

# UNA MORTALIDAD INVISIBLE



**NOVIEMBRE DE 2024**

## **Un trabajo realizado para la Fundación Canaria Juana Reyes**

### **Notas de autor**

Isabel Aguilar Dorta

Licenciada en Derecho por la Universidad de La Laguna (ULL). Máster en Gestión Sanitaria por el Centro de Estudios Financieros (CEF). Máster en Derecho Sanitario por la Universidad CEU-San Pablo. Lisbon International Learning Program on Mental Health Policy and Services, NOVA Medical School of NOVA University Lisbon.

Presidenta de la Fundación Canaria Juana Reyes.

Publicado en noviembre de 2024

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Email de contacto: [isabel@juanareyes.org](mailto:isabel@juanareyes.org)

**Índice**

Índice .....	3
Resumen.....	5
Puntos destacados (highlights).....	5
Palabras claves: .....	6
Declaración de conflictos de intereses: Ninguno. ....	6
Introducción:.....	7
Objetivo .....	7
Material y método .....	8
Una discriminación y un reto. ....	9
La evidencia de la fragmentación entre la salud mental y la salud física.....	9
La respuesta internacional .....	10
¿Qué podemos hacer en atención primaria? .....	11
La respuesta nacional .....	12
País Vasco .....	13
Comunidad Valenciana.....	13
Canarias.....	14
Resultados .....	15
Cómo avanzar .....	16
En el ámbito estratégico.....	16
En el ámbito organizativo de la asistencia.....	17
En el ámbito de los profesionales de salud mental.....	18

UNA MORTALIDAD INVISIBLE

4

Referencias ..... 19

### **Resumen**

Las personas con enfermedad mental grave fallecen entre diez y quince años antes que la generalidad por condiciones físicas y no mentales

La pandemia ha recolocado la salud mental dentro del ámbito político como una prioridad creando así una oportunidad para el planteamiento de mayor coordinación en red de servicios en salud mental y física que evitaría la discriminación descrita.

Se analiza la tendencia internacional y nacional en una mejor coordinación entre la salud física y la mental y en consecuencia se sugieren asimismo posibles mejoras para el ámbito estratégico, el organizativo y el profesional.

### **Puntos destacados (highlights)**

Para ofrecer un abordaje integral al paciente de salud mental es necesario coordinar los servicios de salud mental y salud física en atención primaria. La atención primaria, por su papel clave de control de enfermedades crónicas físicas, deberá jugar un papel clave en la relación de estas con la salud mental.

La coordinación de los servicios de salud mental, con los servicios de salud física y atención primaria se puede hacer en red, potenciando la interdisciplinariedad y los dispositivos comunitarios.

El trabajo de profesionales de diferentes niveles de asistencia y disciplinas médicas genera mayor satisfacción en los profesionales

Las diferentes entidades implicadas en los sistemas de salud, reconociendo que existe la fragmentación asistencial, buscan una solución que pasa por una mayor coordinación interdisciplinar que evitará la mortalidad mayor en las personas con salud mental.

## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

### **Palabras claves:**

Salud mental, mortalidad prematura, atención primaria, coordinación, trabajo en red.

**Declaración de conflictos de intereses: Ninguno.**

### **Introducción:**

Son bien conocidos los retos a los que se enfrentan los pacientes en salud mental en su día a día. Son problemas de estigma, de diagnóstico, de tratamiento, de seguridad clínica y de cuidados.

En España se avanza más en mejoras en esos frentes desde que hay mayor normalidad en el ámbito de la salud mental tras la pandemia.

Sin embargo, hay un reto con más invisibilidad y que requiere más atención en este momento en el que se están desarrollando nuevos planes y estrategias en los diferentes niveles de la administración en España: Las personas con enfermedad mental grave fallecen entre diez y quince años antes que la generalidad por condiciones físicas y no mentales. (Nacional Mental Health Intelligence Network , 2023) <sup>1</sup>.

Se trata de evitar una nueva discriminación relacionada con su salud física. Los profesionales de salud mental del sector son bien conscientes de este problema, pero conviene que el ámbito decisonal y político lo conozca, ya que en los próximos meses será necesario replantear las estrategias a seguir en salud mental. Además, distintos niveles de la administración han decidido priorizar la salud mental en sus políticas.

