

## Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria

Julio Cesar Martín García-Sancho<sup>1\*</sup>, Ascensión Garriga Puerto<sup>2</sup>, Carmen Egea<sup>3</sup>, Gonzalo Díaz<sup>4</sup>,  
M<sup>a</sup> Josefa Campillo Cáscales<sup>5</sup> y Rosa María Espinosa Gil<sup>5</sup>

*1 Subdirección General de Programas, Innovación y Cronicidad. Servicio Murciano de Salud, Murcia (España).*

*2 Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia, Murcia (España).*

*3 Centro de Salud La Viña. Lorca. Murcia (España).*

*4 Centro de Salud Cartagena Casco/Santa Lucía. Murcia (España).*

*5 Residentes de Psicología Clínica (PIR). Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia, Murcia (España).*

**Resumen:** Se analiza un modelo de intervención psicológica para trastornos mentales comunes realizado en seis centros de Atención Primaria (CAP). Dos psicólogos/as clínicos/as (PC) y cuatro psicólogas internas residentes (PIR) entrevistan a 566 usuarios para intervenir en trastornos leves o moderados de ansiedad y/o depresión, duelo e insomnio no orgánico. Tras una evaluación estandarizada se propone una intervención escalonada en función del diagnóstico y la gravedad del trastorno: indicación de no tratamiento, intervención breve en CAP (grupal o individual) o derivación.

Se recogen variables sociodemográficas y clínicas que permiten describir la muestra y hacer comparaciones entre grupos. De las 566 personas derivadas la edad media fue de 37 años, el 70 % son mujeres, 50% en tratamiento psicofarmacológico y 10% de baja laboral. Se indica no tratamiento al 19%, intervención en CAP al 71% y derivación a salud mental al 10%. Predominan trastornos adaptativos, afectivos y de ansiedad generalizada, existiendo diferencias significativas según ubicación del CAP y modo integración del PC en el CAP.

La mayor accesibilidad a intervenciones psicológicas integrando al PC en AP reduce la medicalización de patologías mentales leves y/o moderadas. La evaluación previene el inicio de tratamientos innecesarios, aumentando la probabilidad de indicación apropiada de tratamiento, lo que resultaría coste-efectivo.

**Palabras clave:** Psicología clínica; atención primaria; intervención psicológica; trastorno mental.

**Title:** Stepped psychological intervention with common mental disorders in Primary Care.

**Abstract:** A model of psychological intervention for common mental disorders in Primary Care is analyzed. Two clinical psychologists and four resident psychologists interviewed 566 users to treat mild to moderate anxiety / depression disorders, bereavement or nonorganic insomnia disorders. Standardized assessment leads to a stepped intervention: indication of no treatment, brief group or individual intervention in Primary Care Center (PCC) or referral to Mental Health.

Socio-demographic and clinical variables describe the sample and allow comparison between groups. Of the 566 interviewees, the mean age was 37 years, 70% were women, 50% with psychopharmacological treatment and 10% on sick leave. The steps of intervention were: 19% were intervention indication of no treatment, 71% PCC intervention and 10% were referred to Mental Health. Adaptive, emotional and generalized anxiety disorders were predominant, with significant differences between centers depending on the location and clinical psychologist integration mode in PCC.

Integrating the clinical psychologist in PCC improve access to psychological interventions and reduces mild to moderate mental disorders medication. Assessment prevents unnecessary treatment onset and increases the likelihood of appropriate treatment indications, which is cost-effective.

**Keywords:** Clinical Psychology; primary care; psychological intervention; mental disorder.

### Introducción

El 19.5% de las personas presentan algún trastorno mental a lo largo de su vida, siendo los más frecuentes los del estado de ánimo (11.5%) y los de ansiedad (9.4%), según los datos del estudio epidemiológico European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED-España) (Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal, Luque, et al., 2006). Datos recientes elevan estos porcentajes en la Región de Murcia (España), donde la prevalencia vida de los trastornos mentales es del 33%, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad (15%) y la suma de episodio depresivo mayor y distimia (14.6%) (Navarro-Mateu, Tormo, Salmerón, Vilagut, Navarro, Ruíz-Merino, et al., 2015). Respecto al estudio anterior (ESEMED-España) estos datos suponen un aumento estadísticamente significativo en el caso de los trastornos de ansiedad y de todos los trastornos en general.

La depresión y la ansiedad (DyA) reducen

significativamente la calidad de vida y el funcionamiento social y laboral (Olatunji, Cisler, and Tolin, 2007), suponiendo entre el 18% y el 39% del total de consultas en Atención Primaria (AP) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Según datos del estudio epidemiológico europeo (ESEMED) en AP es más frecuente la depresión que la ansiedad (13.4% y 9.4%), correspondiendo los mayores porcentajes por trastorno a la ansiedad generalizada (8.5%), el pánico (2.2%) y la agorafobia (1.5%) (Tylee & Walters, 2007).

Aproximadamente la mitad de las personas que sufren DyA no han recibido tratamiento en ningún servicio durante los últimos doce meses (Fernández et al., 2006). De los que reciben tratamiento, entre el 55% y 75% lo hacen en atención primaria (AP), siendo el médico de familia (MF) quien deriva a salud mental entre el 5% y el 10% de los casos (The ESEMED/MHEDEA 2000 investigators\*, Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha, et al., 2004). Un influyente estudio del Reino Unido (Layard, Clark, Knapp, & Mayraz, 2007), presenta cifras similares: el MF trata al 89%, psiquiatría al 8% y psicología al 3%. Según estos autores, el 97% de las personas con DyA reciben tratamiento farmacológico pero, al preferir mayoritariamente

**\* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:**

Julio C. Martín García-Sancho. Subdirección General de Programas, Innovación y Cronicidad. Hospital Román Alberca. C/ Lorca, nº58, El Palmar, Murcia (España). E-mail: [julioc.martin@carm.es](mailto:julioc.martin@carm.es)

el tratamiento psicológico, muchos lo abandonan al no estar disponible el tratamiento de su elección.

DyA son muy frecuentes en AP, pero esto no significa que sean debidamente reconocidas y tratadas. El MF reconoce correctamente el 22% de los casos de depresión y sólo una cuarta parte de los casos diagnosticados de depresión son verdaderos positivos (Fernández, Pinto-Meza, Bellón, Roura-Poch, Haro, Autonell, et al., 2010). Estos datos no difieren mucho de los de estudios ingleses (Thompson, Ostler, Peveler, Baker, & Kinmonth, 2001). En un meta-análisis reciente (Mitchell, Rao, & Vaze, 2011), los MF diagnosticaban correctamente la depresión en el 47.3% de los casos y lo anotaron en el 33.6%. Existe una dificultad aún mayor para diagnosticar los trastornos de ansiedad, ya que sólo uno de cada diez casos es detectado correctamente en AP (National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) & Royal College of Psychiatrists, 2011). En un estudio realizado en España (Fernández et al., 2012), el MF diagnosticaba acertadamente el 23% de los trastornos concretos de ansiedad. Por tanto, la precisión en el diagnóstico de trastornos de ansiedad y depresión en AP es, en general, baja. El propio sistema de información en nuestra región denominado Oficina Médica Integrada para Atención Primaria (OMI-AP) organiza la atención de forma muy difusa a través de códigos de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2; WONCA, 1999), lo que dificulta el diagnóstico preciso.

La mayoría de las personas atendidas por depresión y ansiedad en atención primaria (77.6%) no reciben un tratamiento mínimamente adecuado (Fernández et al., 2006). Este porcentaje no es mucho mejor en salud mental, debido sobre todo a la excesiva demanda de trastornos mentales comunes, lo que conlleva distanciar las citas individuales más de lo recomendable.

