

Cómo citar este artículo:

Burguillos, A.I. (2022). Características sociodemográficas y síntomas psicopatológicos de pacientes atendidos por psicología clínica en atención primaria. *MLS Psychology Research*, 5 (2), 183-200. doi: 10.33000/mlspr.v5i2.1143.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SÍNTOMAS
PSICOPATOLÓGICOS DE PACIENTES ATENDIDOS POR
PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA:
UN ESTUDIO DESCRIPTIVO**

Ana Isabel Burguillos Peña

Psicología (España)

anaisabel.burguillos@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-6532-9048>

Resumen. El objetivo del estudio consiste en evaluar los aspectos formales de la intervención psicológica y las características sociodemográficas de los pacientes derivados. Metodología. Estudio descriptivo de pacientes derivados por su médico de atención primaria a Psicología Clínica por considerar la presencia de síntomas psicopatológicos. La recogida de información se llevó a cabo mediante entrevista clínica, un cuestionario para variables sociodemográficas y aspectos clínicos ad hoc, y el cuestionario de salud general GHQ-28. La población atendida fueron 123 pacientes, habiendo un total de 95 mujeres. Resultados. El motivo de derivación más común fueron situaciones vitales que descompensaron su estado psicológico (51,2%). Un total de 29,3% de pacientes acudían a Psicología Clínica con tratamiento psicofarmacológico prescrito por su médico de atención primaria. El rango de sesiones osciló entre 1 y 12, siendo la media de la muestra de dos. La intervención por Psicología Clínica favorece que durante una media de 2,3 sesiones se produjesen un 30,9% de altas por mejoría y un 13,8% siguen en seguimiento, siendo relevante que sólo un 8,9% de pacientes fuese derivado al segundo nivel de atención especializada, reduciendo así la carga asistencial en éste. El 21,1% de los pacientes mostraban síntomas psicopatológicos de forma aguda (último mes) y un 30,1% de manera crónica. Estos últimos datos sólo fueron estadísticamente significativos en relación con los antecedentes en salud mental, a la toma de psicofármacos y a la evolución durante la intervención. Discusión. La intervención psicológica en pocas sesiones proporciona un mejor ajuste psicológico y evita la cronificación de la psicopatología.

Palabras Clave: Psicología Clínica; Atención Primaria; Salud Mental

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS OF PATIENTS ATTENDED BY CLINICAL PSYCHOLOGY IN PRIMARY CARE: A DESCRIPTIVE STUDY

Abstract. The objective of the study is to evaluate the sociodemographic characteristics and the psychopathological symptomatology, the formal aspects of the psychological intervention and the sociodemographic characteristics of the referred patients. **Methodology.** Descriptive study of patients referred by their primary care physician to Clinical Psychology for considering the presence of psychopathological symptoms. Information was collected through a clinical interview, a questionnaire for sociodemographic variables and ad hoc clinical aspects, and the GHQ-28 general health questionnaire. The population served was 123 patients, with a total of 95 women. **Results.** The most common reason for referral was vital situations that decompensated their psychological state (51.2%). A total of 29.3% of patients attended Clinical Psychology with psychopharmacological treatment prescribed by their primary care physician. The range of sessions ranged between 1 and 12, with the mean of the sample being two. The mean number of sessions was 2.33. The intervention by Clinical Psychology favors that during an average of 2.3 sessions there were 30.9% discharges due to improvement and 13.8% are still in follow-up, being relevant that only 8.9% of patients were referred to the second level of specialized care, thus reducing the care burden on it. 21.1% of the patients showed acute psychopathological symptoms (last month) and 30.1% chronically. These last data were only statistically significant in relation to the mental health history, the taking of psychotropic drugs and the evolution during the intervention. **Discussion.** Psychological intervention in a few sessions provides a better psychological adjustment and prevents the chronification of psychopathology.

Keywords: Clinical Psychology; Primary Care; Mental Health

Introducción

El Consejo General de Psicología Clínica muestran una prevalencia de en torno a un 25-55% de consultas relacionadas con algún trastorno mental en Atención Primaria (AP), siendo un 80% de gravedad leve a moderados, en forma de ansiedad o estados depresivos. Desde AP se deriva en torno a un 10% a la atención especializada, recayendo el porcentaje restante sobre los médicos de atención primaria (MAP) (Prado-Abril, 2016).

Esta situación ha generado un planteamiento en el que en la atención especializada (AE) ha recaído preferentemente la atención a pacientes con patologías de salud mental de moderadas a graves, quedando el resto, un gran volumen de pacientes con sintomatología leve, sobresaturando al personal de atención primaria. Esto supone que, para dar una respuesta rápida y eficaz a la población, atendiendo a los criterios sanitarios y siguiendo las guías de práctica clínica, los MAP necesitan recurrir a los fármacos, suponiendo más gasto para el sistema sanitario y cronificando la patología, sin ofrecer la posibilidad previamente de una intervención psicológica especializada (WHO, WONCA, 2008).

Las unidades de salud mental podrían correr el riesgo de estar cada vez más saturadas, si no se establecen criterios claros de derivación a un segundo nivel. La figura del Psicólogo Clínico en Atención Primaria podría reducir dicha saturación asumiendo a pacientes con sintomatología afectiva leve o moderada que hasta ahora ha sido asumido por el MAP o bien derivados al segundo nivel.

La sobresaturación de las unidades de salud mental ha desembocado en la optimización de los recursos y en plantear la inclusión del psicólogo clínico en AP (Consejo General de Psicología Clínica, 2017). También es relevante la necesidad de mantener una coordinación de ambos niveles, AP y atención especializada con el objetivo de analizar las derivaciones o de afianzar el seguimiento especializado y evitar de esta

manera que el paciente vuelva a AP sin la resolución del cuadro (Gálvez-Llompart et al., 2021). Cabe mencionar que las deficiencias organizativas y funcionales del Sistema Nacional de Salud, dificultan en parte la cooperación entre los diferentes niveles de atención sanitaria, ocasionando problemas en el equilibrio de la carga asistencial entre dispositivos (Moreno y Moriana, 2012).

