

Artículo

La Psicología Clínica en Atención Primaria: Integrando la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

Gema Quesada Milena , Rebeca Bohórquez Martínez , Candela Navarro Hernández 
y Manuel Espinosa Sánchez 

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

INFORMACIÓN

Recibido: Noviembre 11, 2025
Aceptado: Febrero 20, 2026

Palabras clave

Atención primaria
Psicología clínica
Salud mental
Intervención psicológica
Sistema sanitario público

RESUMEN

La Atención Primaria (AP) constituye el principal nivel asistencial para la atención de los trastornos mentales comunes, que representan una proporción elevada de la demanda clínica. Sin embargo, la limitada disponibilidad de recursos psicológicos especializados en este ámbito ha favorecido un abordaje predominantemente farmacológico y ha contribuido a la sobrecarga de otros dispositivos de salud mental. El presente trabajo analiza el papel del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) en AP, describiendo sus funciones clínicas, preventivas y de coordinación, así como su contribución a la detección temprana y a la intervención psicológica breve basada en la evidencia. Se revisan experiencias desarrolladas en distintas comunidades autónomas y se examinan sus resultados en términos de accesibilidad, eficiencia asistencial y adecuación de las intervenciones. La evidencia disponible sugiere que la incorporación del PEPC en AP es una estrategia relevante para mejorar la calidad de la atención en salud mental, siempre que se acompañe de una planificación adecuada de recursos.

Clinical Psychology in Primary Care: Integrating Mental Health into the Frontline of Healthcare

ABSTRACT

Primary care (PC) is the main healthcare setting for the management of common mental disorders, which account for a substantial proportion of clinical demand. However, the limited availability of specialized psychological resources in this setting has favored a predominantly pharmacological approach and contributed to the overload of specialized mental health services. This paper analyzes the role of specialist clinical psychologists (SCPs) in primary care, describing their clinical, preventive, and coordination functions, as well as their contribution to early detection and evidence-based brief psychological interventions. Experiences from different Spanish autonomous communities are reviewed, and their outcomes are examined in terms of accessibility, efficiency, and appropriateness of care. Available evidence suggests that the integration of clinical psychology into primary care is an important strategy to improve the quality of mental healthcare, provided it is supported by adequate planning of human resources.

Keywords

Primary care
Clinical psychology
Mental health
Psychological intervention
Public healthcare system

Introducción

La Atención Primaria (en adelante AP) constituye el primer nivel asistencial del Sistema Nacional de Salud (SNS) y representa la principal vía de acceso de la ciudadanía al sistema sanitario. En este ámbito, un porcentaje significativo de la demanda asistencial está relacionado con problemas de salud mental (Alonso et al., 2019). Concretamente, el Ministerio de Sanidad (2023) refiere que entre el 30 % y el 40 % de las consultas en AP presentan un componente de salud mental. Además, la creciente conciencia de la población sobre su bienestar psicológico ha incrementado progresivamente estas demandas (Flores-Hens et al., 2024).

Aproximadamente el 80% de los casos de malestar psicológico leve o moderado son atendidos exclusivamente en AP, siendo el nivel de referencia para el tratamiento de los trastornos mentales comunes. Solo los casos más graves se derivan a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), las cuales se encuentran saturadas y con listas de espera elevadas (Alonso et al., 2019; Pérez y Fernández, 2008).

Sin embargo, la disponibilidad de recursos psicológicos en AP es muy limitada. La ausencia de Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica (PEPC) en la mayoría de los centros de salud ha conducido a que el abordaje de estos cuadros se limite a la contención médica, aumentando la carga sobre los Médicos de Atención Primaria (MAP), cuya formación en salud mental se centra principalmente en el tratamiento farmacológico. En consecuencia, algunos trastornos emocionales pueden no ser detectados de manera eficaz (Campos y Rodríguez-Arias, 2020), generando un uso sostenido de psicofármacos, especialmente benzodiacepinas (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [AEMPS], 2024). Además, los MAP consideran que muchos pacientes podrían beneficiarse de intervenciones psicológicas sin medicación y que la incorporación de PEPC mejoraría tanto la calidad asistencial como la adecuación de los tratamientos (Flores-Hens et al., 2024).

