

Hacia un Modelo de Psicología Clínica en Atención Primaria: Ideas a Debate y Propuestas

Toward a Model of Clinical Psychology in Primary Care: Ideas for Debate and Proposals

 Antonio Blanco Guerrero

Servicio de Salud de las Islas Baleares. Atención Primaria de Mallorca, España.

Resumen

La Psicología Clínica en Atención Primaria ha experimentado una expansión progresiva en el sistema público de salud español, aunque todavía sin un modelo de atención consensuado a nivel estatal. Este artículo analiza críticamente algunas ideas extendidas que limitan el desarrollo de esta área –como su rol exclusivo en prevención, la función de cribado o la necesidad de aplicar protocolos estandarizados– y propone un modelo de intervención ajustado al contexto de la atención primaria. Se defiende la necesidad de intervenciones breves, contextualizadas y basadas en la formulación de caso, el trabajo interdisciplinar, la colaboración con la comunidad y la prevención clínica en sus distintas formas (especialmente, secundaria, terciaria y cuaternaria). Asimismo, se subraya que el profesional idóneo es el Facultativo Especialista en Psicología Clínica, que cuenta con competencias, formación específica y autonomía clínica.

Palabras clave: atención primaria, intervención breve, formulación de caso, interconsulta colaborativa, salud mental comunitaria

Abstract

Clinical Psychology in Primary Care has progressively expanded within the Spanish public healthcare system, although it still lacks a nationally agreed-upon care model. This article critically analyzes several widespread assumptions that hinder the development of this field –such as its exclusive role in prevention, its screening function, or the need to apply standardized protocols– and proposes an intervention model tailored to the context of primary care. It advocates for brief, contextualized interventions based on case formulation, interdisciplinary work, community collaboration, and clinical prevention in its various forms (especially secondary, tertiary, and quaternary). The article also emphasizes that the appropriate professional for this role is the Clinical Psychology Specialist, who possesses the necessary competencies, specific training, and clinical autonomy.

Keywords: primary health care, brief intervention, case formulation, collaborative care, community mental health.

La Psicología Clínica está presente en Atención Primaria (AP) desde hace años en diferentes puntos del territorio español. Inicialmente las labores de los Facultativos Especialistas en Psicología Clínica (FEPC) en la comunidad estaban ligadas a las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC), que surgieron como fruto del proceso de desinstitucionalización de la salud mental asociado a la Reforma Psiquiátrica (Desviat, 2011). Aunque el énfasis inicial de la Reforma Psiquiátrica estaba en lo comunitario (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985), en su mayoría, la gestión de los recursos de salud mental siguió recayendo en los servicios de psiquiatría de los diferentes hospitales (Desviat, 2011; Olabarría y Gómez Beneyto, 2022). Esto puede haber contribuido a que, a lo largo de los años, estas unidades hayan ido acercándose a un modelo de atención médico-hospitalario. En paralelo, la demanda de atención psicológica especializada que llega a los servicios de AP ha ido en aumento, y cada vez más profesionales que tradicionalmente trabajaban en este ámbito han comenzado a reclamar cambios en el modelo (Fernández Moreno, 2024; Latorre Postigo et al., 2005; Vázquez Canales, 2023).

Es en este contexto donde, desde principios de este siglo, han comenzado a desarrollarse diferentes programas de Psicología Clínica en Atención Primaria (PCAP) en nuestro país. Entre estos programas se encuentran los de Cataluña (Enfedaque-Montes et al., 2023), Andalucía (Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2021), Baleares (Muñoz Perugorria et al., 2025), Canarias (Guerra Cabrera, 2022), o Comunidad de Madrid (Cordero-Andrés et al., 2017), que cuentan con documentos donde puede consultarse su modelo de atención. También hay FEPC desarrollando su labor en AP en Asturias (Gutiérrez López et al., 2020), Galicia, Cantabria, Navarra, Murcia o Castilla y León, aunque no dispongan de documentos oficiales que recojan cómo desempeñan sus funciones.

Por otra parte, el programa de la especialidad de psicología clínica recoge las competencias que deben adquirir los Psicólogos Internos Residentes (PIR) durante su rotación en atención

primaria (Orden SAS/1620/2009). Sin embargo, estas competencias han quedado desfasadas con respecto al desarrollo que ha tenido la PCAP en diferentes zonas del país.

Establecer un consenso sobre el modelo de trabajo y las funciones que debe asumir la PCAP es una tarea compleja, ya que los diferentes programas autonómicos han estado determinados por diversas voluntades políticas y resistencias institucionales, y por tanto, son heterogéneos: unos funcionan integrados en AP y otros tienen un modelo de "soporte" desde lo hospitalario; unos apuestan por tratamientos grupales y otros por individuales; algunos cuentan con coordinadores específicos y otros no; unos trabajan con protocolos y otros ponen más énfasis en la individualización del tratamiento; algunos desarrollan más que otros las labores de trabajo interdisciplinar, formación a equipos médicos y coordinación; etc. (Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2021; Cordero-Andrés et al., 2017; Enfedaque-Montes et al., 2023; Guerra Cabrera, 2022; Gutiérrez López et al., 2020; Muñoz Perugorria et al., 2025).

Como fruto de esta complejidad, podemos afirmar que en España aún no existe un consenso sobre cómo debe organizarse el trabajo de PCAP, ni tampoco sobre cuáles deben ser sus funciones en este ámbito. Esta cuestión favorece que se mantengan algunas ideas que dificultan la comprensión del trabajo del FEPC en AP. Este texto busca debatir esas ideas y plantear el esbozo de un modelo de atención especializada para la PCAP.