A nivel internacional y nacional se está llevando a cabo cada vez más la implantación de programas de coordinación entre las unidades de salud mental y la AP para la intervención con personas con un trastorno mental. En el Reino Unido se puso en marcha el programa “Improving Acces to Psychological Therapies” incorporando a psicólogos clínicos en los servicios de AP, mostrando unos resultados de recuperación a largo plazo del 50,9-66,6% (Community & Mental Health team, NHS, 2017).

A nivel nacional encontramos el estudio pionero de Cano Vindel con el proyecto PsiCAP en el que se analiza la implantación de la atención psicológica en AP, mostrando que el tratamiento psicológico se muestra hasta tres veces más eficaz que el tratamiento habitual en AP (farmacológico, atención por el MAP) para trastornos de ansiedad, depresión y somatización (Plataforma APPI. PsiCAP, 2017).

Cada vez son más los centros de atención primaria que en coordinación con las unidades de salud mental están estableciendo un proyecto de inclusión de la psicología clínica en la AP, tal y como se aprecia en la evidencia recogida en este apartado. Los proyectos que se han estado desarrollando han favorecido resultados positivos en cuanto a la eficacia de la intervención psicológica temprana en atención primaria, evitando así el colapso de las unidades de salud mental, la cronificación de los trastornos, o la sobremedicalización del paciente con una psicopatología leve o moderada (Plataforma APPI. PsicAP, 2017; Alonso et al., 2019).

La AP soporta más del 50% de la carga asistencial que suponen los trastornos mentales, siendo los más comunes los relacionados con ansiedad, depresión y somatizaciones (49,2%). Dos de cada tres pacientes son atendidos por el médico de AP, generalmente con fármacos, con una tasa baja de remisión y frecuentes recaídas. En la iniciativa británica se apreció una mayor eficacia de la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales realizadas por el Psicólogo Clínico en AP, siguiendo las recomendaciones de la guía NICE (Infocop, 2019).

La intervención psicológica en AP mediante activación conductual o intervenciones cognitiva-conductuales para la depresión producían mejoras de la sintomatología, tenían efectos más duraderos que con los psicofármacos y eran mejor considerados por los pacientes (Cuijpers, Quero, Dowrick y Arroll, 2019).

La inclusión de la atención psicológica especializada en AP supone un acto de prevención cuaternaria, limitando la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. De esta manera, no se convierte todo sufrimiento humano en una patología, teniendo el psicólogo clínico el papel de señalar las estrategias de afrontamiento funcionales o reforzar ciertos comportamientos (Alonso et al., 2019).

En el estudio de Retolaza se llevó a cabo un análisis de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en AP mediante el uso de cuestionarios como el de Salud General GHQ-28 de Goldberg y el Examen del Estado Actual (PSE) a una muestra de unos 500

pacientes, poniendo de manifiesto las limitaciones diagnósticas en AP y concluyendo la necesidad de establecer un conjunto de medidas estandarizadas que se empleen como forma de medir la psicopatología en AP (Retolaza, Márquez y Ballesteros, 1995). Muchos son los estudios que ponen de manifiesto los trastornos más prevalentes atendidos en AP, siendo uno de los más frecuentes la depresión. Un metaanálisis realizado de 41 estudios de diferentes países pone de relieve que la prevalencia de la depresión en AP era de 19,5% (Retolaza, 1993).

Los desórdenes emocionales engloban los dos tercios de diagnósticos de trastornos mentales más frecuentes atendidos en AP y en los que existe una asociación entre estrés y emocionalidad negativa. El tratamiento más habitual es el farmacológico, no adecuado a la sintomatología de carácter leve o ajustado a los criterios de las guías de práctica clínica, siendo mayores las recaídas y la tendencia a cronificarse (Cano Vindel, 2011a; 2011b). En Villalva y Caballero (2006) se recoge que el tratamiento antidepressivo en AP se comienza en el 76% de los casos, derivando el resto a Salud Mental; el 32% de los pacientes abandonan el tratamiento antes de la recuperación, siendo la causa más citada de abandono (88%) la percepción del paciente de no necesitar continuar con el tratamiento.

Es indicativo que pacientes con depresión se pueden convertir en visitantes frecuentes de los centros de salud, aquejados de diferentes patologías, somatizaciones o una diversidad de síntomas inespecíficos, que, siendo evaluados correctamente, entrarían en la categoría de trastorno depresivo, y por tanto requerirían una atención especializada (Dowrick, Bellón y Gómez, 2000; Mitchell, Vaze y Rao, 2009; Cano-Vindel et al., 2012).

Se están recogiendo en España varias experiencias sobre las características de la población que es derivada a Psicología Clínica dentro de los centros de salud. Los diagnósticos más relevantes han sido los trastornos depresivos, los de ansiedad, adaptativos y códigos Z (factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud). Se emplean medidas estandarizadas para evaluar la eficacia de la intervención, recogiendo mejoras en una media de tres sesiones, apreciándose por tanto una eficacia en la aplicación integral del modelo biopsicosocial al incluir al psicólogo clínico en la AP (Gutiérrez-López, 2020; Sánchez-Reales, 2015).

La Atención Primaria (AP) es el primer nivel del sistema sanitario al que acceden las personas con diversas quejas psicológicas y/o somáticas. Es el personal que representa esta institución los que deben dar la respuesta a dicho malestar, bien asumiendo ellos el cuidado de la persona o conociendo los diferentes servicios a los que derivar para un cuidado más especializado. Se realiza una función de coordinación con los servicios de atención especializada y con otros servicios para dar respuesta a los problemas que plantea la población. Ejercen una función vertebradora en la institución sanitaria, siendo responsables de una supervisión y continuidad integral de cuidados a la población bajo el paradigma del modelo biopsicosocial.

En el presente estudio se exponen los primeros resultados obtenidos por la autora del mismo durante la rotación por un Centro de Atención Primaria durante la Formación PIR (Psicólogo Interno Residente). En el centro de salud donde ha tenido lugar esta experiencia trabajan una veintena de médicos y otra de enfermeros, trabajador social, personal auxiliar y administrativo, celadores, personal de limpieza y servicios. Durante el

primer mes de rotación la residente contemplaba la relación médico-paciente, conociendo el proceso de la enfermedad y su abordaje desde la atención primaria. Una vez finalizada la rotación se continuó la atención psicológica durante el período de “atención continuada” de la formación dos tardes a la semana, atendiendo un total de ocho pacientes a la semana. Por lo tanto, el período de recolección de datos fue de unos 15 meses, situados entre el último trimestre de 2019 hasta diciembre de 2021.

