

Psicología en Atención Primaria: lo focal, lo generalista y lo posible

Psychologists in Primary Care: the focal, the generalist and the possible

CLARA BENEDICTO SUBIRÁ

Médica Familiar y Comunitaria. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. DG de Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Coordinadora del grupo de trabajo de salud mental SoMaMFyC y miembro de la junta de la AMSM.

Correspondencia: clarabsu@gmail.com

LA ATENCIÓN PRIMARIA (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. Por desgracia tampoco es (quizás nunca ha sido) el eje del sistema. La AP no es un lugar, sino una forma de prestar cuidados a la población basada en unos atributos concretos:

- 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 infradiagnóstico (1).
- La accesibilidad, o la capacidad de la población de poder encontrar asistencia adecuada a sus necesidades en tiempo, forma y coste, que no es lo mismo que la inmediatez.

- 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 la participación de la población y que incluso en la consulta individual se trasciende lo individual.
- 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 (2).
- La prevención cuaternaria, o la protección de la población de los efectos yatrógenos 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. Y 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 perjudicarlos, dirigiéndolos a otros recursos más adecuados. Este saber generalista, prudente 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” (3): aunque en cada enfermedad individual un especialista focal consiga mejores indicadores comparado con un/a profesional de AP, esta proporciona a las personas mejor nivel de salud global e igual nivel funcional con menor coste, mejor calidad y mayor equidad para las comunidades. Y este potente efecto en salud que la AP lleva años demostrando tiene que ver con la adaptación de los cuidados a las necesidades y contextos de las personas, no con la estandarización del cuidado a las enfermedades. Por este motivo los juicios sobre la AP basados en parámetros orientados a la enfermedad no solo son inexactos, sino también injustos.

Además, 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” (4). Pero esta desinversión no ha sido homogénea: la AP 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. En España se dedica a AP de media un 14,2% del presupuesto sanitario, lejos del 25% que reclama la OMS (5). El gasto en personal ha crecido en AP un 49% menos que en los hospitales desde 2008 (6). 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 son cada vez más adversas a mantener relaciones longitudinales, a disponer de tiempos adecuados, al abordaje de la complejidad y al manejo de la incertidumbre, y todo esto impacta inevitablemente en la calidad de la atención. Es habitual en la actualidad que las/os profesionales de AP se encuentren con agendas de más de 50 pacientes en un día y con 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 solo 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 (7).

La red de Salud Mental (SM), de forma similar, presenta importantes carencias debidas a políticas públicas que han mermado su orientación comunitaria y sus recursos, y privatizado parte de la misma. La coordinación entre AP y SM 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 (8).

Es en este escenario de crisis crónica, en el que ni la AP es la que podría y debería ser ni la red de SM puede cumplir con su vocación comunitaria, donde se plantea como solución la entrada de profesionales de la psicología que asuman parte de esta demanda de forma estructural. En España, esta propuesta se ha basado fundamentalmente en el estudio PSICAP (9), que en Madrid y otras CC. AA. 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 el Reino Unido 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. La demanda de psicólogas/os cobra fuerza, entre otras razones, por sus bajas ratios por cada 100.000 habitantes, que incluso han descendido en la última década, y se alejan 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. Sin embargo, esta carencia de profesionales de psicología no ocurre de forma aislada. Existe una escasez tanto de medicina como, especialmente, de enfermería en AP, con ratios por debajo de la media europea (4), y plantillas infradotadas en SM para las diversas profesiones, particularmente alarmantes 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) (10).

Existe innegablemente mucho margen de mejora en la atención a todo el espectro del sufrimiento psicológico en el sistema público de salud, desde los malestares que no cumplen claros criterios de enfermedad hasta el trastorno mental grave. Sin embargo, que sea necesario un cambio no es una justificación para cualquier cambio, y la introducción de profesionales de psicología en AP en este contexto presenta una serie de problemas y riesgos potenciales:

- Respecto a 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. La excesiva protocolización mediante el uso de escalas psicométricas y etiquetas diagnósticas genera una jerarquía sobre el juicio clínico profesional, que se basa en conocimientos técnicos pero también en la experiencia, el conocimiento mutuo y la construcción narrativa de una intersubjetividad, dificultando la atención basada en la persona.

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 la mejoría y su persistencia (11, 12).

El hecho de que la intervención sea grupal no implica tampoco que se socialicen las causas: si el foco se coloca en el afrontamiento de las personas se puede generar una responsabilización y una individualización del malestar que resulten yatrogénicas, 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.

- 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.

Asimismo, 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 yatrogenia. Por otra parte, la decisión de investigar e invertir en la psicología como respuesta única para el trastorno mental común no solo tiene que ver con el éxito de la intervención sino con intereses corporativos, ya que se genera un falso dilema entre la propuesta o seguir igual, y quedan sin explorar alternativas con amplia evidencia y beneficios más transversales, pero 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, centrandó el beneficio en casos más sencillos y leves, y dejando con recursos precarios a los pacientes más graves y generando una distorsión de la proporcionalidad de la red. Esta brecha en utilidad de la intervención para pacientes más vulnerables o menos sencillos se ha evidenciado también en el IAPT (13).