Ideas a Debate

"La AP es la Puerta de Entrada al Sistema de Salud Mental"

No es infrecuente ver o escuchar esta frase, tanto en entornos de salud mental como en ámbitos médicos (por ejemplo, Ministerio de Sanidad, 2024). Si bien esta expresión pretende destacar la accesibilidad y cercanía a la ciudadanía, puede inducir a una interpretación reduccionista, en la que la AP se concibe como un mero filtro o dispositivo de derivación hacia otros niveles asistenciales —un ejemplo puede

encontrarse en Cuevas, 2024–. Esta visión no sólo desdibuja su potencial terapéutico, sino que ignora su capacidad para abordar de forma autónoma una parte significativa del malestar psicológico que se presenta en la comunidad, tanto por parte de los psicólogos clínicos como por parte del resto de miembros habituales de los equipos de AP —médicos de familia, enfermeras comunitarias, pediatras, matronas, trabajadoras sociales, etcétera—. Por tanto, debemos tener claro que las intervenciones que se desarrollan en este nivel asistencial van más allá del cribado de casos.

En relación con este punto, cabe aclarar también que la AP no es un eslabón subordinado, sino un nivel asistencial con identidad propia dentro de la red de atención a la salud mental. Su enfoque biopsicosocial, su continuidad asistencial y su conocimiento del contexto vital de las personas la convierten en un espacio privilegiado para la intervención psicológica temprana, integral y comunitaria.

“Los Psicólogos Clínicos de AP Deben Trabajar con Protocolos que han Mostrado Eficacia”

Desde algunos sectores se ha defendido la incorporación de FEPC en AP bajo la premisa de que deben aplicar protocolos manualizados con eficacia demostrada, apelando a criterios de eficiencia y estandarización (Cordero-Andrés et al., 2017). Esta afirmación, sin embargo, merece una revisión crítica desde la perspectiva del modelo de atención propio de la AP.

Si bien es cierto que los tratamientos psicológicos deben estar respaldados por la evidencia, también lo es que la mayoría de los protocolos se desarrollan en contextos experimentales muy controlados, con criterios de inclusión y exclusión estrictos, que distan considerablemente de la complejidad y diversidad de la práctica clínica real tanto en AP (Benedicto Subirá, 2021) como en servicios de salud mental (van Os et al., 2019). Esta distancia limita su aplicabilidad y generalización.

Por otra parte, los protocolos manualizados parten, generalmente, del supuesto de que los problemas de salud mental pueden clasificarse de forma similar a las enfermedades médicas,

mediante categorías diagnósticas claras, válidas y útiles. Sin embargo, esta visión ha sido ampliamente cuestionada por su escasa validez de constructo y sus limitaciones para la práctica clínica (Frances, 2014; Guerin, 2017; Leon-Sanromà et al., 2014; Olabarría, 2023; Ortiz Lobo, 2019; van Os et al., 2019): las categorías se solapan, sus límites son difusos y no consideran adecuadamente el contexto ni el significado de los síntomas. Este enfoque centrado en signos y síntomas tiende a medicalizar el sufrimiento, dificultando una comprensión amplia y contextual de la experiencia humana.

Por último, el programa que habitualmente se toma como referencia para este tipo de modelos de tratamiento en AP —el *Improving Access to Psychological Therapies* británico— ha sido objeto de críticas por su énfasis en la estandarización, el monitoreo intensivo del rendimiento y el uso de autoevaluaciones para los usuarios, aspectos que podrían comprometer la calidad de las intervenciones psicoterapéuticas y desplazar la atención de las dimensiones relacionales y humanas del proceso terapéutico (Bruun, 2023). Por todo ello, podemos afirmar que la PCAP es, y debe ser, más que aplicar protocolos estandarizados.

“En AP sólo se Hace Promoción de la Salud y Prevención”

La promoción de la salud mental y la prevención de problemas psicológicos son cuestiones complejas de abordar. Estas funciones habitualmente se asocian a la AP, y por extensión, a la Psicología Clínica en este nivel asistencial (PCAP). Sin embargo, esta asociación requiere una revisión crítica.

En primer lugar, las actividades de prevención y promoción forman parte de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en todos sus niveles asistenciales; no son competencias exclusivas de la AP, sino que son funciones de todos los especialistas, tal como se recoge en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, y en los desarrollos posteriores de la cartera de servicios comunes. En segundo lugar, trasladar de forma acrítica el modelo clásico de niveles de prevención (primaria, secundaria, terciaria y, más recientemente, cuaternaria) al

ámbito de la práctica individual en salud mental puede generar problemas (Thornicroft y Tansella, 2014). En el caso de la prevención primaria —entendida como la promoción del bienestar y la reducción de la incidencia de trastornos mentales—, su implementación efectiva exige intervenciones dirigidas a modificar determinantes sociales, estructurales y comunitarios de la salud mental, como la pobreza, la desigualdad, la violencia o la precariedad. Estas acciones, por su naturaleza, exceden el marco de actuación del profesional clínico individual y requieren estrategias intersectoriales, políticas públicas y decisiones de gestión a gran escala (Cabezas et al., 2025). Así lo señala el Informe Mundial sobre la Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2022), que subraya que la promoción y prevención en salud mental deben abordarse desde un enfoque multisectorial, con especial énfasis en la creación de entornos sociales favorables y resilientes.

Cabe señalar, además, que en la práctica resulta difícil trazar una línea clara entre promoción y prevención. Muchas de las estrategias que buscan aumentar el bienestar psicológico —como el fortalecimiento de redes de apoyo, la mejora de la alfabetización emocional o la intervención sobre factores contextuales— pueden tener efectos tanto preventivos como promocionales. Esta superposición conceptual, reconocida por organismos como la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2022), refuerza la necesidad de adoptar una mirada flexible y contextualizada, que no reduzca la prevención a la aplicación de programas universales, sino que la entienda como una función transversal que atraviesa todas las intervenciones clínicas y comunitarias.