La intervención psicológica que se ha llevado a cabo con los pacientes ha seguido el paradigma cognitivo-conductual, con técnicas cognitivas como medio de identificar y cuestionar las distorsiones cognitivas más frecuentes en los trastornos tratados, y técnicas conductuales para mejorar el afrontamiento de los síntomas y la capacidad de adaptación a los mismos. En general se ha iniciado el proceso terapéutico siempre con herramientas psicoeducativas y de reducción de la activación fisiológica, para con menos niveles de ansiedad o disforia, se pudieran introducir técnicas cognitivas o conductuales para el manejo de la sintomatología. En todos los casos, en la primera consulta, una vez expuesto el motivo de preocupación se devolvía un análisis funcional con hipótesis sobre la sintomatología y a raíz de ahí conectar con la psicoeducación. La intervención tenía un límite de unas ocho sesiones, pudiendo en casos concretos alcanzar más.

Método

Objetivos

El objetivo principal del estudio es describir la muestra de pacientes que es derivada por los médicos de atención primaria a Psicología Clínica, de forma pionera en Huelva capital y provincia, para valorar las características sociodemográficas, el estado de salud y el tipo de patología mental más prevalente en Atención Primaria. Los objetivos específicos que se proponen en este estudio son los siguientes:

- Estudiar los motivos de derivación desde el médico de atención primaria a Psicología Clínica en el centro de salud.
- Analizar el número de pacientes que se derivan a Psicología Clínica.
- Valorar el número de pacientes que son derivados a Psicología Clínica y que se encuentran previamente medicados con psicofármacos.
- Estudiar las características sociodemográficas de los pacientes que son derivados a Psicología Clínica.
- Comprobar el estado de salud general previa a la intervención psicológica en el centro de salud.
- Analizar el número de sesiones de intervención psicológica necesarias para finalizar un tratamiento con éxito.
- Valorar el seguimiento de los pacientes derivados y estudiar el número de altas por mejoría clínica y el número de abandonos.

Las hipótesis que se plantean en este estudio son las siguientes:

- El número de derivaciones de pacientes con síntomas psicopatológicos a un segundo nivel de atención especializada (USMC) se reducirán con la intervención del Psicólogo Clínico en atención primaria.
- Los pacientes derivados por los médicos de atención primaria a Psicología Clínica en el centro de salud tendrán un diagnóstico psicopatológico de carácter afectivo y de gravedad leve y/o moderada.

- Los pacientes necesitarán un promedio de ocho sesiones para darles el alta en Psicología Clínica.

Diseño y Procedimiento

La intervención de Psicología Clínica se inició con una sesión de información hacia el equipo médico, consensuando y estableciendo los criterios de derivación hacia la PIR. Se canalizaban las derivaciones de los profesionales a través del MAP tutor de la rotación. Aún así, en casos más complejos se procedía a una reunión previa entre MAP que derivaba y PIR donde se concretaba si era adecuada la derivación, el tipo de intervención que se le podía prestar o si procedía a derivar a segundo nivel. Los criterios de derivación del MAP al (psicólogo interno residente) PIR se reflejan en la Tabla 1.

Tabla 1

Criterios de derivación y exclusión

Inclusión	Trastornos de ansiedad Trastornos del estado de ánimo (leves, moderados) Trastornos adaptativos
Exclusión	Trastornos de personalidad Trastornos por consumo de sustancias Asistencia actual por Salud Mental u otro servicio especializado, público o privado Ingresos recientes en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría

La derivación del MAP se consensuaba con el paciente en su consulta. El médico indicaba en una “Hoja de seguimiento de consulta” impresa los datos personales del paciente, los más relevantes a nivel físico y brevemente el motivo de derivación. La derivación se trasladaba a la PIR que procedía a valorar la demanda del médico. En el análisis de la demanda se valoraba la urgencia del caso, si cumplía los requisitos de atención en el Centro de Salud, si correspondía a derivarse a un segundo nivel de atención especializada o los criterios de urgencia. Si no cumplía los requisitos, la PIR se reunía con el MAP correspondiente o entregaba un informe con el resultado del análisis de la demanda, el motivo del incumplimiento y una alternativa de atención al paciente. En el caso de aceptar la demanda, se procedía a contactar con el paciente y concretar una cita (ver Tabla 2).

Tabla 2

Condiciones de la intervención

<i>Demanda del MAP</i>	<i>Comunica al paciente la existencia de la Unidad de Psicología Clínica y muestra la necesidad en el caso de ser derivado. Realiza una “hoja de seguimiento de consulta” donde especifica los datos de contacto, diagnóstico inicial, breve motivo de derivación y tratamiento farmacológico actual.</i>
<i>Contacto previo</i>	<i>Se realiza por teléfono donde se presentaba como Psicóloga Residente del centro sanitario, comunicándole la recepción de la hoja de derivación por su MAP. Se le preguntaba si estaba de acuerdo en concertarle una cita. Se establecía el encuadre, informándoles de las condiciones de las citas, las ausencias a las mismas, la forma de contacto con el centro, el día de atención clínica y los horarios.</i>
<i>Consultas</i>	<i>Primeras consultas: si no acudían a la primera consulta, se procedía al alta por incomparecencia, dejando una hoja impresa a su MAP con motivo informativo.</i>

Igualmente, si se llamaba en dos ocasiones al paciente y no contestaba, se procedía de la misma manera. En caso de volver a querer una cita en Psicología Clínica, tendrían que volver a su MAP a solicitarlo.

Revisiones: si no acudían a dos revisiones se procedía al alta por incomparecencia. Si durante la intervención, un paciente era derivado al segundo nivel, se detenía la intervención, dejando a su MAP una “hoja de seguimiento de consulta” con los datos más relevantes del proceso terapéutico.

<i>Número de sesiones</i>	Se ofrecían un máximo de 8 sesiones individuales. Si no había mejora clínica, se procedía a derivar al segundo nivel.
<i>Duración de las sesiones</i>	Primeras consultas: 1h Revisiones: 45 min
<i>Frecuencia de las sesiones</i>	Quincenal.

