

INFORME - Atención Psicológica en Atención Primaria para Población Pediátrica: Evidencia Internacional, Modelos de Atención y Situación Actual en España

Sección de Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia de AEPCP (Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología)

Dr. Diego Padilla Torres. Psicólogo Clínico.

Dra. Isabel Cuéllar Flores. Psicóloga Clínica.

Dr. Angel Carrasco. Psicólogo Clínico.

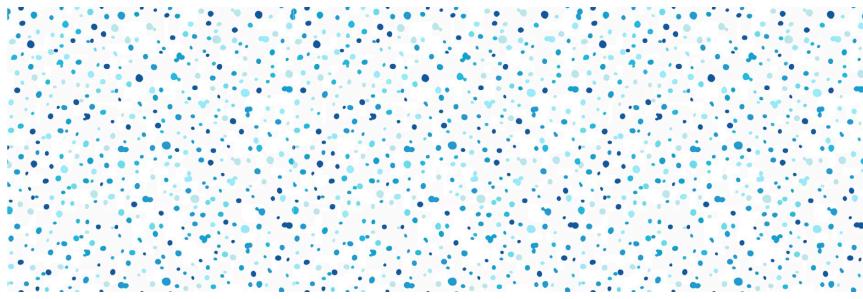
Dra. Ana Cristina de Pablo Elvira. Psicóloga Clínica.



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y PSICOPATOLOGÍA



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y PSICOPATOLOGÍA
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen ejecutivo	pág. 2
1. Introducción	pág. 5
2. Metodología	pág. 5
3. Revisión de la bibliografía	pág. 5
3.1. Evolución histórica y fundamentos teóricos	pág. 5
3.2. Modelos integrados y evidencia internacional	pág. 6
3.3. Cribado psicométrico y consultas de alta resolución	pág. 8
3.4. Intervenciones breves y transdiagnósticas en atención primaria	pág. 8
3.5. Cartera de servicios de psicología clínica en Atención Primaria, propuestas en España	pág. 9
4. Situación actual en España	pág. 9
5. Discusión	pág. 12
6. Propuestas y Conclusiones	pág. 12
Referencias	pág. 14

Resumen ejecutivo

La salud mental de la infancia y la adolescencia constituye un problema de salud pública de primer orden. Entre un 12 % y un 27 % de niñas, niños y adolescentes presentan algún trastorno emocional o conductual, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de conducta. A pesar de esta elevada prevalencia, una proporción significativa de menores no recibe atención psicológica especializada, lo que genera una brecha asistencial con consecuencias a corto y largo plazo sobre el desarrollo, el bienestar y la trayectoria vital.

La Atención Primaria (AP), como primer nivel asistencial y puerta de entrada al sistema sanitario, se identifica a nivel internacional como el contexto óptimo para la detección temprana, la intervención breve y la coordinación de cuidados en salud mental pediátrica. Su accesibilidad, continuidad y menor estigmatización la convierten en un entorno estratégico para reducir inequidades y mejorar los resultados en salud. Sin embargo, la integración efectiva de la psicología clínica en AP pediátrica continúa siendo limitada, especialmente en España.

Este informe presenta una revisión narrativa de la evidencia científica internacional sobre modelos integrados de atención, cribado psicométrico e intervenciones psicológicas breves y transdiagnósticas en AP pediátrica, junto con un análisis actualizado de la situación en las distintas comunidades autónomas españolas. La literatura revisada muestra de forma consistente que los modelos de atención colaborativa e integrada —especialmente aquellos basados en equipos interprofesionales— mejoran el acceso, incrementan la adherencia y finalización de los tratamientos, reducen la sintomatología emocional y conductual y optimizan el uso de recursos sanitarios. Estos beneficios han sido ampliamente demostrados en población adulta y, de forma creciente, también en población pediátrica.

La evidencia disponible respalda el uso de intervenciones psicológicas breves, estructuradas y transdiagnósticas en AP, así como la aplicación prudente y contextualizada de herramientas de cribado. Las recomendaciones internacionales y nacionales coinciden en señalar la necesidad de evitar cribados masivos indiscriminados y priorizar estrategias basadas en la detección de preocupaciones familiares, la observación clínica y la evaluación dirigida en población de riesgo, minimizando efectos iatrogénicos y derivaciones innecesarias.

En España, el análisis por comunidades autónomas revela una implantación fragmentada, desigual y claramente insuficiente de la atención psicológica en AP. Aunque once comunidades han incorporado o están incorporando psicología en este nivel asistencial, sólo una minoría garantiza atención específica a población pediátrica, y en varias de ellas la atención recae en profesionales no especialistas en psicología clínica. Existen además comunidades que carecen completamente de esta figura en AP, lo que genera importantes desigualdades territoriales contrarias a los principios de equidad y universalidad del Sistema Nacional de Salud.

