

Artículo

## Estándares de Calidad e Indicadores Asistenciales en la Psicología Clínica Ambulatoria de Mallorca

Antonio Blanco-Guerrero  y Gloria Navarro-Oliver 

Servicio de Salud de las Islas Baleares, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Diciembre 14, 2024  
Aceptado: Marzo 24, 2025

#### Palabras clave:

Psicología clínica  
Calidad asistencial  
Indicadores asistenciales  
Estándares de calidad  
Salud mental  
Salud pública

### RESUMEN

El interés sobre los indicadores asistenciales y los estándares de calidad asistencial ha crecido en los últimos años. Sin embargo, existen pocos datos específicos de psicología clínica. En este trabajo se analizan descriptivamente indicadores y estándares de calidad ambulatorios, obtenidos a través de una encuesta online cumplimentada por el 76.67% de los Especialistas en Psicología Clínica (PEPC) de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Se observan diferencias entre los distintos recursos ambulatorios donde trabajan los PEPC. La lista de espera normal oscila entre tres semanas y cinco meses, y desciende al intervalo de tres semanas a un mes y medio en casos preferentes. La demora entre citas varía entre dos y cinco semanas. Un 63% de los profesionales de las Unidades de Salud Mental de adultos considera que estos plazos condicionan de forma moderada o grave la evolución de algunos pacientes. La carga asistencial de los PEPC es un 120% superior de lo adecuado según sus estándares de calidad. Los datos que aporta el estudio son similares a los obtenidos en otras regiones del estado, y pueden servir como guía para la mejora de la calidad asistencial de la psicología clínica.

## Quality Standards and Care Indicators in Outpatient Clinical Psychology in Mallorca

### ABSTRACT

The interest in healthcare indicators and quality care standards has grown in recent years. However, specific data in Clinical Psychology remains scarce. This study descriptively analyzes outpatient indicators and quality standards, gathered through an online survey completed by 76.67% of Clinical Psychology Specialists (CPS) from the Primary Care Management in Mallorca. There are differences across various outpatient resources where CPS work. The average waiting list ranges from three weeks to five months, decreasing to three weeks to a month and a half for prioritized cases. The interval between appointments varies from two to five weeks. A total of 63% of professionals in adult Mental Health Units consider that these waiting times moderately or severely impact the progress of certain patients. The caseload of CPS is 120% higher than what is deemed appropriate according to their quality standards. The data provided by this study are similar to those obtained in other regions and may serve as a guide for improving quality of care in Clinical Psychology.

#### Keywords:

Clinical psychology  
Quality of care  
Care indicators  
Quality standards  
Mental health  
Public health

Cómo citar: Blanco-Guerrero, Antonio y Navarro-Oliver, Gloria (2025). Estándares de calidad e indicadores asistenciales en la psicología clínica ambulatoria de Mallorca. *Apuntes de Psicología*, 43(2), 177-187. <https://doi.org/10.70478/apuntes.psi.2025.43.16>

Autor de correspondencia: Antonio Blanco Guerrero, [antonio.blanco@ibsalut.es](mailto:antonio.blanco@ibsalut.es)

## Introducción

El *Real Decreto 605/2003*, de 23 de mayo, supuso un hito en cuanto a la disponibilidad de indicadores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud (SNS), al establecer la obligación de que las comunidades autónomas proporcionen diferentes datos sobre las listas de espera de algunas especialidades sanitarias. Progresivamente, el interés por la evaluación y la mejora de la calidad asistencial (CA) ha ido creciendo (Corcuera y Carreras, 2004; Ministerio de Sanidad, 2007; Parra-Hidalgo et al., 2012; Taylor et al., 2014), poniendo el foco en la necesidad de contar con datos que permitan monitorizar qué se hace y cómo se hace. En este sentido, Mira (2003) destaca tres conceptos básicos: criterios (cómo debe realizarse la práctica asistencial), indicadores (medida cuantitativa de en qué grado se satisfacen los criterios) y estándares (el rango de valores que resulta aceptable).

Aunque la psicología clínica se ha desarrollado significativamente en España desde la creación del título oficial de Especialista en Psicología Clínica en 1998 (*Real Decreto 2490/1998*, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, 1998), consolidando su presencia en el SNS (Fernández-García, 2021), los indicadores asistenciales y estándares de CA de esta disciplina no han recibido el mismo nivel de interés que los de otras especialidades sanitarias, viéndose subrepresentados en los informes de CA (Barrasa-Villar et al., 2013; Defensor del Pueblo, 2020; Ministerio de Sanidad, 2007). Esto resulta especialmente llamativo si se tiene en cuenta que en los años noventa del siglo pasado algunos autores ya planteaban la necesidad de recoger información asistencial en salud mental, como base para la evaluación y la toma de decisiones (Pons-Antón et al., 1992).

Pese a que existe literatura sobre CA en salud mental, la mayoría se ha centrado en abordar sus bases metodológicas, en realizar estimaciones de profesionales necesarios, o no considera las particularidades de la psicología clínica (Bernardo et al., 2018; Bonin, 2018; Byrne y Branley, 2012; Hermann, Chan, et al., 2006; Hermann, Mattke, et al., 2006; O'Donohue et al., 1998; Pons-Antón et al. 1992; Prado-Abril et al., 2024; Salvador-Carulla et al., 2010). Los informes empíricos sobre CA en psicología clínica son escasos en España, pero parece darse un creciente interés. Considerando los últimos cinco años, hemos encontrado cuatro estudios empíricos que hacen referencia a la CA en psicología clínica (Benítez-Ortega et al., 2021; Cuéllar-Flores et al., 2022, 2023, 2024) y una propuesta de desarrollo de un índice para la evaluación de la calidad asistencial de las intervenciones de psicología clínica (Benítez-Ortega et al., 2024). Sin embargo, estos trabajos abarcan únicamente dos comunidades autónomas, Andalucía y Comunidad de Madrid, y no se han encontrado estudios que pongan el foco sobre estas cuestiones en el Servicio de Salud de las Islas Baleares.

