



GdT SM Salud Mental SoMaMFyC



ALGUNAS DUDAS SOBRE LA INTRODUCCIÓN DE PSICÓLOGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

En los últimos tiempos ha emergido una preocupación común sobre el aumento de las consultas de ansiedad y depresión, especialmente en Atención Primaria (AP), y cómo esto se traduce en una excesiva prescripción de psicofármacos y un aumento en las derivaciones a Salud Mental, que congestionan más aún este servicio crónicamente saturado. Como respuesta a este problema, la Comunidad de Madrid (en una continuación del [estudio PSICAP](#)) ha puesto en marcha la introducción de psicólogos/as en AP que realicen intervenciones grupales regladas de terapia transdiagnóstica, con base cognitivo-conductual, dirigidas a trastornos ansiosos, depresivos y somatizaciones de intensidad leve y moderada.

Como Grupo de Trabajo de Salud Mental SoMaMFyC compartimos esta preocupación pero no el diagnóstico (cuáles son las causas de este aumento y de su mejorable manejo) ni el procedimiento para solucionarlo. Nos preocupa una decisión de gestión que creemos apresurada, basada en un estudio cuyos resultados no están siquiera publicados ni llegan al año de duración, y para la que no se ha contado en ningún momento con las Sociedades de AP ni con sus profesionales.

Dos tipos de modelo.

El proceso asistencial que abre la puerta a esta intervención requiere la cumplimentación de escalas psicométricas, basándose en su supuesta mayor fiabilidad respecto al juicio del médico/a de familia. Sin embargo las escalas pueden no ser tan buen indicador de la necesidad de tratamiento dado que, aunque aumentan la sensibilidad al diagnóstico, lo hacen sobre todo en los trastornos leves, que tienden en un mayor porcentaje a la remisión espontánea. Esto podría llevarnos a incrementar el uso de etiquetas diagnósticas como “depresión” o “trastorno de ansiedad”, algo que puede conducir al sobretreatmento.



GdT SM Salud Mental SoMaMFyC

Esta intervención psicológica propone un modelo donde el foco se coloca en el síntoma (ansiedad o depresión) y en las dificultades individuales de afrontamiento, trabajando factores genéricos como la relajación o las distorsiones cognitivas. Este enfoque deja de lado las causas del malestar (que frecuentemente tienen relación con problemas familiares, desigualdades sociales, factores laborales o económicos y la ausencia de redes sociales y comunitarias de apoyo), y no propone un consejo personalizado ni integrado en el contexto y la biografía de la persona atendida. Por tanto, se trata más de un modelo basado en el síntoma o la enfermedad, frente a la visión global bio-psico-social, basada en la narrativa individual y su contexto, que es la que constituye el pilar de la Atención Primaria.

Además, este abordaje corre el riesgo de psicologizar el sufrimiento de origen social, que si bien precisa atención, probablemente no se beneficie de un marco de enfermedad ni de un tratamiento específico, e incluso se puede ver perjudicado por ellos.

Nos preocupa que como resultado de esta “capacitación” individual para soportar los malestares de origen socioeconómico devolvamos a la comunidad personas que se adapten mejor a una sociedad generadora de desigualdad y enfermedad, que entiendan que el origen del mal está en sí mismas y la solución en el consejo experto, lo cual podría generar pasividad social y dependencia sanitaria.

La situación de la Atención primaria.

También nos llama la atención que, a lo largo del proceso no haya existido un diálogo con las Sociedades Científicas de Atención Primaria, ni en el diagnóstico del problema, ni en la valoración de posibles alternativas o modelos de intervención, o en la mejor forma de implementarlos.

El punto de partida sobre el que se construye el estudio PSICAP asume como intrínsecas e inmutables las malas condiciones en las que desarrollamos nuestra labor en AP: en España, las consultas médicas de AP disponen de menos de 7 minutos para diagnosticar y tratar los trastornos mentales comunes, enmarcadas en una sobrecarga crónica de la demanda (el 52,5% atendemos a más de 40 pacientes al día). De hecho, el estudio compara el “tratamiento habitual” en estas condiciones, con una intervención grupal de 7 sesiones de 90 minutos.