El informe identifica barreras estructurales relevantes, entre ellas la escasez de profesionales especialistas, la falta de planificación estratégica,

la ausencia de un marco normativo estatal, déficits en la formación específica en psicología clínica infanto-juvenil y dificultades organizativas como la fragmentación entre niveles asistenciales y la limitada interoperabilidad de los sistemas de información.

Como respuesta, se propone un modelo escalonado de atención psicológica en AP pediátrica, alineado con la evidencia internacional y adaptado al contexto del SNS, que articula intervenciones universales, selectivas e indicadas. Este modelo permite ajustar la intensidad de la intervención a las necesidades de cada menor y su familia, prevenir la medicalización innecesaria, mejorar la continuidad de cuidados y aliviar la sobrecarga de los servicios especializados de salud mental.

La incorporación estable y suficiente de profesionales de psicología clínica en AP pediátrica se presenta, a la luz de la evidencia, no solo como una opción deseable, sino como una necesidad para garantizar una atención temprana, accesible, eficaz y equitativa. Avanzar hacia este modelo requiere planificación, inversión sostenida, formación especializada, tiempo protegido para la coordinación intersectorial y el desarrollo de protocolos comunes basados en evidencia.

Desde la Sección de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia de la AEPCP, este informe aspira a contribuir a la toma de decisiones informadas y a la implementación progresiva de un modelo de atención en salud mental infantil y adolescente más justo, eficiente y centrado en las familias, reforzando el papel estratégico de la AP en la salud mental del sistema público de salud.

Palabras clave: Atención primaria, salud mental pediátrica, integración, intervenciones breves, cribado, España.

1. Introducción

La salud mental infantil y adolescente se ha convertido en una prioridad global debido a su elevada prevalencia y al impacto funcional que genera en el desarrollo, la educación y la calidad de vida (Costello, Copeland, & Angold, 2011). Se estima que entre el 12% y el 27% de los menores presentan algún trastorno emocional o conductual (Simonian, 2006), siendo la ansiedad, la depresión y los problemas de conducta los más frecuentes (Merikangas et al., 2010). A pesar de ello, la mayoría de los casos no recibe atención especializada, lo que se traduce en una brecha asistencial significativa (Weitzman & Wegner, 2015).

La atención primaria (AP) se reconoce como el escenario idóneo para reducir esta brecha, al ser el primer punto de contacto con el sistema sanitario y ofrecer un contexto menos estigmatizante para las familias (Stancin & Perrin, 2014). Sin embargo, la integración de servicios psicológicos en AP pediátrica ha sido históricamente limitada, tanto por factores estructurales como por la falta de formación específica en salud mental por parte de los profesionales médicos (Stein et al., 2008). En España, esta situación se agrava por la ausencia de un modelo homogéneo nacional, lo que ha señalado en otros contextos que esto genera desigualdades territoriales en el acceso a la atención psicológica (Maruish, 2017).

Este informe tiene como objetivo analizar la evidencia internacional sobre la integración de la salud mental en AP para la atención a la población pediátrica, describir los modelos y estrategias más relevantes, examinar la situación actual en España en este nivel asistencial y realizar una propuesta integrada.

2. Metodología

Se realizó una revisión narrativa no sistemática de la bibliografía publicada entre 2005 y 2025, incluyendo capítulos del *Handbook of Pediatric Psychology* (Roberts & Steele, 2017), el documento técnico sobre modelos de integración en AP (Maruish, 2017) y artículos revisados por pares sobre intervenciones breves y transdiagnósticas (Ehrenreich-May et al., 2018; Weisz et al., 2017). Se incorporó evidencia sobre cribado psicométrico (Goodman, 1997; Kroenke et al., 2007) y factores familiares asociados al riesgo suicida adolescente (Bridge et al., 2014). La información se organizó en categorías temáticas: evolución histórica, modelos integrados, cribado, intervenciones breves y cartera de servicios.

Además, se realizó una descripción de la presencia de psicólogos/as y psicólogos/as clínicos/as en AP en las CCAA españolas, a partir de la revisión de documentos e información publicada en páginas web oficiales, medios de comunicación e informantes clave (en concreto psicólogos/as clínicos/as que trabajan en el sistema sanitario de cada región), aportando una perspectiva contextual. En la Tabla 1 se indica la fuente empleada en cada región.

3. Revisión de la bibliografía

3.1. Evolución histórica y fundamentos teóricos

La integración de la salud mental en AP pediátrica se sustenta en el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977), que reconoce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud. Este enfoque contrasta con el modelo biomédico tradicional, centrado exclusivamente en la enfermedad física. Desde los años sesenta, autores como

Schroeder (1979) y Wright impulsaron la idea de incorporar psicólogos en consultas pediátricas, aunque la práctica se consolidó lentamente debido a barreras organizativas y financieras (Stancin & Perrin, 2014).