Por otra parte, también existen críticas entre las actividades de prevención primaria que sí pueden implicar a los clínicos individualmente. Algunas de estas críticas se centran en la evidencia escasa o contradictoria de ciertas intervenciones universales, como los programas escolares o las intervenciones de mejora de habilidades parentales, que en ocasiones no sólo no logran los objetivos esperados, sino que

pueden generar efectos adversos (Cuéllar Flores y Felipe Castaño, 2024; Missler et al., 2020; Ortiz Lobo, 2019). Algunos autores advierten sobre el riesgo de daño en programas preventivos mal diseñados, recordando la importancia del principio de no-maleficencia también en el ámbito de la prevención. Estas intervenciones, cuando no están adecuadamente fundamentadas o contextualizadas, pueden contribuir a la patologización de experiencias vitales normales, reforzar estigmas, aumentar comportamientos problemáticos o generar falsas expectativas sobre la capacidad de la intervención psicológica para resolver problemas estructurales (Fonseca Pedrero y Al-Halabí, 2025).

Tomando todo lo anterior en consideración, podemos concluir que las actividades de prevención y promoción no son, y no deben ser, ni las principales ni las únicas funciones que desempeñan los facultativos que trabajan en AP —en línea con algunas críticas que realizan facultativos médicos (Cabezas et al., 2025; Martin et al., 2025)—.

“Atención Primaria se Queda lo Simple, y lo Complejo va a Especializada”

Esta afirmación parte de una dicotomía problemática entre AP y Especializada, como si se tratara de niveles jerárquicos en lugar de ámbitos complementarios con competencias distintas —quizá sea más ajustado hablar de AP y Atención Hospitalaria, para no fomentar esta confusión—. En realidad, la AP ya es un nivel asistencial especializado, tanto en psicología clínica como en medicina familiar y comunitaria, en pediatría y en enfermería comunitaria. Reducir su papel a lo “simple” es desconocer su complejidad y su capacidad resolutiva.

Por otra parte, la distinción entre “simple” y “complejo” resulta, paradójicamente, simplista. ¿Quién decide, y con qué criterios, que una intervención es simple o es compleja? Que una persona no cumpla los criterios del DSM (American Psychiatric Association, 2023) o la CIE (Organización Mundial de la Salud, 2022) para una determinada categoría diagnóstica no significa que su situación vital no sea profundamente compleja. De hecho, muchas de

las personas que consultan en AP presentan sufrimiento psicológico en contextos de vida difíciles –violencia, pobreza, migración, soledad, duelos, precariedad laboral– que no encaja fácilmente en categorías diagnósticas, pero que, en ocasiones, requiere atención clínica y/o coordinación con otros recursos comunitarios como servicios sociales, asociaciones del tercer sector o la administración de justicia. Suponer que dar respuesta a estas necesidades es una tarea sencilla revela una visión muy limitada de la AP y del papel que la psicología clínica desarrolla en este ámbito.

**“Para Trabajar en AP
no es Necesario ser Especialista”**

Desde la lógica de las ideas anteriores resulta sencillo caer en esta idea errónea. Aunque no es el objetivo de este trabajo entrar en cuestiones legales, que ya se han abordado más extensamente en otros textos (Duro, 2016; Ley 44/2003; SIMAP et al., 2025), sí es importante subrayar que la especificidad de la AP exige competencias clínicas, comunitarias y relacionales que requieren de una formación sanitaria especializada (Orden SAS/1620/2009), como se ha señalado también desde el Reino Unido, donde el programa de psicología en AP ha recibido críticas que aluden a que se ha visto deteriorado tras la incorporación de profesionales inadecuadamente formados para la atención en ese nivel (Scott, 2024). La atención en AP no es un trámite previo a recibir atención especializada, sino un espacio clínico especializado con identidad, funciones y valores propios, que requiere profesionales con el mismo nivel de cualificación, responsabilidad y autonomía que en cualquier otro dispositivo asistencial de la red sanitaria pública. La única vía para garantizar esto es que los psicólogos que trabajen en este ámbito sean facultativos especialistas, es decir FEPC.

**Propuesta de Modelo de Trabajo
para la PCAP**

Para dar respuesta a las necesidades de la AP con respecto a la salud mental se propone un modelo de trabajo basado en cuatro áreas:

**Trabajo con el equipo de AP:
Modelo de Interconsulta Colaborativa**

Ya hemos planteado previamente que la función de la PCAP no es cribar ni actuar como portero de la red de salud mental. Proponemos, en cambio, que la función principal consiste en *dar respuesta* a las demandas que las personas traen a este contexto asistencial. Ahora bien, dar respuesta no implica desarrollar un tratamiento psicológico en todos los casos, sino que puede incluir otro tipo de intervenciones como la asistencia en el manejo de casos por parte del equipo de atención primaria (EAP), intervenciones de consulta única, la indicación de no-tratamiento (prevención cuaternaria), evaluaciones de diagnóstico diferencial, el enlace con otros recursos de la red sanitaria o la red comunitaria, etc.

De este modo, el psicólogo clínico en AP recibe aquellas demandas que, tras ser detectadas por otros profesionales del equipo, se consideran difíciles de abordar de forma individual o se valoran como indicadas para una intervención psicológica especializada; a partir de ahí, se trabaja conjuntamente para encontrar la respuesta más indicada en función de la formulación del caso. Esta tarea requiere de habilidades relacionales para el trabajo en equipo, de una formación amplia y especializada en todo el espectro de normalidad-patología humana, y de un conocimiento profundo del sistema sanitario público y de los diferentes recursos de salud mental. Gracias a esto, se posibilita una respuesta temprana y ágil a las necesidades, sean estas de intervención desde AP, de derivación a un recurso de segundo nivel, de establecer medidas para la prevención del suicidio, etc.

Dentro de los modelos posibles para la articulación de salud mental y AP, esta idea se acerca a una combinación entre el modelo de derivación y los modelos de atención colaborativa, que se han planteado como uno de los modelos más prometedores en la colaboración entre profesionales de salud mental y AP (Calderón Gómez et al., 2014).

Intervenciones Psicológicas en AP

Principios de intervención

La atención psicológica especializada en AP responde a una lógica propia, diferenciada de la que rige en otros niveles asistenciales. Su objetivo es ofrecer intervenciones breves, eficaces, ajustadas y focalizadas en objetivos, adaptadas a las necesidades específicas de la población atendida en este ámbito. Esta meta parte de una premisa organizativa fundamental: la PCAP no está concebida como un recurso para procesos psicoterapéuticos de larga duración, sino como un dispositivo de alta accesibilidad, orientado a responder de forma ágil a una demanda amplia y cambiante. Esto es posible porque la red de salud mental ya cuenta con las USMC, que constituyen el eje vertebrador de los tratamientos psicoterapéuticos ambulatorios de larga duración, y que están diseñadas específicamente para asumir ese tipo de procesos.

