

## *Calidad asistencial de la psicología clínica en el Servicio Andaluz de Salud evaluada por los facultativos*

**José L. BENÍTEZ ORTEGA**

*Hospital Universitario “Virgen del Rocío”, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla (España)*

**José Fernando VENCESLÁ MARTÍNEZ**

*Hospital Universitario “Reina Sofía”, Servicio Andaluz de Salud, Córdoba (España)*

**Ángel G. LÓPEZ PÉREZ-DÍAZ**

*Hospital Universitario “Virgen Macarena”, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla (España)*

**Alfredo RODRÍGUEZ GÓMEZ**

*Hospital “Punta de Europa”, Servicio Andaluz de Salud, Algeciras, Cádiz (España)*

**Verónica GÓMEZ GÓMEZ**

*Hospital “San Juan de la Cruz”, Servicio Andaluz de Salud, Úbeda, Jaén (España)*

**Rafael J. MARTÍNEZ CERVANTES**

*Departamento de Psicología Experimental, Universidad de Sevilla (España)*

**Rafael ROMERO GAMERO**

*Hospital Universitario “Virgen Macarena”, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla (España)*

**Antonio José VÁZQUEZ MOREJÓN**

*Hospital Universitario “Virgen del Rocío”, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla (España)*

### *Resumen*

*Objetivo:* evaluación de la calidad asistencial de los servicios de psicología clínica en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) desde la perspectiva de los/as facultativos/as.

*Método:* investigación descriptiva; se elaboró un cuestionario de 39 ítems que evalúa diferentes dimensiones de la calidad asistencial (prevención, accesibilidad, idoneidad de intervenciones de evaluación y tratamiento, seguridad, y coordinación); han participado 83 facultativos/as especialistas de psicología clínica del SAS, lo que supone un 32'17% de la población de referencia en el momento de la recogida de datos.

*Resultados:* la calidad asistencial actual de las prestaciones de psicología clínica en el SAS, partiendo de una ratio de 3,05 facultativos por cada 100.000 habitantes, es deficiente, sobre todo en las variables de prevención, intensidad de las intervenciones de tratamiento y seguridad, y especialmente preocupante en los dispositivos del segundo nivel asistencial.

*Conclusiones:* es urgente aumentar el número de profesionales especialistas en psicología clínica por cada 100.000 habitantes para reducir el riesgo que supone para los usuarios la deficiente intensidad con que se practican los tratamientos psicológicos; asimismo, es necesario establecer estándares de la carga de trabajo de los psicólogos clínicos para poder ofrecer una calidad asistencial adecuada, e integrar indicadores medibles de calidad en los sistemas de información de salud mental.

*Palabras clave:* psicología clínica, calidad asistencial, salud mental, salud pública.

### *Abstract*

*Objective:* Evaluation of healthcare quality of clinical psychology services in the Andalusian Health Service (SAS) from the perspective of the facultative.

*Dirección del primer autor:* Unidad de Salud Mental Comunitaria Sur, Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla. *Correo electrónico:* [josel.benitez.ortega.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:josel.benitez.ortega.sspa@juntadeandalucia.es)

Los autores desean dejar constancia de su agradecimiento a la Junta Directiva de la Sociedad de Especialistas en Psicología Clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, SEPCA (<https://sociedadsepca.org/>), por su participación en la difusión del cuestionario empleado en el estudio para la recogida de datos.

*Recibido:* diciembre de 2021. *Aceptado:* diciembre de 2021.

**Method:** Descriptive research. For data collection, a 39-item questionnaire was developed that assesses various dimensions of quality (prevention, accessibility, suitability of evaluation and treatment interventions, safety, and care coordination). A sample of 83 clinical psychologists responded to the questionnaire, representing 32.17% of the reference population, 258 facultative who, at the time of data collection make up the SAS staff.

**Results:** The current quality of care of clinical psychology services in the SAS, based on a ratio of 3.05 clinical psychologists per 100,000 inhabitants, is deficient, especially in the dimensions of prevention, intensity of treatment interventions, and safety, and worrisome in the 2nd level of care.

**Conclusions:** It is urgent to increase the ratio of clinical psychologists/100,000 inhabitants to reduce the risk posed for users by the deficient intensity with which psychological treatments are currently practiced. It is necessary to establish standards for the workload of clinical psychologists in order to offer an adequate quality of care, and to integrate measurable indicators of quality in mental health information systems.

**Key words:** Clinical Psychology, Quality of Health Care, Mental Health, Public Health.

La mejora de la calidad asistencial (CA) ha de estar entre los objetivos fundamentales de toda especialidad sanitaria. Desde que se creara en nuestro país el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (Ministerio de Presidencia del Gobierno, 1998), hace ya más de dos décadas, no se ha llevado a cabo una evaluación de la CA de sus servicios o funciones en los sistemas sanitarios públicos (SSP) en España (nacional o regionales). La ausencia de esta evaluación obstaculiza el diseño y realización de proyectos de mejora de dicha CA. La necesidad de realizar esta evaluación ha sido también puesta de manifiesto muy recientemente por el Defensor del Pueblo (2020).

Un recuento reciente realizado por la Sociedad de Especialistas en Psicología Clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SEPCA) nos informa de que el número de facultativas/os especialistas de área (FEA) de Psicología Clínica (PC) en febrero de 2020 es de 258,3 (ver tabla 1). Según el *Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, en su último Informe des-

*criptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas* (Jiménez Estévez, Pérez Tausía, García López *et al.*, 2011), en 2010 eran 259. Esto supone el estancamiento absoluto durante los últimos diez años en la plantilla de FEA-PC en el SAS.

Por otro lado, el valor de la ratio *nº de FEA-PC/100.000 habitantes* en el SAS es actualmente de 3,05 (tabla 1). El significado de esta ratio, como variable, puede considerarse equivalente a la de *carga de trabajo por profesional* (Dowd, Sarma y Byrne, 2011), y funciona como una variable centinela de la CA de cada especialidad sanitaria, pues la magnitud de esta ratio condicionará el comportamiento de gran parte de las demás variables que integran las dimensiones de la CA. Esta ratio de 3,05 es muy deficiente si la comparamos con los valores medios para el resto de España: entre 5,14 y 6, según la fuente (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2018; Redacción de *InfoCOP*, 2021). Y más deficiente aún en relación con el resto de Europa, donde se estima que esta ratio es de 18 (Confederación Salud Mental España, 2020). Esto anticipa una situación preocupante en cuanto a la CA de los servicios de PC en el SAS.