El consumo de ansiolíticos e hipnóticos no ha dejado de crecer en España de forma continuada desde el año 2000, a pesar de que las guías de alta calidad desaconsejan su uso como primera y segunda elección para tratar los trastornos ansiosos y depresivos (National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain), National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain), British Psychological Society, & Royal College of Psychiatrists, 2011); National Collaborating Centre for Mental Health & National Institute for Clinical Excellence, 2005; National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Care Excellence, British Psychological Society, & Royal College of Psychiatrists, 2013). En doce años el uso de ansiolíticos ha aumentado un 37% y el de hipnóticos un 66%. Estas cifras contrastan con las de países de nuestro entorno en periodos comparables: del año 2003 al 2012 el consumo de ansiolíticos aumentó un 34% en España, un 4% en Italia y disminuyó un 6% en Francia. Igualmente el consumo de hipnóticos aumentó un 47% en España frente al 15% de Italia y al 1% de Francia (Vicente et al., 2013).

En la Región de Murcia (España), el consumo de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos en dosis diaria

definida (DDD) tampoco ha dejado de crecer. En un estudio anterior (Martín, Garriga, & Egea, 2015) constatamos que la práctica habitual con los trastornos DyA consiste en utilizar terapia farmacológica en AP, derivando a salud mental aquellos casos que no responden bien a dicho tratamiento (Martín et al., 2015). Tras los seísmos de Lorca (España) en 2011, un alto porcentaje de adultos con trastorno de estrés post-traumático (TEPT) o trastornos adaptativos recibieron tratamiento farmacológico. A pesar de que las guías no lo recomiendan y de que disponían de un tratamiento psicológico accesible en su propio centro, casi el 60% de los adultos fueron medicados, frente al 0% de los niños que, en algunos casos, presentaban TEPT grave (Martín, Garriga, Egea, & Sainz, 2012).

El modelo habitual de relación entre AP y salud mental en España es el de derivación: el médico escribe brevemente en una hoja de interconsulta el motivo de derivación que, en el mejor de los casos, es devuelta por el profesional de salud mental con unas indicaciones sobre diagnóstico y seguimiento. Suele consistir en un trámite administrativo, que a menudo resulta insuficiente e insatisfactorio. Por eso se han propuesto varios modelos alternativos, como el de formación, el de interconsulta y enlace o los modelos colaborativos (Bower & Gilbody, 2005; Cape, Whittington, & Bower, 2010; Lipowski, 1971; Von Korff & Goldberg, 2001). Para incluir los tratamientos psicológicos en AP el modelo más utilizado es el de integración, en el que, aunque el médico no pierde la responsabilidad sobre el paciente, su problema actual es tratado por un profesional de salud mental en el centro de atención primaria (CAP) (Gilbody & Bower, 2007).

El informe Layard (Layard et al., 2007) sentó las bases para "Mejorar el acceso a los tratamientos psicológicos" (IATP por sus siglas en inglés) que alentó la contratación de varios centenares de psicólogos en AP en el Reino Unido para llevar a cabo tratamientos con base empírica de la depresión y ansiedad. El objetivo de estos tratamientos, breves y evaluables, era obtener la resolución del problema en el 50% de los casos, como mínimo. Respecto a la duración, en el Reino Unido son bastante comunes las terapias psicológicas de seis sesiones en AP, lo que contrasta con la duración media de 12 a 24 sesiones en atención especializada (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010). Allí se ha aplicado la integración de los tratamientos psicológicos en primaria mediante un modelo de atención escalonada (steppedcare) de menor a mayor grado de intensidad: auto ayuda, auto ayuda guiada (1-2 h.), terapia breve individual (6 h.) y terapia individual de 16 horas. Primero se aplican técnicas de baja intensidad por profesionales menos expertos, recurriendo a técnicas más complejas y al psicólogo clínico sólo si fracasan los primeros escalones.

En nuestro modelo, la evaluación clínica y el diagnóstico preciso son clave para escalonar las intervenciones; no sólo por las dificultades de reconocimiento de los trastornos DyA en primaria, sino también por la conveniencia de utilizar

protocolos diseñados para trastornos específicos, aplicados por profesionales formados en dichas técnicas, tal como recomiendan las guías de práctica clínica (GPC) de alta calidad. Por ejemplo, las guías del Instituto Nacional para la Excelencia Clínica británico (NICE) recomiendan como primera elección para el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia el tratamiento de control de pánico de Barlow o la terapia cognitiva de Clark, la terapia cognitivo-conductual (TCC) focalizada en el trauma para el trastorno por estrés protraumático, o TCC desarrollada específicamente para la fobia social, siendo la medicación, en todos estos casos, segunda o tercera opción (National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) et al., 2011); National Collaborating Centre for Mental Health & National Institute for Clinical Excellence, 2005; (National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) et al., 2013).

El objetivo de este artículo es analizar empíricamente el modelo de intervención escalonada (por diagnóstico y gravedad) en población de centros de atención primaria (CAP) con trastornos psicológicos derivada a psicología clínica, sobre todo integrados en los propios CAP. También se pretende observar si existen diferencias de partida entre

los participantes según la dispersión geográfica y el modo de integración del psicólogo clínico en el centro de salud.

## Método

### Participantes

Participaron un total de 566 personas, usuarios de seis CAP. Respecto a su distribución según variables sociodemográficas, véase la Tabla 2 (en la segunda columna).

Estos participantes fueron derivados por los médicos de familia (MF) de dichos centros a psicólogos clínicos (PC) y psicólogas internas residentes (PIR) según la siguiente distribución: 198 usuarios a una psicóloga clínica (PC) en el CAP Lorca, 203 a un psicólogo clínico en dos CAP de Cartagena, y 165 a cuatro psicólogas internas residentes (PIR) desde cuatro CAP: Cartagena (30), "Murcia-Centro" (13), "Murcia-El Carmen" (55) y "Espinardo" (67).

El perfil sociodemográfico del paciente derivado del MF al PC es de mediana edad (37 años) con un mínimo de 6 años y un máximo de 91 años, mujer (70%), soltera/o (37.4%) o casada/o (35.8%) y en paro (23.7%) o con empleo indefinido (19.5%) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Comparaciones de las variables socio demográficas y clínicas en función de la ubicación y tipo de integración de los PC en los CAP. Número de casos, porcentajes y residuos corregidos ( $J_{ij}$ ).