Sin embargo, esto no implica que la PCAP deba renunciar a la longitudinalidad —un valor fundamental de la AP—; una persona puede pasar por más de un proceso breve en distintos momentos de su vida, sin necesidad de mantener un seguimiento constante. Por tanto, desde esta perspectiva, la brevedad no debe entenderse como una limitación, sino como una forma de adecuación al contexto y de uso eficiente de los recursos disponibles.

A diferencia de las USMC y otros recursos del segundo y tercer nivel asistencial, más centrados en trastornos mentales graves o persistentes, en AP predominan situaciones de sufrimiento vinculadas a condiciones de vida adversas, relaciones conflictivas, transiciones vitales o experiencias de exclusión, que no siempre se ajustan a las categorías diagnósticas clásicas, y que exigen modelos de evaluación e intervención flexibles y sensibles a la diversidad de trayectorias personales.

Modelos terapéuticos coherentes con los principios

Dado el perfil de las demandas y las características organizativas de la AP, hay ciertos modelos de intervención que resultan

especialmente congruentes. Entre ellos, destaca el modelo contextual derivado de la Ciencia Conductual Contextual (Hayes et al., 2012), con una perspectiva evolucionista y una orientación funcional basada en procesos y principios de intervención. Este enfoque pone el énfasis en la comprensión del sufrimiento desde el contexto socio-verbal-histórico en el que ocurre, promoviendo intervenciones que acerquen a la persona a una vida más valiosa para ella, a través del cambio de las relaciones funcionales, y no necesariamente buscando la eliminación o reducción de “síntomas”. Dentro de este modelo, cabe destacar la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), que cuenta con adaptaciones para contextos públicos de intervención breve (Strosahl et al., 2012), y con adaptaciones para el trabajo con EAPs (Robinson, 2019).

Asimismo, los modelos de terapia breve —como la Terapia Sistémica Breve, la Terapia Centrada en Soluciones o la Terapia Estratégica Breve— se han demostrado efectivos y ofrecen herramientas útiles para abordar problemas concretos de forma focalizada, movilizando recursos personales y relationales en plazos de tiempo limitados (Barcons et al., 2016; De la Cruz-Gil et al., 2025; Luengo-Castro et al., 2025; Źak y Pekala, 2024). Como ocurre con el modelo contextual, esta propuesta tampoco está diseñada para diagnósticos específicos, sino que ofrece unos principios fundamentales de intervención. Esos principios pueden adaptarse a directrices más sencillas, por lo que se han planteado como modelos compatibles con el trabajo interdisciplinar (Barcons Comellas et al., 2025; Losilla Domínguez et al., 2018), lo que refuerza su utilidad en el contexto de la AP.

Frente a estos modelos, los enfoques basados en sistemas diagnósticos categoriales y protocolos manualizados presentan limitaciones importantes, ya que, como se ha señalado previamente, provienen de contextos experimentales con poblaciones homogéneas y criterios de inclusión estrictos, que distan de la realidad de la AP (Benedicto Subirá, 2021). Sin embargo, no hay por qué descartarlos; si se conocen sus limitaciones —a destacar, pueden tener altas tasas de abandono o rechazo del

tratamiento (Chan y Adams, 2014; Ghaemian et al., 2020; Harris, 2025) – y no se utilizan como el único modelo de intervención, pueden ser herramientas complementarias útiles. En la literatura podemos encontrar aplicaciones efectivas y costo-eficientes de protocolos transdiagnósticos en formatos individuales y grupales, por parte de FEPC, en entornos de atención públicos españoles (Cano-Vindel et al., 2022; Corpas et al., 2021).

Tipologías de intervención clínica

Se pueden identificar distintas formas de intervención no excluyentes entre sí que permiten organizar la respuesta clínica desde AP:

- Intervenciones individuales o familiares breves: Procesos terapéuticos de entre 6-8 sesiones, basados en la formulación de casos (Johnstone et al., 2017; Sánchez-Reales y Caballero-Peláez, 2024) y orientados a objetivos. Tal como se ha señalado previamente, los modelos contextuales y de terapia breve pueden ajustarse a este enfoque, ya que permiten diseñar intervenciones breves y personalizadas guiadas por la formulación, más efectivas en entornos clínicos que las intervenciones estandarizadas (Nye et al., 2023). De esta forma, se garantiza una intervención adaptada a las características del caso, focalizada, sin comprometer la calidad del proceso terapéutico.

- Consultas únicas basadas en la formulación de caso: Algunas personas se benefician de una única sesión que permita ordenar y dar sentido a su experiencia y generar un cambio en la forma de relacionarse con ella. La formulación de caso no solo cumple una función evaluativa, sino también interventiva, ayudando a construir una narrativa coherente que oriente hacia acciones viables (Johnstone et al., 2017). Podría entenderse como un subtipo de estas consultas la indicación de no-tratamiento (Ortiz-Lobo y Murcia-García, 2009), nombre que se le ha dado a la intervención de consulta única que se utiliza cuando lo más indicado es no iniciar un proceso terapéutico –dentro de la llamada prevención cuaternaria–. Lejos de ser una expulsión del sistema sanitario, esta decisión se basa en una formulación compartida que

reconoce el sufrimiento, pero también los límites del abordaje clínico. Este tipo de intervención puede contribuir a desmedicalizar experiencias humanas, prevenir la cronificación iatrogénica del malestar y promover soluciones desde otros ámbitos (familiares, comunitarios, sociales).