Tabla 1. Ratio número de FEA-PC por cada 100.00 habitantes por provincias y global de Andalucía, según recuento efectuado por la SEPCA en febrero de 2020.

Provincia	Nº FEA-PC SAS (a)	Población (b)	FEA-PC por cada 100.000 habitantes	Nº de habitantes por cada FEA-PC
Almería	20'00	727.945	2'75	36.364
Cádiz	37'00	1.244.049	2'97	33.670
Córdoba	24'00	781.451	3'07	32.573
Granada	26'50	919.168	2'88	34.722
Huelva	13'00	524.278	2'48	40.323
Jaén	21'00	631.381	3'33	30.030
Málaga	49'80	1.685.920	2'95	33.898
Sevilla	67'00	1.950.219	3'44	29.070
Total Andalucía	258'30	8.464.411	3'05	32.787

(a) La presencia de decimales en este recuento de profesionales se explica por los contratos a tiempo parcial.

(b) Datos tomados de: <https://www.juntadeandalucia.es/institutoestadisticaycartografia/padron/definitivos/index.htm>

### Calidad asistencial de los servicios de Psicología Clínica públicos

Son muchas las definiciones que se han propuesto hasta ahora del concepto CA, así como del conjunto de dimensiones que la integran (Observatorio del SNS, 2007). En el contexto donde se origina y desarrolla esta investigación, el de los servicios sanitarios públicos de PC, entendemos, y al mismo tiempo proponemos, que la CA consiste en *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.*

La CA es un fenómeno complejo, compuesto por diferentes procesos o dimensiones (Hermann, Leff, Palmer *et al.*, 2000) tales como la prevención, la accesibilidad, la idoneidad de las intervenciones de evaluación y tratamiento, la seguridad, la coordinación asistencial, la formación continuada y la investigación orientadas a la mejora continua.

A la hora de recabar información sobre la CA de un sistema sanitario es razonable pensar que la opción ideal será preguntar a sus usuarios, como receptores o destinatarios de sus servicios. Sin embargo, pueden darse diferentes circunstancias que impidan o dificulten el recurso a los usuarios como informadores. Los investigadores pueden entonces optar por recabar esta información de los profesionales que prestan esos servicios (Broaddus, 2018; Dowd *et al.*, 2011).

La literatura existente hasta hoy sobre evaluación de la CA de los servicios de Salud Mental está dedicada en su mayor parte a establecer las bases metodológicas de la misma (Bonin, 2018; Branley y Byrne, 2012; Hermann, Chan, Provost y Chiu, 2006; Hermann, Mattke, Somekh *et al.*, 2006; O'Donohue, Graczyk y Yeater, 1998). En cuanto a los estudios empíricos en el campo específico de la PC, son escasos, y suelen evaluar dimensiones concretas de la CA, tales como la carga de trabajo (Dowd *et al.*, 2011), la accesibilidad (Broaddus, 2018) o las habilidades sociales de los clínicos en relación con la CA (Sartori, 2018), no un rango amplio de dimensiones. No hemos encontrado estudios empíricos sobre la CA específicos para la especialidad de PC en servicios sanitarios públicos en España. Los documentos que abordan este tema en nuestro país están enfocados hacia cuestiones metodológicas sobre aspectos parciales de la CA (Comisión de Psicoterapia de los Servicios Extrahospitalarios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental del Servicio Vasco de Salud, 1995; Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2008), o soslayan la especialidad de PC e incluso a los servicios de Salud Mental en general en el estudio de la CA global (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2017 y 2019; Barrasa Villar, Enríquez Martín, Abad Díez *et al.*, 2013). El *Observatorio de Salud Mental* (Jiménez Estévez, 2011) publicó en el pasado, con cierta periodicidad, informes en los que se mostraba un mapa de los recursos asistenciales de Salud Mental de los diversos servicios sanitarios públicos autonómicos. Estos informes no estaban enfocados en indicadores específicos de la especialidad de PC, y el último de ellos (Jiménez Estévez *et al.*, 2011) es de hace diez años ya.

### **Objetivo**

El objetivo general de este estudio es realizar una primera evaluación descriptiva de un conjunto de variables de la CA de los servicios de PC en el SAS. El objeto de estudio de este documento es, por tanto, *la calidad del conjunto de funciones, prestaciones o intervenciones asistenciales realizadas por los/as FEA-PC que se integran en la red de*

*dispositivos de Salud Mental del SAS*. Es a este conjunto a lo que nos referimos en esta investigación mediante la expresión *servicios de PC*. Previamente ha sido necesario, como objetivo específico de este estudio, diseñar un instrumento de medida que se ajustara al objetivo general.

### **Método**

#### **Participantes**

Una muestra de conveniencia formada por un total de 83 FEA-PC del SAS respondió la encuesta. Según un censo elaborado por la SEPCA, el total de FEA-PC en activo en el SAS en febrero de 2020 era de 258'3. Esto supone que la muestra está formada por un 32'13% de la población total objeto de estudio. Aunque el muestreo no ha sido aleatorio, por lo que no se puede asegurar la representatividad de la muestra en términos probabilísticos, su importante tamaño relativo permite obtener estimaciones muy aproximadas de los valores poblacionales, válidas para un primer estudio exploratorio como éste.

Se optó por no pedir ningún tipo de datos personales o de filiación tales como ubicación de su puesto o dispositivo, sexo, antigüedad en el servicio, etc., pues estos datos hacían fácilmente identificables a los participantes, lo que podía dar lugar a una participación menor y, por tanto, a unos resultados menos fiables. Por otro lado, estos datos no se consideraron relevantes en relación con el objeto de estudio, de acuerdo con la revisión de la literatura.

En cuanto a la distribución de los participantes por niveles asistenciales de Salud Mental, 50 (el 60'24%) pertenecían al segundo nivel y los 33 restantes (39'76%) al tercer nivel asistencial.

#### **VARIABLES Y MEDIDAS**

En nuestra revisión de la literatura no encontramos ningún instrumento de medida que se ajustara al objetivo de este estudio. Por este motivo se optó por crear un cuestionario que cumpliera los siguientes requisitos: (a) que permitiera recoger información relevante sobre las principales dimensiones de la CA; (b) que estuviera dirigido a los/as FEA-PC; y (c) que pudiera cumplimentarse en aproximadamente 20 minutos. De este modo se diseñó un cuestionario integrado por 39 ítems que evalúan aspectos de ocho dimensiones de la CA: prevención, accesibilidad, idoneidad de las intervenciones de evaluación y tratamiento, seguridad, coordinación asistencial, investigación, formación continuada y CA global (ver Anexo).