Uno de los países donde encontramos esta problemática es España, país que tiene la infraestructura necesaria para atender a estas personas de forma más integrada logrando así una mayor coordinación e integración entre quienes se ocupan de la salud física y la salud mental

### **Objetivo**

El presente artículo sugiere cómo avanzar. Tiene como objetivo proponer cómo se podría paliar en alguna medida este problema potenciando los recursos comunitarios con una red de apoyo en la comunidad.

## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

La planificación en salud mental, más incluso que otras enfermedades crónicas, ha hecho históricamente, en las últimas décadas, un desarrollo hacia una prestación más comunitaria que institucional. La idea central sería proseguir en esa dirección más comunitaria con el fin de atender a las personas con problemas de salud mental de forma más comprensiva.

Hoy en día se atiende a los enfermos de salud mental en general en atención primaria y centros de salud mental comunitarios. Solo en casos más excepcionales en centros hospitalarios con ingreso. En estos momentos se trata de avanzar aún más en esa dirección más comunitaria, pero con el fin añadido de atender mejor sus problemas de salud física.

Este artículo igualmente pretende contribuir a una necesidad social, ya que con posterioridad a la pandemia la población vive más preocupada por la salud mental y demanda más medidas de los gestores de la salud.

### **Material y método**

En el presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de investigaciones que revelan la mortalidad prematura en pacientes de salud mental por razones físicas y no mental. Seguidamente a esto se han analizado informes, trabajos de investigación y planes estratégicos, es decir, los avances a nivel internacional y nacional para dar soluciones a dicha mortalidad prematura. De igual manera, se recoge tras este análisis una propuesta por la autora para dar solución a la problemática señalada de muerte prematura que sufren los pacientes de salud mental.



**Una discriminación y un reto.****La evidencia de la fragmentación entre la salud mental y la salud física.**

El impacto final sobre la falta de interacción de lo físico y mental puede ser muy importante en la morbilidad y mortalidad en una población por lo que no parece lógico seguir operando esos dos mundos de forma aislada.

El informe del Reino Unido, aludido arriba en introducción está basado en otros, igualmente realizados en este país, sobre la mortalidad prematura en personas con enfermedades mentales graves y concluye que, éstos fallecen previo a cumplir 75 años. Los datos más recientes que evalúan este impacto son de 2018 a 2020 y examinan la comparativa entre 2015 a 2017. (National Mental Health Intelligence Network, 20218) <sup>2</sup>.

Es de subrayar que en Inglaterra entre 2018 a 2020, los enfermos mentales graves tenían 5 veces más probabilidades de perecer de forma prematura que la población que no tenía este padecimiento. Esta desigualdad se da tanto en hombres como mujeres. Este aumento creció en la comparativa entre los períodos de 2015 a 2017 y el período de 2018 a 2020. Por lo cual, tienen mayor posibilidad de morir prematuramente respecto a la generalidad.

Dicho estudio también alude a las importantes tasas de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, enfermedades pulmonares y, acerca de estas últimas señala EPOC y asma. Así, quienes sufren una enfermedad mental grave suelen tener peor salud física de manera global.

Afortunadamente, la evidencia científica para una mayor integración entre salud física y mental crece en el ámbito internacional y nacional.

Lethal Discrimination es un informe de una entidad benéfica del Reino Unido, que concluye que las personas con trastornos mentales graves perecen 20 años antes que la población general. El citado informe, advierte que por encima del 40% del tabaco que se fuma

## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

lo hacen personas con este padecimiento, eso sí, consideran menos probable que reciban apoyo para dejar de fumar. (Rethink Mental Illness, 2013) <sup>3</sup>.

Respecto al padecimiento de esquizofrenia, entre otros, comenta ese informe que menos del 30% recibían un chequeo anual de su salud física. Además, los pacientes con trastorno mental grave aumentan una media cercana a 6 kilogramos en los dos primeros meses de tomar antipsicóticos, situación que continúa durante el primer año. Y, a pesar de ello, en algunas zonas el 70% no tiene su peso controlado. También se advierte que muchos profesionales no se preocupan lo suficiente cuando estos enfermos plantean sus inquietudes acerca de su salud física.

