para la coordinación con otros profesionales. Este es un trabajo activo en el que se ha de localizar a la persona con la que se quiere trabajar y salir del despacho propio.
- *Grupo de profesionales:* Para facilitar la coordinación y la formación a la vez que fomentar un espacio de trabajo de equipo, se ha establecido un grupo llamado «grupo reflexivo sobre la práctica clínica». Está inspirado en el formato Balint en el sentido de que se entiende que la atención al paciente está mediada por la propia relación que se establece entre el profesional y el usuario. Se debaten distintas experiencias en relación con pacientes complicados o sobre los que presentan sintomatología que no encaja con un diagnóstico determinado o quienes acuden y no se sabe qué buscan... Es un espacio para trabajar sobre el rol del profesional y sus dificultades en el trabajo. El psicólogo clínico, además de coordinar el grupo, aporta conocimientos específicos centrados en la importancia de la relación, el vínculo, diagnóstico, tratamiento, entrevista, exploración psicopatológica y entendimiento teórico de la clínica mental, siempre acorde a la problemática que el propio grupo vaya planteando. También se tratan aspectos relacionados con la organización y el trabajo como equipo.

¿Qué supone para el médico contar con un psicólogo clínico en el propio centro de salud?

Ante el aumento de la demanda sanitaria, la falta de profesionales, y el escaso tiempo por consulta, la figura del psicólogo clínico desempeña un papel fundamental en el día a día del médico de familia, siendo a la vez un apoyo y una herramienta terapéutica. Muchas veces, debido al todavía hoy existente tabú con relación a las enfermedades mentales, se hace difícil para el propio paciente pedir ayuda en este sentido; en numerosas ocasiones los pacientes realizan consultas aparentemente banales de forma repetida, sin encontrar la forma de expresar sus sentimientos acerca de lo que realmente les está pasando.

Con el funcionamiento actual de la AP es muy común que cuando el paciente acude a consulta con su médico se encuentre con un sustituto, lo que puede suponer una pérdida de la confianza en el sistema si esto es recurrente. Esto

también aumenta el riesgo de la no detección de patologías mentales moderadas o graves que requieran AE. Se propone un modelo de AP Integral en el que sea accesible la intervención psicológica como un recurso comunitario más. Los grupos psicoeducativos llevados a cabo han sido una herramienta terapéutica valorada muy positivamente por parte de pacientes y sus profesionales de referencia, reclamando una mayor accesibilidad a los mismos.

En el marco de la enfermería comunitaria, el abordaje de la salud mental tiene un amplio desarrollo en el seguimiento del paciente que padece un proceso de carácter crónico y que por tanto acude de manera periódica y programada a la consulta. Esta visita tiene como finalidad asesorar, valorar y favorecer el seguimiento en el manejo de la patología que le ha sido diagnosticada y prevenir posibles complicaciones. Se intenta trabajar desde un enfoque holístico. Se trata de ser un referente y apoyo en su proceso, para acompañar en la asimilación de la enfermedad e instaurar conductas generadoras de salud, a través del vínculo y el desarrollo de la autonomía. El trabajo conjunto con salud mental enriquece dicho proceso, mediante prácticas coordinadas y con el asesoramiento durante el proceso de atención. Dicho abordaje conjunto también es de utilidad en los casos de patología aguda o procesos de carácter breve, aspectos sobre los que se ha de desarrollar dicho trabajo coordinado.

Se resalta el concepto de la prevención cuaternaria, que es la actividad profesional que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. La consideración de que el sufrimiento psíquico forma parte de la vida sin tener que ser necesariamente patológico, siendo en ocasiones funcional y motor de cambios que comportan beneficios a medio o largo plazo. La indicación de un tratamiento centrado en el empoderamiento del usuario, potenciando sus habilidades de afrontamiento y resolución de problemas se convierten en piezas claves de una nueva forma de abordar las patologías leves del sistema. La capacidad de contención del profesional ante el sufrimiento humano, sin tener que dar respuestas concretas, es una faceta terapéutica central. Cuesta no tener respuestas, pero tranquiliza saber que lo que se pide a veces es solo escucha¹².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Prado-Abril J. Facilitadores y obstáculos de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión

- en atención primaria: un estudio cualitativo (tesis doctoral). Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza; 2016 [consultado 3 Abr 2017]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/58557/files/TESIS-2017-003.pdf>.
2. Consejo General de la Psicología Clínica. Cada vez más Comunidades Autónomas se suman a la demanda de psicólogos en AP: Infocop online [Internet]. 2017 [consultado 11 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.infocop.es/view.article.asp?id=6563>.
3. WHO, WONCA. Integrating mental health into primary care. A global perspective [Internet]. 2008 [consultado 30 Ene 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf.
4. NICE. Common mental health problems: Identification and pathways to care. National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. 2011 [consultado 30 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/chapter/Introduction>.
5. Community & Mental Health team, NHS Digital. Improving access to psychological therapies (IAPT). NHS Digital [Internet]. 2017 [consultado 17 Ene 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/iapt-month-jun-2017-exec-sum.pdf>.
6. Plataforma APPI. PsicAP. La intervención psicológica en primaria, más eficaz que el tratamiento habitual. Plataforma por una Atención Psicológica Pública e Integrada [Internet]. 2017 [consultado 17 Ene 2018]. Disponible en: <https://plataformaappi.wordpress.com/2017/03/05/psicap-la-intervencion-psicologica-en-primaria-mas-eficaz-que-el-tratamiento-habitual/>.
7. Gobierno de Canarias [Internet]. Canarias [consultado 16 Jul 2018]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapa.jsp?idDocument=2af43fec-a6e0-11e0-8b11-dd2f47015696&idCarpeta=0e4cf08e-a6f0-11e0-a6f1-d5c39b10ecae>.
8. Wilson KG, Luciano MC. *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide; 2007.
9. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York, NY: Basic Books; 1984.
10. Simón V. *Aprender a practicar mindfulness*. Madrid: Sello Editorial; 2011.
11. Hervás G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud* [Internet]. 2016; 27: 115-124 [consultado 6 Nov 2017]. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1130527416300391/1-s2.0-S1130527416300391-main.pdf?_tid=3bff70f6-3ed3-4f8c-8aef-4298579de0d9&acdnat=1528386040_e71e9919a8d6c8d60851845ae3778868.
12. Retolaza A. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios; 2009.