#### **Diseño y procedimiento**

Esta investigación es de naturaleza empírica, observacional y descriptiva. Una vez preparada la versión definitiva

del cuestionario, se publicó en internet y se difundió entre los/as FEA-PC del SAS. La encuesta estuvo accesible para su cumplimentación desde el día 5 al 30 de junio de 2020.

En marzo de 2020 tuvo lugar en España el inicio del confinamiento obligatorio por la pandemia por COVID-19. En tanto que el objetivo general de esta investigación es obtener una visión general de la CA de los servicios de PC en el SAS en su estado habitual de funcionamiento, es decir en su estado anterior a la aparición de la pandemia, se reformuló el contenido del cuestionario para hacer hincapié en que las respuestas a los ítems debían hacer referencia a las tareas asistenciales y al funcionamiento de los dispositivos de los profesionales encuestados hasta febrero de 2020, es decir hasta el mes anterior al mes en que se inició el confinamiento por la pandemia en España.

**Análisis de datos**

El análisis de los datos recogidos mediante los ítems de opción múltiple de respuestas cerradas, que son la mayoría de los que integran el cuestionario, se ha realizado mediante el cálculo de estadísticos descriptivos básicos. Para los pocos ítems de respuesta abierta se realizó un análisis cualitativo de las respuestas recogidas.

**Resultados**

Los resultados obtenidos se muestran resumidos en las tablas 2 a 6. Dada la necesidad de limitar la extensión de este informe de investigación, se omiten los resultados de las dimensiones *formación continuada e investigación*. En cada tabla aparecen las respuestas a diferentes conjuntos de ítems, agrupados atendiendo a las dimensiones de la CA sobre las que informan. En aquellos casos en que se ha considerado relevante, los resultados se muestran diferenciados para el segundo y el tercer nivel asistencial.

**Discusión**

Los resultados referidos a la intensidad con la que las intervenciones psicológicas clínicas son practicadas (tabla 2) constituyen un aspecto esencial de la *idoneidad de las intervenciones de evaluación y tratamiento*. Entre estos resultados destaca que los/as FEA-PC tienen una carga media de trabajo de unos 321 casos activos por profesional, siendo los facultativos responsables de 265 de estos casos; y realizan una media de 150 sesiones de psicoterapia individual al mes (a lo que ha de añadirse las entrevistas de evaluación de nuevos casos, sesiones de terapia grupal y terapia familiar,

*Tabla 2.* Resultados de los ítems cuantitativos de la dimensión Idoneidad de las Intervenciones de Evaluación y Tratamiento, referidos a la intensidad con que se administran los tratamientos psicológicos: cantidad, frecuencia y duración de las sesiones, N° de casos asignados como facultativo responsable o referente (ítem 15), N° total de casos en los que se interviene (ítem 16), N° de casos atendidos al mes, frecuencia de sesiones en semanas y duración de sesiones en minutos para los tratamientos psicológicos en encuadre individual (ítems 17-19), grupal (ítems 20-22) y familiar (ítems 23-25).

	Segundo nivel asistencial			Tercer nivel asistencial			Ns/Nc	Nulo (a)
	$\bar{x}$	$\sigma$	n	$\bar{x}$	$\sigma$	n		
n° casos referente	265'23	154'08	44	87'10	130'42	29	6	4
n° casos totales	321'41	171'74	39	100'59	133'53	27	7	10
<i>Intervención individual</i>								
n° casos/mes	150'38	98'68	47	55'84	47'97	31	2	3
Frecuencia sesiones	8'73	5'93	44	4'18	7'86	30	0	9
Duración sesiones	33'77	8'89	48	43'42	11'79	31	0	4
<i>Intervención grupal</i>								
n° casos/mes	10'46	14'63	48	22'61	19'61	31	0	4
Frecuencia sesiones	1'74	0'85	23	1'18	0'38	25	0	35
Duración sesiones	100'23	20'9	22	77'36	18'44	22	0	39
<i>Intervención familiar</i>								
n° casos/mes	10'92	23'47	45	13'58	14'33	32	0	6
Frecuencia sesiones	5'94	2'66	32	4'64	6'78	28	0	23
Duración sesiones	45'29	13'84	31	57'73	21'61	30	0	22

(a) Para los ítems cuantitativos 15 a 25 se considera respuestas de valor “nulo” aquellas que resultan inválidas por (a) haberse dado una respuesta que no es de tipo cuantitativo; (b) ser necesariamente erróneas porque, a pesar de ser respuestas cuantitativas, indican valores que son irreales o imposibles en relación con la pregunta realizada; (c) el ítem no es de aplicación al sujeto (por ejemplo, cuando se pregunta por la frecuencia con que se realizan sesiones de terapia grupal y el sujeto en cuestión ha respondido previamente que no realiza en ningún caso sesiones de terapia grupal).

*Tabla 3. Resultados de los ítems categoriales de la dimensión Idoneidad de las Intervenciones de Evaluación y Tratamiento.*