- Grupos psicoeducativos: Protocolizados, más orientados a proporcionar información terapéutica, a la prevención, y a la promoción de la salud mental. Pueden ser útiles en problemas frecuentes como el manejo de la ansiedad, el dolor crónico o la parentalidad (Alldredge, 2022; Bu et al., 2024; Obaya Prieto, 2018), y combinan contenidos informativos con dinámicas participativas y ejercicios. Su carácter estructurado, breve y organizado los hace fácilmente replicables en el contexto de AP, pero son insuficientes como única intervención en PCAP, ya que no se ajustan a necesidades específicas.

- Grupos terapéuticos breves: Procesos terapéuticos de unas 8 sesiones, dirigidos a personas con problemas psicológicos que pueden beneficiarse de un trabajo grupal. Estos grupos abordan procesos como la regulación emocional, la toma de perspectiva o el sentido vital, y pueden guiarse por el modelo contextual, como es el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso Analítica-Funcional de grupo (Ruiz Sánchez, 2021). También podemos encontrar evidencia positiva para los modelos de terapia breve en formato grupal (Żak y Pękala, 2024), y existen propuestas de trabajo interdisciplinar diseñadas específicamente para AP (Barcons Comellas et al., 2025).

Estos formatos deben tener la flexibilidad suficiente para adaptarse a las características del entorno y a las demandas detectadas en consulta, además de reforzar el componente comunitario y la participación activa, de forma que no sean un empaquetado de individuos, sino un verdadero grupo. La identificación de una demanda común entre varias personas puede dar lugar a la creación de un grupo específico, evitando así intervenciones predefinidas y facilitando la cohesión y la pertinencia clínica.

- Evaluaciones neuropsicológicas breves: La neuropsicología forma parte de los

contenidos y competencias incluidos en el programa formativo de la especialidad de psicología clínica (Orden SAS/1620/2009). En este sentido, algunos autores proponen que la AP podría ser un contexto idóneo para implementar cribados neurocognitivos y evaluaciones breves, como parte de un modelo de atención escalonada. Estas intervenciones permitirían un diagnóstico diferencial más ágil y temprano, reduciendo las pérdidas asociadas a las derivaciones entre niveles asistenciales (Fallows, 2019; Lanca, 2018).

Trabajo en Red y Comunitario

Además de su labor clínica directa, la PCAP desempeña un papel fundamental en el trabajo en red y comunitario. Estas funciones no deben entenderse como añadidos accesorios, sino como una parte esencial de la intervención psicológica en este nivel asistencial, alineada con el enfoque biopsicosocial y comunitario que define a la AP (Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo).

Este trabajo en red debe ir más allá de la coexistencia de intervenciones desde distintas disciplinas o recursos (van Os et al., 2019). Implica colaboración efectiva, intercambio de saberes y construcción conjunta de modelos de abordaje alejados de una visión individualizante del malestar, para avanzar hacia enfoques más contextuales, integradores y centrados en las necesidades de las personas. Desde esta perspectiva, la PCAP puede contribuir activamente a generar redes de apoyo y atención que reconozcan los determinantes sociales del sufrimiento y actúen sobre ellos, articulando esfuerzos con otros profesionales del EAP y con recursos comunitarios del territorio, como los dispositivos educativos y sociales o las asociaciones (Menéndez Osorio, 1989; van Os et al., 2019). Esta labor puede concretarse en múltiples acciones: participación en espacios de coordinación interinstitucional; identificación de factores contextuales que influyen en el malestar psicológico y su integración mediante la formulación de caso; formación y apoyo a otros profesionales del equipo en el abordaje de problemáticas psicosociales complejas; colaboración en intervenciones de prevención y promoción comunitarias y en intervenciones

dirigidas a colectivos especialmente vulnerables; o derivación activa y acompañada a recursos no sanitarios, garantizando la continuidad asistencial.

Asimismo, el PCAP puede desempeñar un rol clave como agente facilitador de la acción comunitaria, entendida como *“la dinamización de las relaciones de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida, aumentar las relaciones y potenciar las capacidades de acción transformadora”* (Ministerio de Sanidad, 2021, p. 13). Integrar esta dimensión comunitaria y de trabajo en red no solo mejora la eficacia y pertinencia de las intervenciones, sino que refuerza el papel de la PCAP como disciplina comprometida con la salud pública, la equidad y la transformación social.

¿Y qué Pasa con la Prevención?

Como hemos planteado en un apartado anterior, la prevención primaria presenta importantes limitaciones cuando se traslada al ámbito clínico individual, ya que en muchas ocasiones requiere intervenciones estructurales que exceden el marco asistencial (Thornicroft y Tansella, 2014; World Health Organization, 2022). Además, algunas estrategias preventivas universales en las que pueden participar los profesionales individuales han sido cuestionadas por su escasa eficacia y por los posibles efectos adversos que pueden generar si no están adecuadamente fundamentadas (Cuéllar Flores y Felipe Castaño, 2024; Fonseca Pedrero y Al-Halabí, 2025; Missler et al., 2020).

Considerando estas limitaciones, para la PCAP adquieren especial relevancia las funciones de prevención secundaria, terciaria y cuaternaria —es decir, las que se realizan cuando ya existe un problema o indicios de uno—. En este ámbito, la prevención secundaria se concreta en la detección temprana de problemas psicológicos mediante la interconsulta de casos y la evaluación, la agilización del acceso a la atención especializada de segundo nivel cuando sea necesario, y la intervención temprana en situaciones de riesgo y en casos que pueden abordarse con una intervención breve. La prevención terciaria implica garantizar la

continuidad asistencial y la coordinación con la red de salud mental y la de adicciones, especialmente en casos de trastorno mental grave, con el objetivo de evitar el deterioro funcional y social. Por su parte, la prevención cuaternaria se centra en evitar intervenciones no indicadas —ya sean diagnósticos, derivaciones o tratamientos en sus diferentes modalidades—, y busca reducir la patologización inadecuada del sufrimiento humano, promoviendo una atención más ética, proporcionada y ajustada a las necesidades de la persona.

