

El Modelo Colaborativo de Consultoría entre Atención Primaria y Salud Mental: la Experiencia del Área de Gestión Sanitaria Jerez

A Collaborative Consultation Approach Between Primary Care and Mental Health: the Jerez Healthcare Management Area Experience

 Laura Armesto Luque, José Manuel Izquierdo García, Lucía Sanguino Osuna, Jesús Arroyo Bravo,  Leticia I. Muñoz-Manchado y Ana Lubián Ponti

Hospital Universitario Jerez de la Frontera (SAS), Cádiz, España.

Resumen

Los autores presentan modelos de interrelación entre la atención primaria y la red de salud mental, describiendo el modelo colaborativo de trabajo que funciona desde 1996 en el Área de Gestión Sanitaria de Jerez de la Frontera. Este modelo conlleva un enfoque interdisciplinario, internivel y multisectorial de trabajo en red con diversas instituciones. En relación con la atención primaria, destacan reuniones de coordinación sistemáticas entre facultativos de salud mental y atención primaria, programas de interconsulta, coordinación con otras instituciones y apoyo a programas terapéuticos en atención primaria, además de sesiones de formación. Se presentan datos referidos a la gestión de la demanda desde Atención Primaria a Salud mental en esta Área de Gestión Sanitaria a lo largo del año 2023 y se discuten los puntos fuertes y débiles de este modelo frente a otros implementados en el mismo contexto. Se observó que la mayoría de las consultas en población adulta fueron realizadas por mujeres, mientras que los casos más consultados están relacionados con trastornos afectivos y ansiosos. Tras la valoración del caso en consultoría se derivó a salud mental menos de la mitad de los casos, consiguiendo resolver mediante la coordinación el resto de las demandas.

Palabras clave: salud mental, atención primaria; modelo colaborativo; consultoría.

Abstract

The authors present models of interrelation between primary care and the mental health network, describing the collaborative working model that has been operating since 1996 in the Jerez de la Frontera Healthcare Management Area. This model involves an interdisciplinary, inter-level, and multisectoral network-based approach that includes collaboration with various institutions. Regarding primary care, key elements include systematic coordination meetings between mental health and primary care clinicians, interconsultation programs, coordination with other institutions, support for therapeutic programs in primary care, and joint training activities. Data on demand management from primary care to mental health within this Healthcare Management Area during 2023 are presented, and the strengths and weaknesses of this model are discussed in comparison with others implemented in similar contexts. Most adult consultations were found to be conducted by women, and the most frequent presenting problems were related to affective and anxiety disorders. Following case assessment in the consultancy setting, fewer than half of the patients were referred to mental health services, with the remaining demands being resolved through coordination and professional support.

Keywords: primary care, mental health, collaborative model, consultation, care coordination.

Los Diferentes Modelos de Trabajo y Coordinación entre el Sistema de Atención Primaria y la Red de Salud Mental

La mayoría de los sistemas sanitarios públicos de los países desarrollados suelen compartir como estructura común dos niveles de atención, la atención primaria o comunitaria y la especializada u hospitalaria (Saltman, 2018). La Atención Primaria (en adelante AP) en la Unión Europea, a excepción de Francia y Alemania, es habitualmente junto con urgencias, la puerta de entrada al sistema sanitario (Fernandez del Río, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2019)

Aunque en España la salud mental (en adelante SM) pertenece administrativamente a la atención hospitalaria y especializada, desde la reforma psiquiátrica de 1983 (Olabarriá y Gómez Beneyto, 2022), se ha venido apostando por un modelo de atención comunitario e interdisciplinar que asegure la continuidad de cuidados. Esta asistencia se desarrolla en Unidades de Salud Mental Comunitaria (en adelante USMCs), que sirve de referencia a diversos Centros de Salud (CS), con apoyo de otros servicios hospitalarios para los pacientes más graves como la Unidad de Hospitalización, Hospital de Día, Comunidad Terapéutica o Unidad de Rehabilitación (Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2007). En Andalucía, esta organización se rige por el Decreto 77/2008 de ordenación de los Servicios de Salud Mental.

Los trastornos mentales a lo largo de la vida tienen una prevalencia del 19,5 - 25% en la población general (Codony et al., 2007; Haro et al., 2006;), destacando los trastornos ansioso-depresivos, que pueden llegar entre el 25 y el 40% del total de consultas en AP según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Por otro lado, las personas con problemas de SM consultan en AP 1,5 veces más que la población general según el informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023 (Ministerio de Sanidad, 2024), pudiendo llegar hasta el 60% en el caso de personas “hiperfrecuentadoras” (Ferrerías et al., 2011). Además, las consultas referentes a problemas de SM “menores” son muy frecuentes

en AP (Moreno y Moriana, 2012), llegando la prevalencia global registrada en AP de problemas de SM al 27,4 %. La atención a los problemas mentales en AP es, por tanto, compleja. El espectro de problemas psicológicos a los que un profesional debe hacer frente durante el acto clínico obliga a ir más allá de las clasificaciones nosológicas oficiales y trabajar con sintomatología muy poco específica sin dejar de lado, además, posibles problemas psicosociales en lo que puede estar inserta la demanda (Sánchez Reales et al., 2014). Las condiciones en las que trabajan actualmente muchos de los profesionales en el contexto de primaria, sumados a la complejidad mencionada contribuyen sustancialmente a que el manejo que se suele hacer desde AP sea la prescripción de psicofármacos como primera elección, a pesar de la posibilidad de efectos secundarios no deseados como dependencia, somnolencia o cambios en el patrón del sueño (Martín et al., 2017).

En las últimas décadas, la prevalencia de trastornos de ansiedad, del sueño y trastornos depresivos ha seguido una tendencia creciente en las consultas de AP de España; a la par, también es creciente la prescripción de medicamentos como antidepresivos, hipnóticos y sedantes (Ministerio de Sanidad, 2024), siendo necesario filtrar qué demandas se derivan atención especializada para poder llevar a cabo una asistencia adecuada (Hernández García et al., 2023; Lozano et al., 2011).

En líneas generales, podríamos encontrar cuatro modelos principales (Fernández de Sanmamed et al., 2020 Sánchez-Reales y Caballero-Peláez, 2014) en los que organizar, coordinar y resolver la atención a las demandas de SM en AP:

- Modelos formativos: los profesionales de AP son formados en conocimientos y habilidades para prevenir, identificar y tratar los trastornos mentales para así solo derivar a SM una pequeña parte de los casos.

