



PSICOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: La casa por el tejado

INDICE.

1. La necesidad: problemas de salud mental en Atención Primaria.
2. La Atención Primaria no es un lugar.
3. El estado de la Atención Primaria y la red de salud mental.
4. La entrada de profesionales de la psicología en Atención Primaria.
5. ¿Y entonces, qué?
6. Bibliografía.

1.LA NECESIDAD: PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

En los últimos años ha surgido en el contexto de nuestro Estado y en particular en la Comunidad de Madrid la idea de poder incluir profesionales de la psicología en el contexto de la Atención Primaria de Salud (AP). Las motivaciones son múltiples y entendemos que obedecen a diversas lógicas. Van desde la mejora de la atención y el acceso a tratamientos y terapias de salud mental hasta ser una forma de mitigar la situación de desbordamiento y maltrato institucional que ha sufrido la AP en los últimos años. La AMSM es una **asociación multiprofesional, defensora del trabajo interdisciplinar y de una perspectiva comunitaria y de determinantes sociales** en la atención a la salud mental; por eso, consideramos que debido a la complejidad derivada de la aplicación de esta idea, los potenciales problemas que puede acarrear para el conjunto de la red, y al hecho de que estamos en una fase de evaluación de los programas pilotos, es necesario llevar a cabo una reflexión pormenorizada sobre esta iniciativa.

Aunque resulta difícil caracterizar el número de personas que consultan en AP por problemas psicológicos, para los impulsores de algunas iniciativas que abogan por la inclusión de estos profesionales en primaria los datos de prevalencia de "desórdenes emocionales" en consultas de AP son de un 49% mediante encuesta y un 30% mediante entrevista (Reneses et al., 2014) (Serrano-Blanco, Palao et al., 2009). Aunque el sufrimiento emocional es muy frecuente en las consultas de AP, la mayor parte no es de intensidad grave y suele ser reactivo al contexto y a hechos biográficos: crisis vitales, precariedad laboral, condiciones de pobreza o exclusión, etc. Este sufrimiento **se entiende y se aborda mejor en el contexto de la continuidad e integralidad vital que ofrece Atención Primaria.**

A lo largo del documento trataremos de entender cuál es la situación actual de la atención a problemas de salud mental en AP. Se partirá de una comprensión de cuáles son los atributos y funciones de este nivel asistencial y qué beneficios producen: longitudinalidad, accesibilidad, integralidad, orientación comunitaria, equidad y prevención cuaternaria. Posteriormente se analizará la situación actual de la AP madrileña, así como de la red de salud mental, y cómo esto puede afectar al desarrollo correcto de su labor. Asimismo se problematizan las propuestas de entrada de profesionales de la psicología en AP, se realiza un análisis crítico de los estudios y experiencias que sustentan la iniciativa y se plantean sus potenciales riesgos. Finalmente, se exponen conclusiones y propuestas, basadas en un modelo de atención comunitaria a la salud mental, la defensa de una AP fuerte y atendiendo a los fenómenos de iatrogenia, ley de cuidados inversos y determinantes sociales de la salud, entre otros.

2. LA ATENCIÓN PRIMARIA NO ES UN LUGAR

La AP no es el portero de discoteca que gestiona la entrada al hospital, ni es un edificio más pequeño y menos tecnológico, ni quienes saben un poco de todo y mucho de nada. **La AP no es un lugar, sino una forma de prestar cuidados a la población** basada en unos atributos:

- **La longitudinalidad**, o la capacidad de que un/a profesional y equipo de profesionales acompañen a las personas a lo largo de los distintos procesos de salud de su vida. Esto aporta un conocimiento mutuo que posibilita una atención centrada en la persona, y no en la enfermedad. Por este motivo, a menudo en AP se trabaja con un alto grado de incertidumbre, sin etiquetas diagnósticas o con atribuciones provisionales, que pueden confundirse con infradiagnósticos (Benedicto y Carmona, 2017).
- **La accesibilidad**, o la capacidad de la población de poder encontrar asistencia adecuada a sus necesidades en tiempo, forma y coste.
- **La integralidad** o perspectiva biopsicosocial, que implica que lo psicológico queda entrelazado con lo físico y lo social en una madeja difícil de separar sin fragmentarla.
- **La orientación comunitaria**, que implica la introducción de los determinantes sociales de la salud en la práctica clínica y la gestión de recursos, pero también trascender lo individual y la participación de la población.

