



SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: QUÉ TENEMOS, QUÉ NECESITAMOS Y DÓNDE ENCONTRARLO

MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE: WHAT WE HAVE, WHAT WE NEED, AND WHERE TO FIND IT

César González-Blanch
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

En un reciente número de Papeles del Psicólogo se abordaba el tema de salud mental en Atención Primaria. En este texto pretendemos responder a los trabajos que describían la situación actual de la salud mental en Atención Primaria en España y las propuestas que se derivaban de esos análisis. Se responde a aspectos relacionados con la labor de los psicólogos clínicos en Atención Primaria y su reputación profesional. Se defiende la consideración del sistema de Residencia como un requisito esencial para la formación en este campo. Finalmente, dada la literatura existente y la situación actual de la Psicología profesional en España, se sostiene que el psicólogo clínico es esa "nueva" figura que se está buscando para mejorar la salud mental en Atención Primaria. Se valora igualmente la necesaria labor de los psicólogos con especialidades no-clínicas para la prevención universal y selectiva desde ambientes escolares, laborales y sociales.

Palabras clave: profesionales de atención primaria, salud mental, intervención psicológica, formación, modelos organizativos.

A recent issue of Papeles del Psicólogo dealt with the subject of mental health in Primary Care. The present text aims to respond to the papers that described the current state of mental health in Primary Care in Spain and the proposals derived from those analyses. A response is given to the issues related to the work of clinical psychologists in Primary Care and their professional reputation. The Spanish Clinical Psychology internship is defended as an essential training requisite in this field. Lastly, considering the existing literature and the current state of professional Psychology in Spain, it is argued that the clinical psychologist is the "new" figure that we are looking for to improve mental health in Primary Care. The necessary work of other non-clinical psychologists on universal and selective prevention at school, work and social environments it is also valued.

Keywords: Primary care professionals, mental health, psychological intervention, training, organisational models.

En un reciente número de esta revista, dentro de una sección monográfica, se abordaba el tema de Salud Mental en Atención Primaria. Dejando aparte el artículo que describe la experiencia británica (Turpin, Richards, Hope y Duffy, 2008), quisiera dedicar este comentario al contenido de los otros dos artículos (Pastor Sira, 2008; Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008), que tratan de la situación en España, para terminar planteando una visión alternativa a la de estos autores.

Los autores nos recuerdan algunos aspectos generales como la alta prevalencia de los problemas psicológicos (por expresarlo del modo más laxo), y los altos costes asociados; la excesiva medicalización de estos, y la necesidad, avalada por los datos, de emplear tratamientos psicológicos como primera opción, sobre todo para los trastornos más comunes. Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) se replantean más radicalmente (en el sentido orteguiano) la concepción de los trastornos mentales, alineándose con quienes cuestionan la "enfermedad" mental y el modelo biopsicosocial que la sustenta... Es ne-

cesario aceptar la crítica en lo que nos toca, pero el alcance de esas reflexiones está en gran parte limitado por algunas de las faltas que quisiera señalar por apartados.

LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Es demasiado frecuente como para atribuirlo a un mero despiste que al hablar de la Atención Primaria, y casi en general de la sanidad pública, se olvide el trabajo que realizan los psicólogos clínicos en este campo. Lo cierto es que una parte importante de los psicólogos clínicos estamos integrados en Atención Primaria, y no en Atención Especializada. De hecho, hasta hace pocos años esa era la norma. La creación de la especialidad y el reconocimiento de estatus de facultativos a los psicólogos clínicos, junto al desencanto con el malogrado modelo de atención comunitaria, son algunos de los factores que han motivado la reclasificación y reubicación orgánica de gran parte de las plazas de los psicólogos "primaristas". Pero las funciones, mejor o peor desarrolladas, siguen siendo las mismas, y esto incluye, especialmente en el caso de los Centros (o Unidades o Equipos) de Salud Mental (CSM), las relaciones con otros profesionales de

Correspondencia: César González-Blanch. Unidad de Salud Mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. C/ Teatún, 59; 39004 Santander. España. E-mail: cgblanch@terra.es