<i>Ítems del cuestionario y opciones de respuesta</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
26. ¿Dispone usted en su dispositivo del material necesario para realizar evaluaciones complementarias de psicodiagnóstico?		
a. Sí, la UGC suele suministrar el material original y actualizado de psicodiagnóstico necesario cuando se solicita.	7	8'43
b. Sí, pero solo de una parte del que suelo necesitar. No siempre me proveen del material que solicito, o tardan demasiado tiempo en facilitármelo.	30	36'14
c. Sí, pero solo el que yo mismo proveo por mis propios medios: principalmente pruebas de autoinforme que pueden descargarse de internet y fotocopiar, no test originales; o los test originales de los que dispongo están desfasados y no se actualizan.	25	30'12
d. No. No se me suministra ese material a pesar de que lo he solicitado formalmente.	7	8'43
e. No, pero tampoco he llegado a solicitarlo nunca formalmente.	14	16'87
27. ¿Tiene usted acceso a bases de datos que le permitan conocer el número de casos que atiende y sus datos descriptivos y diagnósticos, de manera que pueda planificar sus actividades asistenciales de acuerdo con su población de referencia y cupo asignado?		
a. Sí, a través de acceso directo informático a dichas bases de datos.	8	9'64
b. Sí, de forma indirecta: la Dirección de mi UGC de Salud Mental me facilita esta información regularmente o si lo solicito por mi iniciativa.	9	10'84
c. Sí, de forma indirecta: a través de informes que me facilitan periódicamente mis superiores.	16	19'28
d. No.	50	60'24
28. ¿Se reserva en su dispositivo tiempo en la agenda diaria para las tareas asistenciales no presenciales (redacción de la historia clínica, redacción de informes, corrección e interpretación de pruebas complementarias psicométricas, elaboración de los planes integrales de tratamiento, etc.)?		
a. Sí, se contempla en la agenda y el tiempo asignado es el necesario.	12	14'46
b. Sí, se contempla en la agenda, pero no de un modo realista: se asigna mucho menos tiempo para estas actividades del que se necesita.	19	22'89
c. No. Este tipo de actividades no se tienen en cuenta en la agenda: se realizan dentro del tiempo asignado para la cita de cada caso, o en el tiempo asignado a pacientes que no acuden.	52	62'65
29. ¿Se realiza en su dispositivo alguna forma de evaluación sistemática de los resultados de sus intervenciones, bien por su propia iniciativa, bien por iniciativa de las direcciones de su dispositivo o su UGC?		
a. Sí	11	13'25
b. No	67	80'72
c. Sí, pero solo para programas específicos	3	3'61
d. NS/NC	2	2'41

*Tabla 4. Resultados de los ítems más relevantes de la dimensión Accesibilidad (a intervenciones de psicología clínica tras derivación a dispositivos de Salud Mental).*

<i>Ítems del cuestionario y opciones de respuesta</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
5. ¿Atiende usted primeras consultas?		
a. Sí, de forma programada y rutinaria	74	89'16
b. Sí, pero sólo excepcionalmente	1	1'20
c. No	8	9'64
6. ¿Pueden los pacientes y demás usuarios de su consulta comunicarse con usted durante los periodos entre citas? (a)		
a. Sí, por teléfono, indirectamente, a través de otros profesionales intermediarios (administrativo, etc.) que filtran las llamadas.	63	75'90
b. Sí, por teléfono, llamando directamente a su consulta.	20	24'10
c. Sí, por medios digitales (correo electrónico, aplicaciones de mensajería instantánea como WhatsApp).	13	15'66
d. Sí, acudiendo en persona sin cita programada.	39	46'99
e. Sí, a través de uno o varios de los medios anteriores, pero la sobrecarga de trabajo diario impide atender normalmente todos los avisos o llamadas que se reciben. Solo se atienden los de los casos más graves.	19	22'89
f. No, los pacientes no pueden comunicarse con usted entre citas.	0	0'00
7. Seleccione, de entre la siguiente relación de actividades asistenciales presenciales, todas aquellas que usted realiza regularmente (con independencia de su frecuencia) en su trabajo diario: (a)		
a. Primeras consultas.	76	91'57
b. Evaluación mediante pruebas complementarias de psicodiagnóstico: uso de pruebas de autoinforme (cuestionarios, inventarios).	59	71'08
c. Evaluación mediante pruebas complementarias de psicodiagnóstico: aplicación de test estandarizados.	65	78'31
d. Evaluación mediante pruebas complementarias de psicodiagnóstico: aplicación reglada de protocolos de observación para la evaluación de problemas específicos.	22	26'51
e. Evaluación mediante pruebas complementarias de psicodiagnóstico: aplicación reglada de entrevistas estructuradas, o semiestructuradas.	43	51'81
f. Entrevistas de seguimiento y psicoterapia de orientación y apoyo.	78	93'98
g. Psicoterapia individual.	79	95'18
h. Psicoterapia familiar.	58	69'88
i. Psicoterapia grupal.	56	67'47
j. Atención en consulta urgente (intervención en crisis).	68	81'93

(a) La suma total de respuestas en este ítem es superior al número total de participantes (83) porque es posible más de una respuesta por participante.

Tabla 5. Resultados de los ítems referidos a las dimensiones *Prevención y Coordinación Asistencial*.

<i>Ítems del cuestionario y opciones de respuesta</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Dimensión Prevención</i>		
3. ¿Participa usted regularmente en actividades de prevención organizadas por su dispositivo o UGC de Salud Mental?		
a. Sí	24	28'92
b. No	59	71'08
<i>Dimensión Coordinación Asistencial</i>		
36. ¿Se realizan en su dispositivo actividades de coordinación interna, es decir, entre los profesionales que integran el equipo del dispositivo?		
a. Sí, de forma programada y regular.	62	74'70
b. Sí, pero solo ocasionalmente.	19	22'89
c. No.	2	2'41
37. ¿Se realizan en su dispositivo actividades de coordinación externa, es decir, con profesionales de otros dispositivos, de la misma u otra especialidad sanitaria (Atención Primaria, Neurología, Oncología, Pediatría, etc.), o de instituciones no sanitarias (servicios sociales, equipos de orientación educativa, etc.)?		
a. Sí, de forma programada y regular.	53	63'86
b. Sí, pero solo ocasionalmente.	26	31'33
c. No.	4	4'82
38. ¿Participa o ha participado usted alguna vez en las comisiones de su UGC de Salud Mental, de su hospital de referencia o del Programa de Salud Mental?		
a. Sí	50	60'24
b. No	33	39'76

Tabla 6. Resultados de ítems de las dimensiones *Seguridad y Valoración General de la Calidad Asistencial* por niveles asistenciales y en total.

<i>Ítems del cuestionario y opciones de respuesta</i>	<i>Segundo nivel</i>		<i>Tercer nivel</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
35. Partiendo de sus conocimientos y experiencia clínica, ¿considera que los plazos que ha de esperar la mayor parte de los pacientes para ser atendidos por usted (en primera consulta o en consultas sucesivas) son tan prolongados como para suponer un riesgo para la evolución de dichos pacientes o sus familiares?						
a. No, los plazos de espera son en general razonables y seguros.	3	6,00	19	57,58	22	26,51
b. Sí, los plazos exceden levemente lo razonable, y pueden suponer un riesgo leve para la evolución de algunos pacientes y/o sus familiares.	20	40,00	5	15,15	25	30,12
c. Sí, los plazos exceden tanto lo razonable que condicionan de forma moderada o grave la evolución de algunos pacientes y/o sus familiares.	27	54,00	9	27,27	36	43,37
39. Partiendo de los recursos (de tiempo, materiales, etc.) que su UGC pone a su disposición para el desempeño de sus funciones como facultativo especialista de área de Psicología Clínica, la valoración que usted hace de la calidad asistencial que puede ofrecer a los pacientes y demás usuarios que atiende es:						
a. Excelente	0	0,00	1	3,03	1	1,20
b Buena	6	12,00	15	45,45	21	25,30
c Suficiente	9	18,00	6	18,18	15	18,07
d Insuficiente	20	40,00	7	21,21	27	32,53
e Muy deficiente	2	4,00	0	0,00	2	2,41
f Buena para grupos específicos de pacientes a los que se da prioridad por su gravedad, pero deficiente para otros grupos de pacientes.	13	26,00	3	9,09	16	19,28
g Respuestas nulas	0	0,00	1	3,03	1	1,20
Total	50	100,00	33	100,00	83	100,00