Se estableció un horario de atención clínica de mañana, cuatro días a la semana, con un máximo de cinco pacientes al día. Una vez finalizado el período de rotación establecida en el programa PIR, se ha continuado la atención clínica del mismo modo por las tardes, dos días a la semana, desde octubre de 2019 hasta diciembre de 2021. La atención en la Unidad de Psicología Clínica se realizó en este tiempo durante dos tardes y atendiendo a un máximo de ocho pacientes a la semana. Durante este período de tiempo ha habido una situación crítica que tenemos que señalar como posible interferencia en el comienzo de esta Unidad, que es la pandemia por COVID-19, donde se ha priorizado esta atención, donde las consultas fueron telemáticas y las peticiones de derivación a Psicología disminuyeron considerablemente, para después volver a aumentar una vez retomadas las consultas presenciales.

Población

La población del estudio la conforman 123 pacientes del mismo Centro de Atención Primaria, atendidos por un PIR durante los años 2019, 2020 y 2021. Estos pacientes fueron derivados por sus Médicos de Atención Primaria al detectar síntomas de origen para que recibieran una intervención psicológica en lugar de derivar directamente a un segundo nivel de atención especializada (Unidad de Salud Mental Comunitaria). Del total de los 123 pacientes asignados a un PIR, 30 pacientes no llegaron a acudir a la primera consulta, por lo que se valorarán en algunos de los resultados a 93 pacientes.

Variables e Instrumentos

- *Hoja de información y consentimiento informado.* Es administrado por la Psicóloga en la primera consulta.
- *Entrevista clínica:* se realiza una entrevista abierta para la recolección de datos sociodemográficos, autobiográficos, sobre antecedentes personales y psiquiátricos familiares, el motivo de consulta, experiencias previas en salud mental y expectativas en la intervención actual.
- *Cuestionario de salud general GHQ-28 de Goldberg y Hilier (1979):* se trata de un cuestionario validado y adaptado a la población española por Lobo y Echevarría y Artal (1986). Muestra una alta fiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0.97 (Godoy-Izquierdo, Godoy, López-Torrecillas y Sánchez-Barrera, 2002). Es autoaplicado y tiene 28 ítems que se responden con una escala Likert de 0 a 3 puntos. Valoran la percepción sobre la salud como por ejemplo en este ítem “¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?” El cuestionario ofrece una puntuación global y una por cada una de las cuatro subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave).

También se puede obtener los datos sobre la cronificación de la sintomatología y detectar casos de aparición aguda (puntuación no caso/caso: 5/6) o crónica (puntuación no caso/caso: 12/13).

- *Cuestionario Ad-Hoc de variables sociodemográficas y aspectos clínicos*: recoge datos como la edad, el género, el estado civil, la situación laboral, el nivel académico, el motivo de derivación a psicología clínica, el total de sesiones a las que asiste, ~~el número de sesiones de la intervención psicológica~~, el diagnóstico y los antecedentes en salud mental (incluido el tratamiento farmacológico previo y actual).

Análisis de datos

Se ha llevado a cabo un análisis de variables sociodemográficas, clínicas y de evolución de la intervención psicológica en Atención Primaria, mediante la utilización del paquete estadístico SPSS versión 25.0. Se han realizado análisis estadísticos descriptivos de variables como: edad, género, estado civil, nivel académico, situación laboral, motivo de derivación, antecedentes en salud mental, tratamiento farmacológico previo y actual, número de sesiones, tipo de evolución del paciente, diagnóstico y datos del cuestionario GHQ-28. Así mismo, se han realizado pruebas estadísticas como la *Chi-Cuadrado* (X^2) para contrastar los datos de las variables recogidas y los del GHQ-28.

Resultados

Datos sociodemográficos

Las personas que componen la muestra de pacientes atendidos en Atención Primaria durante los años 2019, 2020 y 2021 (123 personas) presentan una media de edad de 47,29 años, con un rango que se sitúa entre los 15 y los 83 años. En relación con el género, la muestra se compone de 95 mujeres (77,2%) y 28 hombres (22,8%). El estado civil muestra la siguiente variabilidad: 54 personas con pareja o casado (43,9%), 19 solteros (15,4%), 13 divorciados o separados (10,6%) y 7 viudos (5,7%). Hay un total de 30 valores perdidos que son las personas que de toda la muestra no acuden a primera consulta.

El nivel académico arroja una mayoría de pacientes que tienen un nivel de estudios secundarios (40,7%), siguiéndoles los que tienen estudios superiores (25,2%) y por último, los que poseen estudios primarios (9,8%).

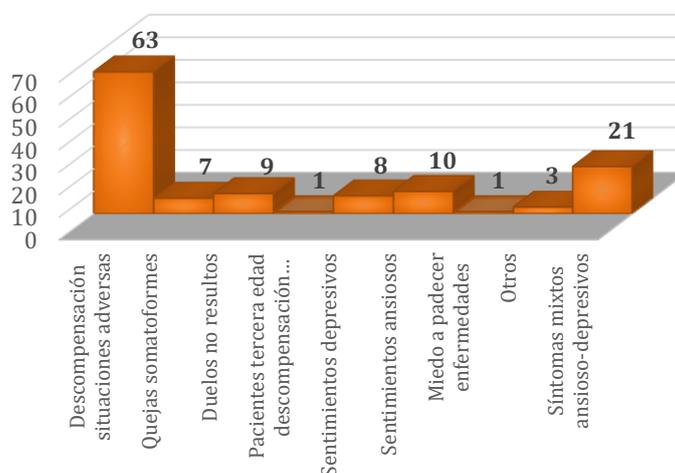
Los análisis de la situación laboral indican que el mayor porcentaje corresponde a pacientes que están trabajando en el momento de la atención clínica (39%), le siguen los que están en desempleo (16,3%), las personas jubiladas (11,4%), los estudiantes (8,1%) y por último los pensionados por minusvalía (0,8%).