Atención Primaria a través de un modelo de "Derivación", que no excluye las reuniones regulares ni otras formas de consulta/comunicación. Existen otros modelos menos desarrollados, el modelo de "Reemplazo", en el que los profesionales en salud mental se sitúan en los Centros de Salud (CS) para atender a las personas con trastornos mentales; o el modelo de "Enlace", en el que actúan de apoyo como consultores o supervisores de casos de los profesionales de Primaria (Williams y Clare, 1981). Las ventajas de unos sobre otros están por aclarar (Bower, 2002). Los resultados de la principal revisión sistemática sobre los efectos de situar profesionales de salud mental en los CS son más bien modestos. Ni el modelo de "Reemplazo" ni el de "Enlace" consiguen grandes cambios en las prácticas de los médicos generales (Bower y Sibbald, 2000). El modelo de "Derivación" es uno de los posibles, el más frecuente en nuestro entorno: seguro que mejorable. Pero hacer ver que no existe este trabajo, o que es perfectamente inútil, es, para expresarlo con toda su polisemia, una falta de consideración. Curiosa filosofía la que promueve lo contextual a base de ignorar el contexto en el que pretende integrarse.

SOBRE LA REPUTACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS

No creo distorsionar nada si digo que los psicólogos clínicos del sistema público tenemos cierta capacidad para encajar críticas y autocríticas. La sobrecarga asistencial, las dificultades para la promoción y para la influencia en las instituciones, las carencias formativas y de recursos para paliarlas, el abuso del eclecticismo, el distanciamiento de los protocolos de tratamiento como están avalados por la investigación, los problemas para la supervisión (también de los supervisores) son sólo algunas de las críticas posibles. Nada de esto es nuevo (Hernangómez Criado y Suárez Blázquez, 2003; Palacios Ruiz, 2004). Es una responsabilidad común el reconocer y tratar de mejorar el actual estado. Aún así, en aras de la crítica, conviene responder a alguno de los reproches que reciben los psicólogos clínicos de la sanidad pública en los artículos que comentamos. Por ejemplo, el conformismo con el reduccionismo biológico sobre el que Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) se explayan. Sin dejar de reconocer la magnitud del problema, esto no quiere decir que las actuaciones de los psicólogos clínicos se den siempre (ni siquiera comúnmente) bajo los supuestos de ese enfoque. Para determinados trastornos puede ser notablemente apreciable, pero pocos psicólogos clínicos conozco que en la formulación del caso pa-

ra una persona con depresión pongan el énfasis en la genética o los neurotransmisores. El modelo de tratamiento más generalizado se apoyará en los antecedentes psicosociales, en los estilos cognitivos, en la conducta... Es cierto que nos llegan con más frecuencia de la que quisiéramos personas ya medicadas (por el digamos furor antidepressivo), pero ¿por qué presuponen los autores que los psicólogos clínicos estamos tan alejados de la literatura académica como para no mirar con recelo estas prácticas de nuestros colegas médicos?

Hay ámbitos, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, en los que las cosas son distintas. Decididamente hay un predominio de las explicaciones biologicistas, para bien o para mal (no entro ahora en ese debate). Pero es justo reconocer que la situación ha mejorado algo. Cuando hacía la Residencia (hace 10 años), sólo unos pocos psicólogos clínicos, a algunos tuve la suerte de conocerlos entonces, se atrevían a acercarse a las personas con esquizofrenia o trastorno bipolar con tratamientos psicológicos (más allá de las actividades ocupacionales de rehabilitación). En la mayoría de los CSM se asumía que los psicólogos clínicos no trataban estos casos porque era una cuestión biológica, grave, de medicación... en definitiva, por estigma. Quizá se puede apreciar todavía en las aproximaciones un predominio de la psicoeducación biologicista sobre una formulación basada en la experiencia vital e integradora, pero la situación actual (otra vez: mejorable) no es como la de la década del cerebro. Raro es el congreso o las jornadas en las que participen *pires* en los que no presenten alguna experiencia en el tratamiento psicológico de personas con estos diagnósticos.