- Modelos de consultas de enlace. Los profesionales de SM mantienen un papel de consultores y en una posición de educación continua de los médicos de AP en el abordaje de

personas con sufrimiento emocional. La responsabilidad en el seguimiento de los pacientes estaría en AP y los casos se derivarían tras discutirlos entre los profesionales.

- Modelos de asistencia cooperativa (o modelos colaborativos). Éstos implican un nivel de complejidad mayor que incluye la función del “gestor de casos” y una modificación sustancial en la calidad de la comunicación y relación interprofesional, siendo uno de los componentes clave de este tipo de modelos. Incluyen aspectos de los anteriores modelos como la formación de los especialistas de AP, ofreciendo directrices para el abordaje de patologías, pero también se incluyen actividades de evaluación, educación de pacientes, y realización de consultas de los profesionales de SM en el contexto de AP.

- Modelo de sustitución. Se suelen ofrecer en el nivel de AP tratamientos y psicoterapias regladas, como la cognitivo-conductual o la interpersonal, por parte de profesionales de la SM que realizan su labor en ese contexto. Durante el tiempo de tratamiento, el sufrimiento emocional es derivado a esas figuras, a pesar de que la responsabilidad clínica integral del paciente ha de recaer en el médico de atención primaria (MAP).

De los modelos con mayor evidencia científica, destaca el modelo de asistencia colaborativa o integrativa (Bower y Gilbody, 2005; Cape et al., 2010; Calderón et al., 2014). La asistencia colaborativa se basa en fomentar un

enfoque multidisciplinar de la gestión, el cuidado y el seguimiento de los pacientes, además de una comunicación interprofesional (Gunn et al., 2006). Concretamente, en el caso del enfoque integrativo, destaca que el MAP no pierde la responsabilidad sobre el paciente, en cambio, el malestar del mismo es abordado por un profesional especializado en SM, en el propio centro de AP (Gilbody y Bower, 2007). Estos implican acciones e intervenciones diferentes como son la implementación de un gestor de caso (entendiendo que esta figura puede ser el MAP), atención escalonada, rediseño en la gestión, acciones formativas a los profesionales o apoyo a la educación y autogestión de los pacientes (Calderón et al., 2014).

Como se menciona más arriba, a diferencia de los modelos habituales de derivación, este modelo permite incluir tratamientos psicológicos en AP para los casos más leves, donde la gravedad funcional y sintomatológica es menor. De esta manera, la asistencia escalonada permite que los servicios especializados en SM puedan centrarse en aquellos casos que son más complejos, donde la sintomatología clínica y el deterioro funcional es mayor (Cordero-Andrés et al., 2017).

En la Figura 1, se muestra como Fernández de Sammaned et al., (2020) señalan aspectos a potenciar y evitar en la coordinación y trabajo conjunto AP y SM que nos ha parecido pertinente recoger como parte del espíritu esencial que acompañará este artículo.

Figura 1

Aspectos destacados en la coordinación y trabajo conjunto con AP

A POTENCIAR	A EVITAR
Modelo colaborativo	Modelo de sustitución
Abordaje psico-social de la AP	Segmentar la atención atribuyendo el abordaje de los problemas biológicos a la AP y psicológicos a la SM
Relación ágil entre profesionales de los diferentes servicios	Estructuras burocráticas de coordinación
Apoyo emocional y clínico a profesionales de AP	Relación vertical entre profesionales
Objetivos comunes y funciones defendidas 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

Nota: Extraído de Fernández de Sanmamed et al. 2020 (citado en Bower y Gilbody, 2005; y Cape et al. 2010)

Tanto dentro de nuestro país como en otros contextos sanitarios existe una gran variabilidad en la práctica de los modelos colaborativos y de coordinación entre AP y SM, modelos que se ven condicionados por las características de los servicios de salud y de los contextos. Estudios previos en España (Galvez - Llompart et al., 2021) han demostrado que implantar reuniones de colaboración AP-SM tiene un impacto en la gestión de la demanda, disminuyendo las altas tras primera consulta y reduciendo la incomparecencia de los pacientes a la primera consulta, así como reduciendo el tiempo de espera para la primera consulta (Morera-Llorca et al., 2014). Además, los profesionales de AP pasan a valorar más positivamente las intervenciones de los especialistas y se encuentran más satisfechos en general con la relación entre AP y SM (Morera-Llorca et al., 2014).

A pesar de todo esto y de contadas excepciones, en la práctica, el modelo de gestión por el que se funciona habitualmente es el de sustitución mediante derivación: el paciente con diagnóstico de trastorno mental se deriva a atención especializada para que se atienda allí su problema, de forma desconectada de la AP.

Los Modelos de Cooperación en Andalucía

El Sistema Sanitario Público de Andalucía no ha sido ajeno a estos cambios de los modelos de gestión sanitaria de su entorno, siendo una de las primeras comunidades autónomas en acometer la reforma psiquiátrica y en el desarrollo de la SM comunitaria (Carmona y del Río, 2011); además de en la implantación de modelos avanzadas de gestión como las Unidades de Gestión Clínica (UGCs Carmona y del Río, 2009), y un sistema de acreditación de competencias.

Desde el año 2000, con la puesta en marcha del I Plan de Calidad “Nuevas Estrategias para la Sociedad Andaluza” se propone el modelo de gestión por procesos, que aboga por un abordaje integral de cada uno de los problemas de salud definiendo todas las actuaciones desde que una persona demanda asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes

ámbitos de actuación en AP y Atención Hospitalaria, se convierten en elementos esenciales.

En esta nueva etapa, se publica la primera edición del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad-Depresión-Somatizaciones (PAI-ADS, 2002) que propone como premisa fundamental la colaboración entre AP y los servicios de SM, diferenciando los espacios de trabajo de cada ámbito con criterios consensuados de transferencia de casos, además de contemplar un espacio real de trabajo común (consultas conjuntas en el CS, protocolos comunes, vías de comunicación, responsables del proceso en cada institución, formación conjunta...). En su segunda edición (Díaz del Peral et al., 2011), se incluye el “modelo de atención por pasos”, incorporando los supuestos de la atención escalonada. En este PAI, se describe el espacio de colaboración entre AP y SM, con tres actividades fundamentales; las consultas conjuntas en los CS, el desarrollo de reuniones para análisis de casos y seguimiento del proceso y finalmente la actividad docente.