Sin embargo, tampoco podemos abandonar la cautela en estos niveles de prevención, que también han recibido críticas tanto generales —por ejemplo, Ortiz Lobo (2019), quien critica que pueden perpetuar un modelo biomédico de atención al sufrimiento psicológico— como específicas. Entre las críticas específicas a intervenciones de prevención secundaria en salud mental destaca el cuestionamiento del concepto de Estados Mentales de Alto Riesgo (Corcoran et al., 2010; van Os y Guloksuz, 2017) o el caso de las intervenciones precoces para el duelo en niños y adultos (Currier et al., 2007; Wittouck et al., 2011). Por otra parte, también hay críticas recientes a la prevención cuaternaria —o más concretamente, a la Intervención de no-tratamiento como su máximo exponente—, que advierten del riesgo de que esta se convierta en una respuesta simplificada y apresurada ante el malestar psicológico, priorizando la eficiencia asistencial por encima de la atención personalizada. En contextos de alta presión por recursos, como la AP, esta práctica puede derivar en decisiones clínicas que desatienden necesidades relevantes y perpetúan dinámicas de infratratamiento. También se ha señalado que una interpretación acrítica de este concepto podría utilizarse como justificación para restringir el acceso a tratamientos psicológicos en base a la incertidumbre diagnóstica —casi ineludible en salud mental—, agravando así las desigualdades ya existentes en un sistema público donde estos recursos están sistemáticamente infradotados (González-Blanch, 2025).

En definitiva, si bien la prevención y la promoción forman parte del marco conceptual

de la PCAP, su desarrollo efectivo requiere una comprensión matizada y profunda de sus posibilidades y límites. Lejos de centrarse exclusivamente en la prevención primaria, la PCAP debe asumir un papel activo en la prevención secundaria, terciaria y cuaternaria, desde una lógica clínica, comunitaria y ética, que reconozca la complejidad del sufrimiento humano y la necesidad de respuestas ajustadas, proporcionadas y contextualizadas.

Conclusiones

La Psicología Clínica en Atención Primaria (PCAP) representa una oportunidad estratégica para fortalecer el sistema público de salud mental desde una lógica comunitaria, basada en la accesibilidad y centrada en la persona. A pesar de su creciente implantación en diversas comunidades autónomas, sigue siendo un ámbito de trabajo en construcción, sin un modelo de atención consensuado a nivel estatal.

Este trabajo ha recogido algunas ideas persistentes —la visión de la AP como mero filtro, la aplicación acrítica de protocolos, o la reducción de su papel a la prevención— que limitan el desarrollo de la PCAP y desdibujan su potencial clínico-terapéutico. Frente a ello, se propone un modelo de organización de las funciones que reconoce la especificidad del contexto de AP, promueve intervenciones breves y ajustadas, y refuerza el trabajo interdisciplinar y comunitario.

La PCAP debe consolidarse como un dispositivo clínico especializado, con identidad y funciones propias, capaz de ofrecer respuestas ágiles, éticas y contextualizadas al sufrimiento humano. Para ello, es imprescindible que quienes ejerzan en este ámbito cuenten con la formación, autonomía y competencias propias del Facultativo Especialista en Psicología Clínica (FEPC), favoreciendo así el mantenimiento de la calidad asistencial, la seguridad y la equidad en la atención.

Por último, avanzar hacia un modelo común de PCAP no implica uniformidad, sino que contribuye a la articulación de principios compartidos que permitan guiar intervenciones ajustadas a las realidades locales, sin perder

coherencia clínica, calidad ni rigor técnico. La experiencia acumulada en distintas regiones, junto con el compromiso de los profesionales implicados, ofrece una base sólida para construir este modelo desde el diálogo, la evidencia y la práctica reflexiva.

Agradecimientos

El autor desea agradecer al equipo de psicología clínica en AP de Mallorca por los debates compartidos, que han servido de sustrato para las ideas que se exponen: Victoria, Gloria, Carmen, Lidia, Neus, Marta, Juan Ignacio e Irene. También desea agradecer a los miembros del Grupo de Trabajo de Psicología Clínica en Atención Primaria de la Sociedad Española de Psicología Clínica, por la exposición de sus experiencias en distintos puntos de España, y por su generoso aporte al avance de la especialidad en este ámbito.

Referencias

- Alldredge, C. (2022). Group Psychotherapy for Pain: A Meta-Analysis. *Theses and Dissertations*, 9385. <http://hdl.lib.byu.edu/1877/etd12022>
- American Psychiatric Association. (2023). DSM-5-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto revisado (5a). Editorial Médica Panamericana S.A.
- Barcons, C., Cunillera, O., Miquel, V., Ardèvol, I., y Beyebach, M. (2016). Effectiveness of Brief Systemic Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy in routine clinical practice. *Psicothema*, 28(3), 298-303. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.309>
- Barcons Comellas, C., Saba, G. W., Mariotti, M., y Johnson, C. (2025). The Multimodal Brief Systemic Training Programme (MBSTP) for Primary Care: An Alternative Intervention Tool (1.a ed.). Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-73278-2>
- 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>
- Bruun, M. K. (2023). 'A factory of therapy': Accountability and the monitoring of psychological therapy in IAPT. *Anthropology y Medicine*, 30(4), 313-329. <https://doi.org/10.1080/13648470.2023.2217773>
- Bu, H., Liu, I. K., y Yu, N. X. (2024). A Randomized Controlled Trial of Two Parenting Interventions on Enhancing Parental Resilience Resources and Reducing Children's Problem Behaviors in Chinese Cross-Boundary Families: Positive Benefits and Moderation Effects. *Behavior Therapy*, 55(3), 485-498. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.08.007>
- Cabezas, C., Camarelles, F., Córdoba, R., y López, A. (2025). Atención Primaria y Prevención: ¿Dilema o sinergia? *Atención Primaria*, 57(3). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103245>
- Calderón Gómez, C., Mosquera Metcalfe, I., Balagué Gea, L., Retolaza Balsategui, A., Bacigalupe de la Hera, A., Belaunzarán Mendizabal, J., Iruin Sanz, Á., y García Moratalla, B. (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>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., y González-Blanch, C. (2022). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: The results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 52(15), 3336-3348. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>
- Chan, S. W. Y., y Adams, M. (2014). Service Use, Drop-Out Rate and Clinical Outcomes: A Comparison Between High and Low Intensity Treatments in an IAPT Service. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(6), 747-759. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000544>
- Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. (2021). Documento base del Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2024/11/DOCUMENTO_BASE PC AP 210621 v4.pdf
- Corcoran, C. M., First, M. B., y Cornblatt, B. (2010). The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: A risk-benefit analysis. *Schizophrenia Research*, 120(1-3), 16-22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.018>

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), 91-98.