Quisiera también bajo este epígrafe hacer otra aclaración. Pastor Sirera (2008) cita un trabajo de Fernández et al. (2006) para destacar que la adecuación del tratamiento proporcionado por los psicólogos clínicos es de un 11% "lo que sugiere que los recursos destinados a atención psicológica son especialmente pobres" (p.283). Son varias las críticas que se podrían hacer sobre el método y la interpretación de resultados del artículo de Fernández et al. (como de todos, claro), pero este no es lugar. En cambio, sí que parece oportuno aclarar algo de la interpretación de Pastor Sirera. En ningún lugar del artículo de Fernández et al. (2006) se habla de psicólogos clínicos sino de psicólogos a secas (es curioso que a la hora de hablar del tratamiento inadecuado se puntualice, ahora sí, indebidamente que son psicólogos clínicos), y por otro lado, el estudio tampoco está limitado a sujetos atendidos en los servicios públicos. Podemos



suponer que una parte importante de los que fueron tratados en el último año de sus problemas emocionales por psicólogos, lo fueron precisamente en el sector privado que es el más numeroso, como Pastor Sirera nos recuerda más adelante. Así que este dato del 11%, que insistimos es criticable por otras cuestiones metodológicas, no habla de la deficiencia de la atención psicológica del sistema público que se pretende reformar con la inclusión de psicólogos (¿clínicos?), sino más bien del desajuste entre la práctica clínica (pública y privada) y las recomendaciones derivadas de las guías clínicas (lo que teóricamente se debería hacer). Aunque el desacople es seguro mayor de lo deseable, hasta cierto punto es razonable encontrarlo. Varias razones pueden explicar que el tratamiento psicológico no se aplique bajo los parámetros ideales, y algunas de estas razones nada tienen que ver con los recursos profesionales (por ejemplo, la remisión espontánea).

Desgraciadamente, los datos sobre actuación de los profesionales de Salud Mental en el sistema público son escasos, poco homogéneos entre dispositivos y de cuestionable fiabilidad. Pero la situación en el sistema privado es aún peor (ver Bas Ramallo y Bas Maestre, 1998). Así que, siguiendo un principio contextual básico, antes de proponer la derivación a conciertos privados como solución de los males de la sanidad pública (Pastor Sirera [2008] lo plantea abiertamente; Pérez Álvarez y Fernández Hermida [2008], también pero con mayor vacilación), sería aconsejable tener un mayor conocimiento de cómo se atienden los trastornos mentales en los 6.400 (!) gabinetes privados de los que habla Pastor Sirera (admito que el recuento es ya un significativo avance). Por lo pronto, en el sector privado en España aún sigue siendo posible que un recién licenciado preste servicios como psicólogo a personas con trastornos mentales, de la gravedad que se quiera imaginar, sin ningún periodo de supervisión clínica previa. Esperemos que la colaboración del Colegio en la aplicación de las leyes vigentes ayude a corregir este extravío del sector privado.

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO REQUISITO MÍNIMO, NO MÁXIMO

En el artículo de Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) se preguntan si el psicólogo en Atención Primaria debería ser un psicólogo clínico. Se contestan los autores: "Nada lo excluiría, pero el perfil del psicólogo de atención primaria no sería el de un psicólogo clínico como especialista, orientado a la salud mental" (p.262). Para luego, con calculada perifrasis, decir que el perfil del consultor

psicológico es "nada sorprendente en relación con la tradición de la psicología clínica". Y van apuntando objetivos, funciones, habilidades de esta "nueva" figura. Se trata de ofrecer terapias psicológicas característicamente breves y orientadas a la "utilización de los recursos que tiene el cliente para solucionar su problema" (p.263), en las que cabría psicoterapia psicodinámica breve, el modelo del cliente como auto-sanador activo, la logoterapia, las terapias conductuales-contextuales de "nueva ola", la terapia centrada en la solución... Aunque "no es extraño que las técnicas cognitivo-conductuales tengan una cierta ventaja para ser usadas en este contexto" (p. 265). (Tampoco Pastor Sirera [2008] excluye ningún enfoque teórico, aunque reconoce el uso preferente del tratamiento cognitivo-conductual.) Respecto a la evaluación, además de rápida, "debe centrarse en los determinantes básicos de la conducta, de acuerdo con un modelo ABC, que relaciona la conducta actual con los antecedentes y los consecuentes" (p.264) -en verdad, nada sorprendente en relación con la tradición de la Psicología Clínica. Una sesión inicial podría llevar 25-30 minutos (las sucesivas, 5-25 minutos); en ella, la valoración de los aspectos psicológicos implicados ocuparía de 5-10 minutos (proverbial brevedad la del enfoque contextual). Entre sus otras habilidades, "debe aprender a tomar decisiones" (p.265), "poseer habilidades que fomenten la motivación para el cambio" (p.265), "aptitudes para moverse en el campo de la prevención" (p.265), "capacidad para funcionar (...) [en] un equipo" (p.265) y "es completamente necesaria una adecuada comprensión de la terminología médica, las enfermedades comunes y sus tratamientos, y los efectos de la medicación" (p.265).