Datos asistenciales

Se recogieron las principales causas de derivación por los Médicos de Atención Primaria (MAP) a la Unidad de Psicología Clínica, categorizándolos tras la recogida de datos en nueve categorías. En la *figura 1* se detallan los casos o frecuencia de cada uno de los motivos de derivación de la muestra de 123 pacientes, siendo destacables dos de ellos como más frecuentes: “descompensaciones ante acontecimientos vitales estresantes” con un 51,2% y los pacientes con quejas de “síntomas mixtos ansioso-depresivos”.

Figura 1

Motivos de derivación a Psicología Clínica



En este conjunto de datos se incluyen tanto los que han recibido atención clínica como aquellos que no acudieron a primera consulta, pero sí se recogió el motivo de derivación indicado por su MAP.

Como dato relevante para el inicio y evolución de la intervención psicológica se contempló si los pacientes que derivaban los Médicos de Atención Primaria habían tenido anteriormente atenciones psicológicas, bien a nivel privado como público y si habían estado en tratamiento psicofarmacológico o si estaban tomando algún psicofármaco en el momento de la atención psicológica. Se han excluido los 30 casos que no acuden a primera consulta, siendo por tanto un total de 93 casos. Un 33,3% de los pacientes comentaron tener antecedentes en salud mental o haber ido a algún psicólogo y/o psiquiatra en algún momento de sus vidas. El 26% de los pacientes habían tomado en algún momento tratamiento psicofarmacológico y el 29% acudieron a la primera sesión con un tratamiento psicofarmacológico prescrito previamente.

Como se puede apreciar, son datos reveladores el hecho de que previamente a la derivación a la Unidad de Psicología Clínica del Centro de Salud, los Médicos de Atención Primaria suelen comenzar prescribiendo fármacos antidepresivos y/o ansiolíticos en un amplio porcentaje. Los pacientes que acuden con psicofármacos prescritos comprenden un 29,3% (36) del total de 93 casos en tratamiento psicológico. Un 33,3% (41) de los casos tenía antecedentes en salud mental, a nivel público o privado.

En este estudio se contempla la evolución de los pacientes durante la intervención psicológica, categorizándola en ocho posibles situaciones: “alta por mejoría”, “no acude a primera consulta”, “cambio de centro de salud o de ciudad”, “continúa en seguimiento”, “derivación a segundo nivel USMC”, “abandono”, “acude ya a USMC”, “acude a psicología a nivel privado”. Es un dato relevante para poder analizar el proceso terapéutico y las posibles causas de abandonos o de aspectos exitosos de la intervención. Se han tomado el conjunto de los 123 casos, correspondiendo el mayor porcentaje a

pacientes que reciben el alta por mejoría (30,9%), seguido de los abandonos (21,1%) y los que no acuden a primera consulta y por tanto no iniciaron seguimiento en Psicología Clínica (18,7%). El 13,8% permanece en seguimiento. Durante este período de tiempo se ha derivado a atención especializada (USMC) un 8,9% de los casos. El 4,1% abandonaron el tratamiento o no empezaron por mudarse de ciudad, de CCAA o de centro de salud. El 1,6% de los pacientes estaban asistiendo a psicología en ámbito privado por lo que se finalizó la intervención en el centro. Y un 0,8% ya asistía a USMC cuando fue derivado, por lo que no se asumió el caso en el centro.

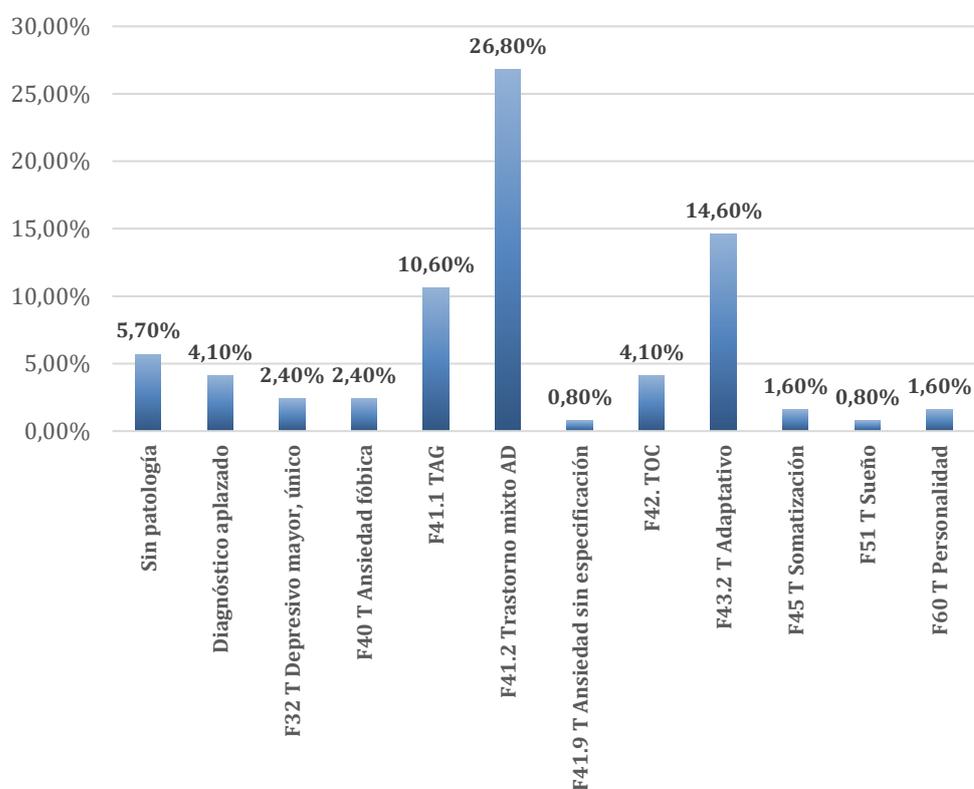
El análisis del número de sesiones en esta muestra indica que el número de sesiones más frecuente ha sido el de una única sesión (26,8%), seguida de dos sesiones (22%). Hay un total de 5 personas que han recibido entre 9 y 12 sesiones, sumando un total de 4%. La media de sesiones se encuentra en 2,33, con unos límites inferior y superior de 0 y 12 respectivamente.