- **La equidad**, entendida como la priorización de las personas más vulnerables y la prestación de más recursos a quienes más los necesitan. La AP, debido a su forma de trabajar, es el nivel asistencial que más contribuye a la equidad y a combatir las desigualdades en salud (Starfield, 2012).
- **La prevención cuaternaria**, o la protección de la población de los efectos iatrógenos de las intervenciones sanitarias, mediante la evitación de actividades innecesarias, sobrediagnóstico y sobretratamiento.

Debido a la mercantilización de la salud, la progresiva patologización de la vida y la accesibilidad de la AP, es frecuente que lleguen a ella muchos problemas que no son enfermedades aunque produzcan sufrimiento. Su función no es responder a todos ellos, sino detectar los más graves o que requieren una intervención más focal, acompañar a quienes lo necesitan sin medicalizar y devolver a quienes no lo necesitan que los tratamientos pueden perjudicarles, dirigiéndoles a otros recursos más adecuados. Este saber generalista y centrado en la persona está a menudo denostado desde paradigmas más tecnificados y biomédicos por no ser puramente cuantitativo ni medible. A esto se le llama **"la paradoja de la Atención Primaria"** (Stange y Ferrer, 2009): aunque en cada enfermedad individual un especialista focal consiga mejores indicadores comparando con un/a profesional de AP, ésta proporciona a las personas igual nivel funcional a menor coste y mejor nivel de salud global con más calidad y equidad para las comunidades. Por este motivo no se deberían medir ni juzgar resultados en AP con parámetros orientados a una enfermedad.

La coordinación entre AP y la red de salud mental ha sido históricamente insatisfactoria y bastante heterogénea, más basada en modelos verticales (formativos o de consultas de enlace) que cooperativos, a pesar de que estos últimos se han demostrado más efectivos y equitativos (Fernandez de Sanmamed et al, 2020). En la Comunidad de Madrid ha habido experiencias de modelos cooperativos (Hornillos et al, 2009), pero a pesar de aparecer como líneas de trabajo estratégicas en los últimos planes de Salud Mental de la Comunidad no se ha desarrollado un modelo unificado y solo existen dos experiencias piloto de modelos cooperativos con AP en dos municipios. El resto de propuestas del último Plan de Salud Mental (ORCSM, 2018) se ciñen a establecer reuniones de coordinación periódicas, estudio de las derivaciones, acceso a la historia clínica y desarrollo de herramientas de e-consulta.

3. EL ESTADO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA RED DE SALUD MENTAL

En los últimos años tras la crisis del 2008, el sistema sanitario se ha ido debilitando debido a recortes y políticas de austeridad, lo que se ha llamado “la década perdida” ([Amnistía Internacional, 2020](#)). Pero esta desinversión no ha sido homogénea: la Atención Primaria es el nivel asistencial que más la ha sufrido, junto con los recursos más comunitarios y distales a lo hospitalario: la salud pública, los centros de salud mental y especialmente la rehabilitación psicosocial. **Madrid es la comunidad que menos presupuesto dedica a la AP:** un 11,2% frente al 14,2% de media española y al 25% que reclama la OMS ([MSCBS](#)). El gasto en personal ha crecido en AP un 49% menos que en los hospitales desde 2008 ([Simó, 2019](#)). Por tanto, **hay un problema básico de escasez de recursos pero también de distribución:** la actual refleja una visión de la salud hospitalocentrista, tecnificada, biologicista e individual en lugar de una generalista y comunitaria. Como resultado de este progresivo deterioro, las condiciones cada vez dificultan más mantener relaciones longitudinales, disponer de tiempos adecuados, el abordaje de la complejidad y el manejo de la incertidumbre, y todo esto impacta inevitablemente en la calidad de la atención. Es habitual en la actualidad que las/os médicas/os de AP tengan agendas de más de 50 pacientes en un día y huecos de consulta de 5-6 minutos, por lo que una atención de calidad al sufrimiento psicosocial (y en general a cualquier cosa) es virtualmente imposible, o resulta posible sólo gracias al voluntarismo de cada profesional. Especialmente tras el abandono en la gestión de la pandemia por COVID-19, **la AP se encuentra en situación de colapso** ([Amnistía Internacional, 2020](#)).