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>

Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., y Gálvez-Lara, M. (2021). Brief psychological treatments for emotional disorders in Primary and Specialized Care: A randomized controlled trial. International Journal of Clinical and Health Psychology, 21(1), 100203.

<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>

Cuéllar Flores, I., y Felipe Castaño, M. E. (2024). Promoción y prevención de la salud mental en los contextos educativos. Modelos, evidencias y recomendaciones. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP). <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2024/11/Promocion-y-prevencion-de-la-salud-mental-en-los-contextos-educativos.-Modelos-evidencias-y-recomendaciones-2.pdf>

Cuevas, A. (2024, diciembre 23). Poner un psicólogo en cada centro de salud costaría menos de 200 millones. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/poner-un-psicologo-en-cada-centro-de-salud-costaria-menos-de-200-millones-3773>

Currier, J. M., Holland, J. M., y Neimeyer, R. A. (2007). The effectiveness of bereavement interventions with children: A meta-analytic review of controlled outcome research. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 36(2), 253-259. <https://doi.org/10.1080/15374410701279669>

De la Cruz-Gil, R., Portelli, C., Boggiani, E., y Bartoli, S. (2025). Eficacia y eficiencia de la terapia breve estratégica en el tratamiento de las fobias. KIRIA: Revista Científica Multidisciplinaria, 3(5), Article 5. <https://doi.org/10.53877/hasqpa61>

Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Revista Española de Salud Pública, 85(5), 427-436.

Duro, J. C. (2016). Psicología Clínica en Atención Primaria de Salud: ¿Por qué, para qué y cómo?

<https://www.infocop.es/psicologia-clinica-en-atencion-primaria-de-salud-por-que-para-que-y-como>

Enfedaque-Montes, B., García, O., Gil-Sánchez, E., Lobo Polidano, E., Vegué Grilló, J., Cid Colom, J., y Ruiz, R. (2023, abril). Programa de col·laboració entre l'atenció a la salut mental i les addiccions, i l'atenció primària i comunitària. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. <https://hdl.handle.net/11351/9424>

Fallows, R. (2019). Integration of neuropsychology into primary care: A retrospective analysis of outcomes and lessons learned from a single provider practice. Professional Psychology: Research and Practice, 50(6), 419-426. <https://doi.org/10.1037/pro0000254>

Fernández Moreno, A. (2024). El Papel de los psicólogos clínicos en la atención primaria, de los enfermeros y los farmacéuticos en el manejo de la ansiedad. Atención Primaria Práctica, 6(2). <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100191>

Fonseca Pedrero, E., y Al-Halabí, S. (2025, febrero 13). Lo primero es no hacer daño: La máxima olvidada en la prevención escolar de los problemas psicológicos. The Conversation. <http://theconversation.com/lo-primero-es-no-hacer-dano-la-maxima-olvidada-en-la-prevencion-escolar-de-los-problemas-psicologicos-247367>

Frances, A. (2014). Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. Mariner Books.

Ghaemian, A., Ghomi, M., Wrightman, M., y Ellis-Nee, C. (2020). Therapy discontinuation in a primary care psychological service: Why patients drop out. The Cognitive Behaviour Therapist, 13, e25. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000240>

González-Blanch, C. (2025). Algunas Prevenciones más: Una Crítica Sobre la Prevención Cuaternaria en Salud Mental. Papeles del Psicólogo, 46(2), 118-124. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.15>

Guerin, B. (2017). How to rethink mental illness: The human contexts behind the labels. Routledge/Taylor y Francis Group.

Guerra Cabrera, F. (2022). La atención psicológica en Atención Primaria en Canarias. Documento marco (J. M. Pérez Mendoza, Ed.). Servicio Canario de la Salud.