	Total ( $n = 566$ )	Grupo 1 (Lorca) ( $n = 198$ )		Grupo 2 (Cartagena) ( $n = 203$ )		Grupo 3 (PIR) ( $n = 165$ )	
	$n$ (%)	$n$ (%)	$J_{ij}$	$n$ (%)	$J_{ij}$	$n$ (%)	$J_{ij}$
<b>SEXO</b>							
Mujer	394 (69.6)	131(66.2)	-1.3	138(68)	-.6	125(75.8)	<b>2.0</b>
Varón	172 (30.4)	67 (33.8)	1.3	65(32)	.6	40 (24.2)	<b>-2.0</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>							
Solteros	205(36.2)	86(43.4)	1.3	62(34.8)	-1.7	57(41)	.3
Casados	195(34.5)	68(34.4)	-1.3	72 (40.4)	.9	55 (39.6)	.5
Viudos	28(4.9)	14(7.1)	1.3	3(1.7)	<b>-2.7</b>	11 (7.9)	1.5
Divorciados	29 (5.1)	14 (7.1)	1.1	7 (3.9)	-1.2	8 (5.8)	.1
Separados	31(5.5)	8 (4)	-1.5	19 (10.7)	<b>3.2</b>	4(2.9)	-1.8
Unión Consensuada	27(4.8)	8 (4)	-1	15 (8.4)	<b>2.4</b>	4(2.9)	-1.5
<b>TIPO DE CONVIVENCIA</b>							
Solo	48 (8.5)	17(8.8)	-.4	14(7.9)	-.9	17(12.2)	1.3
Con familia propia	227 (40.1)	75(38.9)	<b>-2.0</b>	93 (52.2)	<b>2.6</b>	59 (42.4)	-.6
Con familia de origen	176 (31.1)	80(41.5)	<b>2.6</b>	49(27.5)	<b>-2.4</b>	47(33.8)	-.2
Solo con hijos	33 (5.8)	14 (7.3)	.6	12(6.7)	.2	7(5)	-.8
Con otros familiares o amigos	22 (3.9)	3 (1.6)	<b>-2.4</b>	10(5.6)	1.1	9(6.5)	1.5
Familia mono parental	4 (.7)	4 (2.1)	<b>2.6</b>	0 (0)	-1.5	0(0)	-1.2
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>							
Analfabeto	2 (.4)	0(0)	-.9	1(6)	.3	1(7)	.6
Sin estudios	94 (16.6)	29 (21.8)	.3	43(24.2)	1.3	22 (16.1)	-1,7
1º y 2º grado. 1 ciclo	125 (22.1)	56(42.1)	<b>4.4</b>	41(23)	<b>-1.9</b>	28(20.4)	<b>-2.3</b>
2º grado 2º ciclo	98 (17.3)	31(23.3)	.5	39(21.9)	0	28(20.4)	-.5
3º grado (estudios medios FP)	72 (12.7)	7(5.3)	-.4	32 (18)	.9	33(24.1)	<b>3.1</b>
3 grado (estudios superiores)	55 (9.7)	10(7.5)	-.2	22(12.4)	0	23(16.8)	<b>1.9</b>
Otras titulaciones	2 (.4)	0(0)	-.9	0(0)	-1.2	2 (1.5)	<b>2.1</b>
<b>PROFESIÓN</b>							
Profesiones técnicas y similares	48 (8.5)	10(15.6)	.4	21(11.8)	-1.3	17(17.3)	1.1
Directivos y gerentes adm. pública y empresas	9 (1.6)	3(4.7)	1.1	2(1.1)	-1.8	4 (4.1)	1
Personal adm., empresas y adm. pública	39 (6.9)	4(6.3)	-1.5	18(10.1)	-.8	17(17.3)	<b>2.2</b>
Comerciantes, vendedores y similar	45 (8)	15(23.4)	<b>2.7</b>	18(10.1)	-1.8	12(12.2)	-.3
Personal hostel., protección/seguridad domést.	70 (12.4)	17(26.6)	1.3	44(24.7)	<b>2</b>	9 (9.2)	<b>-3.3</b>

	Total (n = 566)	Grupo 1 (Lorca) (n = 198)		Grupo 2 (Cartagena) (n = 203)		Grupo 3 (PIR) (n = 165)		
	n (%)	n (%)	SR <sub>ij</sub>	n (%)	SR <sub>ij</sub>	n (%)	SR <sub>ij</sub>	
Agricultura, ganadería y pesca	6 (1.1)	5(7.8)	<b>4.1</b>	0(0)	<b>-2.6</b>	1(1)	-7	
Construcción, industria, minería y transporte	30 (5.3)	10(15.6)	<b>2.1</b>	19(10.7)	1.3	1(1)	<b>-3.2</b>	
No especificados	91 (16.1)	0 (0)	<b>-5.4</b>	55(30.9)	1.8	36(36.7)	<b>2.6</b>	
Fuerzas armadas	2 (.4)	0 (0)	-7	1(,6)	-1	1(1)	.7	
<b>SITUACION LABORAL</b>								
Incapacidad laboral	5 (.9)	0(0)	-1.2	1(,6)	-9	4(2.9)	<b>2.2</b>	
Contrato indefinido	80 (14.1)	33(34.4)	<b>4.2</b>	22(12.4)	<b>-2.4</b>	25(18.4)	-4	
Contrato eventual	48 (8.5)	13(13.5)	.6	18(10.1)	-1.3	17(12.5)	.4	
Autónomo o buscando primer empleo	31 (5.5)	14(14.5)	3	14 (7.9)	-3	3(2.2)	<b>-2.9</b>	
En paro (no primer empleo)	82 (14.5)	0(0)	<b>-5.8</b>	61 (34.3)	<b>3.6</b>	21 (15.4)	-1.6	
Pensionista	32 ((5.7)	15 (15.6)	<b>3.3</b>	11 (6.2)	-4	8(4.4)	-1.8	
Rentista	4 (.79)	4(4.2)	<b>3.6</b>	0 (0)	-8	0(0)	-1.4	
Estudiante	66 (11.7)	16(16.7)	.2	18 (10.1)	-6	32(23.5)	<b>2.9</b>	
Labores domésticas	46 (8.1)	1(1)	<b>-3.6</b>	18 (10.1)	-3	27(19.9)	<b>3.9</b>	
Incapacidad transitoria	16 (2.8)	0(0)	<b>-2.3</b>	15(8.4)	<b>2.6</b>	1 (.7)	<b>-2.3</b>	
<b>TRATAMIENTO FARMACOLOGICO</b>								
No	273 (50.2)	116(58.6)	<b>3</b>	85(41.9)	<b>-3</b>	72(50.3)	0	
Si	271 ((49.8)	82 (41.4)	<b>-3</b>	118(58.1)	<b>3</b>	71 (49.7)	0	
<b>BAJA LABORAL POR EL MOTIVO DE CONSULTA</b>								
No	367 (90.2)	50(81.9)	<b>-2.3</b>	181(89.2)	-7	136(95.1)	<b>2.5</b>	
Si	40 (9.8)	11(18))	<b>2.3</b>	22 (10.8)	.7	7(4.89)	<b>-2.5</b>	
<b>Cribado Violencia de género (WAST-corto)</b>								
Negativo	186 (83.4)	119(80.4)	-1.7	-	-	67(89.3)	1.7	
Positivo	37 (16.6)	29 (19.6)	1.7	-	-	8 (10.7)	-1.7	
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>MDT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
EDAD	511*	37.2	17.6	195	36.20.4	178	39	14.3

Nota: Residuos corregidos (SR<sub>ij</sub>): Significación en puntuaciones > ± 1.9

\*No se pudo recoger parte de los datos personales, como fecha de nacimiento, de algunos usuarios derivados que no acudieron a la primera consulta.

### Procedimiento e instrumentos

Estos participantes provienen de CAPs ubicados en tres localidades de la Región de Murcia (España), dos interiores: Murcia (441354 habitantes) y Lorca (92865 habitantes) y una costera: Cartagena (216665 habitantes). En cada uno de estos lugares el tipo de integración del PC en el CAP, así como la dedicación y la experiencia del psicólogo clínico en el equipo de AP son diferentes:

- 1) Grupo 1 (integración previa y dedicación a jornada completa, en el CAP de Lorca): una psicóloga clínica a jornada completa e integración previa durante un año en el equipo de AP y dedicación de lunes a viernes (datos recogidos durante ocho meses y medio de febrero a noviembre de 2012).
- 2) Grupo 2 (sin integración previa y dedicación compartida entre dos CAPs de Cartagena): Incorporación reciente de un psicólogo clínico a jornada completa dividida entre dos centros. Cubre un año y dos meses de diciembre de 2011 a febrero de 2013.
- 3) Grupo 3 (sin integración previa y con psicólogos clínicos en formación (PIR) con dedicación parcial, en CAPs de Murcia capital (82% de los datos) y 1 CAP de Cartagena): Incorporación reciente de cuatro psicólogos clínicos en formación (PIR) un día a la semana durante un año y un mes (datos recogidos de octubre de 2011 a noviembre de 2012).

La intervención psicológica siguió un protocolo común de evaluación y tratamiento basado en la evidencia, elaborado por el grupo investigador (Tabla 2). Todos los terapeutas eran expertos en entrevista clínica, administración y corrección de pruebas y estaban formados en los tratamientos propuestos. Recibieron un dossier con toda la documentación del protocolo para cada trastorno y un archivo para datos en SPSS v15 que recoge las variables objeto de estudio.