Cabría preguntarse por tanto, si hemos asumido que éstas son y seguirán siendo las condiciones con las que se deben abordar los problemas de salud de nuestros/as pacientes. Si ésta es la premisa, si entendemos que la precariedad y la falta de tiempo son consustanciales a la Atención Primaria, pronto se hará necesaria la presencia en nuestros



GdT SM Salud Mental SoMaMFyC

centros de diversos tipos de profesionales que dispongan del tiempo y los recursos que a nosotras/os nos son negados.

Nos preocupa que se pueda llegar a transmitir la idea de que la Atención Primaria no puede asumir, por falta de formación o por condiciones de trabajo, la tarea de atender correctamente a personas que sufren un problema de tipo emocional. Y es posible que desde esta indefensión aprendida tengamos la tentación de dejar lo psicológico al psicólogo, fragmentando así la atención. Si lo emocional debe ser atendido por profesionales de la Psicología, y, tal vez, lo social por Trabajadoras Sociales, ¿dónde quedará el abordaje integral de la salud de las personas? ¿cómo seguir trabajando desde el modelo bio-psico-social de la salud?

La convivencia con recursos de Salud Mental.

La actual iniciativa de acercar la atención psicológica a AP no soluciona tampoco la escasa y heterogénea relación con los servicios de Salud Mental, que también vienen soportando la desinversión crónica y la absorción hospitalaria, alejándolos de su función comunitaria. Creemos que en un contexto de restricción de recursos como el actual sería más equitativo priorizar aquellos que atienden a las poblaciones más vulnerables o con problemas más graves de salud mental, para no reproducir la [Ley de Cuidados Inversos](#).

Quizás inicialmente se pueda descargar a Salud Mental de pacientes con síntomas leves y moderados, pero no existe evidencia de que la tendencia se vaya a mantener a largo plazo, y sí existe el riesgo de que la oferta incremente la demanda, sufriendo pronto la psicología en AP la misma sobrecarga del resto de este nivel asistencial.

Propuestas y reflexiones.

- Es necesario contar con las Sociedades Científicas de AP en las decisiones que nos afectan, para no caer en el dicho ilustrado “todo para Atención Primaria, pero sin la Atención Primaria”
- Creemos que el camino para una atención psicológica de calidad es integrar la salud mental y no segregarla. Esto significa que, si se planifica la presencia de profesionales de la psicología, deben integrarse en la dinámica de los equipos de AP, y su práctica debe adaptarse a las necesidades de la población. Y que, sobre todo, nos parece primordial fomentar una colaboración bidireccional y la creación de espacios comunes entre Salud Mental y Atención Primaria.



GdT SM Salud Mental SoMaMFyC

- No cuestionamos la necesidad de implementar más recursos en Atención Primaria, ni el excelente trabajo realizado por profesionales de la psicología en nuestro Sistema Sanitario. Pero se hace necesario un debate más profundo y más horizontal sobre el modelo de atención a las personas con problemas de salud mental.
- Como decía Geoffrey Rose, si los principales factores que determinan la salud (en este caso mental) son sociales, también deberían serlo los remedios. Por eso queremos desde Atención Primaria que se nos posibilite con tiempo y recursos el potenciar las intervenciones familiares y comunitarias, la formación en desigualdades y activos en salud, y el entrenamiento en habilidades de comunicación y atención a los malestares emocionales de la población.

27 de marzo de 2018

Grupo de Trabajo de Salud Mental de SoMaMFyC

Miguel Ángel Real Pérez (Coordinador)
Cristina Andrade Rosa
María José Ávila Sánchez
Clara Benedicto Subirá

Aurora Fernández Moreno
Teresa Fernández Vicente
Liliana Losada Cucco
Ignacio Revuelta Lucas