3.2. Modelos integrados y evidencia internacional

En Estados Unidos, la promulgación de la Affordable Care Act (ACA, 2010) y la adopción del modelo Patient-Centered Medical Home (PCMH) marcaron un punto de inflexión, promoviendo la atención integrada (Laderman & Mate, 2014). Este modelo enfatiza la coordinación interdisciplinaria, la prevención y la atención centrada en la familia, principios que han demostrado mejorar la calidad asistencial y reducir costes (Blount et al., 2007).

La integración de la salud mental en AP pediátrica se ha materializado en diversos modelos que varían en su grado de coordinación y co-localización (Schlesinger et al., 2023). Este enfoque ha demostrado beneficios en la reducción de costes y mejora de la calidad asistencial en población adulta (Blount et al., 2007), y aunque la evidencia pediátrica es más reciente, los resultados son prometedores (Asarnow et al., 2017).

La atención colaborativa es un término general que abarca un espectro de seis niveles de práctica interdisciplinaria colaborativa (SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions, 2022), que van desde la colaboración mínima y básica (mera colaboración administrativa) hasta la colaboración plena en una práctica integrada, que implica equipos interprofesionales, historias clínicas compartidas y protocolos conjuntos (Parks et al., 2005; Stancin & Perrin, 2014) (Tabla 1). En entornos pediátricos, la atención colaborativa/integrada se ha definido como la provisión de servicios psicológicos integrados en la práctica médica, con roles compartidos entre pediatras y psicólogos.

Si bien cada uno de estos modelos de colaboración cuenta con cierto respaldo empírico, la atención integrada (un enfoque multidisciplinario basado en equipos) cuenta con la mayor base empírica para mejorar los resultados clínicos y la satisfacción del paciente, a la vez que reduce los costos (Schlesinger et al., 2023). Por ejemplo, Kolko et al. (2014) realizaron un ensayo clínico aleatorizado que comparó la atención integrada frente al modelo tradicional de derivación externa, encontrando tasas significativamente mayores de inicio y finalización del tratamiento (99.4% vs. 54.2% y 76.6% vs. 11.6%, respectivamente), así como mejoras en síntomas conductuales y emocionales. De forma similar, una revisión sistemática y metaanálisis (Asarnow et al., 2015) concluyó que los modelos integrados producen efectos positivos, especialmente cuando se implementan estrategias de cuidado colaborativo con intervenciones basadas en la evidencia.

Tabla 1. Seis niveles de colaboración/integración de la Atención de Salud Mental para Niños y Adolescentes en Atención Primaria Pediátrica

	COORDINADA (caracterizado por la comunicación)		CO-LOCALIZADA (caracterizada por la proximidad física)		INTEGRADA (caracterizado por el cambio de práctica)	
	Nivel 1: Colaboración mínima	Nivel 2: Colaboración básica a distancia	Nivel 3: Colaboración básica en el sitio	Nivel 4: Colaboración cercana con integración parcial	Nivel 5: Colaboración cercana acercándose a práctica integrada	Nivel 6: Colaboración completa / práctica integrada transformada
Descripción breve	Atención médica y conductual totalmente separadas (ej. modelo de derivación externa)	Comunicación periódica entre prácticas (ej. modelo de consultoría)	Profesionales ubicados en el mismo lugar físico	Profesionales colaboran activamente como equipo (ej. modelo de derivación interna)	Desarrollo de práctica colaborativa común	Sistema totalmente integrado (ej. equipo interdisciplinario)
Prestación clínica	Evaluación tratamiento independientes; planes separados	Evaluaciones separadas; intercambio de información ocasional; planes separados	Evaluación basada en prácticas separadas; conocimiento compartido parcial sobre Prácticas basadas en evidencia	Evaluaciones y planes más coordinados; Prácticas basadas en evidencia compartidas para algunos pacientes	Cribado estándar y protocolos de respuesta; Prácticas basadas en evidencia implementadas por el equipo	Evaluación clínica unificada; un solo plan de tratamiento; Prácticas basadas en evidencia implementadas de forma transversal
Experiencia del paciente	Necesidades físicas y conductuales tratadas por separado; paciente negocia entre prácticas	Necesidades separadas; se comparten registros para coordinación	Necesidades separadas, pero proximidad facilita derivaciones y seguimiento	Algunas necesidades tratadas en equipo; experiencia más integrada	Cuidado más responsivo; sentido de “tienda única”	Todas las necesidades de salud tratadas por un equipo que funciona como unidad; experiencia fluida para paciente

Adaptado de SAMHSA/HRSA (2022). Disponible en:

https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2020/01/CIHS_Framework_Final_charts.pdf?daf%375ateTbd56

3.3. Cribado psicométrico y consultas de alta resolución

El cribado en AP es una estrategia esencial para la detección temprana de problemas emocionales y conductuales. Herramientas como el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997) y el *Patient Health Questionnaire for Adolescents* (PHQ-A; Kroenke et al., 2007) cumplen criterios de brevedad, validez y aplicabilidad clínica.