El número de sesiones está relacionado de forma significativa con la evolución del paciente ($X^2 = 13,003$, $p = ,043$). Fue mayor el número de pacientes que recibieron el alta por mejoría habiendo recibido menos de 5 sesiones que los que recibieron más. También fueron derivados más casos en las primeras sesiones y aquellos que abandonaron el seguimiento, lo hicieron dentro de las primeras cinco sesiones.

Por último, uno de los datos también más relevantes de la intervención psicológica en Atención Primaria es la evaluación diagnóstica y aplicar este tipo de intervenciones a trastornos emocionales de gravedad leve a moderada. Para ello, las intervenciones contemplaban la administración de entrevistas clínicas y la codificación diagnóstica según la CIE-10, además de valorar sintomatología afectiva mediante la administración del cuestionario GHQ-28. Los trastornos más prevalentes de la muestra se muestran en la figura 2.

Figura 2

Diagnósticos



El cuestionario GHQ-28 aporta una puntuación diferente si es una sintomatología de aparición reciente o que ya está cronicada. Se tuvieron en cuenta de los 93 pacientes atendidos, 90, pues tres no contestaron o dejaron de acudir a las sesiones y no aportaron sus respuestas. Los casos agudos detectados por este cuestionario fueron 64 (52%) mientras que los casos clínicos de evolución crónica se situaron en 53 (43,1%).

El cuestionario GHQ-28 aporta una visión de la sintomatología que presenta la población atendida en el centro de salud en este período de tiempo. La media del total de las puntuaciones del cuestionario es de 16,74. La media de las puntuaciones de “síntomas somáticos” es de 6,41, la correspondiente a la subdimensión de “ansiedad-insomnio” es de 4,74. Por último las media de las subdimensiones “disfunción social” y “depresión grave” son 4,36 y 0,91 respectivamente.

Se realizaron tablas de contingencia empleando el estadístico Chi-Cuadrado como criterio de contraste para las diferentes variables sociodemográficas y clínicas y los casos detectados por el GHQ-28 (tablas 3 y 4). El 21,1% de los pacientes mostraban síntomas psicopatológicos de forma aguda (último mes) y un 30,1% de manera crónica. Estos últimos datos sólo fueron estadísticamente significativos en relación con los antecedentes en salud mental, a la toma de psicofármacos y a la evolución durante la intervención.

Tabla 3

Chi-Cuadrado variables sociodemográficas y clínicas y casos clínicos agudos detectados con GHQ-28

VARIABLES	VALORES	CHI-CUADRADO (SIG.)	P
EDAD	15-35	14	,664 <i>p</i> = ,717
	36-55	28	
	56-90	22	
GÉNERO	Hombre	14	,078 <i>p</i> = ,781
	Mujer	50	
E. CIVIL	Soltero	13	1,191 <i>p</i> = ,755
	Casado-Pareja	36	
	Divorciado	10	
	Viudo	4	
SITUACIÓN LABORAL	Desempleado	13	,598 <i>p</i> = ,897
	Trabaja	33	
	Jubilado	11	
	Estudiante	6	
NIVEL ACADÉMICO	Primaria	8	,766 <i>p</i> = ,682
	Secundaria	32	
	Superiores	23	
ANTECEDENTES SALUD MENTAL	Si	28	,793 <i>p</i> = ,673
	No	36	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVIO	Si	24	,680 <i>p</i> = ,712
	No	40	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	Si	23	2,4176 <i>p</i> = ,337
	No	41	
EVOLUCIÓN	Alta mejoría	33	22,423 <i>p</i> = ,001
	Continua	9	
	Derivación USMC	2	
	Abandono	18	
	Cambio CAP / CCAA	2	
NÚMERO SESIONES	1-5	50	,022 <i>p</i> = ,881
	6-14	13	

Tabla 4

Chi-Cuadrado variables sociodemográficas y clínicas y casos clínicos crónicos detectados con GHQ-28

VARIABLES	VALORES	CHI-CUADRADO (SIG.)	P
EDAD	15-35	16	4,509 <i>p</i> = ,105
	36-55	22	
	56-90	15	
GÉNERO	Hombre	11	,010 <i>p</i> = ,921
	Mujer	42	

E. CIVIL	Soltero	13	3,135	$p = ,371$
	Casado-Pareja	27		
	Divorciado	8		
	Viudo	4		
SITUACIÓN LABORAL	Desempleado	9	,976	$p = ,807$
	Trabaja	28		
	Jubilado	9		
	Estudiante	6		
NIVEL ACADÉMICO	Primaria	5	4,663	$p = ,097$
	Secundaria	25		
	Superiores	22		
ANTECEDENTES SALUD MENTAL	Si	19	6,116	$p = ,047$
	No	34		
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVIO	Si	17	1,618	$p = ,445$
	No	36		
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	Si	15	8,797	$p = ,012$
	No	38		
EVOLUCIÓN	Alta mejoría	32	23,447	$p = ,001$
	Continúa	6		
	Derivación USMC	2		
	Abandono	11		
	Cambio CAP / CCAA	2		
NÚMERO SESIONES	1-5	42	,077	$p = ,782$
	6-14	10		

Discusión y conclusiones

Este trabajo contempla un análisis del proyecto de la inclusión del Psicólogo Clínico en Atención Primaria en Huelva (capital), como experiencia piloto llevada a cabo por la figura del Psicólogo Interno Residente y supervisado por los superiores de la formación y los adjuntos de Atención Primaria. Uno de los objetivos del estudio era valorar los pacientes derivados a Psicología Clínica, analizar las características sociodemográficas de dicha población y los motivos de derivación, así como los diagnósticos comunes.

En este sentido, la población comparte características con otras poblaciones analizadas en otros estudios, en cuanto a variables sociodemográficas o clínicas como diagnósticos de carácter afectivo y de gravedad leve o moderada o uso de medicación psicofarmacológica previa a la derivación a psicología (Plataforma APPI. PsicAP, 2017; Gutiérrez-López et al., 2020). Los análisis sobre los motivos de derivación reflejan que el mayor porcentaje de derivaciones corresponden a descompensaciones y reacciones a situaciones estresantes y a pacientes que presentan una sintomatología difusa ansioso-depresiva (WHO WONCA, 2008; Cano-Vindel et al., 2012).