Bajando a la realidad cotidiana, se me ocurren algunas preguntas: ¿Cuál sería la especialidad de esta figura con tan lustrosos atributos profesionales? ¿Cómo se accedería a esa especialidad (sanitaria)? ¿Cómo se relacionaría con los psicólogos clínicos dependientes funcionalmente de Atención Especializada? ¿Cuál sería el estatus de esta nueva figura dentro del sistema sanitario?, ¿serían facultativos como los médicos de Primaria o serían técnicos superiores como lo eran los psicólogos antes del reconocimiento de la especialidad?, ¿Es imaginable que actúen como supervisores/consultores para la salud mental de los especialistas de Primaria no siendo ellos mismos especialistas en salud mental? ¿Cómo lograrían salvarse del modelo biomédico extremadamente reduccionista en el que el psicólogo clínico está (presuntamente) absorbido? Para aplicar tratamientos breves, ¿basta una formación abreviada?



El sistema de Psicólogo Interno Residente (PIR), la única vía legalmente reconocida para formarse como psicólogo clínico en España, no ofrece formación en todos los ámbitos de la salud mental, ni el título de especialista en Psicología Clínica acredita como experto en ninguno de ellos. El PIR ofrece una formación básica, bajo supervisión clínica directa en centros debidamente acreditados, sobre qué son los problemas de salud mental (lo que incluye el diagnóstico diferencial) y cómo abordarlos, además de conocer algo del entorno sanitario en el que se presentan (lo que incluye interconsultas). Sería absurdo suponer que un psicólogo al acabar su Residencia es especialista igualmente en tratar alucinaciones auditivas que acúfenos, en evaluar déficits cognitivos que el malestar emocional asociado al cáncer o la fibromialgia. La subespecialización (denominada formalmente en la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias [LOPS] como Área de Capacitación Específica) es imprescindible. Pero la tan subdesarrollada subespecialización debemos situarla después de la especialidad (como ésta está después de la licenciatura) y en ningún caso antes. Lo contrario es lo que parecen promover quienes defienden que uno puede ser un especialista en determinado ámbito de la (Psicología) clínica sin necesidad de la especialidad (en Psicología Clínica). Esto pervierte la lógica de acumulación de conocimientos y habilidades del sistema educativo, ¿quién se atrevería a proponer el acceso al doctorado sorteando la licenciatura? La pretensión de integrar a los psicólogos no-clínicos sin necesidad de pasar por la Residencia no sólo supondría una excepción dentro de la LOPS, esa propuesta, de aceptarse, terminaría por dinamitar la ley misma, que defiende que todos los profesionales sanitarios se deben formar vía Residencia (art. 20 de la LOPS).

LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES: LA CLÍNICA Y MÁS ALLÁ

La lectura más favorable de los diversos (nunca mejor dicho) estudios epidemiológicos de doble fase desarrollados en España nos dice que una de cada cinco personas llegará a tener un trastorno mental a lo largo de su vida (prevalencia-vida) (Haro et al., 2006), y la lectura menos positiva, que uno de cada cinco tiene en este momento (prevalencia puntual) un trastorno mental (Roca et al., 1999; Vazquez Barquero, Muñoz y Madoz Jauregui, 1982). Los estudios de doble fase suponen un filtrado a través de un cuestionario general y, en un segundo momento, una entrevista estructurada para determinar, de entre los posibles casos, si hay un trastorno y qué trastor-