- <https://www.infocoponline.es/pdf/AtencionPsicologicaAP.pdf>
- Gutiérrez López, M. I., López Alonso, N., Alonso Gómez, R., y Veiga Martínez, C. (2020). Psicología Clínica en Atención Primaria: La experiencia en Asturias. Medicina de Familia. SEMERGEN, 46(2), 101-106.
<https://doi.org/10.1016/j.semeg.2019.09.002>
- Harris, S. (2025, mayo). Dropout Rate Raises Questions on NHS Talking Therapies. Medscape.
<https://www.medscape.com/viewarticle/dropout-rate-raises-questions-nhs-talking-therapies-2025a10008ee>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. Journal of Contextual Behavioral Science, 1(1-2), 1-16.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Johnstone, L., Dallos, R., Cole, S., Dudley, R., Harper, D., Kuyken, W., Leiper, R., McClelland, L., Procter, H., Spellman, D., Stedmon, J., y Winter, D. (2017). Formulación en la psicología y la psicoterapia: Dando sentido a los problemas de la gente (B. M. Carrillo, Trad.; 1.a ed.). Desclée De Brouwer.
- Lanca, M. (2018). Integration of Neuropsychology in Primary Care. Archives of Clinical Neuropsychology, 33(3), 269-279.
<https://doi.org/10.1093/arclin/acx135>
- Latorre Postigo, J. M., López-Torres Hidalgo, J., Montañés Rodríguez, J., y Parra Delgado, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. Atención Primaria, 36(2), 85-92.
<https://doi.org/10.1157/13076608>
- León-Sanromà, M., Mínguez, J., Cerecedo, M. J., y Téllez, J. (2014). ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. Atención Primaria, 46(1), 4-5.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.002>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (2003).
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340&yp=20210605ytn=1>
- Losilla Domínguez, M., González Pescador, M., y Sobrino López, A. M. a. (2018). Negociar la baja en un trastorno mental no grave. Actualización en Medicina de Familia, 14(9), 513-520.
- Luengo-Castro, M. A., Fernández-Méndez, J., García-Montes, J. M., Caunedo-Riesco, P. J., García-Haro, J. M., Braña-Menéndez, B., González-Díaz, D., Cabero-Álvarez, A., y Cuesta-Izquierdo, M. (2025). Multicenter Randomized Clinical Trial of Brief Psychotherapy versus Usual Treatment for Common Mental Disorders in Adults. Clinical and Health, 36(1), 9-18.
<https://doi.org/10.5093/clh2025a2>
- Martín, S. A., Johansson, M., Heath, I., Lehman, R., y Korownyk, C. (2025). Sacrificing patient care for prevention: Distortion of the role of general practice. BMJ, 388, e080811.
<https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080811>
- Menéndez Osorio, F. (1989). El modelo comunitario en Salud Mental (Reflexiones acerca de la práctica clínica, la planificación de servicios y otras consecuencias derivadas del planteamiento comunitario). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 9(28), 115-122.
- Ministerio de Sanidad. (2021). Acción Comunitaria para ganar salud... o cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida.
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2024). Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027. Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/docs/PLAN_DE_ACCION_DE_ATENCION_PRI_MARIA_Y_COMUNITARIA_2025-2027.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.
https://wikipersever.es/public/upload/4/78_INFO_RME-DE-LA-COMISION-MINISTERIAL-PARA-LA-REFORMA-PSIQUIATRICA.pdf
- Missler, M., van Straten, A., Denissen, J., Donker, T., y Beijers, R. (2020). Effectiveness of a psycho-educational intervention for expecting parents to prevent postpartum parenting stress, depression and anxiety: A randomized controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 658.
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03341-9>
- Muñoz Perugorria, M. del Carmen, Mesquida Hernando, M. V., Blanco Guerrero, A., Navarro Oliver, G., Sánchez Pastor, L. M., González-Bals González, M. J., Nadal López, M. L., García Salom, E. M., y Esteva Arrom, A. (2025). Programa

- PSICOAP. Integrando la psicología clínica en el Equipo de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.
- Nye, A., Delgadillo, J., y Barkham, M. (2023). Efficacy of personalized psychological interventions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(7).
<https://doi.org/10.1037/ccp0000820>
- Obaya Prieto, C. (2018). Eficacia de la terapia psicoeducativa grupal de reducción de estrés basada en “atención plena/mindfulness” en personas con síntomas asociados a trastornos de ansiedad y/o depresión. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6(3), 57-69.
- Olabarria, B. (2023). Promoviendo alternativas de cambio al modelo biomédico en la comprensión, intervención y diseños de servicios de salud mental (MPAS). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(144), 299-303.
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352023000200017>
- Olabarria, B. y Gómez Beneyto, M. (2022). La reforma psiquiátrica en España: Hacia la salud mental comunitaria. Los años 70 y 80: dos décadas claves. Conversaciones con protagonistas. Xoroi Edicions.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica, Pub. L. No. Orden SAS/1620/2009, BOE-A-2009-10107 51210 (2009).
<https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas1620>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a revisión (CIE-11) (11.a ed.).
<https://icd.who.int>
- Ortiz Lobo, A. (2019). Contra la prevención sanitaria individual del sufrimiento mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 177-191.
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000100010>
- Ortiz-Lobo, A., y Murcia-García, L. (2009). La indicación de no-tratamiento: Aspectos psicoterapéuticos. En *Trastornos Mentales Comunes: Manual de orientación* (1.a ed.). Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones., Pub. L. No. 98, BOE-A-2012-5403 (2012).
- <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>
- Reales, S. S., y Peláez, C. C. (2024). Formulación de Casos en la Revista Psicología Clínica: Justificación de un Modelo. *Psicología Clínica*, 1(1).
<https://doi.org/10.62873/psclin.v1i1.1>
- Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria., BOE-A-2019-6761 48652 a 48670 (2019).
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761
- Robinson, P. J. (2019). *Basics of Behavior Change in Primary Care* (1.a ed.). Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-32050-8>
- Ruiz Sánchez, J. J. (2021). *FACT de grupo: Integrando ACT y FAP de grupo* (1.a ed.). Psara Ediciones.
- Scott, M. (2024). *The UK NHS Talking Therapies Fantasy*. *Psicología Clínica*, 1(1).
<https://doi.org/10.62873/psclin.v1i1.4>
- SIMAP, Sociedad Española de Psicología Clínica - ANPIR, Asociación de Profesionales de Salud Mental - AEN, y Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. (2025, mayo 28). Comunicado en defensa de la vía PIR como único acceso al ejercicio de la psicología en el Sistema Nacional de Salud.
<https://www.simap-pas.es/via-pir-sns>
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., y Gustavsson, T. (2012). *Brief Interventions for Radical Change: Principles and Practice of Focused Acceptance and Commitment Therapy* (1.a ed.). New Harbinger Publications.
- Thornicroft, G., y Tansella, M. (2014). *La mejora de la atención de salud mental* (1.a ed.). Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- van Os, J., y Guloksuz, S. (2017). A critique of the “ultra-high risk” and “transition” paradigm. *World Psychiatry*, 16(2), 200-206.
<https://doi.org/10.1002/wps.20423>
- van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A., y Delespaul, P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: Time for change? *World Psychiatry*, 18(1), 88-96.
<https://doi.org/10.1002/wps.20609>

- Vázquez Canales, L. de M. (2023). La gran epidemia del siglo XXI se llama salud mental. *Atención Primaria Práctica*, 5(4).
<https://doi.org/10.1016/j.appr.2023.100184>
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., y van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69-78.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>
- World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/356119>
- Żak, A. M., y Pękala, K. (2024). Effectiveness of solution-focused brief therapy: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychotherapy Research*, 0(0), 1-13.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2406540>