No obstante, es necesario tomar decisiones con respecto a cuándo y cómo realizar cribados. La American Academy of Pediatrics recomienda el cribado universal para desarrollo, conducta y salud mental en visitas de control (AAP, 2006; Weitzman & Wegner, 2015). Sin embargo, los sistemas de detección universales han sido también cuestionados, e incluso se recomienda evitarlos en algunos trastornos. Por ejemplo el Canadian Task Force on Preventive Health Care (2016) está en contra de realizar el cribado de trastornos del neurodesarrollo en AP cuando no existan signos, síntomas sugerentes ni sospechas de las familias. En España el Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia (Galbe et al., 2018) también recomienda evitar cribado masivo mediante M-CHAT para síntomas de autismo. Los principales argumentos esgrimidos son el exceso de derivación a servicios especializados y el efecto de etiquetado o falsos positivos (y la iatrogenia que puede conllevar) sobre los pacientes. En su lugar, recomiendan preguntar a las familias por sus preocupaciones acerca del desarrollo de sus hijos/as en las visitas de seguimiento y solo emplear herramientas de cribado para trastornos del desarrollo cuando exista sospecha en la familia o por parte de profesionales sanitarios o educativos.

En cuanto a los trastornos emocionales, los hallazgos de revisiones recientes indican una falta de evidencia disponible sobre los posibles beneficios y perjuicios del cribado de la depresión en niños y adolescentes (Beck et al., 2024; Charach et al., 2020).

3.4. Intervenciones breves y transdiagnósticas en atención primaria

La evidencia acumulada en las últimas dos décadas respalda la eficacia de intervenciones psicológicas breves adaptadas al contexto de AP. Estas intervenciones se caracterizan por su corta duración (entre 4 y 8 sesiones), enfoque transdiagnóstico y orientación hacia problemas emocionales comunes como ansiedad, depresión y conductas disruptivas (Weisz et al., 2017; Ehrenreich-May et al., 2018). El *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* ha sido adaptado para entornos pediátricos en formatos reducidos, mostrando mejoras significativas en síntomas internalizantes y funcionamiento psicosocial (Ehrenreich-May et al., 2018).

Asimismo, la terapia cognitivo-conductual grupal transdiagnóstica (TD-GCBT) ha demostrado ser eficaz en la reducción de síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes, con efectos más pronunciados en aquellos con mayor severidad clínica (Weisz et al., 2017). Estas intervenciones, cuando se implementan en atención primaria, presentan ventajas adicionales: menor estigmatización, mayor accesibilidad y reducción de costes asociados a derivaciones externas (Kolko et al., 2014).

En población infantil, programas como *Triple P Positive Parenting Program* (Sanders, 1999) han sido adaptados para su aplicación en consultas pediátricas, ofreciendo estrategias de manejo conductual en formato grupal o individual breve. La evidencia indica que incluso intervenciones mínimas, como la entrega de material psicoeducativo acompañado de una sesión de orientación, pueden generar mejoras sostenidas en problemas de conducta (Lavigne et al., 2008). No obstante, la evidencia sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones tienen limitaciones, sobre todo en relación con el mantenimiento de las mejoras a largo plazo.

3.5. Cartera de servicios de psicología clínica en Atención Primaria, propuestas en España

La cartera de servicios del Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica en Atención Primaria ha sido objeto de reflexión y se han realizado diversas propuestas en varias CCAA, casi todas ellas en el marco de un modelo escalonado de atención a la salud mental, como Cataluña (Enfedaque et al., 2023), Galicia (Grupo de trabajo de Psicología Clínica en Atención Primaria de la Sección de Psicoloxía e Saúde do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia, 2018) y Canarias (Comisión de Psicología Clínica del Colegio Oficial de la Psicología de Las Palmas, 2019).

Todas las propuestas incluyen la atención a población pediátrica, organizar de forma escalonada el abordaje (prevención universal, selectiva e indicada, diferenciando dentro de esta entre trastornos mentales leves-moderados y graves) y orientar el abordaje de menores con trastornos mentales graves y complejos al nivel de atención en salud mental (especializada u hospitalaria). Asimismo tienen en común que proponen intervenciones individuales y grupales.