El informe Lethal Discrimination también realiza las siguientes recomendaciones.

A las personas con padecimiento de trastorno mental grave se les debe ofrecer apoyo individualizado para dejar de fumar; Estos pacientes también deben recibir información de los efectos secundarios respecto a su medicación para que vigilen las posibles señales y puedan controlar aquéllos con su médico; Quienes trabajan en el ámbito de la salud mental deben recibir formación básica sobre salud física, como una parte más de su formación obligatoria y se deben clarificar las responsabilidades respectivas de la atención primaria y secundaria para el seguimiento y gestión de la salud física de las personas con problemas de salud mental.

Esta evidencia ha llevado a numerosos países a mejorar la atención más integrada entre la salud física y mental que se describe a continuación.

### **La respuesta internacional**

Desde 2007 estudios importantes en Inglaterra describen el uso de los equipos comunitarios de salud mental con resultados favorables. (Malone et al., 2007) <sup>4</sup>.

La aspiración es que una parte del personal de salud mental comunitario se integre en atención primaria. De esta manera, se ven más apoyados estos servicios de primer nivel

## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

asistencial y los pacientes. A largo plazo es esperable su expansión. Además, fomenta la integración entre la atención primaria y secundaria y la atención de la salud mental y física.

En el Plan a Largo Plazo 2019 del NHS y en el ámbito del contexto jurídico actual, se diseñarían medidas que originarían los Sistemas de Atención Integrados (ICS) en todo el país, valiéndose de los progresos ya desarrollados. Los ICS congregan a entidades locales de una forma pragmática y práctica para brindar una “triple integración” de la atención primaria y especializada, los servicios de salud física y mental, y la salud con la atención social. Será imprescindible la colaboración con las autoridades locales a nivel local. (NHS, s.f.)<sup>5</sup>.

Un informe del Kaiser Permanente Washington Health Research Institute recoge que, en 2021 en EEUU, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Salud Mental, cerca de la mitad de los adolescentes y aproximadamente una cuarta parte de los adultos convivía con la enfermedad mental. (Instituto Nacional de Salud Mental, como se citó en Kaiser Permanente Washington Health Research Institute, 2023)<sup>6</sup>.

El citado Instituto investigador trató de dar una respuesta desde este ámbito en servicios de salud. Los programas de significativa innovación fueron los centrados en el paciente y fueron materializados por el Kaiser Permanente Washington Health Research Institute (Kaiser Permanente Washington Health Research Institute, 2023)<sup>7</sup>:

Destacan los de depresión personalizados para enfermos con condiciones de salud como diabetes, obesidad o problemas cardíacos. Fomentar la mejora de la salud física en pacientes con situaciones graves de salud mental. Se impulsa la asistencia en colaboración para la integración de la salud mental en la depresión con la asistencia médica generalizada.

***¿Qué podemos hacer en atención primaria?***

## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

Necesitamos considerar la prevención de enfermedades cardiometabólicas desde el punto de diagnóstico. Existen herramientas que ayudan a los equipos de Atención Primaria (AP) a la hora de atender a un paciente con una enfermedad de salud mental grave. Por ejemplo, hacia el Recurso de Salud Cardiometabólica Positiva, que se actualizó recientemente durante 2023. Este recurso brinda recomendaciones relacionadas con el seguimiento de la salud física en personas que padecen psicosis y esquizofrenia. (Fernando, 2024) <sup>8</sup>.

Aunque este recurso se centra en el tratamiento antipsicótico, sus principios se pueden aplicar a otros medicamentos psicotrópicos utilizados para tratar trastornos de salud mental a largo plazo. El recurso actualizado de Lester está disponible gratuitamente en el sitio web del Royal College of Psychiatrists de Londres y se analizó en un editorial del British Journal of General Practice durante noviembre de 2023.

La herramienta nos guía, como profesionales de la salud, a través de la evaluación cardiometabólica de una persona que vive con una enfermedad mental grave. Al revisar a ese individuo, debemos discutir el historial de tabaquismo, los cambios en el comportamiento de salud y el estilo de vida y el índice de masa corporal; Necesitamos observar la presión arterial, la regulación de la glucosa y los lípidos en sangre. Esta herramienta nos brinda zonas rojas donde se deben considerar intervenciones apropiadas centradas en la persona para mejorar su salud física.