- 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 (14) describe como “profesiones inhabilitantes”. Esto deviene en modelo de sustitución, que fragmenta la asistencia

y penaliza y sobrecarga a quienes quieran mantener la integralidad (15, 16). Por otra parte, al constituir un cambio aislado en un sistema complejo que ya está desbordado, es probable que esta figura 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 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 (17).

Por todo lo expuesto, el debate sobre modificaciones en la atención a los sufrimientos y trastornos mentales en la red AP-SM y la consecuente distribución de recursos debería considerar tres ideas clave:

1. En un escenario de recursos limitados la priorización debería realizarse con criterios de equidad y vulnerabilidad, para no reproducir las desigualdades existentes. La dotación de recursos y personal para atender al trastorno mental debe comenzar por 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, coordinando las intervenciones de forma ágil y frecuente con la red de rehabilitación y atención a las personas con trastorno mental grave. También, debe ser multidisciplinar, con especial énfasis en las profesiones menos representadas: psicología clínica, trabajo social y enfermería.
2. Nada para la AP sin la AP: 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. Es urgente un refuerzo de este nivel asistencial, con un aumento de presupuesto y de recursos, con una potenciación de profesionales no médicas, una apuesta firme por hacer a la AP el verdadero centro del sistema y darle una orientación comunitaria y de determinantes sociales con autonomía de gestión real para llevarlo a cabo. La asunción de la crisis y el desmantelamiento de la AP como fenómeno natural sin solución posible genera medidas aisladas para problemas complejos y estructurales, que solo distorsionan el sistema pero no resuelven los conflictos existentes.
3. Cualquier intervención sanitaria sobre el sufrimiento psíquico reactivo a circunstancias sociales corre el riesgo de generar individualización, patologización y desplazamiento del foco, que debería ser el centro de la res-

puesta se sitúe en lo social. Es necesario fomentar políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población y la reducción de las desigualdades sociales y en salud (renta básica universal, acceso a empleos en condiciones dignas y de calidad, políticas que reduzcan la persecución y discriminación de colectivos vulnerados, etc.). Se precisa también 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 estas demandas a través de respuestas comunitarias que pongan el foco en las condiciones de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Benedicto C, Carmona M. Por qué lo llaman cribado cuando quieren decir “¿cómo estás?”. Colectivo Silesia, 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3DRRuuy>
- (2) Starfield B. Atención primaria: una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2102; 26 (Suppl.1): 20-26. Disponible en: <https://bit.ly/30YlOoL>
- (3) Stange K, Ferrer R. The paradox of primary care. *Ann Fam Med.* 2009;7(4): 293-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1370/afm.1023>
- (4) Amnistía Internacional. España. La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018. Informe Temático, 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3nOodeJ>
- (5) Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público 2019. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/374Zae6>
- (6) Simó J. La serpiente del gasto de personal también existe. *Acta Sanitaria* 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2IPIJdv>
- (7) Amnistía Internacional. España. La otra pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la Atención Primaria en España. Informe temático, 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3xkpHka>
- (8) Fernández de Sanmamed MJ, González Y, Mazo MV, Pons G, Robles I, Serrano E, et al. Acerca del modelo de atención a la salud mental en la atención primaria de salud. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2ZnEHkO>
- (9) Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Moriana JA, Ruiz-Rodríguez P, Adrián-Medrano L, González-Blanch C. Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2021; pp. 1-13. Disponible en: <https://bit.ly/3FGYXgE>
- (10) Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuaderno técnico, 2000. Disponible en: <https://bit.ly/3xieBMC>
- (11) Timimi S. Children and young people's improving access to psychological therapies: inspiring innovation or more of the same? *BJPsych Bulletin* 2015;39(2): 57-60. Disponible en: <https://bit.ly/3HRf2lF>
- (12) Binnie J. Do you want therapy with that? A critical account of working within IAPT. *Ment Health Rev J.* 2015; 20(2): 79-83. Disponible en: <https://bit.ly/3HQXmWw>
- (13) Moloney P, Kelly P. Beck never lived in Birmingham: why cognitive behaviour therapy (CBT) may be a less useful treatment for psychological distress than is often supposed. *JCPCP* 2003; 3(4): 214-28. Disponible en: <https://bit.ly/3xIFqil>
- (14) Illich I. Profesiones inhabilitantes. Madrid: Hermann Blume Ediciones, 1981.
- (15) Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC). Grupo de trabajo de Salud Mental. Algunas dudas sobre la introducción de psicólogos en Atención Primaria, 2018. Disponible en <https://bit.ly/30VGCgE>
- (16) Serrano E. Profesionales de psicología en un centro de Atención Primaria. Colaboración, no sustitución. *AMF* 2021;17(2):62-4. Disponible en: <https://bit.ly/3DRSrD8>
- (17) Llanos Martínez H. Las autopistas de más carriles no evitan los atascos. *El País.* Suplemento Verne, 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3DP48KN>