no. Generalmente, los estudios epidemiológicos de prevalencia de trastornos mentales se limitan al estudio de los más comunes. Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) citan al psiquiatra Derek Summerfield (Summerfield y Veale, 2008), en su posicionamiento en contra de la expansión en el Reino Unido de los tratamientos psicológicos para la ansiedad y la depresión, para, al igual que él, dudar de que esos estudios aporten datos sobre casos “verdaderos”. Sin entrar en la discusión de la fiabilidad y validez de los instrumentos diagnósticos, es oportuno señalar que los numerosos estudios sobre la depresión menor y las depresiones subclínicas sugieren que la afectación funcional (Cuijpers, de Graaf y van Dorsselaer, 2004; Jaffe, Froom y Galambos, 1994), en especial, la laboral (Backenstrass et al., 2006), los costes (Cuijpers et al., 2007), la sobrecarga (Judd, Paulus, Wells y Rapaport, 1996; Judd, Schettler y Akiskal, 2002), la calidad de vida (Rapaport y Judd, 1998; Wells, Burnam, Rogers, Hays y Camp, 1992) y los riesgos de transición a la depresión mayor (Cuijpers y Smit, 2004) se pueden apreciar desde el primer síntoma y van progresivamente aumentando hasta el síndrome en sus formas más graves. El riesgo de suicidio está incrementado para todos los trastornos mentales respecto a la población general; es sabido que para la depresión mayor se multiplica por 20, quizá no es tan conocido que para los trastornos adaptativos, quintaesencia de lo leve en salud mental, se multiplica por 14 (Harris y Barraclough, 1997). En pocas palabras, las consecuencias de problemas mentales se pueden apreciar desde las formas más leves o iniciales. Su desenmascaramiento y resolución precoz, tareas esenciales de Atención Primaria, está complicado no sólo por la intensidad de los síntomas, sino también por la alta comorbilidad física (Roca-Bennasar, Gili-Planas, Ferrer-Perez y Bernardo-Arroyo, 2001) y psíquica (Autonell et al., 2007).

Aunque los términos pueden confundir los fines, no toda prevención primaria es tarea de Atención Primaria, ni toda atención en Primaria es prevención primaria. Dentro de la prevención primaria, además de la prevención indicada (dirigida a personas identificadas como alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para un trastorno concreto en ese momento), pueden distinguirse la prevención universal, intervenciones dirigidas a la población en general o a todo un grupo; y la prevención selectiva, intervenciones dirigidas a individuos o grupos con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental (Mrazek y Haggerty, 1994). La Psicología en este campo no tiene por qué li-



mitarse a la atención clínica (la que se da cara a cara), esto puede ser en muchos casos demasiado tarde y, desde el punto de vista de la prevención primaria, es un enfoque incompleto. La prevención universal y la selectiva claramente no necesitan la participación directa de especialistas clínicos. Las intervenciones en la escuela, en el trabajo y, en general, en la sociedad son campos en los que la Psicología, a través de sus especialidades no-clínicas, puede/debe hacer contribuciones preventivas en salud mental. O mejor dicho, puede y debe potenciar las iniciativas que ya existen y desarrollar otras nuevas y más eficaces. Si asumimos que gran parte de lo que llega a los consultorios de Primaria pueden ser casos no "verdaderos" (de trastornos mentales) y es un riesgo la psicopatologización de los problemas cotidianos, la solución no está en crear (y regular) nuevas figuras "clínicas" o "sanitarias" de perfil bajo, sino en ofrecer intervenciones fuera del contexto sanitario por los agentes ya disponibles. La mayor presencia y reconocimiento de los psicólogos en los ámbitos educativos, laborales y con personas desfavorecidas socialmente nos ofrece una ocasión que no deberíamos despreciar para prevenir trastornos mentales, contextualizándolos dentro del campo general de la Psicología. Dejando las intervenciones clínicas (identificación, diagnóstico, tratamiento...) ofrecidas en los dispositivos sanitarios para los especialistas en salud mental, en este caso, los psicólogos clínicos.

CONCLUSIONES

Atendiendo a las recomendaciones de las guías clínicas sobre el uso de tratamientos psicológicos y a los recursos actuales del sistema sanitario público en España, los psicólogos clínicos son esa "nueva" figura clave para abordar los problemas de salud mental en Atención Primaria. Dadas las deficiencias reconocidas, el modelo actual de "Derivación" debería ser revisado, para homogeneizar y delimitar las responsabilidades de los psicólogos clínicos. La revisión, que puede implicar ensayar con formas complementarias de integración en los CS, debería ser tal que el sistema sanitario público esté en condiciones de ofrecer tratamientos psicológicos eficaces con distintos niveles de intensidad (ver Turpin et al., 2008) como alternativa a la medicalización. También deberían perfeccionarse las tareas de prevención indicada en salud mental en este primer nivel asistencial. Todo esto es especialmente relevante para los problemas de salud más comunes, los relacionados con la ansiedad y la depresión, pero no sólo para ellos.