4. Situación actual en España

En España, la integración de la atención psicológica en AP es limitada y heterogénea. El análisis de datos por CCAA revela una marcada desigualdad territorial. Once CCAA han integrado la atención psicológica en este nivel asistencial (o tienen convocatorias abiertas en el momento actual), y de ellas, solo 4 trabajan con población pediátrica. El modelo más prevalente es el mixto, en el que los mismos profesionales atienden población adulta e infanto-juvenil. Si atendemos a las ratios de psicología en AP por habitantes, veremos que son las CCAA con ratios más elevadas las que cubren infancia.

Además, se identifican 7 CCAA en las que la figura profesional incluida en AP no es la del psicólogo/a especialista, sino generalista. Por otra parte, comunidades como Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia y Murcia carecen de psicología en este nivel asistencial, y, de ellas, Aragón ha anunciado que convocará plazas. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Psicología en Atención Primaria por Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	Atención psicológica en AP (si/no)	Atención psicológica infanto-juvenil en AP (si/no)	Número	Ratio/100000 hab (1)	Fuente(s)
Andalucía	si	si	53 + 53 previstas	1,2	Medio de comunicación (2)
Aragón	no (previsto)	no			Informantes clave
Asturias	si	no	6	0,6	Informantes clave Organización profesional (3)
Islas Baleares	si (PGS)	si	9+ 16 convocadas	2	Medio de comunicación (4) Informantes clave
Islas Canarias	si (PGS)	no	39	1,7	Medio de comunicación (5) Informantes clave
Cantabria	si		6	1,0	Medio de comunicación (6) Informantes clave
Castilla y León	no	no			Informantes clave *(programa de atención continuada desarrollado por residentes de psicología clínica)
Castilla La Mancha	no	no			Medio de comunicación (4) Informantes clave
Cataluña	si (Referentes de Bienestar Emocional)	si	350	4,3	Informantes clave Direcció General de Planificació en Salut; (2021)
Extremadura	no	no			Medio de comunicación (4) Informantes clave
Galicia	no	no			Medio de comunicación (4) Informantes clave

La Rioja	si (PGS)		10	3,0	Medio de comunicación (7)
Comunidad de Madrid	si	no	21 + 15 convocadas	0,5	Web oficial de RRHH (8) Duro y Cuellar-Flores (2025)
Murcia	no	no			Informantes clave Medio de comunicación (4)
Navarra	si (PGS)	si	19	2,8	Informantes clave Medio de comunicación (4, 9)
P. Vasco	no (PGS) (previsto, convocatoria abierta)	no	13 convocados	0,6	Informantes clave Medio de comunicación (4, 10)
C. Valenciana	si (PGS)	no			Informantes clave Medio de comunicación (4)
Ceuta	si		1	1,2	Fuente oficial (11)
Melilla	Desconocido				

RRHH: Recursos Humanos. Informantes clave: psicólogos/as clínicos trabajando en octubre de 2025 en el servicio de salud autonómico;

(1) Población 2025 <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/españa-comunidades-autonomas>

(2) <https://www.elcorreo.es/andalucia/2025/04/07/sanidad-publica-andaluza-psicologos-media-115560435.html> ;

(3)

https://www.cop-asturias.org/bloqpir/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=31&cntnt01origid=15&cntnt01detailtemplate=Simplex_Detail&cntnt01returnid=72

(4) <https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/el-psicologo-sin-pir-rompe-con-ideologias-y-divide-a-la-primaria-autonomica-9594>;

(5) <https://www.canarias7.es/sociedad/salud/sanidad-reconoce-678-especialistas-salud-mental-insuficientes-20240416132242-nt.html>

(6)

<https://cadenaser.com/cantabria/2025/09/18/el-gobierno-de-cantabria-mantiene-congelada-la-incorporacion-de-psicologos-en-los-centros-de-salud-radio-santander/>

(7) <https://nuevecuatrouno.com/2024/08/07/rioja-salud-mental-psicologos-atencion-primaria-centros-escolares/>

(8) <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/recursos-humanos-servicio-madrileno-salud>

(9)

<https://www.navarra.es/es/-/nota-prensa/salud-completa-el-programa-de-atencion-psicologica-en-atencion-primaria-con-el-refuerzo-del-abordaje-a-la-poblacion-infantoyjuvenil-en-pamplona-y-comarca>

(10)

<https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/noticia/2025/osakidetza-abre-manana-lista-contratacion-psicologos-y-psicologas-centros-salud-tratar-trastornos-emocionales-leves-ciudadania/>

(11)

<https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:301b4f67-ed53-4fed-b654-7bdf5160073b>Listado%20Definitivo%20Convocatoria%20Psic%C3%B3logo%20CI%C3%ADnico.pdf>

5. Discusión

La integración de la salud mental en AP pediátrica no es únicamente una cuestión clínica, sino también un desafío organizativo y económico. Los datos internacionales muestran que los modelos integrados reducen costes sanitarios al disminuir hospitalizaciones, derivaciones y uso de servicios de urgencias (Blount et al., 2007; Rozensky & Janicke, 2012). En personas adultas, la atención colaborativa ha demostrado ahorros significativos, y aunque la evidencia pediátrica es más incipiente, los estudios apuntan en la misma dirección (Kolko et al., 2014; Asarnow et al., 2015).