En el ámbito de la salud mental encontramos un panorama similar: importantes carencias debido a políticas públicas que habían privatizado parte de la misma, mermando sus recursos y su orientación comunitaria en las últimas décadas. La AMSM ha venido denunciando en una serie de documentos la precaria situación de la red de Salud Mental. El análisis sobre la *evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid entre los años 2000 y 2015* ([AMSM, 2016](#)) y el documento *La paradoja preámbulo comunitario / presupuesto hospitalario* ([AMSM, 2021](#)) ofrecen una panorámica de su estado en la última década y tras la pandemia y señalan el **déficit de**

financiación crónica de la atención a la salud mental, la pérdida de la orientación y el trabajo comunitarios, la fragmentación de la red y la ausencia de voces en primera persona como los problemas más acuciantes. Entre los problemas de la red destacan la infradotación de las plantillas, lo que se traduce en equipos multidisciplinares con una abrumadora falta de profesionales respecto a los estándares internacionales, en particular en lo que atañe a trabajadoras sociales, enfermeras de salud mental y psicólogas clínicas.

En el terreno político y de la gestión tanto en AP como en la red de Salud Mental existe una **discordancia entre palabras y hechos**, o entre preámbulo y desarrollo de las medidas: el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (MSCBS, 2019) no ha recibido financiación ni nacional ni de los fondos europeos de recuperación (Gervas, 2021); y el Plan de salud mental de la Oficina Regional en la postcrisis por COVID-19 acaba reproduciendo patrones hospitalocentristas (AMSM, 2021). Por tanto, aunque desde las instituciones se percibe el deterioro y la necesidad de actuar, esto no parece acompañarse del cambio de paradigma que pensamos que es urgente reforzar ni de los medios necesarios para ello. Esto genera una **situación de crisis crónica** en que ni la AP es la que podría ser, ni la red de Salud Mental puede cumplir con su vocación comunitaria.

4. LA ENTRADA DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En este escenario se plantea como solución la entrada de profesionales de la psicología que asuman parte de esta demanda de forma estructural. Es un debate que viene de lejos, con más preguntas que respuestas: ¿psicólogas, u otras profesionales? ¿qué psicólogas?, ¿con qué titulación o requisitos mínimos?, ¿vinculadas a Primaria o a Especializada?, ¿realizando intervención individual, grupal?

En España, esta propuesta se ha basado fundamentalmente en **el estudio PSICAP** (Cano-Vindel et al, 2021) que en Madrid ha conducido a experiencias piloto de introducción de profesionales de psicología en los centros de salud. La intervención se trataba de una terapia grupal estructurada de duración cerrada, con orientación transdiagnóstica y base cognitivo-conductual. Las personas candidatas eran pacientes con trastornos ansiosos, depresivos o somatizaciones de intensidad leve o

moderada, captadas en las consultas de medicina de familia mediante escalas psicométricas. A su vez, el PSICAP se apoya sobre todo en el IAPT (Improving Access for Psychological Therapies), desarrollado en UK por el National Health Service, aunque la orientación es bastante distinta: en este caso se externalizaba una talking therapy (psicoterapia breve individual cognitivo-conductual) a profesionales de la psicología en el ámbito privado mediante derivación desde AP.

Tras estas experiencias, emerge el debate sobre la inclusión de profesionales de psicología en AP de forma estable, para la atención individual. No obstante, nos encontramos en un escenario en el que las propias plantillas de la red de salud mental se encuentran infradotadas en las diversas profesiones que componen los equipos multidisciplinares necesarios para dar una atención mínima de calidad a los pacientes con sufrimiento psíquico intenso. **Las ratios de profesionales de psicología clínica por cada 100.000 habitantes han descendido en la última década** pasando de 3,10 profesionales a 3. Pero este punto de partida se aleja mucho de las recomendaciones y estándares internacionales de calidad que se situaría en 11 profesionales por cada 100.000 habitantes en el ámbito de la psicología. Pero es aún más alarmante en las cifras de enfermería (1,88 en la actualidad vs 9 en los estándares de calidad) y trabajadoras sociales (1,12 en la actualidad vs 3) (AEN, 2000).