Los pioneros en mostrar este creciente interés en España han sido los componentes del grupo de Andalucía, Benítez-Ortega y

sus colegas (2021), quienes proponen la siguiente definición de la calidad asistencial en psicología clínica:

“La provisión efectiva a sus usuarias y usuarios (pacientes y sus familiares) de las intervenciones psicológicas necesarias de prevención, evaluación, tratamiento, rehabilitación y recuperación, atendiendo a su estado específico de salud, por profesionales con la formación necesaria y debidamente acreditada, en los entornos sanitarios y con los procedimientos, intensidad y plazos adecuados de acuerdo con la evidencia científica actualizada, buscando activamente la mejora continuada de dichas intervenciones, y garantizando una distribución eficiente y equitativa de los recursos públicos disponibles.” (pág. 144).

Este trabajo tiene un doble objetivo: por una parte, analizar los indicadores asistenciales de los centros pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (GAPM) donde se realizan intervenciones psicológicas ambulatorias, a través de datos informados por los profesionales; por otra, favorecer el establecimiento de estándares de CA para la especialidad de psicología clínica, aportando nuevos datos que contribuyan a generar un consenso profesional tanto en nuestra región como a nivel estatal.

## Método

### Participantes

La muestra está compuesta por especialistas en psicología clínica (PEPC) contratados por la GAPM. Participaron 23 profesionales. No se dispone de datos oficiales respecto al total de facultativos de psicología clínica contratados por dicha gerencia. A través del Sindicato Médico de Baleares (SIMEBAL), se estima en 30 el total de profesionales. Tomando este valor como referencia, participaron el 76.67% de los PEPC contratados por la GAPM, lo que supone un tamaño de la muestra adecuado. Se incluyen las Unidades de Salud Mental de adultos (USM), Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles (USMIJ), psicología clínica de Atención Primaria (PsicoAP) y Unidades de Conductas Adictivas (UCA).

La encuesta se realizó como parte de un proyecto más amplio dentro de la GAPM, que no implicaba a otras gerencias. Por este motivo, se excluyó a los profesionales que, trabajando en USM, USMIJ o UCA, están contratados por gerencias hospitalarias o por gerencias no dependientes del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

### Procedimiento

Se realizó una encuesta online durante el último trimestre de 2023 mediante el método de muestreo no probabilístico o “bola de nieve”, a través de la plataforma *Forms* proporcionada por el Servicio de Salud de las Islas Baleares. La distribución de la misma se

realizó exclusivamente en redes profesionales, a través de varias profesionales que colaboraron con su difusión entre los compañeros de los distintos recursos.

### Instrumento

La encuesta se elaboró *ad hoc* para los fines de este estudio, tomando como referencia las utilizadas por Benítez-Ortega et al. (2021) y Cuéllar-Flores et al. (2022), después de solicitar permiso a los autores de correspondencia.

La encuesta incluía 43 ítems con preguntas sobre variables laborales (años de experiencia laboral, ámbito de trabajo, tipo de población con la que se desarrolla la actividad), indicadores asistenciales (lista de espera normal y preferente, tiempo medio entre sesiones sucesivas de psicoterapia, número de pacientes atendidos diariamente, número de pacientes nuevos evaluados a la semana, número total de pacientes a cargo) y estándares de CA. Sobre estos últimos, se preguntó por el número máximo y adecuado de pacientes en activo que resultarían tolerables para el profesional, número máximo de pacientes a atender al día en formato individual, número máximo de grupos de psicoterapia a realizar al día, número máximo de intervenciones familiares al día, y tiempos adecuados para primeras citas, citas sucesivas, y tareas asistenciales no presenciales (redacción de historia clínica, redacción de informes, corrección e interpretación de pruebas psicométricas complementarias, elaboración de planes individuales de tratamiento, etc.). Además, se incluyeron preguntas relativas a la percepción

de riesgo para el paciente, y otras sobre investigación, docencia, y formación.

Se excluyeron preguntas referentes al sexo, edad, o centro de trabajo de los/las PEPC para garantizar que las respuestas sean anónimas.

La encuesta utilizada para la recogida de información puede consultarse en el siguiente enlace: [https://drive.google.com/file/d/1sCv20dwHU2MYaEtJEL7b9pce03OmEB8/\\_view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1sCv20dwHU2MYaEtJEL7b9pce03OmEB8/_view?usp=sharing)

### Análisis de Datos

Para los ítems de respuesta numérica se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de sumatorios, frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas con el programa *LibreOffice Calc 6.1.5.2*.

Para los ítems nominales de opción múltiple se calcularon las frecuencias de cada respuesta, y posteriormente el porcentaje correspondiente, mediante el programa *LibreOffice Calc 6.1.5.2*.

## Resultados

### Características Laborales

La mitad de los/las PEPC que han participado trabajan en USM, y la mayoría tiene más de 20 años de experiencia en psicología clínica. Pueden consultarse los resultados completos en la [tabla 1](#).