Antes de la incorporación del psicólogo clínico se realizó una reunión informativa en cada CAP para exponer el modelo de trabajo y los criterios de derivación. Dichos criterios se referían a usuarios que presentasen de forma leve o moderada síntomas de depresión, ansiedad generalizada, crisis de pánico con o sin agorafobia, estrés postraumático, trastornos adaptativos, obsesivo-compulsivos, fobias simples y fobias sociales. A petición de los MF, se consideraron los casos de duelo e insomnio no orgánico para su valoración. El MF podía hacer la petición directamente al psicólogo clínico y/o citarlo a través del sistema informático. No se intervenía en la selección de los usuarios más allá de los criterios indicados. A todos los atendidos se les solicitó consentimiento informado para formar parte de la investigación, garantizándoles la confidencialidad de los resultados y el uso exclusivo de los datos con fines de investigación.

Se utilizaron las siguientes escalas:

- El Inventario de depresión de Beck. Consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. Su fiabilidad es de 0.83 (Coeficiente alfa de Cronbach) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961).
  - Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Evalúa en población general (adultos y adolescentes) el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Consta de 40 ítems, la mitad de la subescala Estado (que mide cómo se siente la persona en ese momento), y la otra mitad de la subescala Rasgo (que mide como se siente la persona habitualmente). La puntuación de cada escala, que oscila de 0-30, se traslada a puntuaciones centiles por sexo, a partir de los baremos disponibles. La subescala Estado tiene un coeficiente de fiabilidad de 0.90-0.93 y la subescala Rasgo de 0.84-0.87 (Seisdedos Cubero & Spielberger, 1997).
  - Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI), adaptación española (Bobes, Badía, Luque, García, González, & Dal-Ré, 1999). Consta de 5 ítems, los tres primeros evalúan discapacidad, el cuarto estrés percibido mediante subescalas que puntúan de 0 a 10 y el quinto apoyo social percibido en una subescala de porcentaje del 0% al 100%. Presenta un valor alfa de Cronbach de 0.72 y un coeficiente de correlación intraclase para el total de incapacidad, estrés percibido y apoyo social percibido de 0.87, 0.63 y 0.75, respectivamente.
  - Woman Abuse Screening Tool - versión corta (WAST corto) (Fogarty & Brown, 2002). Se trata de un cuestionario auto-administrado de cribado para detectar la violencia contra la mujer que consta de dos ítems. Se asigna una puntuación de "1" a cada una de las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de "0" a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre "0" y "2" y tanto las puntuaciones "1" como "2" son consideradas resultado positivo en el cribado.
- Muestra una sensibilidad del 91.4% y una especificidad del 76.2%, siendo su valor predictivo positivo 40.2 y el negativo 98.1. El coeficiente de probabilidad positivo es 3.84 y el negativo 0.11.

**Tabla 2.** Protocolo de evaluación y tratamiento de los usuarios derivados a psicología clínica en atención primaria.

PROTOCOLO EVALUACION COMUN	DIAGNÓSTICO: Trastorno Mental Común Leves/Moderados	PROTOCOLOS TRATAMIENTO
- Inventario Depresión de BECK (BDI)	Trastorno de Ansiedad Generalizada	• Adaptación Protocolo de tratamiento Cognitivo-conductual para adultos mayores. Universidad de Texas. Centro de ciencias de la salud de Houston (2003)
- Inventario Ansiedad estado-rasgo (STAI)	Trastorno Obsesivo Compulsivo	• Adaptación del protocolo Moreno, Martín, García, y Viñas (2008) y del de Foa y Wilson (2001)
- Cribado Violencia de Género (WAST-corto)	Trastorno por Estrés Postraumático	• Adaptación del protocolo para TEPT de exposición al trauma de Foa y Rothbaum (1998)
- Inventario de discapacidad de Sheehan	Trastorno de Pánico	• Adaptación protocolo de Moreno y Martín (2007)
- Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento.	Fobia Específica/Fobia Social	• Adaptación de Sandin del tratamiento de una sesión de Ost (1989)
	Depresión	• Adaptación tratamiento psicológico de la Fobia social de Pastor y Sevilla. (2005)
	Duelo	• Adaptación protocolo de tratamiento para la depresión en atención primaria. Casañas, Armengol y Puigdevall (2006)
	Insomnio	• Adaptación protocolo de Neimeyer y Worden
	Trastornos Adaptativos	• Protocolo adaptado del programa de autocontrol para el tratamiento del insomnio de Coates y Thoresen (1981)
		• Adaptación protocolo de Andreu (2011)

A partir de la evaluación se utilizó un modelo de intervención escalonado en función del diagnóstico y la severidad, estructurado en cinco niveles (Figura 1):

Nivel 1. *Normalización (o indicación de no tratamiento)*: Para demandas que no constituyen un trastorno psicopatológico (p.e., tristeza tras la muerte de un familiar o tras una ruptura de pareja) se propone la normalización de síntomas con una cita de seguimiento al mes.

Nivel 2. *Terapia grupal*: Si el trastorno es de carácter leve o moderado se propone un tratamiento psicológico breve (de

cinco a ocho sesiones), con base empírica y claramente detallado, para permitir su réplica.

Nivel 3. *Terapia individual*: Para trastornos de ansiedad y depresión de carácter moderado o por negativa o impedimento del tratamiento grupal. Aunque puede hacerse una adaptación individual de la duración en función de las necesidades, se recomienda un tratamiento medio de 8 sesiones, pudiendo ser más corto para las fobias específicas y de mayor duración para la depresión moderada (12 sesiones).

Nivel 4. *Derivación a salud mental*: si tras la evaluación inicial, o en el curso del tratamiento, se considerara grave alguno de los trastornos y/o se detecta otro diagnóstico psicopatológico.

Nivel 5. *Derivación a urgencias*: cuando el motivo de consulta es de carácter urgente o crítico, como riesgo de auto o heteroagresividad o sintomatología activa psicótica.