Desde la AMSM consideramos que esta iniciativa presenta riesgos potenciales que deben incorporarse al debate:

- **Respecto a la utilidad y efectividad de la intervención:** lo que tanto el PSICAP como el IAPT tienen en común es un **modelo técnico y acontextual de la atención al sufrimiento**, donde priman una visión categorial y una evaluación mediante escalas, y se ponen en el centro los modelos de afrontamiento dejando de lado las causas del malestar. El estudio PSICAP evalúa un tipo de intervención concreta, no la presencia de un colectivo profesional en un contexto asistencial, por lo que sus resultados no pueden usarse para concluir sobre la efectividad de esta medida de carácter organizacional. El propio IAPT se desarrolla en un contexto donde la AP es distinta a la española y no necesariamente existe longitudinalidad, y ha sido objeto de críticas sobre las limitaciones de la terapia cognitivo-conductual para malestares no graves muy ligados a condiciones de vida; también existen críticas metodológicas sobre la evaluación de mejoría y su persistencia (Timimi, 2018, Binnie, 2015).

El hecho de que la intervención sea grupal no implica tampoco que se socialicen las causas, muy al contrario: si el foco se coloca en el afrontamiento de las personas **se puede generar una responsabilización y una individualización del malestar que resulte iatrogénica**, y cuyo efecto sea la “capacitación” de 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.

Además, intervenciones cerradas que no tengan en cuenta los contextos ni los determinantes de la salud corren el riesgo de reproducir la ley de cuidados inversos, comprometiendo la accesibilidad y beneficiando a los casos más sencillos y leves mientras son menos efectivas en poblaciones más desfavorecidas y dejan de lado los más complejos, como ya se ha evidenciado en el IAPT (Moloney and Kelly, 2004).

- **Respecto a la distribución de recursos:** La propuesta de introducir psicólogos en AP **no resuelve el problema de base**, que tiene que ver principalmente con la escasez estructural de recursos en ambos ámbitos. La estrategia del PSICAP está diseñada para dar atención a pacientes que no serían de otra manera derivados a consultas de salud mental y, aunque puede beneficiar a algunas personas, no ha demostrado disminuir ni las prescripciones ni las derivaciones.

Esto supone una ampliación de la población con síntomas leves o moderados sobre la que se realizan intervenciones tecnológicas psi, con una metodología centrada en una supuesta "tara individual" y alejada de un enfoque sociocomunitario, aumentando, por tanto, el riesgo absoluto de iatrogenia. Por otra parte, creemos que la decisión de investigar e invertir en la psicología como respuesta única para el trastorno mental común no sólo tiene que ver con el éxito de la intervención sino con intereses corporativos, ya que quedan sin explorar alternativas con amplia evidencia y beneficios más transversales, pero que son de carácter más social, como el ejercicio físico. Además, **la introducción de profesionales de psicología en AP como intervención aislada refuerza la ley de cuidados inversos**, ya que no aborda ninguno de los problemas estructurales de la AP ni de los servicios de salud mental dejando con recursos precarios a los pacientes más graves y de esta manera se genera una distorsión de la proporcionalidad de la red.

- **Respecto al impacto en la propia AP.** El principal problema que arrastra este nivel asistencial desde hace años es la desfinanciación, el debilitamiento y el ninguneo desde niveles gerenciales y hospitalarios. Considerar las difíciles condiciones en las que se atiende en AP como treatment as usual y proponerlo como comparador de una intervención sencilla y protocolizada no es un planteamiento neutro: **asumir el deterioro como inevitable y capitalizarlo para formular cambios fragmentarios** sin tocar las condiciones de trabajo es una decisión política. Es más, en un contexto de medios insuficientes y desbordamiento, la introducción de especialistas focales **corre el riesgo de que en la práctica la mayoría de profesionales de AP terminen abdicando de lo psicológico y derivándolo**, generando una pérdida de capacidades que retroalimenta la dificultad de abordarlas y la demanda de intervenciones técnicas, de forma similar a lo que Ivan Illich (1981) describe como “profesiones inhabilitantes”. Esto deviene en modelo de sustitución, que fragmenta la asistencia y penaliza y sobrecarga a quienes quieran mantener la integralidad (SoMaMFyC, 2018, Serrano, 2021)