A todo esto, se suma el elevado coste sanitario, social y económico asociado a los problemas psicológicos que se manifiesta en el aumento de consultas en AP, del consumo de psicofármacos y de las bajas laborales y el absentismo. La evidencia indica que la inversión en tratamientos psicológicos resulta altamente rentable, con un retorno estimado de hasta el 400 % (Cuéllar-Flores et al., 2022).

En este contexto, los PEPC son clave para cubrir un vacío estructural en la atención psicológica de AP. Su presencia permite intervenciones tempranas, favorece la recuperación funcional, disminuye la cronicación de síntomas y evita la derivación innecesaria a servicios de mayor complejidad (Ministerio de Sanidad, 2022, 2023). Además, los PEPC desarrollan funciones de prevención, promoción del bienestar psicológico y asesoramiento a otros profesionales, favoreciendo un abordaje biopsicosocial y multidisciplinar y aumentando la eficiencia del sistema (Alonso et al., 2019; Font et al., 2018).

Aunque la necesidad de la inclusión de los PEPC en AP ha ganado visibilidad en los últimos años, su incorporación se ha producido de forma desigual entre comunidades autónomas (CCAA), dando lugar a modelos asistenciales heterogéneos condicionados por diferencias organizativas, normativas y de disponibilidad limitada de profesionales que cuenten con la especialidad (Cuéllar-Flores et al., 2022; Duro, 2016).

Una de las propuestas recientes para dar solución a la carencia de profesionales con especialidad aboga por la incorporación del Psicólogo General Sanitario en AP, argumentando su papel en la promoción de la salud y la atención a problemáticas leves o moderadas (Infocop, 2025). Si bien estas iniciativas parten de la necesidad compartida de mejorar el acceso a la atención psicológica, plantean interrogantes relevantes desde el punto de vista clínico y organizativo (Duro, 2016).

Aunque este artículo no pretende abrir debate ni comparar la formación y competencias de cada profesional sanitario, es importante destacar que la AP constituye un nivel asistencial especializado. Se trata de un dispositivo sanitario integrado en el SNS con circuitos, cartera de servicios y una función clave en la coordinación de la red de salud pública. Desde el punto de vista normativo, la provisión de prestaciones sanitarias dentro del SNS se vincula a la formación sanitaria especializada oficialmente reconocida, según el Real Decreto 183/2008. La titulación PEPC se obtiene a través del Programa PIR, que cuenta con cuatro años de formación en los que se rota por distintos dispositivos de la red de salud mental del SNS (Orden SAS/1620/2009).

En este sentido, situar como “puerta de entrada” a profesionales externos a dicha estructura puede generar dificultades en la continuidad asistencial, la adecuada valoración del riesgo y el conocimiento de los recursos disponibles. Más que la creación o adhesión de figuras alternativas, la evidencia sugiere que el fortalecimiento de la Psicología Clínica en AP permitiría responder a la demanda asistencial. Para ello, resulta clave una planificación adecuada de plazas PEPC y de Psicólogo Interno Residente (PIR), garantizando así calidad, seguridad y coherencia con el modelo sanitario vigente (Cuéllar-Flores et al., 2022).

Tal y como señala Duro (2016), la atención psicológica en el primer nivel asistencial no puede reducirse a la contención emocional o al apoyo inespecífico, sino que requiere competencias clínicas específicas en evaluación, diagnóstico, intervención psicológica breve basada en la evidencia y coordinación con otros niveles asistenciales.

En la actualidad, diversas CCAA como Andalucía, Madrid o Asturias han incorporado de forma incipiente a los PEPC en centros de salud, aunque las cifras continúan siendo insuficientes. Aun así, la presencia del PEPC en AP ha sido valorada de forma positiva tanto por profesionales como por pacientes. Este dispositivo actúa como una unidad intermedia entre los MAP y las USMC, permitiendo la atención temprana de sintomatología menos grave y reduciendo las derivaciones innecesarias. Para los pacientes, este modelo favorece intervenciones precoces, reduce las listas de espera, disminuye la cronicación de síntomas y se asocia a menor consumo de psicofármacos (Duro, 2016; Fernández-Garzón et al., 2025; Font et al., 2018).

El Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019) y la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 (Ministerio de Sanidad, 2022) reconocen explícitamente la necesidad de reforzar la presencia del PEPC en AP, mejorar las condiciones laborales, garantizar su disponibilidad y fomentar modelos integradores de salud mental comunitaria. A pesar de estos avances normativos, el número de plazas PIR ofertadas continúa siendo muy inferior a las necesidades estimadas, cifradas en torno a 18 psicólogos por cada 100.000 habitantes (Cuéllar-Flores et al., 2022; Ministerio de Sanidad, 2024).

Este artículo se centra en el papel del PEPC en AP, revisando la evidencia disponible sobre su implementación en algunas CCAA y destacando las claves profesionales necesarias para establecer una atención psicológica pública, de calidad y sostenible en el primer nivel asistencial.

El rol del Psicólogo Especialista en Atención Primaria

Desde el enfoque biopsicosocial, el PEPC realiza inicialmente una valoración clínica del motivo de consulta, integrando los síntomas referidos por el paciente, su historia de salud, su contexto vital, los factores estresores actuales, los recursos personales disponibles y el entorno familiar y social. Esta evaluación permite diferenciar entre malestares inespecíficos, síntomas reactivos o adaptativos y trastornos psicopatológicos establecidos. A partir de ello, el PEPC decide cuál será la mejor respuesta clínica: intervención directa (individual o grupal), seguimiento, derivación o indicación de no tratamiento (Martín et al., 2018; Ortiz y Murcia, 2009).

Atendiendo a la lógica asistencial de AP, donde la brevedad, accesibilidad y sostenibilidad son criterios fundamentales, el PEPC implementa tratamientos psicológicos breves y focalizados. Entre los modelos más utilizados, y con mayor respaldo empírico, se encuentran la terapia cognitivo-conductual breve, la intervención centrada en la solución de problemas, el entrenamiento en regulación emocional, la psicoeducación y las estrategias de afrontamiento (González-Blanch et al., 2018; Alonso et al., 2019). Estas intervenciones se articulan de forma flexible y en estrecha coordinación con el equipo de AP, pudiendo adoptar distinto formatos en función de las necesidades clínicas y organizativas.

Además de la intervención psicológica, el PEPC actúa como figura de referencia dentro del equipo multidisciplinar del centro de salud, participando activamente en sesiones clínicas, supervisión de profesionales en formación, reuniones de coordinación y discusión de casos complejos. Esta colaboración estrecha con los profesionales de AP y del entorno comunitario permite mejorar la continuidad asistencial y establecer circuitos de derivación más eficientes con el segundo nivel de atención (Alonso et al., 2019; Duro, 2016).

Por otro lado, el PEPC en AP también dedica parte de su ejercicio profesional a la prevención. En esta línea, se distinguen dos enfoques adicionales: la prevención universal, que comprende intervenciones dirigidas a la población general o a colectivos amplios sin distinción individual; y la prevención selectiva, centrada en individuos o grupos específicos que presentan un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno mental. Estas intervenciones pueden llevarse a cabo a través de talleres grupales, sesiones de psicoeducación y salud emocional, orientación familiar y/o participación en campañas comunitarias. Pueden desarrollarse en el mismo centro de salud, en otros espacios comunitarios o en centros educativos. Se ha constatado que este tipo de intervenciones tienen un impacto directo en la salud mental poblacional, además de contribuir a reducir el estigma asociado a la psicopatología (Ortiz, 2015; Duro, 2016).

Además, el PEPC desempeña un papel clave en la prevención cuaternaria, al reducir la iatrogenia psicológica y médica mediante una adecuada valoración clínica del malestar emocional (Alonso et al., 2019). Esta evaluación permite discriminar entre reacciones

adaptativas, sufrimiento psíquico vinculado a las condiciones de vida y trastornos mentales susceptibles de intervención específica, orientando la toma de decisiones clínicas y evitando tanto la medicalización innecesaria como la aplicación indiscriminada de intervenciones psicológicas estructuradas. De este modo, el PEPC puede ajustar su respuesta de forma flexible, incluyendo la indicación de no tratamiento cuando no está clínicamente justificado, en coherencia con los principios de la prevención cuaternaria (Duro, 2016; Ortiz, 2015).