informes, reuniones de coordinación, etc.). Esto hace que el tiempo medio de espera entre sesiones de tratamiento psicológico sea de dos meses, y que la duración media de estas sesiones sea de 33 minutos, a los que hay que restar habitualmente el tiempo que las/os FEA-PC están obligadas/os a dedicar a registrar dichas sesiones en la historia clínica del paciente. Estos resultados son elocuentes por sí mismos en cuanto a la CA que implican.

Aunque son muy escasos, en nuestra revisión de la literatura hemos identificado algunos datos que pueden servir como valores de referencia con los que comparar estos resultados. En cuanto al número de casos por FEA-PC, por ejemplo, Branley y Byrne (2012) citan un informe del *NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group* (2002) donde se habla de una carga de trabajo recomendada de 86 casos por facultativo y año, lo que comparado con los 321 casos activos que, como media, atiende un FEA-PC en el SAS, supone que estos tienen una carga de trabajo del 373% en relación con dicha recomendación. Y, en cuanto a la periodicidad entre sesiones, diversas revisiones concluyen que la periodicidad para una eficacia óptima de los tratamientos es de una semana (Erekson, Lambert y Eggett, 2015; Robinson, Delgado y Kellett, 2020), lo que contrasta con las ocho que, como media, han de esperar los usuarios del SAS.

También son indicadores de una calidad deficiente en cuanto a la idoneidad de las intervenciones psicológicas (tabla 3) el que solo un 8'43% de los clínicos dispone de los materiales adecuados para las tareas de psicodiagnóstico (ítem 26); solo un 9'64% accede directamente a bases de datos clínicos agregados sobre la población que atiende, de manera que pueda planificar su agenda asistencial (ítem 27); solo el 14'46% afirma que se le permite reservar en su agenda asistencial el tiempo realmente suficiente para las tareas asistenciales no presenciales a las que está obligado; y solo el 13'25% de ellos informa que en sus dispositivos sí se realiza una evaluación sistemática de los resultados de las intervenciones.

Al hablar de *accesibilidad* como dimensión de la CA de cualquier especialidad sanitaria, la variable más significativa es la probabilidad de que un paciente que presenta un problema de salud sea derivado al facultativo especialista indicado. Puede extrañar, por tanto, que esa variable no esté entre las evaluadas en este estudio. El motivo es que este estudio evalúa aquellas variables de las que la/el FEA-PC de la red de dispositivos de Salud Mental, por su posición en dicha red, puede tener un conocimiento directo. Y no es esto lo que ocurre con respecto a dicha variable principal de la *accesibilidad*, que opera principalmente en Atención Primaria, mientras que los/as FEA-PC, hasta el presente (esto empieza a cambiar ahora), han desempeñado su labor en dispositivos de segundo y tercer nivel asistenciales. No obstante, es sabido que una proporción muy alta de la población que padece un trastorno mental no recibe

nunca tratamiento psicológico especializado (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso *et al.*, 2007). Por ejemplo, en el caso de la depresión mayor, en los países más desarrollados, aproximadamente una de cada seis personas afectadas llega a recibir tratamiento psicológico, mientras que en los países menos desarrollados se describen tasas de acceso de hasta una por cada veintisiete personas afectadas (Thornicroft, Chatterji, Evans-Lacko *et al.*, 2017). Aquellas variables de accesibilidad de las que sí informa nuestro estudio (tabla 4) se refieren a la accesibilidad de los usuarios a la consulta y a los diversos tipos de intervención propias de la PC una vez que han sido derivados a dispositivos de Salud Mental. La mayoría de los/as FEA-PC (89'16%) atiende primeras consultas (ítem 5), lo que supone que no se exige a los usuarios pasar el filtro de una primera evaluación psiquiátrica. El ítem 6 muestra que la accesibilidad de dichos usuarios en cuanto a poder comunicarse con el FEA-PC entre citas solo es alta (75'90%) si se hace de forma indirecta, es decir filtrada por otro profesional; y es entre baja y media (de 15'66 a 46'99%) para la comunicación directa. En relación con la accesibilidad a los diversos tipos de intervenciones propias de la PC una vez en consulta de un/a FEA-PC (ítem 7), es alta para la mayor parte de estas intervenciones (del 67'47 a 95'18%), pero media o baja para la evaluación mediante pruebas complementarias de psicodiagnóstico más costosas.

En cuanto a la dimensión *prevención*, el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de Ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (BOJA nº 53, de 17/03/2008), establece que la prevención es uno de los objetivos de estos servicios (artículos 2 y 12). Sin embargo, menos de un 30% de los encuestados realizan de forma regular y programada actividades específicas de prevención en sus dispositivos (tabla 5, ítem 3), lo que supone que dicho objetivo se estaría cumpliendo de forma insuficiente.

La *coordinación asistencial* es la dimensión donde los resultados (tabla 5), siendo mejorables, pueden considerarse más satisfactorios. Esto puede verse como un logro importante teniendo en cuenta que la coordinación asistencial se ha convertido en una prioridad, especialmente para los pacientes crónicos, y se contempla como estrategia para alcanzar la continuidad asistencial, reducir los costes y mejorar la calidad de la atención (Vargas Lorenzo y Vázquez Navarrete, 2007).

Los resultados vuelven a ser preocupantes al ocuparnos de la dimensión de *seguridad* (tabla 6, ítem 35). Hasta un 54% de las/os FEA-PC que trabajan en el segundo nivel asistencial consideran que los plazos que han de esperar los pacientes para ser atendidos en sus consultas exceden tanto lo razonable que condicionan de forma moderada o grave su evolución, lo que consideramos un dato alarmante.