En resumen, estamos de acuerdo en que hay que des-medicalizar y des-farmacologizar la atención al sufrimiento psíquico, pero ¿es esta la solución? La introducción de profesionales de la psicología en AP como medida aislada y sin una reflexión y formación previas sobre el funcionamiento de la AP corre el riesgo de caer en el solucionismo por ubicación, y **en el mejor de los casos va a tener un papel modesto** en contribuir a mejor abordaje de problemas de salud mental en este ámbito, que en su mayoría son adaptativos ante condiciones vitales y socioeconómicas adversas.

Además, al constituir un cambio aislado en un sistema complejo que ya está desbordado, **es probable que se sature en seguida**: aunque se ubique en AP, un psicólogo no deja de ser un especialista focal que funciona por derivación, y para que la valoración previa sea correcta, y la derivación adecuada y proporcional, es necesario que el resto de profesionales dispongan de condiciones dignas. De lo contrario, al no tratarse de crisis excepcionales sino muy prevalentes por el dolor propio de circunstancias de la vida, los números juegan en su contra. La consiguiente respuesta de solicitar la incorporación de más profesionales

funcionaría como con los carriles de autopista, y tan solo alimenta una dinámica de demanda inducida, en la que más carriles solo llevan a atascos más grandes y frecuentes (Llanos, 2019).

Consideramos que en la atención a los problemas de salud mental y al sufrimiento psíquico de distinta intensidad, la figura de profesionales especialistas en psicología clínica está infrarrepresentada, existiendo una carencia importante de este perfil profesional. La cuestión no es si psicólogos clínicos en primaria sí o no, aunque tenemos claro que planteado de esta manera no. Pensamos que **en primer lugar habría que reforzar con psicólogos clínicos las plantillas de los centros de salud mental y otros recursos específicos de salud mental**, ya que es ahí donde más necesidad hay de estos profesionales. Por otro lado, la visión de la atención psicológica como una intervención técnica y estandarizada, centrada en diagnósticos y escalas, no se ajusta a la complejidad del sufrimiento psíquico ni a las diversas formas de apoyo psicológico existentes.

Nos preocupa que esta propuesta se esté llevando a cabo sin un debate en profundidad y sin considerar tres ideas clave:

1. Que en un escenario de recursos limitados **la priorización debería realizarse con criterios de equidad y vulnerabilidad**, para no reproducir las desigualdades existentes.
2. Que **cualquier planteamiento de cambio respecto a la estructura de la AP debe ser coherente con sus principios**, que han demostrado beneficios para la salud y para el funcionamiento equitativo y eficiente del sistema. Medidas aisladas en problemas complejos y estructurales sólo distorsionan el sistema.
3. Que cualquier intervención sanitaria sobre el sufrimiento psíquico reactivo a circunstancias sociales corre **riesgo de generar individualización, patologización y desplazamiento del foco**, que debería ser que el centro de la respuesta se dé desde lo social.

5. ¿Y ENTONCES, QUÉ?

Por todo lo anterior planteamos una serie de medidas que consideramos urgentes e indispensables para la prestación de una atención de calidad a la población de nuestra Comunidad:

1.Elaboración de un plan de choque para la Atención Primaria en Madrid, que contemple los siguientes aspectos:

- Aumento del presupuesto destinado a la AP al menos hasta la media de gasto nacional en el corto plazo y con el foco de acercarse a las ratios de calidad establecidas por la OMS.
- Funcionamiento del sistema verdaderamente centrado en la Atención Primaria
- Orientación del sistema sanitario a los determinantes sociales de la salud y las necesidades de la comunidad.
- Aumento de las plantillas de los equipos, potenciación de las profesionales no médicas del Equipo de Atención Primaria con progresivo protagonismo y asunción de responsabilidad (con apoyo y cobertura legal).
- Contratos dignos y estables que terminen con la precariedad y garanticen la longitudinalidad.
- Autonomía de gestión de las agendas. Eliminación de burocracia innecesaria y adaptación de la inevitable (IT, receta...) para que interfiera lo mínimo imprescindible con el acto clínico.
- Consideración de todas las actividades que se realizan fuera de la consulta: la asistencia no presencial y domiciliaria, y las no asistenciales (comunitaria, formación, docencia, tareas de coordinación...)