**Tabla 1**

*Características Laborales de los PEPC Contratados por la GAPM*

	N	%
<i>Años de experiencia:</i>		
De 1 a 5	2	8.70%
De 6 a 10	3	13.04%
De 11 a 15	3	13.04%
De 16 a 20	3	13.04%
Más de 20	12	52.18%
<i>Dispositivo donde trabaja:</i>		
Unidad de Salud Mental	11	47.82%
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	5	21.74%
Psicología Clínica de Atención Primaria	5	21.74%
Unidad de Conductas Adictivas	2	8.70%
Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria	0	0%
<i>Obtención del título de PEPC:</i>		
Vía Homologación	12	52.18%
Vía residencia PIR	11	47.82%

### Indicadores Asistenciales Informados por los/las PEPC

Se calcularon los indicadores considerando los datos de todos los dispositivos conjuntamente. Para algunos indicadores se ha

considerado adecuado desagregar los datos por dispositivo (ver [tablas 2 y 3](#)).

**Tabla 2**

*Lista de Espera Normal y Preferente (en Meses) y Tiempo Entre Sesiones de Terapia (en Semanas), en los Diferentes Dispositivos, Informado por los/las Especialistas en Psicología Clínica (PEPC)*

	Media	DT	Intervalo
Lista de espera normal <i>total</i>	3,05	3,59	0,75-14
USM	5,36	4,13	2-14
USMIJ	1	0	1-1
PsicoAP	0,95	0,11	0,75-1
UCA	0,75	0	0-75-0,75
Lista de espera preferente <i>total*</i>	1,40	0,86	0,75-3
USM	1,82	0,94	0,75-3
USMIJ	0,83	0,14	0,75-1
PsicoAP	0,75	0	0,75-0,75
UCA	0,75	0	0,75-0,75
Tiempo entre sesiones <i>total</i>	4,22	1,54	2-7
USM	5,18	1,54	3-7
USMIJ	4	0,71	3-5
PsicoAP	3,20	0,45	3-4
UCA	2	0	2-2

\* Se ha calculado sobre 12 respuestas. Los 11 PEPC restantes respondieron. “No hay lista de espera preferente o en la práctica no se utiliza adecuadamente”.

*Nota.* USM: Unidades de Salud Mental de adultos, USMIJ: Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, PsicoAP: psicología clínica de Atención Primaria, UCA: Unidades de Conductas Adictivas.

**Tabla 3**

*Tiempo Disponible Para Primeras Citas, Consultas Sucesivas (en Minutos) y Tareas Asistenciales no Presenciales (TANP) (Minutos/día), Informado por los/las PEPC*

	Media	DT	Intervalo
Tiempo para primera consulta	48,70	7,11	40-60
USM	45,91	5,39	40-60
USMIJ	60	0	60-60
PsicoAP	45	0	45-45
UCA	45	0	45-45
Tiempo para consultas sucesivas	36,09	6,73	30-45
USM	31,36	4,52	30-45
USMIJ	40	0	40
PsicoAP	45	0	45-45
UCA	30	0	30-30
Tiempo para TANP*	74,25	33,53	30-120
USM (minutos/día)	86,67	31,62	30-120
USMIJ (minutos/día)	41,25	14,36	30-60
PsicoAP (minutos/día)	96	13,41	90-120
UCA (minutos/día)	30	0	30-30

\* Tres PEPC (dos de USM y uno de USMIJ) respondieron “No se reserva”, por lo que no fueron contabilizados en el cálculo. Si se consideran esas respuestas como “0 minutos”, los datos totales serían: Media=64,56; DT=40,31; Intervalo 0-120.

*Nota.* USM: Unidades de Salud Mental de adultos, USMIJ: Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, PsicoAP: psicología clínica de Atención Primaria, UCA: Unidades de Conductas Adictivas.

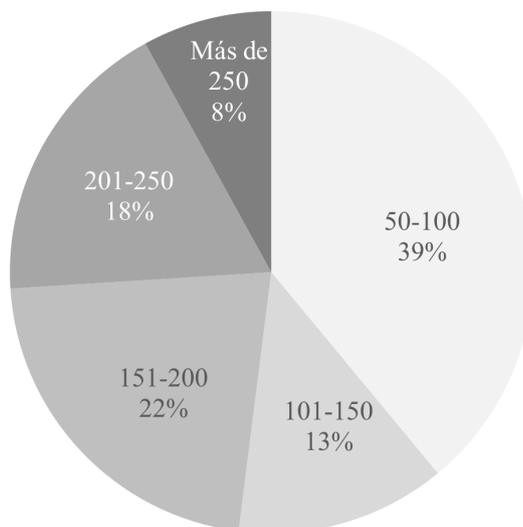
En lo que respecta a la carga asistencial por profesional, encontramos que el número medio de pacientes diarios y de pacientes semanales nuevos es de 7.26 (intervalo 4-11) y 6.65 (intervalo 3-9), respectivamente. La media de pacientes atendidos al mes es

de 145.22 (intervalo 80-220). Para el número total de pacientes a cargo se plantearon opciones de respuesta con intervalos, cuyos

resultados pueden verse en la [figura 1](#). Destaca que la mitad tiene más de 150 pacientes activos a cargo (48%).

**Figura 1**

*Número de Pacientes a Cargo por Profesional de Psicología Clínica*



En cuanto al uso de pruebas y medidas de evaluación, el 65.22% de los/las PEPC respondió que dispone de pruebas de evaluación psicométrica y psicodiagnóstico, pero solo para el 4.35% son provistas por el dispositivo o unidad, el resto dispone de las que consigue por sus propios medios. Un 82.61% no utiliza escalas para valorar gravedad o interferencia cotidiana; un 17.39% sí las utiliza, aunque la mitad solo para programas específicos. Los resultados son similares en cuanto al uso de medidas de resultado: un 86.96% no las utiliza en su práctica habitual y un 13.04% solo para programas específicos.