### **La respuesta nacional**

En España hay también una respuesta creciente a la necesidad de mayor coordinación en la atención primaria y la salud mental. Los ejemplos siguientes describen algunos proyectos,

## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

de forma no exhaustiva, con el fin de demostrar que el sistema de salud en España también crece la respuesta ante esta fragmentación.

Son avances sobre los procesos colaborativos más que sobre resultados finales, pero indican que las Comunidades Autónomas han identificado el problema e inician programas de mejora.

En todos los casos descritos lo que se promueve es la cogestión de las personas con problemas de salud mental entre los profesionales de salud mental y de salud física.

### ***País Vasco***

En 2012 en el País Vasco se publicó el estudio sobre el Proyecto BTS Elkarlanean Depresión (Gabilondo et al., 2012) <sup>9</sup>. Se trató de un modelo colaborativo basado en la estrategia general sobre enfermedades crónicas en esa comunidad autónoma (2011). Uno de los retos del proyecto fue la colaboración entre niveles, Atención Primaria y Salud Mental. En las conclusiones, es de mencionar que, pese a que quedan aún por desarrollar y mejorar, el efecto colaborativo normalizador interniveles ha sido importante.

En 2016 fueron publicadas las conclusiones de la colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión. Se trata de una evaluación de una experiencia piloto. Destacaron resultados muy propicios para desarrollar modelos colaborativos entre atención primaria y salud mental. Mencionan en sus conclusiones que serán claves el apoyo de la gestión y los sistemas de información en esta colaboración de asistencia conjunta (Calderón et al., 2016) <sup>10</sup>.

### ***Comunidad Valenciana***

En 2014 se publica una importante experiencia colaborativa entre atención primaria y salud mental en un área concreta. Parten del problema de una gran afluencia de padecimientos de salud mental al médico de familia y la falta de formación en salud mental de éstos. Se pretende disminuir el impacto económico, sanitario y social. El modelo aplicado es el modelo de

## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

enlace. Se recogen los resultados positivos acerca de las primeras visitas al especialista y también mayor satisfacción de los profesionales (Morera-Llorca et al., 2014) <sup>11</sup>

### **Canarias**

En 2019, se publica el trabajo que narra lo que supone la propuesta pionera del psicólogo clínico en los centros de Atención Primaria. (Alonso et al., 2019) <sup>12</sup>.

La entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS), es también a través de la atención primaria y se trabaja en red con los recursos de atención especializada. Sucede que, en este segundo nivel el acceso se limita a la patología grave, por lo que el trastorno común queda en el médico de familia. Esta demanda conlleva una pesada sobrecarga y con los dispositivos que cuenta no pueden dar la respuesta óptima en el diagnóstico, llegando a la sobre medicalización.

En consecuencia, se decide ampliar el número de recursos humanos en salud mental en atención primaria.

El objetivo es la integración en el desarrollo de la Estrategia Integral de Atención Primaria y Comunitaria 2022/23, en el marco de un proyecto piloto se incorporan siete psicólogos a distintos centros de Atención Primaria. En 2023, la consejería anunció que continuaría ampliando este proyecto, el cual ha sido pionero en España. (Gobierno de Canarias, 2023) <sup>13</sup>.

Se incorpora el psicólogo clínico como un profesional más del equipo de atención primaria. Las personas con patología común serán tratadas aquí, con una asistencia psicoterapéutica. Se pretende así el bienestar de los pacientes disminuyendo el consumo de fármacos, de acuerdo con las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Dicho trabajo, subraya la promoción de la labor en equipo, dando un importante espacio a su coordinación y formación.