Aunque los objetivos del PAI-ADS (2011) eran bienintencionados, la aplicación práctica del modelo de cooperación y atención por pasos ha sido muy parcial, dada la inercia del modelo de derivación entre los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Habiendo solo algunas experiencias excepcionales como la de la USMC “El Limonar” en Málaga (Alcaine Soria et al., 2012) y la del Área de Gestión Sanitaria (AGS) Jerez de la Frontera, que presentaremos.

El Nuevo Modelo de Cooperación Andaluz: Psicólogo Clínico en AP

Este enfoque se ha estado desarrollando en Andalucía impulsado por los efectos de la pandemia COVID19, la urgente necesidad de reducir el malestar y canalizar las demandas de los usuarios al sistema sanitario. En 2021, dentro del Programa de SM de Andalucía, se creó un documento base que recogía la inclusión de un profesional de la psicología clínica por la UGC de SM. De esa forma, poco después se incorporaron 26 nuevos especialistas en psicología clínica con la denominación de “dinamizadores” y con la directriz de dedicarse a cuatro espacios de actuación principales: colaborativo, asistencial,

de coordinación entre AP-SM y de promoción/prevención, estableciendo que la atención directa a los pacientes ocupase como mucho el 50% de su tiempo.

Este incremento de recursos humanos tuvo gran acogida entre los profesionales. No obstante, la aplicación del programa ha sido dispar. Lo más habitual ha sido el desarrollo de una única experiencia piloto en un solo CS, dando resultados, en ocasiones paradójicos, pues aumentaba la demanda de consultas en SM. Una posible explicación, es que el psicólogo referente de AP usualmente atendía toda la demanda asistencial de ese centro; dejando a un lado su labor de coordinación, promoción y prevención. La creación de este recurso en muchos casos se entendía como una vía abierta a derivar cualquier demanda relacionada con SM, con lo cual el recurso se saturaba y acababan llegando a la USMC todo tipo de demandas..

A nivel ético, también se han realizado algunas críticas, como la de Benedicto (2021), en la que afirma que en los tratamientos principalmente aplicados, breves y grupales, al ir dirigidos principalmente a población con demandas relacionadas con aspectos emocionales y de adaptación (que se considera no alcanzan la gravedad para ser derivados a SM especializada), corren el riesgo de nuevo de “centrar el foco en el afrontamiento personal y que eso pueda generar una responsabilización e 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” (p.12).

Por último, tras implantar este programa nos hemos encontrado con la paradoja de que se realizan tratamientos psicológicos más intensivos en AP que en servicios de SM, tanto por frecuencia y accesibilidad como por intervalo entre consultas, lo cual es un claro ejemplo de la *Ley de Cuidados inversos* que ya describiera Julian Tudor Hart (mencionado en Gené-Badía y Martín-Zurro 2018).

Aunque en un primer momento puede parecer que mejorar el acceso de la población a los tratamientos psicológicos y terapias

conversacionales es algo positivo, eficiente y deseable en sí mismo, ya hay voces reflexionando sobre los mitos tras esta idea y como no debemos de perder de vista las necesidades de la población en la gestión de los recursos (Scott, 2024). En este sentido, existen otras propuestas de gestión diferente, encaminadas a definir de un modo distinto la interrelación entre el nivel de AP y el de atención especializada en SM, que consideramos de más interés y utilidad. Será el objetivo de este artículo profundizar en el modelo de atención colaborativo que se implementa en nuestra área y revisar sus puntos fuertes y debilidades frente a otros modelos.

El Modelo Colaborativo de AP y SM del AGS de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz

En el AGS de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz se atiende a una población de 460.385 habitantes. Esta población se distribuye en tres distritos: 218.780 personas pertenecen al área de Jerez, 126.308 al área Costa Noroeste y 115.297 al área Sierra de Cádiz (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2023). El AGS cuenta con nueve zonas básicas, 20 CS de AP, 40 consultorios y una Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Cada distrito es atendido por una USMC.

El área cuenta con un total de 18 Facultativos especialistas de área (FEA) en Psicología clínica, lo que aporta una ratio de 3,97 por cada 100.000 habitantes, frente a la ratio general del SAS, de 3,09 por cada 100.000 habitantes: Por el contrario, la tasa de FEA Psiquiatría en el SAS es de 6,23 y en el área es de 7,06 por 100000 habitantes (Federación Salud Mental Andalucía, 2023).

La UGC de Jerez se adhirió a la posibilidad que se ofrecía de contratación de un nuevo profesional de psicología clínica para ser destinado al programa de AP. No obstante, su adscripción no fue realizada conforme al modelo anterior, sino que se integró en el modelo de colaboración interniveles de la UGC de Jerez que se lleva realizando y desarrollando desde 1996. Este modelo fue posible, al amparo del I Plan Andaluz de Salud, teniendo muy presentes los cambios organizativos que la reforma

psiquiátrica había impulsado hacia un modelo más comunitario en las décadas de los ochenta y noventa (Olabarria y Gómez, 2022).

El modelo de cooperación establecido entre AP y SM en el AGS Jerez se basa en el supuesto de entender la AP como un lugar de atención personalizada y mantenida en el tiempo por el mismo profesional, continua, integral y accesible para el conjunto de la población. La atención a lo largo de la vida por el mismo profesional crea una relación de confianza, conocimiento mutuo y compromiso, que favorece una asistencia más humana y segura. La continuidad asistencial y longitudinalidad mejoran la calidad de la asistencia, el uso de recursos, la eficiencia del sistema y la satisfacción de pacientes y profesionales. Además, facilita la atención preventiva y reconocimiento precoz de los problemas de salud, así como la prevención cuaternaria evitando el sobrediagnóstico, medicalización, derivaciones a especialistas de segundo nivel, reduce visitas a servicios de urgencias, ingresos hospitalarios y mortalidad; mejorando la esperanza y calidad de vida, particularmente en personas mayores (Añel-Rodríguez et al., 2022).

En este modelo, la colaboración se realiza con todos los CS existentes, participando todo tipo de profesionales de SM y AP: psicólogos clínicos, psiquiatras, profesionales de trabajo social y enfermería especializada de SM. Las derivaciones a SM son coordinadas a través de un espacio de consultoría habilitado con cada CS. Estos encuentros tienen lugar presencialmente y en un espacio temporal que está reservado en la agenda de forma periódica, teniendo habitualmente encuentros con frecuencia semanal entre AP y el FEA de SM, exceptuando a CS más pequeños para los que se recurre a frecuencia quincenal o mensual. Solo las derivaciones urgentes no requieren de esta comunicación previa entre facultativos.