Con respecto a intervenciones que no impliquen terapia individual, encontramos que las intervenciones grupales y las intervenciones familiares forman parte del trabajo habitual de alrededor de un tercio de la muestra (30.44% y 34.78%, respectivamente). Un 8.70% refiere que no puede realizar actividad grupal por no existir condiciones adecuadas. Solo un 17.39% realiza habitualmente tareas de prevención (primaria o secundaria), y el 26.09% proyecta realizarlas próximamente.

Entre los indicadores de accesibilidad y coordinación podemos ver que todos los PEPC de la muestra pueden ser contactados por sus pacientes entre sesiones de terapia; el 43.48% de forma indirecta (a través de otro profesional) y el 56.52% de forma directa (teléfono directo, correo, aplicación de mensajería, etc.). Solo un 13.04% no realiza actividades de coordinación interna en su propio dispositivo, el 69.57% las realiza de forma programada y regular, y un 17.39% de forma no programada. Los datos de coordinaciones externas (otros recursos sanitarios o no sanitarios) son similares: un 13.04% no las realiza habitualmente, un

52.17% las realiza de forma regular y programada, y un 34.79% las realiza de forma ocasional. Un 73.91% se ha implicado en algún momento en comisiones profesionales o grupos de trabajo de psicología clínica.

En relación con los indicadores de investigación, formación continuada y docencia: el 78.26% de los/las PEPC no realiza ninguna tarea de investigación, el 17.39% las realiza, pero en su tiempo libre, y solo el 4.35% las realiza integradas en su jornada habitual (total o parcialmente). La media de actividades formativas (jornadas, cursos, talleres, etc.) que reciben los/las PEPC es de 3.43 al año (intervalo 1-6). Un 65.22% es colaborador docente de residentes PIR habitualmente (al menos un mes por año). En el caso de residentes de otras especialidades sanitarias el porcentaje baja a 39.13%, y para estudiantes de grado o máster a 21.74%.

#### **Estándares de Calidad Asistencial Valorados por los/las PEPC**

Las estimaciones de estándares de calidad asistencial se han calculado incluyendo las respuestas de todos los PEPC conjuntamente; se presentan con detalle en la tabla 4.

Los resultados sobre seguridad del paciente y riesgos asociados al tiempo de espera para primeras citas y citas sucesivas de tratamiento pueden verse en la tabla 5, con los porcentajes de respuesta separados por dispositivos.

**Tabla 4***Estándares de Calidad Asistencial Valorados por los/las PEPC*

Indicadores de calidad asistencial	Media	DT	Mediana	Intervalo
Máximo de pacientes atendidos en formato individual al día	5,26	0,81	5	4-7
Máximo de pacientes nuevos a la semana	3,57	1,53	4	1-6
Máximo tolerable de pacientes activos en el cupo	104,56	45,77	100	40-175
Número adecuado de pacientes activos en el cupo	68,26	33,63	50	20-125
Máximo de intervenciones grupales a la semana	1,74	0,45	2	1-2
Máximo de intervenciones familiares al día	1,17	0,49	1	1-3
Tiempo mínimo necesario para primeras citas (minutos)	60,65	7,12	60	45-75
Tiempo mínimo necesario para citas sucesivas (minutos)	45,65	7,12	45	30-60
Tiempo adecuado para tareas asistenciales no presenciales (minutos/día)	81,52	27,81	90	45-120

**Tabla 5***Riesgos para el Paciente y sus Familiares Asociados al Tiempo de Espera, Valorado por los/las PEPC*

	Total	USM	PsicoAP	USMIJ	UCA
<i>¿Consideras que el tiempo que debe esperar la mayor parte de los pacientes para ser atendidos en primera consulta es tan prolongado como para suponer un riesgo para su evolución o para sus familiares?</i>					
No, los plazos de espera son en general razonables y seguros.	30,42%	0%	100%	20%	50%
Sí, los plazos de espera exceden levemente lo razonable, y pueden suponer un riesgo leve para la evolución de algunos pacientes y/o sus familiares.	34,79%	36,36%	0%	40%	50%
Sí, los plazos de espera exceden tanto lo razonable que condicionan de forma moderada o grave la evolución de algunos pacientes y/o sus familiares.	34,79%	63,64%	0%	40%	0%
<i>¿Consideras que el tiempo que debe esperar la mayor parte de los pacientes para ser atendidos en consultas sucesivas o "de seguimiento" es tan prolongado como para suponer un riesgo para su evolución o para sus familiares?</i>					
No, los plazos de espera son en general razonables y seguros.	30,42%	0%	100%	0%	100%
Sí, los plazos de espera exceden levemente lo razonable, y pueden suponer un riesgo leve para la evolución de algunos pacientes y/o sus familiares.	34,79%	36,36%	0%	60%	0%
Sí, los plazos de espera exceden tanto lo razonable que condicionan de forma moderada o grave la evolución de algunos pacientes y/o sus familiares.	34,79%	63,64%	0%	40%	0%

*Nota.* USM: Unidades de Salud Mental de adultos, USMIJ: Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, PsicoAP: psicología clínica de Atención Primaria, UCA: Unidades de Conductas Adictivas.

Respecto al tiempo que se puede dedicar a la formación de residentes PIR, la mitad de la muestra se mostró insatisfecha: un 37.5% consideró ligeramente insuficiente el tiempo del que dispone, un 12.5% lo declaró muy insuficiente; y la otra mitad se mostró satisfecha: un 43.75% indicó disponer del tiempo suficiente y un 6.25% señaló que dispone de tiempo más que suficiente. Solo se consideraron las respuestas de 16 participantes, dado que el resto señaló no tener residentes PIR habitualmente (es decir, un 30.43% de los PEPC no participa en labores docentes con residentes de forma rutinaria).