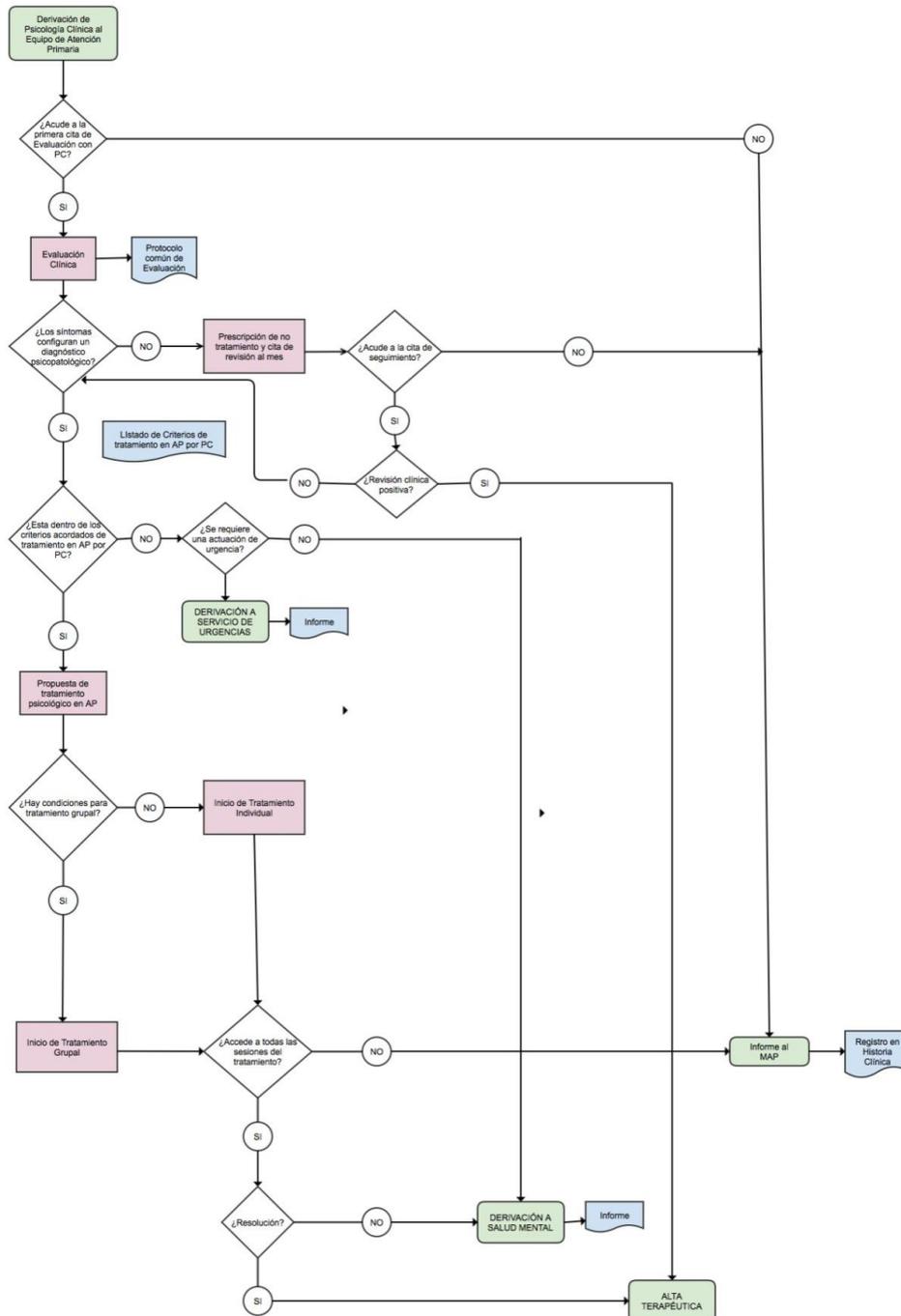


Figura 1. Flujograma de actuación del psicólogo clínico ante la demanda derivada por AP.

**Diseño y análisis estadístico**

Es un estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, realizado entre octubre de 2011 y febrero de 2013, en seis

Centros de Atención Primaria (CAP) de la Región de Murcia (España) (tres en Murcia capital, dos en Cartagena y uno en Lorca).

Mediante porcentajes y la prueba de residuos corregidos,

se comparan las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel de estudios, profesión, situación laboral) y algunas variables clínicas (uso de psicofármacos, baja laboral, cribado de violencia de género y diagnóstico clínico según CIE-10) según los tres tipos de integración de los PC al CAP.

En las escalas clínicas cuantitativas (depresión, ansiedad y discapacidad) se compararon las medias utilizando ANOVA con pruebas post hoc Bonferroni con un nivel de significación Alpha ( $p < .05$ ) según el tipo de integración del PC al CAP y el nivel de intervención ofrecido. El tamaño del efecto para cada par de comparaciones entre grupos se ha obtenido utilizando la  $d$  de Cohen. Siguiendo la interpretación de estos índices propuesta por Cohen (1988), las  $d$  entre 0.50 y 0.79 estarían indicando un efecto moderado, y grande por encima de 0.80.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete SPSS, v15.

## Resultados

Tal y como se dijo en el anterior apartado de Participantes, en el periodo de estudio los MF derivaron 566 personas entre octubre de 2011 y febrero de 2013. El 88% (496 personas) acudió a la primera entrevista de evaluación. No se pudo recoger el motivo de inasistencia del 12% restante. Existen diferencias significativas en los porcentajes de inasistencia entre los tres grupos según tipo de integración del PC al CAP (Chi cuadrado = 43.27;  $p < .001$ ), correspondiendo el menor porcentaje al grupo 1 con el 2%, le sigue el grupo 2 con el 12.3% y el grupo 3 con el 24.8%.

En el análisis comparativo de los datos sociodemográficos según la ubicación territorial del CAP se encontraron diferencias significativas en distintas variables, entre las que destacan, por su implicación en el estudio, un mayor porcentaje de personas separadas, en paro y con menos contratos indefinidos en Cartagena (grupo 2) (residuos corregidos  $> \pm 1.96$ ) (Véase Tabla 1).

De los 496 entrevistados, el 50% recibía tratamiento farmacológico y un 10% estaba de baja laboral por el motivo de consulta. De las 343 mujeres derivadas que acudieron a la primera entrevista (69.2%) se realizó el cribado de violencia de género a 223 mujeres (65%), resultando positivo en un 17% de los casos.

Las características de las personas por ubicación territorial y tipo de integración de los PC se detallan en la Tabla 1.

Aplicando criterios CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud, 2003) los trastornos más frecuentemente diagnosticados fueron: adaptativos (23%), afectivos (21%) y ansiedad generalizada (15%), situándose el resto por debajo del 6% (Tabla 3). Se encontraron diferencias significativas en la distribución de los diagnósticos según su ubicación y tipo de integración del PC (véase residuos corregidos en la Tabla 3). En el grupo 1 (Lorca) predominan los trastornos de ansiedad generalizada, mixtos de ansiedad y depresión, estrés postraumático y adaptativos; en el grupo 2 (Cartagena) se observa un mayor número de trastornos afectivos y sin diagnóstico establecido; y en el grupo 3 (PIR) se da una mayor variabilidad, con un porcentaje relativamente alto de trastornos de pánico y duelo (residuos corregidos  $> \pm 1.96$ ).

**Tabla 3.** Diagnósticos CIE-10 de usuarios evaluados. Comparación entre grupos por incorporación de PC\*. Número, porcentaje, residuos corregidos y prueba chi-cuadrado.

	Grupo 1 (Lorca) (n = 149)			Grupo 2 (Cartagena) (n = 137)			Grupo 3 (PIR) (n = 149)			Total
	n	%	RC	n	%	RC	n	%	RC	N
Trastornos Afectivos (F30-f39)	20	13.4	<b>-2.7*</b>	51	37.2	<b>5.8*</b>	19	12.8	<b>-3.0*</b>	90
Trastornos Fóbicos (F40)	9	6.0	0.3	2	1.5	<b>-2.5*</b>	13	8.7	<b>2.1*</b>	24
Trastorno de Pánico (F41.0)	0	0.0	<b>-3.1*</b>	4	2.9	-0.9	14	9.4	<b>4.0*</b>	18
Trastorno Ansiedad Generalizada (F41.1)	31	20.8	<b>2.3*</b>	22	16.1	.3	14	9.4	<b>-2.5*</b>	67
Trastorno Mixto Ansiedad-Depresión (F41.2)	16	10.7	<b>3.0*</b>	3	2.2	<b>-2.3*</b>	7	4.7	-0.8	26
Trastorno Obsesivo-Compulsivo (F42)	3	2.0	0.2	1	0.7	-1.2	4	2.7	0.9	8
Trastorno Estrés PostTraumático (F43.1)	9	6.0	<b>2.7*</b>	2	1.5	-1.3	2	1.3	-1.5	13
Trastornos adaptativos (F43.2)	46	30.9	<b>2.7*</b>	27	19.7	-1.2	28	18.8	-1.6	101
Trastornos no orgánicos del sueño (F51.0)	1	0.7	-0.7	0	0	-1.5	4	.7	<b>2.2*</b>	5
Problemas relacionados con la muerte (Z.63.4)	0	0	<b>-3.4*</b>	0	0	<b>-3.2*</b>	21	14.1	<b>6.5*</b>	21
Trastornos de Personalidad (F 60)	0	0	-1.6	0	0	-1.5	5	3.4	<b>3.1*</b>	5
Trastornos mentales en Infancia-adolescencia (F90)	10	6.7	1.9	0	0	<b>-2.9*</b>	8	5.4	0.9	18
Sin Diagnóstico	0	0	<b>-3.4*</b>	20	14.6	<b>6.4*</b>	1	0.7	<b>-2.9*</b>	21
Otros diagnósticos	4	2.7	-1.1	5	3.6	-0.3	9	6	1.4	18
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100</b>		<b>137</b>	<b>100</b>		<b>149</b>	<b>100</b>		<b>435</b>

Chi-cuadrado de Pearson: 185.223; \*\*\* ( $p < .001$ ). Residuos Corregidos \* Nivel de significación:  $> \pm 1.96$ .