Cabe señalar que los diagnósticos hallados en este estudio que aparecen en las derivaciones de los médicos de atención primaria son, por orden de aparición y frecuencia, los relacionados con sintomatología ansiosa-depresiva, los trastornos adaptativos, los trastornos ansiosos y los trastornos depresivos de carácter leve, datos que se asemejan a los hallados en otros estudios previos; resultados que van en consonancia con otros estudios (Plataforma APPI. PsicAP, 2017, Infocop, 2019).

Así mismo, la exploración realizada a través del cuestionario GHQ-28 muestra sintomatología de carácter afectivo reciente en la mitad de la población estudiada, siendo en su mayoría síntomas somáticos, ansiedad e insomnio e interferencia en la esfera social, siendo mínima la sintomatología depresiva grave. Estos resultados responden a uno de los objetivos e hipótesis planteadas en el presente estudio en relación a los motivos de derivación y diagnósticos afectivos de carácter leve-moderado (Cano-Vindel, 2011b; Plataforma APPI. PsicAP, 2017; Sánchez-Reales et al., 2015).

En consonancia con otros estudios que sitúan a las mujeres como la población que más demanda atención psicológica y que representa mayores porcentajes en las derivaciones en Atención Primaria, el presente estudio, de acuerdo a los objetivos de explorar las características sociodemográficas, halla un porcentaje mayor al 70% de mujeres atendidas (Plataforma APPI. PsicAP, 2017; Sánchez-Reales et al., 2015).

La coordinación que se produce al incluir al Psicólogo Clínico en Atención Primaria permite que se analicen y optimicen las derivaciones que realice el médico. En relación al objetivo planteado de valorar si la atención en el centro reduciría la derivación a un segundo nivel, se ha contemplado una reducción del número de derivaciones a la atención especializada, alrededor de un 8% del total derivado por los MAP coordinación con los médicos de atención primaria y la posterior revisión y análisis de los casos concluyeron que este mínimo porcentaje poseía una sintomatología de carácter más grave o necesitaban un tratamiento más amplio por Psicología Clínica para alcanzar una remisión de los síntomas (Alonso et al., 2019).

La coordinación en el propio centro de salud ha permitido una reducción de las derivaciones a atención especializada, de ahí, los beneficios de la incorporación de la Psicología Clínica a los centros de salud, asumiendo las intervenciones psicológicas de un amplio número de pacientes con sintomatología leve a moderada, y como consecuencia, aportando una función de filtro por gravedad o por recursos a la atención especializada, evitando colapsos en ésta. También, la presencia del Psicólogo Clínico en el primer eslabón del sistema sanitario, en Atención Primaria, permite que la población reconsidere la estigmatización de la enfermedad mental y que aprecie las intervenciones psicológicas como una herramienta accesible, necesaria y útil en su proceso de enfermedad (Gálvez-Llompart et al., 2021; Alonso et al., 2019).

Las intervenciones psicológicas en Atención Primaria muestran unas características propias y diferenciadas de la atención especializada, tanto en técnicas empleadas como en el tiempo destinado a su administración. Desde la Psicología Clínica se ponen en marcha intervenciones psicológicas de baja intensidad destinadas a alteraciones emocionales de carácter leve o moderado en un número de sesiones limitado, que en el presente estudio muestran una media de 2. En este trabajo se planteó como objetivo estudiar el número de sesiones necesarias para finalizar una intervención con una mejoría clínica, siendo un dato significativo que los pacientes que recibieron el alta por mejoría clínica evolucionaron en menos de cinco sesiones, siendo congruente con otros estudios. Además, las altas por criterio de mejoría clínica o remisión de la sintomatología inicial por la que consultaban, comprenden el mayor porcentaje en relación a todas las altas del estudio, siendo congruente con la eficacia de las intervenciones psicológicas expuestas en experiencias y estudios previos (Gutiérrez-López et al., 2020; Sánchez-Reales et al., 2015; Infocop, 2019).

Uno de los objetivos formulados en el estudio fue explorar si los pacientes que eran derivados a Psicología Clínica en Atención Primaria acudían con un tratamiento psicofarmacológico previo. Se halló un elevado porcentaje de pacientes que acudían ya con un primer abordaje psicofarmacológico previo realizado por su MAP, considerando el abordaje psicológico posterior, dato consistente con estudios previos (Sánchez-Reales et al., 2015; Plataforma APPI. PsicAP, 2017; Gutiérrez-López et al., 2020; Villalva y caballero, 2006).

No obstante, son necesarias más investigaciones que superen las limitaciones actuales. Por ejemplo, existen pocos estudios relativos al uso de una serie de instrumentos que estén estandarizados y se puedan replicar en los estudios sobre la psicología clínica en Atención Primaria (Retolaza et al., 1993). Se ha empleado en varias muestras clínicas españolas el cuestionario de salud general de Goldberg en su adaptación española y en los últimos años se está utilizando en muestras de pacientes en los centros de salud (Retolaza et al., 1993). Este cuestionario permite obtener unos resultados globales de la sintomatología del paciente que es derivado en Atención Primaria, obteniendo un screening, para luego focalizarse en cuestionarios más específicos y establecer un diagnóstico. En el presente trabajo se han podido detectar pacientes con una psicopatología leve a moderada tanto de aparición aguda como crónica, siendo de gran utilidad en el diagnóstico y evolución del paciente (Cano-Vindel, 2011a; Retolaza et al., 1993; Mitchell, Vaze y Rao, 2000).

En conclusión, este estudio pone de manifiesto algunas características sociodemográficas de los pacientes que son derivados por los médicos de atención primaria al Psicólogo Clínico, siendo en su mayoría mujeres, personas casadas o en pareja, con estudios secundarios y que se encuentran trabajando. Es relevante la información acerca de los motivos de derivación, siendo el mayor dato el correspondiente a reacciones adaptativas debido a situaciones estresantes o períodos de cambio vital. Los diagnósticos más frecuentes son los trastornos mixtos ansioso-depresivos, los trastornos de ansiedad y los adaptativos. Por otro lado, es relevante que de toda la muestra el número medio de sesiones sea dos, siendo estadísticamente significativo que las altas por mejoría clínica se produzcan en menos de cinco sesiones. El cuestionario de salud general de Goldberg ofrece datos relativos a casos clínicos agudos y crónicos, que se muestran relacionados de forma significativa con los antecedentes en salud mental, la toma de psicofármacos previa a la intervención o la evolución, siendo los casos clínicos detectados aquellos que tomaban medicación, que tenían antecedentes y que abandonaban más o estaban en seguimiento.