En este espacio de colaboración, denominado espacio de consultoría, se realizan tareas diversas que exceden de las previstas en el PAI ADS y van más allá de ese grupo de diagnósticos:

- Asesoramiento de tipo farmacológico y estrategias de intervención psicosocial.

- Coordinación con trabajo social de AP y grupos socioeducativos.
- Estrategias de gestión de casos contempladas dentro de los diferentes PAI: Ansiedad-Depresión-Somatizaciones, Trastorno de la Conducta Alimentaria y Trastorno Mental Grave.
- Actividades de tipo formativo.
- Interconsultas conjuntas de acto único con el paciente, con presencia del MAP y el FEA Psicología Clínica-Psiquiatría. En muchas de estas consultas se da al paciente una devolución no patologizante de su malestar cuando éste se asocia a estresores sociales y se fomenta el uso de intervenciones sociales y comunitarias para su resolución. Se devuelve una indicación justificada de no tratamiento.
- Elaboración de informes breves de consulta.
- Realización de pruebas de evaluación.
- Derivaciones acordadas AP-SM con indicación de tratamiento psicológico o farmacológico, acordando la disciplina que acogerá al paciente en la USMC.
- Derivación a otras especialidades médicas.
- Derivación a otras instituciones y activos de naturaleza psico-social o recursos del entorno comunitario.
- Coordinación e intercambio de evolución clínica de pacientes ya atendidos en la USMC y acuerdos respecto de la intervención terapéutica y planificación (por ejemplo, alta pactada, continuidad asistencial).
- Otras demandas que puedan surgir a los Facultativos de AP relacionadas con la SM.

El modelo de colaboración desarrollado aspira a constituir un enfoque interdisciplinar de trabajo en red, multisectorial y multinivel, entendiendo este como una “estrategia vincular, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y

conocimientos para el logro de fines comunes” (Leal Rubio, 2005, p.119). Podemos apoyar nuestra impresión de la repercusión positiva de este modelo sobre las derivaciones a SM en dos indicadores indirectos:

- El tiempo de demora hasta atender la primera consulta en el AGS de Jerez fue en 2023 de 22,84 días, siendo el segundo menor de Andalucía. La media andaluza es de 44,35 días de demora en el año 2023 (ver más en Anexo 1 Tabla con datos de todas las UGC andaluzas cedida por el director de la UGC Jerez).
- La UGC Jerez en el año 2023 era la que tenía menor ratio de personas atendidas en USMC por cada 10.000 habitantes: 2.907 usuarias. La media andaluza era de 4.326 personas atendidas en USMC por cada 10.000 habitantes.

Por lo tanto, los objetivos del presente estudio suponen realizar un primer análisis descriptivo y exploratorio de las demandas abordadas en el espacio de consultoría y estudiar que variables correlacionan con una mayor derivación a SM

Método

Diseño

El estudio combina un diseño descriptivo y otro comparativo. En primer lugar, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal que incluyó todas las consultas de adultos derivadas desde AP a SM del AGS de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz durante el año 2023. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, USMC de derivación, diagnóstico sindrómico, decisión tras la consultoría, tratamiento farmacológico y decisión tras la consultoría en los casos graves (diagnóstico sindrómico esquizofrenia, trastornos delirantes o trastornos de personalidad severos).

En segundo lugar, se realizó un estudio comparativo en el que se dicotomizó la variable decisión tras la consultoría en dos categorías (derivación a SM versus no derivación a SM). Dicha variable se correlacionó con las siguientes: sexo, edad, diagnóstico sindrómico y tipo de

consultoría. Esta última variable se construyó en función de la oferta existente en cada CS y contempló cuatro modalidades: solo consultoría, consultoría con interconsultas, consultoría con Grupos Socioeducativos (GRUSE) y consultoría con GRUSE e interconsultas.

Recogida de datos

La recogida de datos se realizó entre enero y diciembre de 2023 en las tres USMC del AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz. La información fue recopilada por los facultativos especialistas de área (psiquiatras y psicólogos clínicos) que participan en los espacios de consultoría con AP. Los datos se registraron en una hoja de cálculo elaborada con Microsoft Excel (versión 2021; Microsoft Corporation) con opciones de respuesta cerrada para todas las variables. Posteriormente, los archivos individuales fueron consolidados en una base única para su análisis. El estudio se limitó a población adulta.

Análisis estadístico

En el análisis descriptivo se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y la media y desviación típica para la variable cuantitativa edad. Este análisis se realizó con el programa R Commander (Fox, 2005) dentro del entorno R (R Core Team, 2023).

En el análisis inferencial se aplicaron las siguientes pruebas: Prueba χ^2 para examinar la asociación entre la variable derivación a SM (dicotomizada en sí/no) y las variables categóricas del estudio. Prueba t de Student para comparar la variable edad según la derivación a SM (sí/no). Las pruebas se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics, versión 13.0 (IBM Corp., 2004).

Resultados

Estudio Descriptivo

El total de casos comentados en consultoría en las tres USMC del área se exponen en la Tabla 1. La distribución por sexo de la demanda se mantiene igual en los tres distritos ($\chi^2_{(2, 2714)} = 0,04$, $p = 0,98$). La mayoría de las consultas en

población adulta se refieren a pacientes mujeres ($\chi^2_{(1, 2714)} = 172,5, p < 0,001$). Las distribuciones de la muestra total de casos consultados por edad y

diagnóstico se exponen en las Tablas 2 y 3 respectivamente.