Estudios previos han señalado que una pequeña proporción de pacientes derivados a intervención psicológica no obtiene beneficios clínicos significativos, especialmente cuando se trata de malestares reactivos o vinculados a eventos vitales susceptibles de remisión espontánea (Campos y Rodríguez-Arias, 2020). La actuación del PEPC contribuye así a prevenir procesos de sobrediagnóstico y medicalización del sufrimiento cotidiano, favoreciendo la despatologización de los problemas de la vida diaria y el fortalecimiento de la capacidad de afrontamiento de las personas, lo que se ha asociado a una prevención de futuras psicopatologías (Duro, 2016; Gutiérrez et al., 2020).

En resumen, el PEPC aporta al equipo de AP una mirada especializada y necesaria para abordar la salud mental comunitaria con rigor y sensibilidad. Su actuación no se limita al tratamiento clínico, sino que también abarca la prevención en todos sus niveles, la formación continua sobre salud mental para el equipo, la coordinación con el segundo nivel asistencial y la implementación de estrategias comunitarias contextualizadas.

Intervención Psicológica Especializada en Atención Primaria

A la hora de abordar el desequilibrio entre la elevada demanda asistencial y la limitada oferta de intervención psicológica en los trastornos mentales leves y moderados, diversos autores y organismos han propuesto modelos de Atención Integrada. Estos modelos plantean una colaboración estrecha entre profesionales de salud mental y medicina desde el primer nivel asistencial, favoreciendo la continuidad de cuidados y una respuesta clínica ajustada al contexto psicosocial del paciente (Alonso et al., 2019; Pastor, 2008).

Una propuesta metodológica ampliamente respaldada por la evidencia es el modelo de atención escalonada (o *stepped care*), adoptado en múltiples sistemas sanitarios. Este enfoque, recomendado en las principales guías de práctica clínica sobre el manejo de la depresión y la ansiedad, sitúa el tratamiento psicológico como tratamiento de primera elección y plantea una progresión de intervenciones de baja a alta intensidad según las necesidades o la gravedad del paciente (Gutiérrez et al., 2020). El modelo cuenta con cinco niveles y propone la implementación de intervenciones progresivas, comenzando por tratamientos de baja intensidad (psicoeducación, autoayuda guiada, intervenciones breves...) y reservando recursos más intensivos (atención en USMC, hospitales y centros de larga estancia) para los casos que no mejoren con las primeras estrategias. Esta aproximación permite optimizar recursos, reducir listas de espera y evitar intervenciones innecesarias o iatrogénicas. En España, este enfoque ha servido de base para procesos asistenciales como el Proceso Asistencial Integrado para ansiedad, depresión y somatizaciones (Font et al., 2018).

Un ejemplo internacional de modelo escalonado de atención psicológica es el programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) del National Health Service (NHS) en Inglaterra. Este modelo ofrece terapias basadas en evidencia para ansiedad y depresión mediante un enfoque de atención progresivo, donde las intervenciones van de baja a alta intensidad según las necesidades y evolución clínica del paciente. Los estudios muestran resultados clínicos sólidos en sintomatología emocional, evidenciando la efectividad de estructurar la atención psicológica en niveles de complejidad progresiva. Aunque este programa ha servido como referente internacional para la planificación de intervenciones escalonadas en AP (Wakefield et al., 2021), no está exento de críticas por incluir profesionales sin la adecuada formación y por su énfasis en la aplicación de protocolos sistematizados, desviándose en ocasiones del verdadero objetivo: la recuperación de la persona (Blanco, 2025). También debemos señalar que los mecanismos de acceso y composición de plantilla del NHS difieren de los modelos españoles.

En el contexto nacional, destaca el programa PsicAP, diseñado como estudio piloto para atender trastornos emocionales leves y moderados y problemas emocionales asociados a enfermedades crónicas que afectan la calidad de vida y la adherencia al tratamiento médico (Infocop, 2016; Flores-Hens et al., 2024). PsicAP aplica terapia grupal transdiagnóstica basada en técnicas cognitivo-conductuales durante siete sesiones de hora y media distribuidas en cuatro meses (González-Blanch et al., 2018). Los estudios muestran que esta intervención produce reducciones significativas de los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones, mejora la calidad de vida y disminuye el consumo de psicofármacos en comparación con el tratamiento habitual en AP, alcanzando tamaños del efecto de moderados a altos (Infocop, 2016; Duro, 2016).