\* Grupo 1: PC con integración previa en CAP y dedicación a jornada completa; Grupo 2: PC sin integración previa y dedicación compartida entre dos CAP;

Grupo 3: PC en formación PIR, sin integración previa y dedicación parcial

(Pudo establecerse un diagnóstico en 435 de los 496 casos entrevistados)

Con arreglo al nivel de intervención escalonado, de los 496 entrevistados, recibieron "indicación de no tratamiento"

(nivel 1) 94 (18.9%), a 350 se les propuso tratamiento en el CAP (niveles 2 ó 3) (70.6%) y 51 sujetos fueron derivados a

centros de salud mental (nivel 4) (10.3%) y sólo una persona fue derivada a urgencias (nivel 5) (0.2%).

Finalmente cumplimentaron los cuestionarios y escalas mencionadas un total de 376 sujetos, de los cuales 36 pertenecen al grupo de indicación de no tratamiento (nivel 1), 317 al de tratamiento en CAP (niveles 2 o 3) y 23 de los derivados a salud mental (nivel 4). Se hallaron diferencias

significativas en el ANOVA (véase Tabla 4) en todas las escalas según el nivel de la oferta terapéutica y siguiendo la lógica del procedimiento escalonado: puntuaciones más bajas para indicación de no tratamiento, intermedias para tratamiento en atención primaria y más elevadas para los derivados a centros de salud mental.

**Tabla 4.** Puntuaciones en cuestionarios de evaluación (Pre-test) según nivel de intervención escalonada\*. Número de sujetos, media y desviación típica. Prueba ANOVA (F)

	Nivel 1 (n = 36) M (DT)	Niveles 2-3 (n = 317) M (DT)	Nivel 4 (n = 23) M (DT)	Total (n = 376) M (DT)	F	Grados de libertad**	p
Inventario de depresión de Beck (n=376)	8.4 (5.9)	21.2 (9.4)	33.3 (12)	20.7 (10.5)	52.882	2	< .001
STAI – Estado (Mujer) (n = 274)	24.9 (8.1)	37.2 (11.2)	43.1 (9.9)	36.5 (11.5)	15.673	2	<.001
STAI – Estado (Varón) (n = 102)	16.3(12.6)	35.7 (10.8)	44.5 (11.7)	33.9 (13.1)	20.920	2	<.001
STAI – Rasgo (Mujer) (n = 274)	27.4 (14.7)	35.9 (10.8)	41.3 (9.2)	35.5 (11.4)	8.527	2	<.001
STAI – Estado (Varón) (n = 102)	20 (13.4)	33.3 (10.8)	38.7 (8.1)	32.04 (11.9)	9.894	2	<.001
Inventario Sheehan- Trabajo (n = 373)	1 (1.7)	4.6 (3.3)	6.7 (2.9)	4.4 (3.3)	27.060	2	<.001
Inventario Sheehan-Social (n = 373)	1.8 (2.5)	5.4 (2.9)	7 (3.2)	5.1 (3.1)	29.692	2	<.001
Inventario Sheehan-Familiar (n = 373)	1.9 (1.9)	5.2 (2.9)	6.7 (3.3)	4.9 (3)	25.308	2	<.001
Inventario Sheehan-Estrés (n = 373)	2.3 (2.6)	5.8 (2.6)	8.3 (1.9)	5.6 (2.8)	42.816	2	<.001
Inventario Sheehan-Apoyo social (n = 373)	66.1(34.2)	53.1 (31.5)	51.8 (34.4)	54.2(32.1)	2.709	2	.068

\* Nivel 1: indicación de no tratamiento

Niveles 2-3: tratamiento en atención primaria

Nivel 4: derivación a centro salud mental / Centro atención drogodependientes (CAD)

\*\*Grados de libertad Inter-grupos

En la Tabla 5 se presenta el ANOVA de los resultados de las escalas clínicas según la distribución de los sujetos por ubicación geográfica y tipo de integración del PC en el CAP. En el análisis post hoc aparecen diferencias significativas en el Inventario de depresión de Beck entre los grupos 1 ( $M = 18.6$ ;  $DT = 10.434$ ) y 2 ( $M = 23.3$ ;  $DT = 11.596$ ). En el STAI-estado de varones se observa una media superior para el grupo 2 ( $M = 36.5$ ;  $DT = 14.166$ ) con respecto al grupo 3 ( $M = 27.7$ ;  $DT = 7.137$ ) y en el STAI-rasgo de mujeres también

se obtiene una media superior para el grupo 2 ( $M = 38$ ;  $DT = 9.831$ ) con respecto al grupo 3 ( $M = 33.5$ ;  $DT = 13.549$ ). En todas las subescalas del Inventario de discapacidad de Sheehan entre el grupo 2 y el 3, con medias superiores respecto al grupo 1 (lo que indica menor índice de discapacidad en el grupo 1). Utilizando la  $d$  de Cohen como medida del tamaño del efecto, todas estas diferencias presentan una magnitud del efecto media ( $d > 0.40$ ) o alta ( $d > 0.60$ ) (Véase tabla 6).

**Tabla 5.** Puntuaciones en cuestionarios de evaluación (Pre-test) según el tipo de integración de los PC en los CAP\* (número de sujetos, media y desviación típica, prueba ANOVA (F)).

	Grupo 1 (Lorca) (n = 147) M (DT)	Grupo 2 (Cartagena) (n = 139) M (DT)	Grupo 3 (PIR) (n = 90) M (DT)	F	Grados de libertad**	p
Inventario de depresión de Beck (n=376)	18.6 (10.4)	23.3 (11.6)	20.2 (8.1)	7.475	2	.001
STAI – Estado (Mujer) (n = 274)	34.9 (10.5)	38.2 (11.5)	36,6 (11.5)	2.024	2	.134
STAI – Estado (Varón) (n = 102)	33.8 (13.3)	36.5 (14.2)	27.7 (7.1)	3.014	2	.054
STAI – Rasgo (Mujer) (n = 274)	34.7 (10.5)	38 (9.8)	33.5 (13.6)	3.932	2	.021
STAI – Rasgo (Varón) (n = 102)	31.9 (11.3)	34.1 (12.9)	27.2 (9)	2.187	2	.118
Inventario Sheehan- Trabajo (n = 373)	3.4(3.2)	4.9(3.5)	5.3 (2.9)	12.603	2	< .000
Inventario Sheehan-Social (n = 373)	4.4 (3.3)	5.4 (2.9)	5.8 (2.6)	6.857	2	.001
Inventario Sheehan-Familiar (n = 373)	4.0 (3.11)	5.4 (3)	5.9 (2.4)	12.760	2	< .000
Inventario Sheehan-Estrés (n = 373)	4.8 (3.1)	5.9 (2.7)	6.6 (2.2)	12.175	2	< .000
Inventario Sheehan-Apoyo social (n = 373)	57.5 (34.1)	56.7 (30.5)	45.4 (29.7)	4.773	2	.009

\* Grupo 1: PC con integración previa en CAP y dedicación a jornada completa; Grupo 2: PC sin integración previa y dedicación compartida entre dos CAP; Grupo 3: PC en formación PIR, sin integración previa y dedicación parcial