Tabla 1

Casos consultados segregados por sexo en cada USMC

Zona	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total	Derivación a USMC (%)
USMC Jerez	535 (37,20)	905 (62,64)	1440	454 (32,40)
USMC Sanlúcar de Barrameda	332 (37,70)	548 (62,80)	880	340 (38,59)
USMC Villamartín	147 (37,30)	247 (62,30)	394	156 (34,59)
TOTAL AGS	1014 (37,36)	1700 (62,64)	2714	944 (100)

Tabla 2

Distribución por edad de los casos llevados a consultoría

Edad	Número total de casos	Mediana	Desviación Típica
	44,67	45	16,58
14-18	143	16	1,80
19-35	649	27	4,53
36-49	763	42	3,97
50-65	859	56	4,12
Más de 66	285	72	5,23
N.A.S.	14	-	-

Nota: NAS = No asignado al sistema

Tabla 3

Diagnósticos sindrómicos motivo de consulta de la consultoría

Diagnóstico Sindrómico	f	%
Diagnóstico aplazado	91	3,68
Sin patología	112	4,53
Trastorno Mental sin especificar	47	1,90
Trastornos Orgánicos	38	1,54
Trastornos por Consumo de Sustancias	55	2,22
Trastornos Bipolares y Monopolares	62	2,51
Reacción a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación	310	12,54
Trastornos relacionados con la Ansiedad y la Depresión	1450	58,66
Trastornos de la Conducta Alimentaria	55	2,22
Trastornos Esquizofrénicos, Delirantes y Trastornos Personalidad	136	5,50
Retraso Mental	36	1,46
Trastornos del Desarrollo	18	0,73
Trastornos de las Emociones de inicio en Infancia y Adolescencia	21	0,85
Trastorno de la Conducta Social de inicio en la Infancia	6	0,24

El 59% de los casos por los que se consulta se encuadran en trastornos relacionados con ansiedad y depresión. En frecuencia, le siguen las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación, que suponen un 13% de los motivos de consulta. Los trastornos esquizofrénicos, delirantes y de personalidad severos suponen el 6% de los casos; los trastornos bipolares el 3%. Los trastornos de conducta alimentaria rondan el 2% de la demanda, similar al trastorno por consumo de sustancias. A destacar los datos marginales que se aprecian en los diagnósticos con inicio en la infancia y adolescencia, relacionados con que, en algunos espacios de consultoría de adultos, se registran también casos de adolescentes entre 14 y 17 años atendidos por MAP.

Por otro lado, las Tablas 4 y 5 muestran los porcentajes calculados sobre el total de casos consultados en la AGS de las decisiones tomadas tras la consultoría, teniendo en cuenta las opciones disponibles en los distintos CS. Por motivos de espacio, el anexo 2 describe las opciones en la toma de decisiones tras realizar la consultoría.

Tabla 4
Decisión clínica del conjunto de casos tras la consultoría

	f	%
Derivación a Salud Mental	944	38,94
Coordinación	475	19,60
Asesoría a Atención Primaria	472	19,47
Interconsulta	246	10,15
Derivación a Atención Primaria	100	4,13
GRUSE	59	2,43
Interconsultas conjuntas	47	1,94
Otras decisiones	81	3,34

Nota: GRUSE = Grupos socioeducativos

Tabla 5
Decisiones tras consultoría según las opciones disponibles en el Centro de Salud

Oferta terapéutica escalonada	%
Solo consultoría	58,2
Consultoría + Interconsulta	52,1
Consultoría + GRUSE	41,8
Consultoría + Interconsulta + GRUSE	32,4

Tras la valoración del caso en consultoría, se optó por hacer una derivación a SM en el 34,59% de los casos. Para más del 60% de los casos se toma otra decisión en primer lugar. Las siguientes actuaciones más frecuentes son Coordinación, en el 19,6% de los casos, y Asesoría a AP en el 19,5%. En aquellos que solo existe el espacio de reunión de consultoría es donde hay un mayor de pacientes que se derivan a SM del total de aquellos que se consultan. A medida que en la consultoría del CS se ofrecen más posibilidades asistenciales disminuye el porcentaje de derivaciones respecto de los casos consultados.

Por otro lado, la mayoría de los pacientes por los que se consulta en el espacio de consultoría ya tiene una prescripción activa de antidepresivos, ansiolíticos, sedantes o neurolépticos (ver Tabla 6). En un 38% de los casos no se recoge este dato. La mayoría de los pacientes por los que se consulta en el espacio de consultoría ya tiene una prescripción activa de antidepresivos, ansiolíticos, sedantes o neurolépticos.

Tabla 6
Prescripción activa de tratamiento farmacológico en consultoría

Tratamiento farmacológico activo	F	%
Sí	1099	40,49
No	592	21,81
Desconocido	1023	37,69

Estudio Comparativo

En primer lugar, se exploró las diferencias en la probabilidad de derivación a USMC de referencia en función del distrito sanitario de origen, según contraste chi cuadrado ($\chi^2_{(2, 2714)} = 265,9$; $p = 0,265$), que descartaron una diferencia estadísticamente significativa.

Los resultados obtenidos en relación con la decisión de derivación por diagnóstico sindrómico se muestran en la Tabla 7. Tras el análisis estadístico obtenido mediante contraste con la prueba chi cuadrado, se confirma una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2_{(8, 2265)} = 19,83$, $p = ,011$) entre el tipo de diagnóstico consultado y la decisión de derivar.

Tabla 7
Derivación por diagnóstico sindrómico

Diagnóstico Sindrómico	Derivación			
	NO		SÍ	
	n	%	n	%
Ansiedad y Depresión	770	60,49	503	39,51
Delirantes y Esquizofrenia	71	60,68	46	39,32
Sin especificar	516	61,43	324	38,57
Bipolares y Monopolares	34	58,62	24	41,38
Trastorno Orgánico	31	86,11	5	13,89
Hipercinético	19	61,29	12	38,71
Desarrollo psicológico	9	50	9	50
Consumo de Sustancias	42	79,25	11	20,75
Infancia y Adolescencia	11	47,83	12	52,17

Se analizó la relación entre la edad del paciente y la decisión de derivación mediante

una prueba t de Student para muestras independientes, ver Tabla 8. El supuesto de homogeneidad de varianzas no se vio comprometido (prueba de Levene: $F = 1,913$, $p = 0,167$). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, $t_{(2434)} = 8,367$, $p < 0,001$, de modo que los pacientes derivados a USMC presentaron una edad media significativamente menor ($M = 41,56$, $SD = 16,37$) que los no derivados ($M = 47,26$, $SD = 16,3$).