2. Elaboración de Planes de Salud Mental que potencien el modelo de Comunitario de atención a los problemas de Salud Mental, donde se refuerce la centralidad de los Centros de Salud Mental como eje del sistema:

- Dotar de personal a los CSM de modo que sean capaces de dar una respuesta comunitaria a las situaciones de crisis, incluyendo el refuerzo de la atención domiciliaria y los Programas de Continuidad de Cuidados. Con especial énfasis en las profesiones menos representadas: psicología clínica, trabajo social y enfermería para acercar las ratios por cada 100.000 habitantes a la media de países de altos ingresos y las recomendaciones de calidad.
- Potenciar la especialización de enfermeras y psicólogas clínicas a través del sistema de formación sanitaria especializada (FSE), sistema de reconocido prestigio y calidad. Para ello se solicitará el aumento de plazas de FSE acorde a un estudio de necesidades de profesionales a medio y largo plazo.

- Reforzar los programas de continuidad de cuidados, coordinando las intervenciones de forma ágil y frecuente con la red de rehabilitación y atención a las personas con trastorno mental grave.

3. Establecer **sistemas de trabajo y coordinación entre niveles asistenciales (AP y SM)** basados en un modelo de colaboración estrecha, accesible y cotidiana. (Figura 1)

A POTENCIAR	A EVITAR
Modelo colaborativo	Modelo de sustitución
Abordaje psico-social en la AP	Segmentar la atención atribuyendo el abordaje de los problemas biológicos a la AP y de los psicológicos a SM
Relación ágil entre los y las profesionales de los diferentes servicios	Estructuras burocráticas de coordinación
Apoyo emocional y clínico a los y las profesionales de la AP	Relación vertical entre profesionales
Objetivos comunes y funciones definidas entre el equipo de AP y el de SM que forman parte del modelo colaborativo	Dependencia funcional y objetivos marcados por el equipo de SM
Atención individual y comunitaria	Atención exclusivamente individual
Atención basada en la narración y en el vínculo profesional-paciente	Atención basada en códigos diagnósticos, protocolos y registros

Figura 1. Características del modelo colaborativo entre la Atención Primaria en Salud y los servicios de Salud Mental. Fuente: Fernández de Sanmamed et al. (2020)

4. **Fomentar políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población y la reducción de las desigualdades sociales y en salud.** Por citar algunos ejemplos: renta básica universal, acceso a empleos en condiciones dignas y de calidad, políticas que reduzcan la persecución y discriminación de colectivos vulnerados (personas sin hogar, población migrante, personas racializadas, personas LGTBQI+, etc.). Es necesario generar una reflexión sobre las limitaciones del sistema sanitario en general, y de la red de salud mental en particular, para tratar los problemas generados por el sufrimiento psíquico vinculado a los determinantes sociales, y poder atender a estas demandas a través de respuestas comunitarias que pongan el foco en las condiciones de vida.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional. (2020). España. La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018. Informe Temático. Disponible en: <https://bit.ly/3nOodej>
- Amnistía Internacional. (2021). España. La otra pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la Atención Primaria en España. Informe temático. Disponible en: <https://bit.ly/3xkpHka>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2000). Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuaderno técnico. Disponible en: <https://bit.ly/3xieBMC>
- Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM). (2016). Informe sobre la evolución de los recursos de recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2015. Disponible en: <https://bit.ly/3nKnifs>
- Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM). (2021). La paradoja preámbulo comunitario / presupuesto hospitalario. La pandemia por COVID-19 y la Atención a los problemas de Salud Mental en la Comunidad de Madrid. Análisis de situación y propuestas. Disponible en: <https://bit.ly/3CJPVxr>