### Discusión

Los resultados evidencian contrastes entre la realidad asistencial y los estándares de CA considerados por los profesionales de psicología clínica en casi todas las variables evaluadas.

Los indicadores que destacan positivamente son los relativos a la coordinación intra-dispositivos y con otros recursos dentro y fuera de la red sanitaria. Esto debe considerarse un logro, ya que alcanzar estándares altos en esta dimensión de la CA puede resultar una estrategia útil para garantizar la continuidad asistencial, mejorar la calidad de las intervenciones, y reducir los costes (Vargas-Lorenzo y Vázquez-Navarrete, 2007). Destaca también un indicador de accesibilidad: la posibilidad de que los usuarios se comuniquen con los profesionales entre sesiones (un 56.52% responde que es posible comunicarse de forma directa). Esto es consistente con los resultados obtenidos en Andalucía, donde, para el mismo indicador, se informaba de un intervalo de entre 15.66 y 46.99% (Benítez-Ortega et al., 2021).

Dentro de los contrastes más significativos entre estándares de CA e indicadores, podemos observar una diferencia de unos 10 minutos por sesión entre el tiempo mínimo adecuado para asegu-

rar una atención de calidad y el que realmente se asigna en las agendas. Esto supone que los PEPC disponen de un 20% menos del tiempo mínimo necesario, y es aplicable tanto a las primeras consultas como a las de seguimiento, así como a los espacios asistenciales diarios que no requieren la presencia del paciente.

Encontramos también diferencias relevantes en la carga de trabajo para un/a mismo/a profesional: los PEPC atienden simultáneamente un 120% más de casos de lo que resultaría adecuado, según sus propios estándares de CA. En la misma línea, destaca la diferencia en la cantidad de pacientes nuevos a la semana: la realidad asistencial supone casi el doble del estándar de CA estimado por los profesionales para el correcto desempeño de su labor.

De las respuestas de los PEPC puede estimarse que los estándares de calidad -los mínimos aceptables- en cuanto a tiempos de espera serían de un mes o menos para primeras visitas y de entre dos y tres semanas para citas sucesivas de tratamiento. Esto contrasta especialmente con los indicadores asistenciales de las Unidades de Salud Mental.

Los datos obtenidos en esta investigación son, en general, consistentes con los de los estudios previos en la Comunidad de Madrid (Cuéllar-Flores et al., 2022) y Andalucía (Benítez-Ortega et al., 2021): en Madrid se obtuvieron datos similares en número de pacientes diarios y casos nuevos semanales (8 y 6, respectivamente, frente a 7.26 y 6.65 en Mallorca). El número de pacientes atendidos mensualmente fue ligeramente inferior a los de la Comunidad de Madrid y de Andalucía (160 en Madrid, 150.38 en Andalucía y 145.22 en Mallorca), mientras que el tiempo disponible para segundas visitas fue similar en las tres comunidades (en torno a 30 minutos). Ocurre lo mismo con la sobrecarga en el cupo de pacientes en tratamiento activo, que también se encuentra en Andalucía (media de 321.44 casos por referente) y la Comunidad de Madrid. (media de 304.23).

En relación con este punto, existe consenso entre los/las PEPC de Mallorca y de la Comunidad de Madrid en cuanto al número de pacientes en tratamiento activo que se considera adecuado para poder realizar un trabajo de calidad (68 en Mallorca y 74 en Comunidad de Madrid), en el número máximo de pacientes que resultan tolerables simultáneamente (104 en Mallorca y 112 en Comunidad de Madrid), y en el número de pacientes máximos diarios (cinco en Mallorca y seis en Madrid).

Los resultados en cuanto a la demora entre sesiones de tratamiento son más favorables en Mallorca que en Andalucía y la Comunidad de Madrid (media de 4.22 semanas frente a 8.73 en Andalucía, y 7.08 en Madrid), pero siguen alejados de la frecuencia óptima recomendada de una semana (Erekson et al., 2022; Robinson et al., 2020). Acercarse a este estándar supondría aumentar la probabilidad de recuperación del paciente, y que ésta se produzca de forma más rápida que en intervenciones con mayor demora entre sesiones (Erekson et al., 2022; Erekson et al., 2015).

Las diferencias en la demora entre sesiones de tratamiento observadas entre Mallorca y las otras dos comunidades autónomas

pueden atribuirse a la inclusión en el estudio de Mallorca de profesionales de UCA y PsicoAP, quienes manejan tiempos de espera más reducidos. Si se excluye a estos profesionales la demora entre sesiones es superior a 4 semanas. El estudio de Madrid solo consideró Centros de Salud Mental (CSM, equivalente a USM en Mallorca) de adultos e infanto-juvenil (segundo nivel asistencial), y el de Andalucía incluyó a los profesionales de psicología clínica del segundo y tercer nivel de su red de Salud Mental, pero no a los profesionales del primer nivel (atención primaria).

De los resultados se extrae una percepción de elevada carga de trabajo que sobrepasa las recomendaciones. La sobrecarga laboral se ha descrito como un factor de riesgo clave para desarrollar *burnout* en profesionales sanitarios (García-Iglesias et al., 2021; Hannigan et al., 2004), lo que influye en la capacidad de éstos para desempeñar su labor (Dewa et al., 2014; O'Connor et al., 2018; Salyers et al., 2017; Tawfik et al., 2018). Además, los tiempos escasos de sesión y preparación de las sesiones son un obstáculo para el desarrollo de la alianza terapéutica, la activación de la empatía o el fomento de la expresión emocional, todos ellos considerados componentes de los factores comunes en psicoterapia (Wampold, 2015), esenciales para el desarrollo de intervenciones psicológicas adecuadas (Norcross y Lambert, 2019; Norcross y Wampold, 2019).