Tabla 8
Edad media en función de la decisión de derivar

Derivación	Edad			
	n	M	SD	SE
	No	Si	No	Si
No	1491	47,26	16,38	0,42
Si	945	41,56	16,37	0,53

Los resultados obtenidos del porcentaje de derivaciones a SM según si en la consultoría existía la opción de realizar interconsulta o derivación a grupo GRUSE se muestran en la Tabla 9. No se encontraron diferencias significativas entre el sexo del paciente y la derivación ($\chi^2 = 0,003$; $p = 0,955$). El análisis estadístico mediante la prueba chi cuadrado muestra diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 43,649$; $p < 0,001$) con la existencia de interconsulta y la derivación a SM. En las consultorías de los CS que ofrecen interconsulta se derivó al 35% de los pacientes, mientras que en aquellos CS que carecían de la posibilidad de interconsulta se derivó al 52%. La existencia de grupos GRUSE en el CS mostró diferencias significativas en el número de derivaciones a SM ($\chi^2 = 93,306$; $p < 0,001$), estando el porcentaje de derivaciones a SM en torno al 33,2% en los CS con GRUSE respecto al 55% en los que carecían de este recurso.

Tabla 9

Porcentaje de derivaciones a SM según si en la consultoría existía la opción de realizar interconsulta o derivación a grupo GRUSE

		Decisión dicotomizada Derivación a SM			
		NO		SI	
		n	%	n	%
Sexo	Hombre	548	61,3	346	38,7
	Mujer	952	61,2	604	38,8
Interconsulta	No	209	47,4	232	52,6
	Sí	1294	64,3	718	35,7
GRUSE	No	279	45,0	341	55,0
	Sí	1224	66,7	609	33,2

Nota: GRUSE = Grupos socioeducativos

Discusión

Los casos llevados a la consultoría representan una muestra de las personas que acuden a un CS con malestar en relación con su SM. La mayoría de los casos consultados son mujeres. Además, esta proporción se mantuvo casi idéntica en las tres USMCs, lo cual puede estar relacionado con una mejor predisposición de las mujeres a solicitar ayuda ante problemas emocionales, así como una mayor tendencia internalizante de los problemas, en contraste con los hombres que suelen ser mayoría en otros circuitos de atención, como las drogodependencias (Campbell et al., 2021; Gutman y Codirolli McMaster, 2020). Respecto a la edad, la media también se ha comportado casi idéntica en las tres USMCs, estando en torno a los 44 años, lo cual también es acorde con lo esperado en la mayoría de los estudios de prevalencia.

Nos encontramos con que cada vez hay más demandas de sufrimiento mental en las consultas de AP, principalmente trastornos emocionales y adaptativos, que no suelen ser graves y que se encuentran en clara interrelación con condiciones de vida adversas como la pobreza o exclusión, precariedad laboral, crisis vitales... (Martín et al., 2017). Acorde con este hecho, los diagnósticos más habituales encontrados en nuestro estudio fueron los relacionados con síntomas ansioso-depresivos y reacciones de

adaptación; no obstante, de esto solo se consideraron para derivación a SM el 39,5 % de la muestra.

Por otro lado, el porcentaje de pacientes que no presentaban patología fue del 4,53%. Una aportación fundamental del espacio de consultoría es que puede diferenciar la queja (como expresión de malestar o sufrimiento vital) de la demanda, que ya sí sería susceptible de recibir atención clínica. Derivar a SM es la actuación que se limita a las demandas clínicas, mientras que las quejas de los pacientes se acogen desde la escucha, la contención y el fomento de los activos comunitarios de salud. Desde una AP de calidad y en coherencia con los valores de ésta, se podría atender a este sufrimiento dándole un sentido a las vivencias de la persona en su contexto, sin embargo la tendencia que observamos es de una mayor psiquiatrización de estos problemas, llevando por un lado a una creciente dependencia de la población de profesionales “psi” para resolver sus problemas cotidianos, problemas que aunque muy generalizados se abordan solo desde lo individual, llevando a más diagnósticos y a intentos de solución basados en la medicalización (Padilla y Carmona, 2022). La consultoría por sí misma mejora la asignación de recursos de una forma más eficiente. Como ejemplo, los trastornos orgánicos y los trastornos por consumo de sustancias se derivan menos, ya

que son atendidos en circuitos diferentes al de SM.

Por otro lado, el 47,9% de los casos más graves fueron coordinados, mientras en un 5% se asesoró a su Médico de AP. Esto significa que estos pacientes ya estaban siendo atendidos en SM y se trabajó en la continuidad de cuidados. Mientras que el resto fue derivado a SM o atendido en interconsulta.

Estos datos indican que la colaboración con AP es lo único que puede ayudar a atajar la paradoja que se observa hace años en SM, que es la coexistencia de por un lado, el infratratamiento de los trastornos mentales graves y, por otro, la medicalización y psiquiatrización de la vida cotidiana, con cada día más personas que no son capaces de afrontar eficazmente situaciones estresantes cotidianas (incrementando el número de diagnósticos adaptativos) sin recurrir a tratamientos farmacológicos (Ramírez et al., 2014).

Otro dato que apoya como el modelo de cooperación con AP puede ayudar a reducir la saturación de los Servicios de SM es que la mera existencia de la consultoría ya reduce el número de derivaciones al 58,2 % respecto al total de consultas. Si bien la AP es la puerta de entrada al sistema sanitario, no debe entenderse sólo como filtro de lo que accederá a los segundos niveles, pues la gran parte de las demandas se resuelven y pueden resolverse ahí, lo que puede hacerse con más calidad y con mayor satisfacción para los usuarios.

Otro de los resultados interesantes, es la confirmación de nuestra hipótesis que, a mayor existencia de alternativas de intervención con el paciente desde la consultoría, menor número de derivaciones. Esto es lo que ocurre cuando desde el CS se pueden ofrecer iniciativas como los grupos GRUSE o la posibilidad de una interconsulta con el especialista de SM y su MAP donde devolver una formulación de su problema en un acto único. Es de destacar que el número de pacientes derivados a los grupos GRUSE no suple la reducción de pacientes derivados a SM cuando existe este recurso en un CS, lo que puede indicar una mayor sensibilización de los

MAP a la despatologización de los problemas de la vida cotidiana.

En general, observamos que una mayor capacidad de contención desde AP y la realización de intervenciones escalonadas reduce el número de derivaciones a SM, consiguiendo así que las que lleguen estén más indicadas y puedan ser atendidas con mayor frecuencia e intensidad. El objetivo final sería un cambio del modelo de sustitución, en el que se da paso al especialista, a la interrelación entre profesionales y niveles longitudinalmente.