Es deseable que la progresión de la Psicología Clínica fuerce el reconocimiento de nuevas (sub)especialidades sanitarias: llamémoslas Psicología de la Salud, Neuropsicología Clínica o Psicología Clínica Infanto-Juvenil, por citar las más populares. Pero coger impulso volviendo a situaciones anteriores al Real Decreto de la creación y regulación de la especialidad en Psicología Clínica, supone un riesgo claro de degradación de la figura del psicólogo clínico en la sanidad pública, y por extensión de la Psicología profesional en la sociedad. En un contexto de sobreabundancia de psicólogos licenciados, nada justifica los atajos en la adquisición de las habilidades básicas como profesional sanitario y menos aun si partimos de las implicaciones que tiene la salud mental para las personas y para la sociedad en conjunto. La Residencia, al igual que en las demás profesiones sanitarias, debe ser reconocida, tal como los fija nuestra legislación, como el requisito mínimo de formación para tratar y prevenir los trastornos mentales dentro del sistema sanitario público y privado.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se basa parcialmente en una ponencia presentada en las VIII Jornadas ANPIR (Valencia, 11 de junio 2008) que tenía también como coautoras a Sara González y Carolina Antón, integrantes del grupo de trabajo de ANPIR-Atención Primaria. La ponencia formaba parte de una mesa de debate sobre el ejercicio profesional de la Psicología Clínica en la que participaron Francisco Santolaya (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos), Ángeles Ruipérez (como representante de la Conferencia de Decanos), Amparo Belloch (presidenta de la Comisión Nacional Especialidad de Psicología Clínica) y Juan José Moreno (Jefe Servicio Salud Mental de la Agencia Valenciana de Salud).

BIBLIOGRAFÍA

- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., et al. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMED-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 Suppl 2, 4-11.
- Backenstrass, M., Frank, A., Joest, K., Hingmann, S., Mundt, C., y Kronmuller, K. T. (2006). A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 47(1), 35-41.



- Bas Ramallo, F., y Bas Maestre, S. (1998). Reflexiones sobre la psicología clínica en la práctica privada. *Papeles del Psicólogo*, 69, 59-63.
- Bower, P. (2002). Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *British Journal of General Practice*, 52(484), 926-933.
- Bower, P., y Sibbald, B. (2000). On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), CD000532.
- Cuijpers, P., de Graaf, R., y van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 71-79.
- Cuijpers, P., y Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 325-331.
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., de Graaf, R., Ten Have, M., y Beekman, A. (2007). Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 229-236.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1-2), 9-20.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica (Barc)*, 126(12), 445-451.
- Harris, E. C., y Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hernangómez Criado, L., y Suárez Blázquez, V. (2003). La formación en psicología clínica vista a través de los propios profesionales. In A. Espino y B. Olabarría (Eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España* (pp. 483-503). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Jaffe, A., Froom, J., y Galambos, N. (1994). Minor depression and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3(12), 1081-1086.
- Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B., y Rapaport, M. H. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1411-1417.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., y Akiskal, H. S. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 685-698.
- Mrazek, P., y Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Palacios Ruiz, A. J. (2004). Sobre la profesión de psicólogo clínico: Consideraciones actuales y retos futuros. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 139-147.
- Pastor Sirera, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-290.
- Pérez Álvarez, M., y Fernández Hermida, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Rapaport, M. H., y Judd, L. L. (1998). Minor depressive disorder and subsyndromal depressive symptoms: functional impairment and response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, 48(2-3), 227-232.
- Roca-Bennasar, M., Gili-Planas, M., Ferrer-Perez, V., y Bernardo-Arroyo, M. (2001). Mental disorders and medical conditions. A community study in a small island in Spain. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(1), 39-44.
- Roca, M., Gili, M., Ferrer, V., Bernardo, M., Montano, J. J., Salva, J. J., et al. (1999). Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 410-415.
- Summerfield, D., y Veale, D. (2008). Proposals for massive expansion of psychological therapies would be counterproductive across society. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 326-330.
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., y Duffy, R. (2008). Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-280.
- Vazquez Barquero, J. L., Muñoz, P. E., y Madoz Jauregui, V. (1982). The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65(3), 161-170.
- Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, R., y Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 788-794.
- Williams, P., y Clare, A. (1981). Changing patterns of psychiatric care. *British Medical Journal*, 282(6261), 375-377.