Un aumento organizado de las plantillas de psicología clínica podría contribuir a reducir estos efectos. Para ello, es requisito previo realizar un estudio de necesidades que facilite la planificación de plazas PIR a ofertar en los próximos años (Prado-Abril et al., 2024). Esto garantizaría que existan especialistas suficientes para dimensionar los servicios adecuadamente, y permitiría reducir las consecuencias negativas de la sobrecarga laboral. Sin embargo, es posible que no sea suficiente con ampliar las plantillas. Los contrastes entre la realidad asistencial y los estándares de CA hacen necesario repensar el modelo organizativo actual de las consultas ambulatorias de psicología clínica, que históricamente ha sido gestionado por especialistas de profesiones diferentes; en especial en lo concerniente a las Unidades de Salud Mental.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el método de recogida de datos presenta como potencial limitación la posible falta de representatividad en la muestra; aunque se ofreció participar en la encuesta a todos los psicólogos clínicos de la GAPM, se estima que un 23,33% de estos profesionales no han realizado la encuesta. Pese a ello, se escogió esta opción porque facilita el acceso a poblaciones pequeñas y bien definidas, existiendo ya varios antecedentes de publicaciones sobre psicología clínica en el SNS donde se emplea este formato (Cuéllar-Flores et al., 2022; Maldonado-Belmonte y Robles-Bermejo, 2024; Pastor-Morales y Del Río-Sánchez, 2022). Además, el hecho de contar con un tamaño muestral grande en relación a la población de referencia puede disminuir el error de estimación. Por otra parte, no es posible realizar comparaciones estadísticas entre recursos diferentes debido a la disparidad en el número de profesionales adscritos a cada tipo de dispositivo. También cabe señalar que las diferencias existentes

entre los distintos contextos asistenciales pueden haber sesgado las respuestas de CA (por ejemplo, a la hora de evaluar el tiempo mínimo de consulta necesario en población adulta respecto a población infanto-juvenil), o las relativas a indicadores (por ejemplo, en el caso de UCA, la mayoría de profesionales no han sido encuestados por no pertenecer al Servicio de Salud de las Islas Baleares, aunque cabría esperar respuestas similares porque las agendas y flujos de trabajo están estandarizados para todos los dispositivos de atención a adicciones).

Por otra parte, las respuestas obtenidas no constituyen datos oficiales, sino que han sido facilitadas por los propios profesionales a través de una encuesta, lo que puede conllevar sesgos de selección e información. Por ejemplo, cabe destacar que no han participado profesionales del resto de islas de la comunidad, y por tanto no se recogen las particularidades que la atención psicológica especializada presenta en estos territorios. Ocurre lo mismo con los PEPC del ámbito hospitalario.

Además, la encuesta se realizó en un momento específico, y dado que las condiciones asistenciales pueden cambiar debido a múltiples factores, la información proporcionada podría variar en pocos meses. Asimismo, hay indicadores y estándares clave de CA que no han sido contemplados; un ejemplo destacable sería el acceso a supervisiones clínicas periódicas, que se ha relacionado con menor *burnout* y mejores resultados (Bambling et al., 2006; O'Connor et al., 2018).

Como línea futura, resultaría enriquecedor ampliar el estudio a otros recursos comunitarios y hospitalarios y al resto de las Islas Baleares, así como mantener una monitorización periódica de los resultados. Esto permitiría evaluar los cambios longitudinalmente y contar con una línea base sobre la que medir los efectos de las decisiones políticas y de gestión organizativa.

### Conclusiones

Los resultados son dispares entre los diferentes dispositivos donde se realizan intervenciones psicológicas ambulatorias. Los que obtienen indicadores más cercanos a los estándares de CA son PsicoAP y UCA.

La carga asistencial que manejan los/las PEPC es elevada, y se aleja de los estándares de CA propuestos tanto a nivel nacional (Benítez-Ortega et al., 2021; Cuéllar-Flores et al., 2022), como a nivel internacional (Greenwood et al., 2000; NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group, 2002, como se citó en Byrne y Branley, 2012). Es importante considerar específicamente este aspecto por su influencia directa en el *burnout* de los profesionales, e indirecta en la CA.

Considerando todos los dispositivos conjuntamente, podemos afirmar que la CA de la psicología clínica ambulatoria en Mallorca debe mejorar. Como ocurre en otras comunidades autónomas españolas, son especialmente deficientes los indicadores relativos al tiempo disponible para visitas, el número diario de pacientes aten-

didados, el número total de pacientes a cargo, y la demora entre citas de tratamiento. También destaca negativamente la investigación.

Algunos indicadores obtienen buenos resultados y deben tomarse en consideración para mantenerlos y potenciarlos. A nivel global, destacan especialmente las dimensiones de coordinación y accesibilidad. En PsicoAP, USMIJ y UCA destaca positivamente la lista de espera, y en USMIJ y PsicoAP los tiempos disponibles para primeras consultas y sucesivas.

### Contribución a la Autoría

**Antonio Blanco Guerrero:** diseño de la encuesta y la metodología de estudio, análisis de datos, participación en la redacción de la introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones en el informe final.

**Gloria Navarro Oliver:** participación en la redacción de resultados, discusión y conclusiones. Revisión general del informe final.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no incurrir en conflictos de intereses en relación con este trabajo.

### Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

### Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a todas las profesionales que han colaborado activamente en la revisión y difusión de la encuesta: Rosa, María del Carmen, Alejandra, Montserrat, Adriana, Carmen, Miriam y Andrea.

### Referencias

- Bambling, Matthew; King, Robert; Raue, Patrick; Schweitzer, Robert y Lambert, Warren (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16(3), 317-331. <https://doi.org/10.1080/10503300500268524>
- Barrasa-Villar, José I.; Enríquez-Martín, Natalia; Abad-Díez, José M.; Valderrama-Rodríguez, Mónica; Pérez-Pérez, Alejandra; Revilla-López, Concha y Estupiñán-Romero, Francisco R. (2013). *La calidad de la atención sanitaria. Indicadores de efectividad clínica*. Sociedad Española de Calidad Asistencial. <https://calidadasistencial.es/la-calidad-de-la-atencion-sanitaria-indicadores-de-efectividad-clinica/>

- Benítez-Ortega, José L.; Venceslá-Martínez, José F.; López-Pérez-Díaz, Ángel G.; Rodríguez-Gómez, Alfredo; Gómez-Gómez, Verónica; Martínez-Cervantes, Rafael J.; Romero-Gamero, Rafael y Vázquez-Morejón, Antonio J. (2021). Calidad asistencial de la psicología clínica en el Servicio Andaluz de Salud evaluada por los facultativos. *Apuntes de Psicología*, 39(3), 143-158. <https://doi.org/10.55414/ap.v39i3.910>
- Benítez-Ortega, José L.; Vázquez-Morejón, Raquel; Gómez-Gómez, Verónica; Venceslá-Martínez, José F.; López-Pérez-Díaz, Ángel G.; Rodríguez-Gómez, Alfredo; Martínez-Cervantes, Rafael J. y Vázquez-Morejón, Antonio J. (2024). Desarrollo de un índice para la evaluación de la calidad asistencial de las intervenciones de psicología clínica desde la perspectiva de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1), 33-44. <https://doi.org/10.5944/rppc.37555>
- Bernardo, Miquel; de Dios, Consuelo; Pérez, Víctor; Ignacio, Emilio; Serrano, Manuel; Vieta, Eduard; Mira, José J.; Guilbert, Mercedes y Roca, Miquel (2018). Indicadores de calidad en el tratamiento de pacientes con depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia. Estudio de consenso. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 66-75. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.09.002>
- Bonin, Liza (2018). Quality improvement in health care: The role of psychologists and psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(3), 278-294. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9542-2>
- Byrne, Michael y Branley, Andrea (2012). How many psychologists do we need? *The Irish Psychologist*, 38(5), 136-138. <http://hdl.handle.net/10147/216129>
- Corcuera, José M. y Carreras, Mercedes (2004). Unidad para la gestión integrada de la calidad, evaluación y mejora de la eficiencia de la atención sanitaria de La Rioja. *Revista de Calidad Asistencial*, 19(3), 200-204. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(04\)77694-0](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(04)77694-0)
- Cuéllar-Flores, Isabel; Fernández-Garzón, Lucía; Félix-Alcántara, Miriam P.; Manzano-Olivares, Beatriz; De la Vega-Rodríguez, Irene; Ferreira-González, Mercedes; Palacios-Albarsanz, M. Luz.; Vázquez-Rivera, Susana y Maldonado-Belmonte, M. Jesús (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la psicología clínica en los centros de salud mental del Sistema Madrileño de Salud evaluados por sus profesionales. *Apuntes de Psicología*, 40(2), 71-86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>
- Cuéllar-Flores, Isabel; Fernández-Garzón, Lucía; Ferreira-González, Mercedes; Félix-Alcántara, Miriam; De la Vega-Rodríguez, Irene; Manzano-Olivares, Beatriz; Palacios-Albarsanz, M. Luz.; Maldonado-Belmonte, M. Jesús y Jiménez-Bruña, Miriam (2024). Variabilidad en la práctica de la psicología clínica ambulatoria en el servicio madrileño de salud. *Anuario de Psicología*, 54(1). <https://doi.org/10.1344/ANPSIC2024.54/1.5>
- Cuéllar-Flores, Isabel; Manzano, Beatriz; Fernández-Garzón, Lucía; Maldonado-Belmonte, M. Jesús; Félix-Alcántara, Miriam; Jiménez-Bruña, Miriam y Ferreira-González, Mercedes (2023). La psicología clínica hospitalaria en el Servicio Madrileño de Salud: Características, recursos humanos y perspectivas. *Revista de Psicología de la Salud*, 12(1), 112-130. <https://doi.org/10.21134/pssa.v12i1.109>
- Defensor del Pueblo (2020). Recomendación sobre atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud. <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>
- Dewa, Carolyn S.; Loong, Desmond; Bonato, Sarah; Thanh, Nguyen Xuan y Jacobs, Philip (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14, 325. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325>
- Erekson, David M.; Bailey, Russell J.; Cattani, Kara; Klundt, Jared S.; Lynn, Austin M.; Jensen, Dallas; Merrill, Brett M.; Schmuck, Dominic y Worthen, Vaughn (2022). Psychotherapy session frequency: A naturalistic examination in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 69(4), 531-540. <https://doi.org/10.1037/cou0000593>
- Erekson, David M.; Lambert, Michael J. y Eggett, Dennis L. (2015). The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1097-1107. <https://doi.org/10.1037/a0039774>
- Fernández-García, Xacobe (2021). Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y Estrés*, 27(1), 31-40. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a5>
- García-Iglesias, Juan J.; Gómez-Salgado, Juan; Fagundo-Rivera, Javier; Romero-Martín, Macarena; Ortega-Moreno, Mónica y Navarro-Abal, Yolanda (2021). Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 95. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272021000100189&lng=es&nrm=is\\_o&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272021000100189&lng=es&nrm=is_o&tlng=es)
- Greenwood, Nan; Chisholm, Brock; Burns, Tom y Harvey, Kate (2000). Community mental health team case-loads and diagnostic case-mix. *Psychiatric Bulletin*, 24(8), 290-293. <https://doi.org/10.1192/pb.24.8.290>
- Hannigan, Ben; Edwards, Deborah y Burnard, Philip (2004). Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13(3), 235-245. <https://doi.org/10.1080/09638230410001700871>