Desde una perspectiva formativa, en España se identifican algunos déficits, pues el programa formativo de la especialidad sanitaria de psicología clínica (Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio) solo incluye 6 meses obligatorios de formación en infanto-juvenil. Es por ello que varias sociedades profesionales (AEPCP, 2020; Izquierdo et al., 2022) vienen trabajando por la creación de una especialidad sanitaria específica. La American Psychological Association (McDaniel et al., 2014) y la Sociedad de Psicología Pediátrica (Palermo et al., 2014) han definido competencias específicas para trabajar en entornos pediátricos integrados, incluyendo habilidades en cribado, intervenciones breves y colaboración interdisciplinaria.

Por otra parte, la escasez de psicólogos clínicos en AP en España refleja una falta de planificación estratégica. En la actualidad se están creando plazas en este nivel asistencial en las que se permite la contratación de psicólogos no especialistas bajo diversas fórmulas, que están siendo criticadas desde las principales sociedades profesionales de psicología clínica (AEPCP, Sociedad Española de Psicología Clínica) por incumplir la normativa actual (Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre — crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social) y reducir el nivel formativo que se exige para el resto de facultativos, como es la Formación Sanitaria Especializada.

Las barreras estructurales son otro factor crítico. La ausencia de códigos de implementación de intervenciones preventivas y breves, la fragmentación entre sistemas de salud mental y AP, y la falta de interoperabilidad de las historias clínicas son obstáculos señalados en la literatura (Hunter et al., 2009; Ramirez & Stancin, 2014), también en España. Además, la variabilidad territorial observada en España —con comunidades que carecen totalmente de psicólogos en AP— genera inequidades que contradicen los principios de universalidad y equidad del sistema nacional de salud.

En España, la situación actual revela una implementación fragmentada y desigual, con ausencia de psicólogos clínicos en numerosas comunidades autónomas y escasa presencia de profesionales especializados en infancia y adolescencia. Solo Baleares, Andalucía, Navarra y Cataluña confirman su presencia estable, mientras que en la mayoría de las CCAA no existe esta figura. Esta realidad contrasta con las recomendaciones internacionales y con la magnitud del problema: uno de cada cinco menores presenta algún trastorno emocional o conductual (Merikangas et al., 2010; Costello et al., 2011). La falta de un marco normativo nacional, de incentivos estructurales y de formación específica limita el avance hacia modelos integrados, perpetuando inequidades territoriales y dificultando la atención temprana.

6. Propuestas y Conclusiones

La revisión realizada confirma que la integración de la atención psicológica en AP pediátrica es una estrategia respaldada por evidencia internacional, con beneficios clínicos, económicos y sociales. Los modelos colaborativos, escalonados y las intervenciones breves adaptadas al contexto de AP permiten abordar problemas emocionales comunes de manera

eficaz y accesible, reduciendo la brecha asistencial y el estigma asociado a la atención especializada.

En la Tabla 3 se muestra nuestra propuesta de integración de la atención psicológica especializada desde un modelo escalonado en AP.

Tabla 3. Propuesta de modelo de atención psicológica en Atención Primaria

UNIVERSAL	SELECTIVA	INDICADA
<p>Promoción de la salud mental y el bienestar psicoemocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en actividades de promoción de la salud en AP (ej. talleres de preparación al parto y posparto, actividades preventivas de salud sexual y reproductiva...). • Actividades de promoción de la Salud Mental en AP (para la prevención de trastornos alimentarios, adicciones, violencia...). • Alianzas con grupos de apoyo mutuo y sectores implicados. • Colaboración con la comunidad educativa, con salud pública, con servicios sociales y con la red comunitaria. 	<p>Asesoramiento y colaboración en cribado en población de riesgo y con signos de alteraciones de salud mental/ neurodesarrollo/ riesgo suicida</p> <p>Actividades de coordinación con salud mental y con equipo de AP.</p> <p>Actividades terapéuticas en población de riesgo o síntomas subclínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de psicoeducación, consejo y asesoramiento sobre hábitos alimentarios disfuncionales, vínculo, crianza y relaciones familiares, individuación y autonomía en adolescencia. • Consejo familiar • Prescripción social 	<p>Evaluación psicológica individual y familiar. Tratamiento psicológico en trastornos mentales leves y comunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento psicológico en formato grupal. • Tratamiento psicológico individual breve. • Tratamiento psicológico familiar breve • Grupos de terapia para familias
	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupaciones familiares sobre alteraciones en desarrollo o salud mental en los menores - Autolesiones sin comorbilidades - Verbalización autolítica. - Preocupación familiar por riesgo autolítico del menor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos adaptativos. - Encopresis/enuresis de corta duración. - Trastornos de alimentación leves (restricción selectiva...). - Trastornos de comportamiento leves. - Trastornos de ansiedad (fobias, ansiedad de separación) y depresivos con afectación funcional leve-moderada. - Abuso de nuevas tecnologías. - TDAH. - Familias en proceso de separación. - Familias con enfermedad física grave de uno de los progenitores. - Muerte de un progenitor.