Cómo propuestas a futuro, sería interesante continuar el análisis anual de los datos recogidos de la consultoría, como forma de detectar cambios en la demanda y necesidades poblacionales. Por otro lado, en este artículo nos hemos centrado en el análisis de la demanda en población adulta; quedan por analizar los datos referidos a menores de edad, población cuya demanda de asistencia está en incremento y además con necesidades específicas de atención. Así como las derivaciones procedentes de urgencias y de atención especializada, donde también es necesario continuar mejorando programas de enlace.

Conclusiones

No queremos contraponer las propuestas del modelo de interrelación colaborativo AP-SM contra el de incorporación del psicólogo especialista en psicología clínica en AP, pues no son propuestas incompatibles. Sin embargo, la realidad es que los recursos humanos y económicos son limitados y por ello hay que priorizar las propuestas más eficientes en términos globales.

Existe consenso en el servicio de SM respecto a la utilidad de la consultoría con primaria como mecanismo de coordinación fluido, como forma de aumentar el conocimiento y el manejo de los casos de SM por los médicos, así como se considera un mecanismo útil para afinar las derivaciones de casos y encuadrar las demandas clínicas. No obstante, reforzar estas impresiones con datos se hace necesario ante el auge de modelos de intervención psicológica en AP de forma desvinculada de la red de SM. Además, la

intervención desde el entorno comunitario debe servir para reducir la medicalización de malestares de origen socioeconómico, así como para prestar verdaderamente una atención escalonada en función de la gravedad de los cuadros clínicos y sus necesidades.

Nos gustaría enfatizar que un modelo de cooperación como el descrito necesita de ciertas condiciones para su éxito:

- Una vinculación consistente entre servicios de AP y SM, y entre los profesionales que lo forman
- Tiempo suficiente y espacio adecuado reservados periódicamente para la tarea, donde se pueda dar cabida a la reflexión que no puede tener lugar en agendas dominadas por la prisa.

Cuando estas condiciones están presentes, desde el espacio de consultoría se hacen mejores derivaciones a SM y se puede proporcionar a los MAP una formulación de los casos, más que una etiquetación diagnóstica, y aportarles contención a sus propias angustias respecto de lo que les despiertan los pacientes. Por tanto, no podemos más que defender el modelo colaborativo descrito y abogar por un fortalecimiento de éste con la implementación de más actividades terapéuticas por parte de SM en colaboración con el nivel de AP.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer a José María Villagrán Moreno, director y jefe de servicio de la UGC de Jerez de la Frontera, por su colaboración e interés en este trabajo, aportando algunos datos pertinentes que fueron fundamentales para materializar esta publicación, sin olvidar que este estudio no habría sido posible sin la dedicación en tiempo y esfuerzo de todos los profesionales que trabajan en el Área de Salud Mental del AGS de Jerez de la Frontera y que llevan a cabo las consultorías. Por último, nos gustaría reconocer a Antonio Gutiérrez Iglesia el haber inspirado este proyecto siendo uno de los principales impulsores, junto a José Carmona Calvo y Francisco del Río Noriega, de este modelo de trabajo comunitario que resulta imprescindible

en el abordaje de la SM. A todos los mencionados, gracias.

Referencias

- Alcaine Soria, F., Cuenca del Moral, R., Muñoz Cobos, F., de Unamuno Lumbreras, L., Valero Roldán, J., y García-Herrera Pérez, B. J. M. (2012). Espacio de cooperación Salud Mental-Atención Primaria en un centro de salud: ¿Por dónde vamos? *Medicina de Familia de Andalucía*, 13(2), 107-114.
- Añel-Rodríguez, R. M., y Astier-Peña, P. (2022). The longitudinal nature of primary care: A health protective factor. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2), 75-76.
<https://doi.org/10.4321/s1889-836x2022000200001>
- Benedicto Subirá, C. (2021). Psicología en atención primaria: Lo focal, lo generalista y lo posible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 9-16.
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352021000200001>
- Bower, P., y Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base. *BMJ*, 330(7495), 839-842.
<https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.839>
- Calderón Gómez, C., Mosquera, I., Balagué, L., Retolaza, A., Bacigalupe, A., Belaunzaran, J., & Sáenz, C. (2014). Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: Resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 113-133.
<https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000100008>
- Campbell, O. L. K., Bann, D., y Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM – Population Health*, 13, 100742.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., y Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, Article 38.
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>

- Carmona, M. A., y del Río, M. I. (2009). Las unidades de gestión clínica: una herramienta para la mejora de la atención en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 545-561.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352009000400005>
- Carmona, M. A., y del Río, M. I. (2011). La reforma psiquiátrica en Andalucía: desarrollo y perspectivas de futuro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 525-540.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300011>
- Carmona Calvo, J., y Río Noriega, F. del. (2009). Gestión clínica en salud mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., ... Haro, J. M. (2007). Psychotropic medications use in Spain: Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(Supl. 2), 29-36.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2002). Proceso Asistencial Integrado - Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (PAI-ADS). Junta de Andalucía.
- Consejería de Salud y Consumo (2022) Guía actualizada Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE).
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2022/guia_grusem_2022_180622.pdf
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Hernández-de Hita, F., Pérez-Poo, T., y Cano-Vindel, A. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: Fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 91-98.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>
- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 53 de 17/03/2008
- Díaz del Peral, D. (Coord.), Aragón, J., Aranda, J., Bellón, J., Bordallo, A., Cantero, L., y Sanz, R. (2011). Ansiedad, depresión, somatizaciones: Proceso asistencial integrado. Consejería de Salud.
- Federación Salud Mental Andalucía. (2023). Datos profesionales: Tasa por 100.000 habitantes por provincias [PDF].
<https://saludmentalandalucia.org/wp-content/uploads/2023/10/DOC.-1.-2023-DATOS-PROFESIONALES-TASA-POR-100.000-HAB-PROVINCIAS-1.pdf>
- Fernández de Sanmamed, M. J., González, Y., Mazo, M. V., Pons, G., Robles, I., Serrano, E., y Teixidó, A. (2020). Acerca del modelo de atención a la salud mental en la atención primaria de salud: Reflexiones y propuestas. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària.
- Fernández del Río, M. del P. (2010). La medicina de familia en seis países europeos. *Atención Primaria*, 42(12), 620-625.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.03.005>
- Ferreras Amez, J. M., Sanjuán Domingo, R., Elías Villanueva, M. P., Sánchez Lázaro, C., Blasco Valle, M., y Yagüe Sebastián, M. M. (2011). Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria. *Revista FML Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 15(4), 5-9.
- Fox, J. (2005). The R Commander: A basic-statistics graphical user interface to R. *Journal of Statistical Software*, 14(9), 1-42.
<https://doi.org/10.18637/jss.v014.i09>
- Franx, G., Dixon, L., Wensing, M., y Pincus, H. (2013). Implementation strategies for collaborative primary care-mental health models. *Current opinion in psychiatry*, 26(5), 502-510.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328363a69f>
- Gálvez-Llompарт, A. M., Valor Gisbert, M., Pérez-Almarcha, M., Ballester-Gracia, I., Canete-Nicolás, C., Reig-Cebriá, M. J., y Hernández-Viadel, M. (2021). Impacto en la asistencia en salud mental tras la colaboración entre atención primaria y salud mental. *Medicina de Familia - SEMERGEN*, 47(6), 385-393.
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.04.006>
- Gené Badia, J., y Martín Zurro, A. (2018). Julian Tudor Hart (1927-2018): Referente mundial indiscutible de atención primaria. *Atención Primaria*, 50(7), 385-386.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.002>
- Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K., y Blashki, G. (2006). A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services*