El ítem 39 es el que resume la valoración global que los/as FEA-PC hacen de la CA en sus dispositivos. Las respuestas a este ítem ponen de manifiesto que esta valo-

ración está muy mediada por la variable *nivel asistencial*: mientras que en el segundo nivel asistencial solo un 30% valora esta calidad como suficiente o buena, hasta dos terceras partes (66'66%) de los que trabajan en el tercer nivel la consideran entre suficiente y excelente.

Aunque todos los agentes implicados en el sistema sanitario público (usuarios, profesionales e instituciones sanitarias) estamos llamados a implicarnos en la mejora de esta situación, es necesario tener presente que la investigación en CA señala que el peso mayor para la determinación de la CA corresponde a las decisiones de organización y gestión desde las instituciones (O'Donohue *et al.*, 1998).

### Conclusiones

- El estado de la CA de la PC en el SAS, según la valoración que hacen las/os FEA-PC, es deficiente en términos generales.
- Esta deficiencia es más evidente en las dimensiones de *prevención, idoneidad de las intervenciones de evaluación y tratamiento* (intensidad de los tratamientos y disponibilidad de recursos materiales para la evaluación) y *seguridad*.
- Y especialmente preocupante en cuanto a la situación en los dispositivos del 2º nivel asistencial.
- Los resultados que, siendo mejorables, pueden considerarse más positivos se han obtenido para la dimensión *accesibilidad*, referida exclusivamente a la accesibilidad a las consultas e intervenciones de PC entre los usuarios previamente derivados a los dispositivos especializados de Salud Mental (lo que no es generalizable a la accesibilidad de la población general), y la dimensión *coordinación asistencial*.

### Recomendaciones

Entre las muchas recomendaciones que pueden derivarse de los resultados obtenidos, las más importantes son:

- Aumentar la ratio nº de FEA-PC/100.000 habitantes, especialmente en el segundo nivel asistencial, para reducir el riesgo que entraña para los usuarios la intensidad deficiente con que se realizan los tratamientos psicológicos.
- Establecer estándares en cuanto a la carga de trabajo que pueden asumir los/as FEA-PC en los diferentes niveles asistenciales y dispositivos.
- Establecer un sistema de medición de indicadores de CA (Wright *et al.*, 2020) que permita valorar de manera continuada y fluida su estado actual. Y hacer accesibles estos sistemas de información a los/as FEA-PC, para una planificación más eficiente de su agenda asistencial.
- Aumentar las intervenciones preventivas.

### Referencias

- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2017). [Unidades de Gestión Clínica. Manual de estándares](#). Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud.
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2019). [Centros de Atención Sanitaria Sin Internamiento. Manual de estándares](#). Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud y Familias.
- Barrasa Villar, J.I., Enríquez Martín, N., Abad Díez, J.M., Valderrama Rodríguez, M., Pérez Pérez, A., Revilla López, C. y Esupiñán Romero, F.R. (2013). [La Calidad de la Atención Sanitaria. Indicadores de Efectividad Clínica](#). Sociedad Española de Calidad Asistencial.
- Bonin, L. (2018). Quality Improvement in Health Care: The Role of Psychologists and Psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(3), 278-294 [DOI: 10.1007/s10880-018-9542-2].
- Branley, A. y Byrne, M. (2012). [How Many Psychologists do we Need?](#) *The Irish Psychologist*, 38(5), 136-138.
- Broadbudd, E. (2018). [Las perspectivas de los trabajadores sobre la accesibilidad a los recursos públicos para el tratamiento de depresión y ansiedad en la actualidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires: Estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo](#). *Independent Study Project (ISP) Collection*, 2949.
- Comisión de Psicoterapia de los Servicios Extrahospitalarios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental del Servicio Vasco de Salud (1995). La psicoterapia en la institución pública. *European Forum for All Psychiatric Trainees. General Description and Status*.
- Confederación Salud Mental España. (2020). [Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental 2019](#). Confederación Salud Mental España.
- Defensor del Pueblo (2020). [Atención Psicológica en el Sistema Nacional de Salud](#). Oficina del Defensor del Pueblo de España.
- Dowd, H., Sarma, K. y Byrne, M. (2011). [A profile of psychologists' workload in Ireland](#). *Clinical Psychology Forum*, 223, 42-46.
- Erekson, D.M., Lambert, M.J. y Eggett, D.L. (2015). [The Relationship Between Session Frequency and Psychotherapy Outcome in a Naturalistic Setting](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1097-1107 [DOI: 10.1037/a0039774].
- Hermann, R.C., Chan, J.A., Provost, S.E. y Chiu, W.T. (2006). [Statistical Benchmarks for Process Measures of Quality of Care for Mental and Substance Use Disorders](#). *Psychiatric Services*, 57(10), 1461-1467 [DOI: 10.1176/ps.2006.57.10.1461].
- Hermann, R.C., Leff, H.S., Palmer, R.H., Yang, D., Teller, T., Provost, S., Jakubiak, C. y Chan, J. (2000). [Quality Measures for Mental Health Care: Results from a National](#)