La evidencia recopilada y los modelos analizados muestran de forma consistente que la incorporación estable de psicología clínica en la Atención Primaria pediátrica no es solo deseable, sino necesaria para garantizar una respuesta adecuada y equitativa a los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia. La Atención Primaria constituye el entorno más accesible, cercano y menos estigmatizante para las familias, y es el punto natural de detección temprana, intervención breve y coordinación con otros niveles asistenciales y con los recursos comunitarios.

El modelo escalonado que proponemos —adaptado a la organización del SNS y alineado con la evidencia internacional— permite que niñas, niños, adolescentes y sus familias reciban intervenciones ajustadas a sus necesidades, evitando tanto la infraatención como la medicalización innecesaria. Además, favorece la cohesión entre los distintos dispositivos y contribuye a aliviar la sobrecarga de los servicios de salud mental, optimizando tiempos de espera y mejorando la continuidad de cuidados.

Como Sección de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia de la AEPCP, subrayamos que avanzar hacia este modelo requiere una planificación estructurada que incluya: incremento suficiente y estable de profesionales de psicología clínica en AP; formación específica para el trabajo en contextos pediátricos; tiempo protegido para la coordinación intersectorial; y el desarrollo de guías clínicas y protocolos comunes para facilitar decisiones asistenciales basadas en evidencia.

Consolidar la atención psicológica en Atención Primaria es una oportunidad para fortalecer la salud mental pública, reducir desigualdades territoriales y garantizar que cada niña, niño y adolescente tenga acceso temprano, próximo y de calidad a los cuidados psicológicos que necesita. Este informe pretende contribuir a ese horizonte, ofreciendo un marco práctico y basado en evidencia para orientar tanto la toma de decisiones como la implementación progresiva de un modelo de atención más justo, eficiente y centrado en las familias.

Referencias

- AEPCP (2020). Comunicado de la Sección de Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia (S-PCllyA). Abril 2020.
- American Academy of Pediatrics. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118(1), 405–420.
- American Academy of Pediatrics. (2009). Policy statement: The future of pediatrics: Mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics*, 124(1), 410–421.
- Asarnow, J. R., Rozenman, M., Wiblin, J., & Zeltzer, L. (2015). Integrated medical-behavioral care compared with usual primary care for child and adolescent behavioral health: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 169(10), 929–937.
- Beck, A., Dryburgh, N., Bennett, A., Shaver, N., Esmaeilisaraji, L., Skidmore, B., ... & Moher, D. (2024). Screening for depression in children and adolescents in primary care or non-mental health settings: a systematic review update. *Systematic Reviews*, 13(1), 48.
- Blount, A., Schoenbaum, M., Kathol, R., Rollman, B. L., Thomas, M., O'Donohue, W., & Peek, C. J. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: A summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 290–297.

Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2014). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 304–322.

Canadian Task Force on Preventive Health Care, Tonelli M, Parkin P, Brauer P, Leduc D, Pottie K, Jaramillo García A, et al. Recommendations on screening for developmental delay. *CMAJ*. 2016;188:579-87.

Charach, A., Mohammadzadeh, F., Belanger, S. A., Easson, A., Lipman, E. L., McLennan, J. D., ... & Szatmari, P. (2020). Identification of preschool children with mental health problems in primary care: systematic review and meta-analysis. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(2), 76.

CBHSQ. (2016). Behavioral health trends in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Comisión de Psicología Clínica del Colegio Oficial de la Psicología de Las Palmas (2019). La psicología clínica en atención primaria. Colegio Oficial de la Psicología de Las Palmas https://www.coplaspalmas.org/gestor/uploads/noticias/documentos/PSICOLOGIA_CLINICA_EN_AP_SCS.pdf

Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes and what remains the same? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015–1025.