Siguiendo los principios de la atención escalonada y colaborativa, el proyecto evidencia que la intervención psicológica especializada en AP puede ser implementada de manera eficaz y eficiente, ofreciendo una alternativa replicable y costo-efectiva frente a la gestión tradicional basada exclusivamente en psicofármacos (Flores-Hens et al., 2024).

A continuación, se describen algunas experiencias desarrolladas en distintas CCAA que han incorporado la figura del PEPC en AP, con el objetivo de ilustrar diferentes modalidades de inclusión de este perfil profesional en el SNS.

En el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) se ofrece atención psicológica especializada en AP desde 2018, tomando como referencia el proyecto PsicAP. La atención se dirige exclusivamente a población adulta y se caracteriza por un predominio de intervenciones en formato grupal, coexistiendo con intervenciones en formato individual. Cada profesional da cobertura a varios centros de salud y el acceso a la atención psicológica se organiza mediante derivación desde el MAP. En una encuesta realizada en 2022, en la que participaron 17 de los 21 PEPC que prestaban servicio en AP, se observó que el tiempo medio de espera para la primera consulta era de aproximadamente 30 días, que atendían una media de 20,7 pacientes diarios en formato individual y que realizaban una media de cinco grupos terapéuticos semanales (Fernández-Garzón et al., 2025).

En Andalucía se puso en marcha en 2021 el Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria (PCAP), mediante la

contratación de 43 psicólogos clínicos distribuidos en 58 centros de salud. Según los informes institucionales disponibles, el programa habría realizado más de 9.000 intervenciones colaborativas y atendido a 12.617 pacientes. Estos informes describen una elevada satisfacción de los usuarios (74 % califican la atención como excelente) y posibles mejoras en la eficiencia asistencial, con una media de 1,8 sesiones por paciente y una demora aproximada de 24 días. Asimismo, se señalan como resultados relevantes la consolidación progresiva del modelo, el incremento de las intervenciones grupales, la reducción del consumo de benzodiacepinas y una disminución de las derivaciones desde Atención Primaria a las USMC en comparación con el periodo previo al programa (Consejería de Salud y Consumo, 2024).

En Asturias se implementa un programa piloto en 2017 basado en intervenciones psicológicas breves para el abordaje de trastornos mentales comunes. Mostró una atención accesible y rápida, donde las listas de espera eran inferiores a siete días. Además, solo una pequeña proporción de los pacientes precisó derivación a las USMC. Esta organización permite prevenir la cronificación, descongestionar la red de salud mental especializada y atender de manera temprana la patología leve y moderada. Tanto profesionales como pacientes valoran la intervención como muy útil, con altos niveles de satisfacción (Gutiérrez-López et al., 2020).

Otras CCAA como Murcia, Baleares o Navarra también han incorporado PEPC en los centros de salud. En estos contextos se subraya la relevancia de la presencia física del PEPC en el primer nivel asistencial ya que actúa como nexo entre AP y USMC, interviene de manera temprana, previene la cronificación de los síntomas y descongestiona recursos (Duro, 2016).

En conjunto, la evidencia señala que la atención psicológica en AP debe ser accesible, limitada en el tiempo y centrada en la indicación clínica. La inclusión del PEPC permite garantizar una atención ajustada a las necesidades de cada caso y ofreciendo un abordaje integral de los trastornos mentales comunes (Latorre et al., 2016).

Discusión

Parece existir un bajo nivel de satisfacción tanto por parte de los profesionales médicos como de los propios pacientes en relación con el abordaje actual de los trastornos emocionales en AP. A ello se suma la dificultad para derivar a niveles asistenciales superiores, condicionada por limitaciones clínicas y estructurales del sistema. Como consecuencia, se produce una cronificación o agravamiento de malestares psicológicos que, con una intervención adecuada y temprana, podrían haberse resuelto de forma más eficiente. Otra cuestión especialmente preocupante es el elevado consumo de psicofármacos en este contexto, a pesar de que esta estrategia se aleja de aquellas recomendadas para el tratamiento de los trastornos mentales comunes (Flores-Hens et al., 2024).