### Resultados

a. Se reconoce en todos los proyectos internacionales y nacionales que existe una discriminación evitable y que, en consecuencia, los servicios de salud mental, salud física en atención primaria necesitan mayor coordinación para la atención integral al paciente de salud mental.

b. Se confirma en todos los casos que la atención primaria, por su papel clave de control de enfermedades crónicas físicas, deberá jugar un papel clave en la relación de estas con la salud mental.

c. Dependiendo de la naturaleza o perfil de la entidad que realiza el estudio, proyecto o planificación, en unos casos, se ofrece una solución directa a la mortalidad prematura, por razones físicas, a pacientes de salud mental. En otros casos, se quiere dar una solución para reducir el gasto en medicación por el coste de cronicidad (en salud física) de los pacientes de salud mental, e indirectamente, el abordaje integral a estos pacientes.

d. Se pone en valor las herramientas tecnológicas y de información que permiten relacionar la información necesaria entre la salud mental y física, especialmente en atención primaria.

e. Los profesionales destacan que el trabajo interniveles es más satisfactorio. Cuando entre las conclusiones se encuentran la satisfacción del trabajo de profesionales de diferentes ámbitos, habrá que identificar dicha satisfacción como una oportunidad que favorece el buen clima laboral y, por tanto, es una razón de peso para dar continuidad a los proyectos aprovechando esa motivación de los profesionales.

## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

f. Algunos proyectos concluyen que se necesita más continuidad y desarrollo en evaluaciones de servicios de salud.

### **Cómo avanzar**

Sobre la base de esas iniciativas y la evidencia: Se propone aquí que los nuevos planes y estrategias de salud mental avancen en varios frentes:

#### **En el ámbito estratégico**

Tras la pandemia todos los niveles estratégicos de la sanidad han explicitado la salud mental como prioridad. En esas estrategias conviene incorporar la necesidad de un enfoque más coordinado entre la salud mental y física

Asumir que existe esta discriminación adicional en salud mental grave y lograr la integración de la salud física y mental.

No parece haber razones objetivas para que estas personas mueran 10-15 años antes que los demás.

Desarrollar y establecer un estándar nacional incorporando lo aprendido en las CCAA que han avanzado. El Ministerio de Sanidad es competente para la coordinación general de las distintas autonomías.

La mayor visibilidad y coordinación estratégica en la salud física y mental ayudará a seguir disminuyendo el estigma asociado a la salud mental al normalizar la relación de los pacientes con acudir a los profesionales del sistema de salud.



## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

### **En el ámbito organizativo de la asistencia.**

Muchos pacientes de salud mental navegan de estructura en estructura asistencial por el sistema debido a problemas con su salud física. En muchas ocasiones no obtienen solución o, cuando la encuentran, es demasiado tarde. Quienes tienen más recursos emigran al sistema privado y otros se reincorporan a la larga lista de cronicidad. A menudo convirtiéndose en un paciente complejo innecesariamente.

Usar la estratificación como modelo de planificación, identificar y priorizar a las personas con enfermedad más grave y apuntar acciones concretas sobre su salud física en colaboración entre los profesionales de salud mental y física.

Se requiere razonar en red; construyendo una red de apoyo comunitaria, cuyo centro base operacional, esté anexo o vinculado a un centro de día. Los profesionales seleccionados serán aquéllos propios del campo de la salud mental, médico de familia y ciertas disciplinas que aúnen la salud mental con la salud física.

Los profesionales estarán ubicados en sus centros correspondientes comunitarios y, trabajarán en red cuando detecten que un problema salud mental impacta en la salud física y a la inversa así creando una red de apoyo comunitaria.

Igualmente, cuando detecten una problemática de abordaje social, que al paciente le es difícil manejar por sí solo derivarán a un profesional de enlace no clínico, para que previa evaluación informe y atienda sobre esta circunstancia.

Lograr mayor conectividad entre quienes se ocupan de la salud física y la salud mental de estos pacientes vía una mayor interoperabilidad entre sistemas de información.

Mayor apoyo a los profesionales de atención primaria. Considerando que los médicos de familia están sobrecargados y a menudo son quienes atienden primero a la demanda en

## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

salud mental. El apoyo con más profesionales de salud mental en atención primaria que se está dando en algunas CCAA parece la línea a seguir en un contexto de mayor demanda.

### **En el ámbito de los profesionales de salud mental**

Establecer proyectos de cogestión entre los profesionales de familia y de salud mental con el fin lograr reducir la sobremedicalización existente en las personas con enfermedad mental grave y así ofrecer mayor calidad de vida a los pacientes de salud mental.