- [Inventory](#). *Medical Care Research and Review*, 57(2), 136-154 [DOI: 10.1177/1077558700057002S08].
- Hermann, R.C., Mattke, S., Somekh, D., Silfverhielm, H., Goldner, E., Glover, G., Pirkis, J., Mainz, J. y Chan, J.A. (2006). [Quality indicators for international benchmarking of mental health care](#). *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1), 31-38 [DOI: 10.1093/intqhc/mzl025].
- Jiménez Estévez, J.F. (2011). [El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial: Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España](#). *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(4, 112), 735-751 [DOI: 10.4321/s0211-57352011000400011].
- Jiménez Estévez, J.F. (Ed.), Pérez Tausía, D., García López, A., Arias García, P., García Soriano, M., Pradana Carrión, M., Hardisson Duque, M., Vallina Fernández, O., Vargas, M. L., Penedo Cobo, C., García Ibáñez, J., Garnica de Cos, E., García Nieto, A., Márquez Gallego, F., Morales Zamorano, J., Lozano Semitiel, M. J., Munárriz Ferrándiz, M., Moreno Küstner, B. y Villegas, F. (2011). [Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas \(Cuadernos Técnicos. 15\)](#). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ministerio de Presidencia del Gobierno (1998). [RD 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula la obtención del título de especialista en Psicología Clínica](#). *BOE* 288, de 2 de diciembre, 39538-39542.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2018). [Informe en relación en el expediente del Defensor del Pueblo nº 18005657, sobre diversos aspectos relativos a la atención psicológica que presta actualmente el Sistema Nacional de Salud](#). Madrid: Ministerio de Sanidad.
- NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group (2002). [Clinical Psychology Workforce Planning Report](#). Edimburgo: NHS Education for Scotland
- Observatorio del SNS (2007). Capítulo 3. La calidad asistencial en la Unión Europea. En [Informe Anual de Sistema Nacional de Salud 2005](#). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- O'Donohue, W., Graczyk, P.A. y Yeater, E.A. (1998). Quality control and the practice of clinical psychology. *Applied & Preventive Psychology*, 7(3), 181-187 [DOI: 10.1016/S0962-1849(05)80020-4].
- Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña (2008). [Plan director de salud mental y adicciones. La psicoterapia en la red pública de salud mental y adicciones](#). Barcelona: Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios, Departamento de Salud.
- Redacción de InfoCOP (2021). [La escasez de psicólogos especialistas en el SNS y las largas listas de espera: un problema en España, según un informe](#). *InfoCOP Online*.
- Robinson, L., Delgado, J. y Kellett, S. (2020). [The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review](#). *Psychotherapy Research*, 30(1), 79-96 [DOI: 10.1080/10503307.2019.1566676].
- Sartori, R.M. (2018). [Avaliação multimodal de habilidades sociais de estagiários de psicologia clínica e suas relações com a qualidade dos atendimentos \(Tesis doctoral\)](#). San Carlos, Brasil: Universidad de San Carlos.
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Navarro-Mateu, F., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres de Galvis, Y. y Kessler, R.C. (2017). [Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries](#). *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119-124 [DOI: 10.1192/bjp.bp.116.188078].
- Vargas Lorenzo, I. y Vázquez Navarrete, M.L. (2007). [Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña](#). *Gaceta Sanitaria*, 21(2), 114-123 [DOI: 10.1157/13101037].
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S. y Wells, J.E. (2007). [Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys](#). *Lancet*, 370(9590), 841-850 [DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61414-7].
- Wright, C.V., Goodheart, C., Bard, D., Bobbitt, B.L., Butt, Z., Lysell, K., McKay, D. y Stephens, K. (2020). Promoting measurement-based care and quality measure development: The APA mental and behavioral health registry initiative. *Psychological Services*, 17(3), 262-270 [DOI: 10.1037/ser0000347].

## Anexo

# ***Encuesta sobre la Calidad Asistencial valorada por Especialistas en Psicología Clínica en el SSPA***

La encuesta que podrás ver a continuación ha sido elaborada por el Grupo de Trabajo en Calidad Asistencial de la Sociedad de Especialistas en Psicología Clínica del Servicio Sanitario Público de Andalucía, SEPCA, con la finalidad de evaluar variables de calidad asistencial de las prestaciones de esta especialidad en el contexto de nuestro sistema sanitario público hasta febrero de 2020, antes de que comenzara la reciente pandemia por la COVID19.

Cuando este estudio fue planteado, la actual situación de pandemia aún no había comenzado. Por eso, inicialmente, estaba orientado a recoger datos sobre la situación “presente”. El confinamiento impuesto por la pandemia, sin embargo, ha alterado por completo la manera en que los dispositivos de Salud Mental están prestando sus servicios desde mediados de marzo de 2020. Por eso la situación presente no es representativa del modo en que los especialistas en Psicología Clínica del SAS hemos venido trabajando hasta hace poco, y ha sido necesario delimitar la recogida de datos al período de tiempo anterior, es decir, hasta febrero de 2020.

El conjunto de variables evaluadas en esta encuesta no integra, ni puede hacerlo, la totalidad de variables de calidad asistencial en salud mental; hay otras variables que solo pueden ser medidas a partir de los datos aportados por los usuarios o por los órganos de gestión de las instituciones sanitarias y que, en consecuencia, requieren otros métodos de investigación diferentes.

Disponer de estos datos es básico para poder plantear estrategias para mejorar la calidad de la salud mental pública en Andalucía, y más concretamente la calidad de las prestaciones de Psicología Clínica en el SSPA. Por ello es tan importante tu participación, que te agradecemos de antemano. Responder a esta encuesta puede durar unos 20 minutos aproximadamente. Tus respuestas se tratarán de forma totalmente confidencial y conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales 3/2018. Para poder garantizar la autenticidad de las respuestas y evitar la duplicación de datos se te solicitará al principio tu DNI. También se solicita consignar el tipo de dispositivo en que se trabaja actualmente para poder agregar los datos de dispositivos con características similares (por ejemplo, 2º o 3º nivel asistencial, dispositivos de hospitalización o ambulatorios, etc.). Pero en ningún momento esta información se utilizará para identificar a los encuestados o los dispositivos concretos en que trabajan, y todas tus respuestas serán analizadas e informadas solo de forma agregada. La información obtenida únicamente se utilizará para los fines específicos del estudio. Por favor, responde a las preguntas del cuestionario del modo más preciso posible, partiendo siempre de tu propia experiencia profesional en tu dispositivo actual (no en tu UGC en general ni basándote en tu experiencia en dispositivos en los que hayas trabajado anteriormente). Y recuerda que todos los ítems están referidos a las circunstancias en que venías desempeñando tus funciones como especialista en Psicología Clínica hasta febrero de 2020, un mes antes de que empezaran los cambios impuestos por la pandemia.

Muchas gracias por participar.

Grupo de Trabajo en Calidad Asistencial de la SEPCA

1. DNI. Por favor, escriba el número de su documento nacional de identidad.

2. ¿En qué tipo de dispositivo trabaja usted?

\* Responda siempre ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento de la población por la COVID19 en nuestro país.

- Unidad de Salud Mental Comunitaria, USMC
- Unidad de Hospitalización de Salud Mental, UHSM
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, USMIJ

- Unidad de Rehabilitación de Salud Mental, URSM
- Hospital de Día de Salud Mental, HDSM
- Comunidad Terapéutica de Salud Mental, CTSM
- Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones, CTA
- Unidad de Atención Infantil Temprana, UAIT
- Equipo de Referencia en Salud para la Atención Integral a Mujeres en Situación de Violencia de Género

3. ¿Participa usted regularmente en actividades de prevención organizadas por su dispositivo o UGC de Salud Mental?