En este escenario de malestar asistencial, la incorporación del PEPC en los centros de salud ha sido valorada positivamente. Las intervenciones psicológicas han demostrado ser tratamientos seguros y coste-efectivos para los trastornos mentales comunes, reforzando la necesidad de integrar perfiles especializados en el primer nivel asistencial.

Desde una mirada biopsicosocial, el trabajo del PEPC ofrece una atención humanizada y contextualizada, lo que permite diferenciar

con mayor precisión entre malestar vital, síntomas adaptativos y trastornos mentales establecidos, evitando tanto el sobrediagnóstico como la desatención. Su labor en AP no se limita a la intervención psicoterapéutica reglada, sino que incluye la evaluación clínica, el abordaje temprano de los trastornos mentales comunes, la prevención de la cronificación, el trabajo coordinado con otros profesionales del equipo de salud y la optimización de las derivaciones a otros niveles asistenciales cuando son necesarias.

No obstante, la implementación de la atención psicológica en AP en España no está exenta de dificultades. Actualmente no existe un modelo estatal consensado, lo que ha dado lugar a programas autonómicos heterogéneos en cuanto a organización, cobertura poblacional, modalidades de intervención y ratios profesionales. A ello se añade que la creciente demanda de atención psicológica supera ampliamente la dotación actual de profesionales, comprometiendo las condiciones mínimas de calidad necesarias para garantizar una atención segura y eficaz. En este contexto, se han promovido respuestas parciales y a corto plazo, como la incorporación de profesionales sin especialidad sanitaria o la creación de figuras alternativas (Infocop, 2025) que, si bien buscan aliviar la presión asistencial, plantean interrogantes relevantes en términos de calidad, equidad y seguridad clínica (Duro, 2016).

Es importante subrayar que la AP no está concebida como un dispositivo destinado a atender “malestares simples” ni a realizar exclusivamente funciones de cribado, sino que constituye un nivel asistencial especializado del SNS. Por ello, los profesionales que lo integran —medicina de familia, enfermería comunitaria, pediatría o psicología clínica— deben contar con la formación sanitaria especializada correspondiente (Real Decreto 183/2008). En este sentido, el PEPC dispone de competencias, autonomía clínica y formación específica que le permiten garantizar una atención psicológica basada en la evidencia, mantener estándares de calidad asistencial y preservar la seguridad y equidad en el acceso a los cuidados (Blanco, 2025; Fernández-Garzón et al., 2025).

El Proyecto PSICAP por el que se está estudiando e implantando la atención psicológica especializada en AP concluye que el tratamiento psicológico es hasta 3 veces más eficaz que el tratamiento habitual en AP para problemas de ansiedad, depresión y somatización (Alonso et al., 2019).

Así mismo, los datos disponibles indican que en aquellas CCAA donde se ha implementado el PEPC en AP, tanto la población como el propio sistema sanitario se ven beneficiadas. Las experiencias descritas en Madrid, Andalucía o Asturias muestran mejoras en el acceso a la atención psicológica, intervención temprana, reducciones en las listas de espera y menor necesidad de derivación a otros dispositivos, entre otras.

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la pertinencia de integrar de forma estable al PEPC en AP como pieza clave de un modelo de atención escalonada, comunitaria y sostenible.

Por último, señalar que el presente trabajo presenta una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. En primer lugar, existe una escasez de publicaciones científicas de calidad que recojan de forma sistemática los datos derivados de los programas públicos de atención psicológica en AP, lo que dificulta realizar análisis comparativos robustos y extraer conclusiones generalizables. En segundo lugar, no se ha llevado a cabo una revisión detallada de la evidencia procedente de otros países, dado que las diferencias estructurales y organizativas entre sistemas sanitarios públicos

limitan la comparabilidad directa de los modelos de integración de la psicología clínica en AP. Por último, aunque se describen experiencias autonómicas concretas, no ha sido posible analizar en profundidad las diferencias entre CCAA debido, nuevamente, a la falta de publicaciones disponibles y a la heterogeneidad en la implementación de los programas. Estas limitaciones ponen de relieve la necesidad de impulsar evaluaciones sistemáticas, homogéneas y transparentes desde las propias administraciones públicas.