- Research, 6, 88.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-88>
- Gutman, L. M., y Codioli McMaster, N. (2020). Gendered Pathways of Internalizing Problems from Early Childhood to Adolescence and Associated Adolescent Outcomes. *Journal of abnormal child psychology*, 48(5), 703–718.
<https://doi.org/10.1007/s10802-020-00623-w>
- Haro, J. M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T. S., de Girolamo, G., Graaf, R., Jin, R., ... Vilagut, G. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(4), 167–180.
- Hernández García, M., Ojeda Rodríguez, E., Jannone Pedro, L., García Valls, J. M., Alcantarilla Chaves, L., Segura Vicent, C., y Moya Diago, M. L. (2023). Análisis de interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud mental en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(144), 73–90.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352023000200004>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2023). Población por municipios y sexo. Año 2023. Junta de Andalucía.
<https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/>
- IBM Corp. (2004). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 13.0) [Software de ordenador]. IBM Corporation.
- Leal Rubio, J. (2005). Salud mental y diversidad(es): trabajar en red. *Vértices: Revista Argentina de Psiquiatría*, 16(60), 114–122.
- Lozano Serrano, C., Ortiz Lobo, A., y González González, R. (2011). Análisis comparativo de los pacientes con y sin trastorno mental diagnosticable. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 421–435.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300003>
- Martín, J. C., Garriga, A., Egea, C., Díaz, G., Campillo, M., y Espinosa, R. M. (2017). Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. *Anales de Psicología*, 34(1), 30–36.
<https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.281491>
- Ministerio de Sanidad. (2024). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
- Microsoft Corporation. (2021). Microsoft Excel (Version 2021) [Software de ordenador].
<https://www.microsoft.com>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España 2007–2012: Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la atención primaria. Análisis de situación de la atención primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2007). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007.
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/informeAnualSNS2007.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2019). Los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea [PDF].
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf
- Moreno, E., y Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315–322.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400007
- Morera-Llorca, M., Romeu-Climent, J. E., Lera-Calatayud, G., Folch-Marín, B., Palop-Larrea, V., y Vidal-Rubio, S. (2014). Experiencia de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en el Departamento de Salud La Ribera, 7 años después. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 405–407.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.014>
- Muñoz Moreno, M. (12 de septiembre de 2024) Evaluación del programa de psicología clínica en atención primaria [Presentación]. Sesiones Clínicas SEPCA 2024-2025.
- Muñoz-Navarro, R.; Cano-Vindel, A.; Ruiz-Rodríguez, P.; Adrián Medrano, L.; González-Blanch, C.; Moriana, J.A.; Capafons Bonet, A. y Dongil-Collado, E. (2017). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 124–129.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.002>

- Olabarriá B. y Gómez Beneyto, M. (2022) La Reforma Psiquiátrica en España hacia la Salud Mental Comunitaria. Los años 70 y 80: dos décadas claves. Xoroi Edicions.
- Padilla, J., y Carmona, M. (2022). Malestamos: Cuando estar mal es un problema colectivo. Capitán Swing.
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J.R. (2008). Más allá de la Salud Mental: La psicología en Atención Primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270
- Consejería de Salud y Familias, Programa de Salud Mental. (2021). Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria para Andalucía: Documento base. Consejería de Salud y Familias.
- R Core Team. (2023). R: A language and environment for statistical computing [Software de ordenador]. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org>
- Ramírez, F. Misol, R.; Bentata, L.; Fernandez-Alonso, C.; Garcia-Campayo, J.; Franco, C.; Tizón, J. y Herrero-Velázquez, S. (2014). Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Atención Primaria*, 46. 59-74. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70051-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70051-4)
- Ramírez, F.; Misol, R.; Bentata, L.; Fernandez-Alonso, C.; Garcia-Campayo, J.; Franco, C. y Tizón, J. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50. 83-108. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30364-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30364-0)
- Saltman, R. B. (2018). Sistemas de salud en países desarrollados. En J. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo y J. Loscalzo (Eds.), *Harrison. Principios de medicina interna* (20.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Salud Mental Andalucía. (2023). Datos profesionales tasa por 100.000 habitantes por provincias [PDF]. <https://saludmentalandalucia.org/wp-content/uploads/2023/10/DOC.-1.-2023-DATOS-PROFESIONALES-TASA-POR-100.000-HAB-PROVINCIAS-1.pdf>
- Sánchez-Reales, S., y Caballero-Peláez, C. (2014). Modelos asistenciales en Psicología Clínica de Atención Primaria: una perspectiva general. GRIN Verlag.
- Sánchez-Reales, S., Tornero Gómez, M. J., Martín Oviedo, P., Redondo Jiménez, M., y del Arco Jódar, R. (2015). *Psicología clínica en Atención Primaria: Descripción de un año de asistencia*. Medicina de Familia – SEMERGEN, 41(5), 254-260. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.06.001>
- Scott, M. (2024). La Fantasía de las Terapias Conversacionales del NHS en Reino Unido. *Psicología Clínica*, 1(1), 17-28. <https://doi.org/10.62873/psclin.v1i1.4>
- Tizón, J. L. (2000). La atención primaria a la salud mental: Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Atención Primaria*, 26(2), 111-119. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78621-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78621-5)