\*\* Grados de libertad Inter-grupos

**Tabla 6.** Tamaño del efecto (*d* de Cohen).

	Grupo 1 (Lorca) Grupo 2 (Cartagena)	Grupo 1 (Lorca) Grupo 2 (PIR)	Grupo 2 (Cartagena) Grupo 3 (PIR)
Inventario de depresión de Beck ( <i>n</i> = 376)	0.452*	-0.153	0.299
STAI – Estado (Mujer) ( <i>n</i> = 274)	0.0280	-0.181	0.099
STAI – Estado (Varón) ( <i>n</i> = 102)	0.207	0.477*	.684**
STAI – Rasgo (Mujer) ( <i>n</i> = 274)	0.303	0.106	0.409**
STAI – Rasgo (Varón) ( <i>n</i> = 102)	0.183	0.400**	0.583*
Inventario Sheehan- Trabajo ( <i>n</i> = 373)	0.462*	-0.607**	-0.145
Inventario Sheehan-Social ( <i>n</i> = 373)	0.310	-0.465**	-0.155
Inventario Sheehan-Familiar ( <i>n</i> = 373)	0.449*	-0.623**	-0.175
Inventario Sheehan-Estrés ( <i>n</i> = 373)	0.371	-0.640**	-0.269
Inventario Sheehan-Apoyo social ( <i>n</i> = 373)	0.483	0.526*	0.483*

\* Magnitud del efecto media ( $d > \pm 0.40$ )\*\* Magnitud del efecto alta ( $d > \pm 0.60$ )

## Discusión

En términos generales, las derivaciones se ajustaron a lo previsto (Martín et al., 2015): los trastornos adaptativos, depresivos o de ansiedad constituyeron el 79.3% de los casos tratados y sólo un 10 % de la muestra evaluada fue derivada al centro de salud mental por tratarse de casos graves o que no cumplieran los criterios consensuados.

A priori era esperable que hubiera diferencias entre los grupos según el tipo de integración del PC en el CAP, ya que la integración a jornada completa y puesta en marcha ocho meses antes del inicio de este estudio (Lorca) influiría positivamente en el ajuste de las derivaciones, debido a la presencia diaria del psicólogo y a un mayor rodaje del proceso. Trabajar diariamente con el equipo de AP facilita el feedback inmediato de las derivaciones del médico de familia, al poder aclarar las claves de lo que se puede tratar en AP y lo que se debe derivar a SM. En algunos casos el MF se apoya en el PC para valorar casos complejos y considerar la derivación a SM. El menor ajuste en la derivación se da en los casos de menor presencia del PC (un día a la semana) y de incorporación reciente (grupo 3), que es también el que presenta mayor variabilidad diagnóstica. Las diferencias de partida entre los grupos por ubicación y tipo de integración del psicólogo en el CAP también se ponen de manifiesto en las escalas de depresión, ansiedad y discapacidad. La magnitud del efecto medida con la *d* de Cohen es media o alta en nueve de las diez subescalas utilizadas en las comparaciones entre los grupos. Los análisis de efectividad que se lleven a cabo con estos datos deben explorar la magnitud del cambio total y el cambio en cada uno de los grupos (Garriga, Martín, Egea, Díaz, Campillo y Espinosa, sometido a publicación)

Existen diferencias de partida entre las muestras en variables sociodemográficas y clínicas según el lugar y tipo de integración del PC en CAP. En el grupo 2 (Cartagena) se observa un mayor porcentaje de trastornos afectivos así como medias significativamente mayores en depresión y ansiedad rasgo. Esto puede estar relacionado con un porcentaje significativamente mayor de pacientes separados, en paro o con incapacidad transitoria en este grupo (grupo 2). En el grupo 1 (Lorca) el mayor porcentaje de trastornos

adaptativos, por estrés postraumático y ansiedad generalizada puede estar relacionado con el terremoto ocurrido en mayo de 2011 en esa localidad, ya que coincide con los datos del estudio de los trastornos demorados o cronicados observados un año después de los sismos (Martín, Valera, Albacete, Sánchez & Egea, 2013). Y en el grupo 3 (PIR) la gran variabilidad de diagnósticos puede estar relacionado con la menor frecuencia de asistencia (un día a la semana) y a la mayor dificultad para imponer criterios de atención al ser profesionales en formación.

La mayor accesibilidad a intervenciones psicológicas integrando al PC en atención primaria reduce la medicalización de las patologías mentales leves y/o moderadas. El 50 % de los pacientes derivados al PC estaban medicados. Si bien este porcentaje puede parecer alto, es inferior al 89% recogido en estudio anterior realizado con pacientes con trastorno de pánico y/o agorafobia derivados desde atención primaria a centros de salud mental (Martín et al., 2009). En el grupo 1, con presencia diaria del PC en el CAP y trayectoria ya rodada, se da un porcentaje significativamente menor de personas derivadas con medicación (41%) respecto a los grupos 2 (58.1%) y 3 (49.7%).

Como se expuso en la introducción, el diagnóstico que realiza el médico de familia sobre cuadros de depresión y ansiedad se ajusta en un porcentaje muy bajo al diagnóstico real de trastornos concretos (Fernández et al., 2010; Fernández et al., 2012; National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) & Royal College of Psychiatrists, 2011). En un contexto de alta incertidumbre diagnóstica, el psicólogo clínico aporta el rigor y la experiencia que permite concluir en un diagnóstico certero, descartando la presencia de otros trastornos mentales. Como consecuencia, tras la evaluación (entrevista clínica y escalas) discrimina en una o dos sesiones si no es necesario tratar y puede realizarse una devolución de normalidad de los síntomas (nivel 1 del modelo de intervención escalonada); si se trata de trastornos leves y moderados de ansiedad y depresión que pueden no requerir tratamiento farmacológico y beneficiarse de una intervención breve grupal o individual (niveles 2 ó 3), o si los trastornos moderados o graves deben derivarse a salud mental (nivel 4).

Facilitar el acceso a la intervención psicológica en un ámbito menos estigmatizante mediante la integración del PC en el CAP, aumenta la probabilidad de que el paciente acuda a tratamiento. El 12% de no asistencia a la primera cita obtenido se sitúa en el rango más bajo de los recogidos en la literatura, que van del 10% al 60% (García & Ortiz, 2002). En nuestro estudio, el menor porcentaje de incomparecencia se da en grupo 1 (2%), seguido de grupo 2 (5.9%) y grupo 3 (24.8%). Esto coincide con el tipo de integración del PC en AP, que está presente todos los días de la semana en grupo 1, la mitad de los días en grupo 2 y un día a la semana en el grupo 3 de PC residentes. El hecho de que la población sea atendida por residentes puede aumentar el porcentaje de inasistencia a la primera cita (Campbell, Staley, & Matas, 1991), lo que sumado a la menor presencia del PIR en el CAP puede explicar por qué en este grupo el porcentaje de inasistencia es 12 veces mayor que en grupo 1 y cuadruplica al de grupo 2.

Actualmente es imperativo en cualquier ámbito sanitario y especialmente en atención primaria y salud mental introducir medidas para la detección de la violencia de género. En nuestro estudio se recogió un 17% de cribados positivos, superior a los porcentajes obtenidos en población de mujeres atendidas en AP, y que resulta coherente con la consideración de los síntomas psicopatológicos como indicadores de riesgo de violencia de género en el ámbito de atención primaria (Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, & Hernández-Torres, 2008). Si tras el cribado se confirmaba la situación de violencia de género se proponían las recomendaciones de la Guía de práctica clínica de actuación en salud mental de mujeres maltratadas por su pareja (Garriga, Martín, Balanza, Bonilla, Cámara, Cánovas, et al., 2010).