Conclusión

La alta prevalencia de los trastornos mentales comunes, la elevada carga que generan para los pacientes y para el sistema sanitario, la limitada capacidad de las USMC y las prolongadas listas de espera, evidencian la necesidad de reforzar su abordaje en AP. En este contexto, la incorporación del PEPC en los equipos de AP representa una medida clave para fortalecer el SNS desde una perspectiva integral y multidisciplinar. Su presencia permite intervenciones tempranas y centradas en la persona, mejorando el acceso, la calidad y la eficiencia de la atención en salud mental. Además, se ha demostrado que estas intervenciones son efectivas, bien aceptadas por la población y contribuyen a reducir la psicopatologización de la vida cotidiana, disminuyendo el estigma y potenciando la percepción de autoeficacia de pacientes y profesionales (Duro, 2016).

A pesar de estos beneficios, la implementación de estos programas enfrenta importantes desafíos. Entre ellos destaca la escasez de profesionales, con ratios muy inferiores a los recomendados por organismos internacionales. Este déficit estructural hace necesario que cualquier incremento de PEPC vaya acompañado de un aumento paralelo y sostenido de plazas PIR, garantizando tanto la cobertura de nuevas necesidades asistenciales como el relevo generacional frente a las jubilaciones previstas. De lo contrario, existe el riesgo de consolidar modelos asistenciales basados en figuras no especializadas (Cuéllar-Flores et al., 2022).

Para que la atención psicológica en AP sea eficaz, segura y sostenible, su planificación debe basarse en criterios de calidad y no limitarse a responder a incrementos de la demanda asistencial. Los tratamientos psicológicos resultan efectivos siempre que se proporcionen en condiciones mínimas de calidad, lo que implica una adecuada ratio de profesionales, una temporalidad definida y una formación reglada. Por tanto, la solución no reside en la incorporación de figuras alternativas, sino en una planificación conjunta y progresiva del aumento de plazas PEPC y PIR, que evite la fragmentación de la atención sanitaria y garantice intervenciones adecuadas.

Finalmente, consolidar la Psicología Clínica en AP requiere no solo evidencia empírica y planificación sanitaria, sino también un amplio consenso y respaldo institucional. La coordinación entre asociaciones científicas, colegios profesionales y autoridades sanitarias es clave para reforzar la legitimidad de estos proyectos, asegurar la continuidad de los programas y favorecer la confianza de los profesionales y de la ciudadanía. La voluntad política, el refuerzo estructural y la apuesta decidida por profesionales clínicos cualificados son, en definitiva, imprescindibles para responder a los retos actuales en salud mental desde el primer nivel asistencial.

En definitiva, atender los trastornos mentales comunes en AP mediante la incorporación estable y planificada de PEPC constituye una prioridad sanitaria y social, con implicaciones claras para la eficiencia, la equidad y la calidad del SNS.

Conflicto de Intereses

La autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la ejecución de este artículo.