- Benedicto, Clara y Carmona, Marta. (2017). Por qué lo llaman cribado cuando quieren decir “¿cómo estás?”. Colectivo Silesia. Disponible en: <https://bit.ly/3DRRuuy>
- Binnie, James. (2015). Do you want therapy with that? A critical account of working within IAPT. *Mental Health Review Journal*. 20 (2), pp. 79 - 83. Disponible en: <https://bit.ly/3HQUXMw>
- Cano-Vindel, Antonio. Muñoz-Navarro, Roger. Moriana, Juan A. Ruiz-Rodríguez, Paloma, Adrián-Medrano, Leonardo, González-Blanch, César. (2021) Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. pp. 1-13. Disponible en: <https://bit.ly/3FGYXgE>
- Fernández de Sanmamed, María José. González, Yolanda. Mazo, MaVictòria. Pons, Gemma. Robles, Iago. Serrano, Elena. Teixidó, Araceli. Zapater, Francesca. (2020). Acerca del modelo de atención a la salud mental en la atención primaria de salud. Barcelona. Fòrum Català d'Atenció Primària. Disponible en: <https://bit.ly/2ZnEHkO>
- Gervas Juan. (2021). Valor y precio de los aplausos en A. Primaria [tan querida en discursos, tan olvidada en recursos]. *Acta Sanitaria*. Disponible en: <https://bit.ly/30Vo00m>
- Hornillos Jerez, Carlos. Rodríguez Pedraza, Eva. González Aguado, Francisco. 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 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*. 29(104), pp. 355-370. Disponible en: <https://bit.ly/3l6DyWq>
- Illich Ivan. (1981). *Profesiones inhabilitantes*. Hermann Blume Ediciones. Madrid, España.
- Llanos Martínez Héctor. (2019). Las autopistas de más carriles no evitan los atascos. *Suplemento Verne. El País*. Disponible en: <https://bit.ly/3DP48KN>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Disponible en: <https://bit.ly/2HoACnk>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2019*. Disponible en: <https://bit.ly/374Zae6>

- Moloney Paul y Kelly Paul. (2003). Beck never lived in Birmingham: why cognitive behaviour therapy (CBT) may be a less useful treatment for psychological distress than is often supposed. *Journal of Critical Psychology Counselling and Psychotherapy*, 3(4), pp.214-228. Disponible en: <https://bit.ly/3xIFqil>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. (2018). Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://bit.ly/3raZpzj>
- Reneses Banca, Garrido Sofía, Navalón Aida, et al. Psychiatric morbidity and predisposing factors in a primary care population in Madrid. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015;61(3):275-286. doi:10.1177/0020764014542815
- Serrano-Blanco Antoni, Palao Diego J, Luciano Juan V et al. (2010) Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiat Epidemiol* 45, 201-210. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>
- Serrano Elena. (2021). Profesionales de psicología en un centro de Atención Primaria. Colaboración, no sustitución. Actualización en Medicina de Familia (AMF). 2021;17(2):62-64 Disponible en: <https://bit.ly/3DRSrD8>
- Simó Juan. (2019). La serpiente del gasto de personal también existe. *Acta Sanitaria*. Disponible en: <https://bit.ly/2IPIJdv>
- Stange Kurt y Ferrer Robert. (2009). The paradox of primary care. *The Annals of Family Medicine*. 7 (4) 293-299. Disponible en: <https://doi.org/10.1370/afm.1023>
- Starfield Barbara. (2012). Atención primaria: una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 26(1), p. 20-26. Disponible en: <https://bit.ly/30YIOoL>
- Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. (2018). Algunas dudas sobre la introducción de psicólogos en Atención Primaria. Grupo de trabajo de Salud mental. Disponible en <https://bit.ly/30VGCgE>
- Timimi Sami. (2015). Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies: inspiring innovation or more of the same?. *BJPsych Bulletin*. 39(2), pp. 57 - 60. Disponible en: <https://bit.ly/3HRf2IF>



Documento de posicionamiento
Junta de la AMSM
aen.amsm@gmail.com
Noviembre de 2021
Imagen de portada/ De San Bernardo