Las sociedades científicas podrán desarrollar formación conjunta y sincronizada a ambos grupos de profesionales.

Promover el desarrollo y utilización del método PREMS (patient reported experience measures) como herramienta para solicitar la voz y la experiencia de las personas en salud mental logrando así conocer cómo piensan que se puede atenderles mejor de forma más global. (Recovery Research Team, 2020) <sup>14</sup>.

El alineamiento de estas tres líneas de trabajo (estratégica, organizativa y profesional) permitirá corregir de forma progresiva la discriminación existente, expresada en forma de mayor mortalidad en las personas con problemas de salud mental.

## Referencias

1. National Mental Health Intelligence Network (2023) *Premature mortality in adults with severe mental illness (SMI)*. Gov.uk. Recuperado el 23 de enero de 2024, de <https://www.gov.uk/government/publications/premature-mortality-in-adults-with-severe-mental-illness/premature-mortality-in-adults-with-severe-mental-illness-smi>

2. National Mental Health Intelligence Network (2018). *Severe mental illness (SMI) and physical health inequalities: briefing*. Gov.uk.

Recuperado el 14 de enero de 2024, de

<https://www.gov.uk/government/publications/severe-mental-illness-smi-physical-health-inequalities/severe-mental-illness-and-physical-health-inequalities-briefing>

3. Rethink Mental illness. (2013). *Lethal Discrimination*. Recuperado el 23 de enero de 2024 <https://www.rethink.org/media/2627/rethink-mental-illness-lethal-discrimination.pdf>

4. Malone, D., Marriott, S. V. L., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *The Cochrane Library*, 2018(5).

<https://doi.org/10.1002/14651858.cd000270.pub2>

## UNA MORTALIDAD INVISIBLE

5. NHS. (s/f). *Plan a largo plazo del NHS*. NHS. Recuperado el 24 de enero de 2024, de <https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/overview-and-summary/>
  
6. Kaiser Permanente Washington Health Research Institute (mayo de 2023). *Improving and advancing mental health care*. Recuperado el 24 de enero de 2024, de <https://www.kpashingtonresearch.org/news-and-events/blog/2023/improving-and-advancing-mental-health-care>
  
7. Kaiser Permanente Washington Health Research Institute. (s/f). *Mental Health*. Recuperado el 24 de enero de 2023, de <https://www.kpashingtonresearch.org/our-research/research-areas/mental-health>
  
8. Fernando, K. (2024, julio 9). *Consejos de atención primaria: cómo mejorar la salud física en caso de enfermedad mental grave*. Medscape.com. [medscape.com/viewarticle/1001126\\_print](https://www.medscape.com/viewarticle/1001126_print)
  
9. Gabilondo A., Artaza N., De La Rica J. A., Retolaza A., Ortueta P. y Prieto L. (2012). Hacia un modelo colaborativo de la atención a la depresión en Euskadi: El Proyecto BTS Elkarlanean Depresión. *Norte de Salud Mental*, 43(10), 60-71, ISSN-e 1578-4940
  
10. Calderón, C., Balagué, L., Iruin, Á., Retolaza, A., Belaunzaran J., Bastarrechea, J., & Mosquera, I. (2016). Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión: evaluación de una experiencia piloto. *Atención primaria*, 48(6), 356–365. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.013>

11. Morera-Llorca, M., Romeu-Climent, J. E., Lera-Calatayud, G., Folch-Marín, B., Palop-Larrea, V., & Vidal-Rubio, S. (2014). Experiencia de colaboración entre atención primaria y salud mental en el Departamento de Salud La Ribera, 7 años después. *Gaceta Sanitaria* (28)5,405–407. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.014>

12. Alonso Gómez, R., Lorenzo Reina, L., Flores Méndez, I., Martín García, J., & 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>

13. Portal de Noticias Gobierno de Canarias. (2023, marzo). El SCS refuerza la plantilla de psicólogos clínicos en los centros de salud con veinte nuevas contrataciones <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/el-scs-refuerza-la-plantilla-de-psicologos-clinicos-en-los-centros-de-salud-con-veinte-nuevas-contrataciones/>

14. *INSPIRE*. (2020, julio 2). Research Into Recovery. <https://www.researchintorecovery.com/measures/inspire/>