Referencias

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2024). *Informe anual del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H) 2023*. https://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/SEFV-H/docs/Informe_Anuar_FV_2023.pdf
- Alonso Gómez, R., Lorenzo Reina, L., Flores Méndez, I., Martín García, J., y García Briñol, 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. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.012>
- Blanco, A. (2025). Hacia un modelo de psicología clínica en atención primaria: Ideas a debate y propuestas. *Psicología Clínica*, 2(1), 65-78. <https://www.psicologiaclinica.es/index.php/pclin/article/view/v2i1>
- Campos, A., y Rodríguez-Arias, J. L. (2020). Psicología en atención primaria: análisis de un año de rotación de la Especialidad de Psicología Clínica desde un modelo de Terapia Familiar Breve. *Cadernos de Atención Primaria*, 26(1), 4-10. https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2020/07/Agamfec_26_1.pdf
- Consejería de Salud y Consumo. (2024). *Informe de seguimiento 2023: Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria para Andalucía*. Junta de Andalucía. <https://es.scribd.com/document/620503836/INFORME-PSICOLOGIA-CLINICA-EN-AP-220622>
- Cuéllar-Flores, I., Fernández-Garzón, L., Ferreira, M., Maldonado, M. J., Vázquez, S., De la Vega, I., Félix-Alcántara, M. P., y Antequera, J. (2022). *Planificación del crecimiento de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud: una propuesta razonada (Proyecto-Informe)*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/planificacion-del-crecimiento-de-la-psicologia-clinica-en-el-servicio-madrileno-de-salud-una-propuesta-razonada>
- Duro, J. C. (2016). Psicología clínica en atención primaria de salud: ¿Por qué, para qué y cómo? *Infocop Online*. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.infocoponline.es/pdf/PSICOLOGIACLINICAENAP2.pdf>
- Fernández-Garzón, L., Ferreira González, M., Cuéllar-Flores, I., y Palacios Albarsanz, M. L. (2025). La Psicología Clínica en Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud: desarrollo, indicadores asistenciales y perspectivas de futuro. *Clínica Contemporánea*, 16(2), e13. <https://doi.org/10.5093/cc2025a13>
- Flores-Hens, M., Gálvez-Lara, M., Cano-Vindel, A., y Moriana-Elvira, J. A. (2024). Estudio piloto sobre la eficacia de un tratamiento transdiagnóstico para trastornos emocionales en Atención Primaria. *Apuntes de Psicología*, 42(1), 11-19. <https://doi.org/10.55414/ap.v42i1.1545>
- Font Payeras, M. A., Novo Vázquez, M. de la M., Lemus Veleza, A. Y., Gómez Castillo, M. D., y Muñoz-Navarro, R. (2018). El psicólogo interno residente (PIR) en atención primaria: experiencia en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44(169-170), 51-64. <https://doi.org/10.33776/amc.v44i169-70.3379>
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Adrián Medrano, L., ... Cano-Vindel, A. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: El manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- Gutiérrez López, M. I., López Alonso, N., Alonso Gómez, R., y Veiga Martínez, C. (2020). Psicología Clínica en Atención Primaria: la experiencia en Asturias. *Semergen: Revista Española de Medicina de Familia*, 46(2), 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.09.002>
- Infocop. (2016, 13 de septiembre). La inclusión del psicólogo clínico en Atención Primaria, mejora la salud física y mental: Entrevista a Antonio Cano-Vindel. *Infocop*. <https://www.infocop.es/la-inclusion-del-psicologo-clinico-en-atencion-primaria-mejora-la-salud-fisica-y-mental-entrevista-a-antonio-cano-vindel>
- Infocop. (2025, 23 de octubre). Comunidades Autónomas apuestan por incorporar la figura del psicólogo general sanitario en Atención Primaria. *Infocop*. <https://www.infocop.es/comunidades-autonomas-apuestan-por-incorporar-la-figura-del-psicologo-general-sanitario-en-atencion-primaria/>
- Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Wood, C. M., y Cano Vindel, A. (2016). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en Atención Primaria: un problema sin resolver. *Ansiedad y Estrés*, 22(2-3), 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.10.001>
- Martín García-Sancho, J. C., Garriga Puerto, A., Egea, C., Díaz, G., Campillo Cáscales, M. J., y Espinosa Gil, R. M. (2018). Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. *Anales de Psicología*, 34(1), 30-40. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.281491>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024*. <https://www.sanidad.gob.es/areas/saludPublica/saludMental/planAccion.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado*, (109). https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Resolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada 2024/2025*. Gobierno de España.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 146, de 17 de junio de 2009. <https://www.boe.es>
- Ortiz Lobo, A. (2015). El arte de hacer el mínimo daño en salud mental. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 26(123), 350-357.
- Ortiz Lobo, A., y Murcia García, L. (2009). La indicación de no-tratamiento: Aspectos psicoterapéuticos. En A. Retolaza (Ed.), *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación* (Estudios, 41, pp. 179-194). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Pastor Sirera, J. (2008). El psicólogo en Atención Primaria: un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 281-290. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1610.pdf>
- 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. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829302.pdf>

- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 45, de 21 de febrero de 2008. <https://www.boe.es>
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., y Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10 years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1-37. <https://doi.org/10.1111/bjc.12259>