- Hermann, Richard C.; Chan, Jeffrey A.; Provost, Scott E. y Chiu, Wai T. (2006). Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(10), 1461-1467. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.10.1461>
- Hermann, Richard C.; Mattke, Soeren; Somekh, David; Silfverhielm, Helena; Goldner, Elliot; Glover, Gyles; Pirkis, Jane; Mainz, Jan y Chan, Jeffrey A. (2006). Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1), 31-38. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl025>
- Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005. (2007). Gobierno de España. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/general2005/informeSNS2005ParteGeneralCompleta.pdf>
- Maldonado-Belmonte, M. Jesús y Robles-Bermejo, Fernando (2024). Formación especializada y práctica clínica en neuropsicología en los facultativos especialistas en psicología clínica del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). *Psicología Clínica*, 1(1). <https://doi.org/10.62873/psclin.v1i1.6>
- Mira, José J. (2003). La evaluación y mejora de la calidad de la psicología hospitalaria. En Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Desclée De Brouwer.
- Norcross, John C. y Lambert, Michael J. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions (3<sup>rd</sup> Ed.)*. Oxford University Press.
- Norcross, John C. y Wampold, Bruce E. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 2: Evidence-based Therapist Responsiveness (3<sup>rd</sup> Ed.)*. Oxford University Press.
- O'Connor, Karen; Muller Neff, Deirdre y Pitman, Steve (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 53, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- O'Donohue, William; Graczyk, Patricia A. y Yeater, Elizabeth A. (1998). Quality control and the practice of clinical psychology. *Applied and Preventive Psychology*, 7(3), 181-187. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80020-4](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80020-4)
- Parra-Hidalgo, Pedro; Calle-Urra, J. Eduardo; Ramón-Esparza, Teresa; Peiró-Moreno, Salvador y Meneu de Guillerna, Ricard (2012). *Indicadores de calidad para hospitales del Sistema Nacional de Salud*. Sociedad Española de Calidad Asistencial. <https://sms.carm.es/somosmas/documents/63024/0/Indicadores+calidad+hospitales+SNS/ffbbf3e5-d8ea-424d-b646-8adf8c6b6a1f>
- Pastor-Morales, Joaquín y del Río-Sánchez, Carmen (2022). Valoraciones éticas en psicoterapia: estudio con profesionales de salud mental en España. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 187-203. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.853>
- Pons-Antón, Ignaci; Pedreira-Crespo, Víctor; Lalucat -Jo, Lluís; Espinosa-Escudero, M.; Pedreira-Massa, José L.; Eguiagaray-García, Margarita; Martínez-Rodríguez, J. Manuel; Gaminde-Inda, Idoia; Aparicio-Tellería, Dolores; Alonso-Ramos, José M.; Gómez-Fernández, J.R. y Márquez-Gallego, Luis F. (1992). Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica. Documento del grupo de trabajo sobre registros de casos psiquiátricos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 115-124.
- Prado-Abril, Javier; Fernández-García, Xacobe; Barber, Patricia; De la Vega, Irene; Vilagrà, Raül y Fernández-Jiménez, Eduardo (2024). *How many specialists and residents in clinical psychology are required in the Spanish National Health System? A needs-based study*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4670350/v1>
- Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. *BOE-A-2003-11266 21830* (2003). <https://www.boe.es/eli/es/rd/2003/05/23/605>
- Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica. *BOE-A-1998-27709 39538* (1998). <https://www.boe.es/eli/es/rd/1998/11/20/2490>
- Robinson, Louisa; Delgadillo, Jaime y Kellett, Stephen (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(1), 79-96. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1566676>
- Salvador-Carulla, Luis; Salinas-Pérez, José Alberto; Martín, Manuel; Grané, Montserrat; Gibert, Karina; Roca, Miquel; Bulbena, Antonio y the GClin-SEP Group. (2010). A preliminary taxonomy and a standard knowledge base for mental-health system indicators in Spain. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-4-29>
- Salyers, Michelle P.; Bonfils, Kelsey A.; Luther, Lauren; Firmin, Ruth L.; White, Dominique A.; Adams, Erin L. y Rollins, Angela L. (2017). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32(4), 475-482. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>
- Tawfik, Daniel S.; Profit, Jochen; Morgenthaler, Timothy I.; Satele, Daniel V.; Sinsky, Christine A.; Dyrbye, Liselotte N.; Tutty, Michael A.; West, Colin P. y Shanafelt, Tait D. (2018). Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades

- in Relationship to Reported Medical Errors. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(11), 1571-1580. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.05.014>
- Taylor, Michael J.; McNicholas, Chris; Nicolay, Chris; Darzi, Ara; Bell, Derek y Reed, Julie. E. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 290-298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
- Vargas-Lorenzo, Ingrid y Vázquez-Navarrete, M. Luisa (2007). Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 21(2), 114-123. <https://doi.org/10.1157/13101037>
- Wampold, Bruce E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>