La Atención Primaria, como primer eslabón de la institución sanitaria y, por ende, más accesible a la población general, es quién recibe las quejas y demandas de la población general. Recepciona la demanda, interviene, orienta, se coordina y deriva a otros eslabones donde se encuentra la atención especializada. Los médicos de atención primaria absorben gran cantidad de problemas psicológicos que a veces, por su carácter leve o reactivo a circunstancias físicas o sociales, no consideran que cumpla los criterios en la atención especializada. Así, asumen gran cantidad de problemas psicológicos derivados de patologías físicas o que influyen en la evolución de una patología abordada en los centros de salud, por lo que realizan un abordaje integral del paciente. No obstante, esta gran demanda asistencial genera una sobresaturación de la Atención Primaria, un

aumento de la utilización del recurso farmacológico como medio de paliar la sintomatología y una cronificación o agravamiento de la sintomatología psicopatológica.

Por ello, a raíz de la exploración general de algunas variables implicadas en la atención psicológica en Atención primaria en este estudio, podemos considerar necesarias nuevas líneas de investigación ampliando la cantidad de variables sociodemográficas o el tipo de intervención y las características del abordaje psicológico, así como los protocolos de derivación, con la finalidad de reducir aún más el número y tipo de pacientes que se derivan a un segundo nivel. De este modo, afianzar aún más los criterios de atención en Primaria y los de derivación a un segundo nivel de atención especializada. La mejora de los protocolos podría considerar un primer abordaje psicológico de pacientes con sintomatología leve o moderada, previo al abordaje psicofarmacológico, pudiendo analizar las consecuencias económicas de una posible reducción del gasto farmacéutico.

Referencias

- Alonso, R., Lorenzo, L., Flores, I., Martín, J. & García, L. (2019). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*, 51(5), 310-313. doi: 10.1016/j.aprim.2018.08.012.
- Cano-Vindel A. (2011a). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Cano-Vindel A. (2011b). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157-184.
- Cano-Vindel, A., Salguero, J.M., Mae Wood, C., Dongil, E. & Latorre, J.M. (2012). La depresión en Atención Primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Community & Mental Health team, NHS Digital. Improving access to psychological therapies (IAPT) (2017). Recuperado de: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-collections-and-data-sets/data-sets/improving-access-to-psychological-therapies-data-set/improving-access-to-psychological-therapies-data-set-reports>
- Consejo General de la Psicología Clínica. Cada vez más Comunidades Autónomas se suman a la demanda de psicólogos en AP. (2017). Infocop online. Recuperado el 12 de enero de 2022 de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6563.
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*, 21(12), 129. doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x
- Dowrick, C.F., Bellón, J.A. & Gómez, M.J. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: The impact of depressive symptoms. *British Journal of General Practice*, 50, 361-365.
- Galvez-Llompарт, A.M., Valor Gisbert, M., Perez-Almarcha, M., Ballester-Gracia, I., Canete-Nicolas, C., Reig-Cebria, M.J. & Hernandez-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. doi.org/10.1016/j.semerg.2021.04.006.
- Godoy-Izquierdo, D, Godoy, J.F., López-Torrecillas, F. y Sánchez-Barrera, M.B. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de salud general de Goldberg-28". *Revista de Psicología de la Salud*, 14(1), 49-71.

- Gutiérrez López, M.I., López Alonso, N., Alonso Gómez, R. & Veiga Martínez, C. (2020). Psicología Clínica en Atención Primaria: la experiencia en Asturias [Clinical Psychologist in Primary Care: The work carried out in Asturias]. *Semergen*, 46(2), 101–106. doi.org/10.1016/j.semereg.2019.09.002.
- Infocop (2019). Propuesta para que haya psicólogos clínicos en la Atención Primaria de todas las comunidades autónomas. Recuperado de https://www.infocop.es/view_article.asp?id=7987
- Lobo, A. A., Pérez-Echevarría, J.M. & Artal, J. (1986). «Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a spanish population», *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Mitchell, A.J., Vaze, A. & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta- analysis. *Lancet*, 374, 609-619.
- Moreno, E. & Moriana, J.A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35, 315-328.
- Plataforma APPI. PsicAP. La intervención psicológica en primaria, más eficaz que el tratamiento habitual. Plata- forma por una Atención Psicológica Pública e Integrada. (2017). Recuperado de: <https://plataformaappi.wordpress.com/2017/03/05/psicap-la-intervencion-psicologica-en-primaria-mas-eficaz-que-el-tratamiento-habitual/>.
- Prado-Abril, J. (2016). Facilitadores y obstáculos de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión en atención primaria: un estudio cualitativo (tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/58557/files/TESIS-2017-003.pdf>.
- Retolaza, A., Mostajo, A., De la Rica, J.R., Días de Garramiola, A., Pérez de Loza, J., Aramberri, I. & Markez, I. (1993). «Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de atención primaria». *Revista de la A.E.N.*, 13(46), 187-194. Recuperado de <http://ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15340>
- Retolaza, A., Márquez, I. & Ballesteros, J. (1995). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(55), 593-608.
- Sánchez-Reales, S., Tornero-Gómez, M.J., Martín-Oviedo, P., Redondo-Jiménez, M. & Del-Arco-Jódar, R. (2015). Psicología Clínica en Atención Primaria: descripción de un año de asistencia. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 41(5), 254-260. doi.org/10.1016/j.semereg.2014.06.001.
- Villalva, E. & Caballero, L. (2006). Estudio sobre el uso y seguimiento del tratamiento con antidepresivos realizado por los médicos de Atención Primaria. *SEMERGEN– Medicina de Familia*, 32(9), 427-432. doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73310-X
- WHO, WONCA. (2008). Integrating mental health into primary care. A global perspective. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf.

Fecha de recepción: 03/03/2022

Fecha de revisión: 14/07/2022

Fecha de aceptación: 18/09/2022