Direcció General de Planificació en Salut (2021). Programa de benestar emocional i salut comunitària a l'atenció primària de salut i comunitària. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2021.

Enfedaque B, Garcia O, Gil E, Ruiz R, Cid J, Lobo E, et al. Programa de col·laboració entre l'atenció a la salut mental i les addiccions, i l'atenció primària i comunitària. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2023. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/9424>

Ehrenreich-May, J., et al. (2018). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(3), 178–191.

Epstein, J. N., et al. (2013). Evidence-based telehealth interventions for pediatric populations: A review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(8), 801–815.

Fonseca-Pedrero, E., et al (2023). Youth screening depression. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. *Psychiatric Research*, 328, 115-486.

Galbe Sánchez-Ventura J, Pallás Alonso CR, Rando Diego A, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, et al. Detección precoz de los trastornos del desarrollo (parte 2): trastornos del espectro autista. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018;20:277-85.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.

Grupo de trabajo de Psicología Clínica en Atención Primaria de la Sección de Psicoloxía e Saúde do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia (2018). Documento Marco de la Psicología Clínica en Atención Primaria. Oficial de Psicoloxía de Galicia. https://copgalicia.gal/system/files/documento_marco_da_psicoloxia_na_atencion_primaria_castelan.pdf

- Hunter, C. L., Goodie, J. L., Oordt, M. S., & Dobmeyer, A. C. (2009). Integrated behavioral health in primary care: Step-by-step guidance for assessment and intervention. Washington, DC: APA.
- Izquierdo Elizo, A., Cuellar, I., Padilla, D., Escudero, C., Vilagrá, R., Martínez de Salazar Arboleas, A., & Fournier del Castillo, M. C. (2022). Especialidad sanitaria de psicología clínica de la infancia y la adolescencia: Una propuesta razonada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.31633>
- Kolko, D. J., Campo, J., Kilbourne, A. M., Hart, J., Sakolsky, D., & Wisniewski, S. (2014). Collaborative care outcomes for pediatric behavioral health problems: A cluster randomized trial. *Pediatrics*, 133(4), e981–e992.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2007). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Laderman, M., & Mate, K. (2014). Integrating behavioral health into primary care. *Healthcare Executive*, 29(2), 74–76.
- Marsac, M. L., et al. (2015). Systematic, theoretically grounded development and feasibility testing of an innovative, preventive web-based game for children exposed to acute trauma. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 3(1), 12–24.
- Maruish, M. E. (Ed.). (2017). *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings* (2nd ed.). Routledge.
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., et al. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 409–429.
- Merikangas, K. R., et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989.
- 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*, 146, 17 junio 2009.
- Palermo, T., Janicke, D., McQuaid, E., et al. (2014). Recommendations for training in pediatric psychology: Defining core competencies across training levels. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(9), 965–984.
- Parks, J., Pollack, D., Bartels, S., & Mauer, B. (2005). Integrating behavioral health and primary care services: Opportunities and challenges for state mental health authorities. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council.
- Peek, C. J., Cohen, D. J., & deGruy, F. V. (2014). Research and evaluation in integrated primary care. *American Psychologist*, 69(4), 430–442.
- Perou, R., et al. (2013). Mental health surveillance among children—United States, 2005–2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(Suppl 2), 1–35.
- Roberts, M. C., & Steele, R. G. (Eds.). (2017). *Handbook of Pediatric Psychology* (5th ed.). Guilford Press.
- Rozensky, R. H., & Janicke, D. M. (2012). Commentary: Health care reform and psychology's workforce: Preparing for the future of pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(4), 359–368.
- SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions (2022). Integrating behavioral health

and primary care for children and youth concepts and strategies. .
[https://www.hrsa.gov/behavioral-health/integrating-behavioral-health-andprimary-ca
re-children-and-youth-concepts-and-strategies](https://www.hrsa.gov/behavioral-health/integrating-behavioral-health-and-primary-care-children-and-youth-concepts-and-strategies)

Sanders, M. R. (1999). The Triple P Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71–90.

Schlesinger, A., Sengupta, S., Marx, L., Hilt, R., Martini, D. R., DeMaso, D. R., ... & Walter, H. J. (2023). Clinical update: collaborative mental health care for children and adolescents in pediatric primary care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(2), 91-119.

Simonian, S. J. (2006). Epidemiology and public health implications of child and adolescent psychiatric disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(1), 2–16.

Stancin, T., & Perrin, E. (2014). Psychologists and pediatricians: Opportunities for collaboration in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 332–343.

Weisz, J. R., et al. (2017). Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 337–365.

Weitzman, C., & Wegner, L. (2015). Promoting optimal development: Screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics*, 135(2), 384–395.