Entre las limitaciones del trabajo, están las de ser un estudio observacional que únicamente permite generar hipótesis sobre asociaciones o faltas de asociación concretas, que estudios más específicos deberían confirmar o refutar. Al ser un estudio multicéntrico en seis CAP y con varios

profesionales se ha producido una pérdida de datos no deseable. También es un estudio transversal, con muestra pequeña no representativa de la región y sesgada por que los CAP no fueron elegidos al azar, lo que no nos permite generalizar las conclusiones.

Como fortalezas, destacar el carácter multicéntrico del estudio y que, a diferencia de estudios previos (Harkness & Bower, 2009), cuenta con que la intervención psicológica es realizada por psicólogos clínicos con niveles diferentes de profesionalidad; la evaluación por un especialista, con posterior diagnóstico más preciso, y corroborado por pruebas psicométricas, permite evitar entrevistas innecesarias por personal no cualificado (Richards & Borglin, 2011).

## Conclusiones

La presencia del psicólogo clínico en Atención Primaria aporta rigor diagnóstico y permite “normalizar” aquellos síntomas que no requieren tratamiento médico ni psicológico, síntomas tratados, todavía hoy en día, con medicación en un alto porcentaje. La normalización permite dedicar más recursos a los pacientes que realmente lo necesitan.

La accesibilidad al tratamiento psicológico reduce la inasistencia a primera cita. La colaboración con los médicos de familia puede reducir a medio plazo el porcentaje de pacientes derivados con medicación. Esto permitiría utilizar los tratamientos psicológicos de los trastornos de ansiedad y depresión leves y moderados como primera línea de elección, tal como recomiendan las guías de práctica clínica.

Los datos de este estudio apuntan a que la mejor opción para la integración del psicólogo clínico en AP es la de jornada completa, como el resto del personal del equipo. También apoyan empíricamente la conveniencia de incluir a estos profesionales en AP, tal y como ya se está haciendo en varias comunidades autónomas españolas (Duro, 2017).

## Referencias

- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561–571.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., & Dal-Ré, R. (1999). [Validation of the Spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia]. *Medicina clínica*, 112(14), 530–538.
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 186, 11–17. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>
- Campbell, B., Staley, D., & Matas, M. (1991). Who misses appointments? An empirical analysis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 36(3), 223–225.
- Cape, J., Whittington, C., & Bower, P. (2010). What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 246–254. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.02.003>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
- Duro, J. C. (2017). Psicología Clínica en Atención Primaria de Salud: ¿Por qué, para qué y cómo?. *Infocop*, 9(1). Retrieved from [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=6586](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6586).
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., ... Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1-2), 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.005>
- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., ... Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.11.015>

- Fernández, A., Rubio-Valera, M., Bellón, J. A., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Mendive, J. M., ... DASMMap investigators. (2012). Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMMap study. *General Hospital Psychiatry, 34*(3), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.01.012>
- Fogarty, C. T., & Brown, J. B. (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice, 15*(2), 101–111.
- García Moratalla, B., & Ortíz Lobo, A. (2002). Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, 83*, 27–36.
- Garriga, A., Martín, J.C., Balanza, P., Bonilla, E., Cámara, J., Cánovas, S., ... Valero, E. (2010). *Guía de práctica clínica de actuación en salud mental de mujeres maltratadas por su pareja*. Murcia: Servicio Murciano de Salud. Retrieved from [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_470\\_maltratadas\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf)
- Garriga, A., Martín, J.C., Egea, C., Díaz, G., Campillo, M.J., & Espinosa, R.M. (n.d.). Análisis de la efectividad del tratamiento psicológico escalonado en Atención Primaria. *Anales de Psicología, sometido a publicación*.
- Gilbody, S., & Bower, P. (2007). Common mental health problems in primary care: policy goals and the evidence base. In *Mental Health Policy and Practice Across Europe* (Open University Press, pp. 215–234). Maidenhead: Open University Press.
- Harkness, E. F., & Bower, P. J. (2009). On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. In The Cochrane Collaboration & P. J. Bower (Eds.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Retrieved from <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000532.pub2>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Grupo ESEMeD-España. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina clínica, 126*(12), 445–451.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review, 202*(1), 90–98. <https://doi.org/10.1177/0027950107086171>
- Martín, J. C., Garriga, A., & Egea, C. (2015). Psychological Intervention in Primary Care After Earthquakes in Lorca, Spain. *The Primary Care Companion for CNS Disorders, 17*(1). <https://doi.org/10.4088/PCC.14m01691>
- Martín, J.C., Garriga, A., Egea, C., & Sainz, C. (2012). Psychological intervention for survivors of the Lorca earthquakes: an experience of integration in primary care. In *Psychological intervention for survivors of the Lorca earthquakes: an experience of integration in primary care*. (pp. 37–42). Bologna: Medimond.
- Martín, J.C., Garriga, A., Pujalte, M.I., Balanza, P., San Llorente, C., Guijarro, A., ... Martínez-Moya, A. (2009). Generalización y efectividad de la aplicación del modelo de control de pánico en centros de salud mental. Una estrategia de benchmarking. *Psicología.com, 13*(2). Retrieved from <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/674/649/>
- Martín, J.C., Valera, J., Albacete, A., Sánchez, A., & Egea, Carmen. (2013). Características del TEPT y otros trastornos demorados o cronicados tras los seísmos de Lorca. In *Avances en psicología clínica: 2013. Libro de capítulos del VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (Asociación Española de Psicología Conductual (AEPCC), pp. 455–463). Granada: Retrievd from <http://www.ugr.es/~aepc/WEBCLINICA/DOCUMENTOS/librocapitulosXICong.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Retrieved from [http://www.mssi.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.mssi.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
- Mitchell, A. J., Rao, S., & Vaze, A. (2011). Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *Journal of Affective Disorders, 130*(1-2), 26–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.028>
- National Collaborating Centre for Mental Health (Grande-Bretagne), & National Institute for Clinical Excellence (Grande-Bretagne). (2005). *Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Published by Gaskell and the British Psychological Society.
- National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain), N. I. for H. and C. E. (Great B., British Psychological Society, & Royal College of Psychiatrists. (2011). *Common mental health disorders: identification and pathways to care*. Leicester; London: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists.
- National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain), National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain), British Psychological Society, & Royal College of Psychiatrists. (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*.
- National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain), National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain), British Psychological Society, & Royal College of Psychiatrists. (2011). *Generalised anxiety disorder in adults management in primary, secondary and community care*. London: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83459/>
- Navarro-Mateu, F., Tormo, M. J., Salmerón, D., Vilagut, G., Navarro, C., Ruiz-Merino, G., ... Alonso, J. (2015). Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. *PLOS ONE, 10*(9), e0137293. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137293>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 27*(5), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: CIE-10*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., & Hernández-Torres, E. (2008). [Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool for use in primary care in Spain]. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S, 22*(5), 415–420.
- Richards, D. A., & Borglin, G. (2011). Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: two year prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders, 133*(1-2), 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.024>
- Seisdedos Cubero, N., & Spielberger, C. D. (1997). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators\*, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(s420), 47–54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- Thompson, C., Ostler, K., Peveler, R. C., Baker, N., & Kinmonth, A. L. (2001). Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care: The Hampshire Depression Project 3. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 179*, 317–323.
- Tylee, A., & Walters, P. (2007). Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? *The Journal of Clinical Psychiatry, 68* Suppl 2, 27–30.
- Vicente Sánchez, María Pilar, Macías Saint-Gerons, Diego, de la Fuente Honrubia, César, González Bermejo, Diana, Montero Corominas, Dolores, & Catalá-López, Ferrán. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública, 87*(3), 247–255.
- Von Korff, M., & Goldberg, D. (2001). Improving outcomes in depression. *BMJ (Clinical Research Ed.), 323*(7319), 948–949.

(Artículo recibido: 25-01-2017; revisado: 02-05-2017; aceptado: 16-05-2017)