Este ítem se refiere a programas específicos de prevención

dirigidos a grupos concretos de población. Valen, por un lado, las actividades de promoción de la salud mental para población no vulnerable (prevención primaria), como, por ejemplo, programas de entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva en grupos de escolares o adolescentes, en colaboración con un instituto de ESO o los servicios sociales comunitarios. Y valen también las actividades destinadas a proteger la salud mental de grupos de población de riesgo (prevención secundaria), como los programas dirigidos a familiares de pacientes con trastorno mental grave. No se tendrán en cuenta, por tanto, para responder a este ítem las tareas asistenciales ordinarias (evaluación y tratamiento psicológicos) que puedan realizarse para casos concretos.

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí.
- No.

4. En el caso de que haya contestado “Sí” en el ítem anterior, por favor, describa brevemente en qué consisten dichas actividades.

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

5. ¿Atiende usted primeras consultas?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí, de forma programada y rutinaria.
- Sí, pero solo excepcionalmente.
- No.

6. ¿Pueden los pacientes y demás usuarios de su consulta comunicarse con usted durante los períodos entre citas?

Seleccione las opciones que se den regularmente, no de forma excepcional, en su caso.

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí, por teléfono, indirectamente, a través de otros profesionales intermediarios (administrativo, auxiliar de Enfermería, etc.) que filtran las llamadas.
- Sí, por teléfono, llamando directamente a su consulta.
- Sí, por medios digitales (correo electrónico, aplicaciones de mensajería instantánea como WhatsApp).
- Sí, acudiendo en persona sin cita programada.
- Sí, a través de uno o varios de los medios anteriores, pero la sobrecarga de trabajo diario impide atender

normalmente todos los avisos o llamadas que se reciben. Solo se atienden los de los casos más graves.

- No, los pacientes no pueden comunicarse con usted entre citas.

7. Seleccione, de entre la siguiente relación de actividades asistenciales presenciales, todas aquellas que usted realiza regularmente (con independencia de su frecuencia) en su trabajo diario:

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Primeras consultas.
- Evaluación mediante pruebas complementarias de psicodiagnóstico: uso de pruebas de autoinforme (cuestionarios, inventarios).
- Evaluación mediante pruebas complementarias de psicodiagnóstico: aplicación de test estandarizados.
- Evaluación mediante pruebas complementarias de psicodiagnóstico: aplicación reglada de protocolos de observación para la evaluación de problemas específicos.
- Evaluación mediante pruebas complementarias de psicodiagnóstico: aplicación reglada de entrevistas estructuradas, o semi-estructuradas.
- Entrevistas de seguimiento y psicoterapia de orientación y apoyo.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia familiar.
- Psicoterapia grupal.
- Atención en consulta urgente (intervención en crisis).

8. Las primeras consultas de su dispositivo, ¿cómo se asignan a facultativos de Psicología Clínica o de Psiquiatría?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- De forma aleatoria.
- Atendiendo a criterios establecidos.
- No se asignan primeras consultas a los facultativos de Psicología Clínica.

9. En el caso de que en el ítem anterior (8) haya seleccionado la respuesta “Atendiendo a criterios establecidos” escriba, por favor, cuáles son esos criterios.

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

10. ¿Se le asignan a usted continuidades asistenciales?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el

confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí.
- No.

11. ¿Cómo se asignan las continuidades asistenciales entre facultativos de Psicología Clínica y Psiquiatría en su dispositivo?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- No se asignan continuidades asistenciales a ningún facultativo, ni de Psicología Clínica ni de Psiquiatría.
- Solo se asignan continuidades asistenciales a facultativos de Psiquiatría.
- Solo se asignan continuidades asistenciales a facultativos de Psicología Clínica.
- Se asignan continuidades asistenciales por igual a facultativos de Psicología Clínica y de Psiquiatría: un mismo número de continuidades asistenciales por facultativo, con independencia de su especialidad.
- Se asignan continuidades asistenciales tanto a facultativos de Psicología Clínica como de Psiquiatría, pero siguiendo criterios de diferenciación entre ambas especialidades.

12. En el caso de que haya elegido la última opción de respuesta en el ítem anterior (“... siguiendo criterios de diferenciación entre ambas especialidades”), escriba, por favor, cuáles son dichos criterios.

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

13. ¿Puede realizar usted, si un paciente a su cargo lo precisa, informes para ingreso en la unidad de hospitalización de salud mental (UHSM) de su unidad de gestión clínica (UGC)?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí.
- No.

14. ¿Dispone usted de talonario de prescripción de traslados en ambulancia?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí.
- No.

15. ¿Cuántos casos, en activo, tiene asignados actualmente como facultativo responsable o referente?

Si no conoce el dato exacto, por favor, realice una estimación lo más aproximada posible a partir del número de pacientes que atiende, como facultativo referente, cada semana y multiplicando esa cifra por el número de semanas que tarda en volver a citar a la mayor parte de los pacientes. Escriba su respuesta en forma de cifra numérica. Si en su dispositivo los facultativos de Psicología Clínica no desempeñan el cargo de facultativo responsable o referente, escriba “0”.

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

16. ¿En cuántos casos interviene usted actualmente como facultativo (incluyendo tanto los casos que tiene asignados como facultativo referente como aquellos cuyo referente es otro facultativo)?

Si no conoce el dato exacto, por favor, realice una estimación lo más aproximada posible a partir del número de pacientes que atiende cada semana y multiplicando esa cifra por el número de semanas que tarda en volver a citar a la mayor parte de los pacientes. Escriba su respuesta en forma de cifra numérica.

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

17. ¿Cuántos casos atiende generalmente al mes mediante intervención psicológica individual?

Si no conoce el dato exacto, por favor, realice una estimación lo más aproximada posible. Escriba su respuesta en forma de cifra numérica. Incluir en el recuento tanto los casos atendidos de forma programada como no programada (citas urgentes o preferentes), y tanto las intervenciones de evaluación como las de tratamiento. Incluir también aquellos casos que han sido programados pero a los que los usuarios no acuden. Se considerarán también entrevistas individuales aquellas intervenciones en las que participe puntualmente algún familiar pero en el contexto de un proceso de evaluación o tratamiento psicológicos principalmente individuales. No incluir los casos atendidos para intervenciones no asistenciales —por ejemplo, intervenciones de tipo administrativo u organizacionales, tales como dar citas, resolver dudas sobre citas, entregar informes, aclarar dudas puntuales, etc. Si no realiza intervenciones individuales, escriba “0”.

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

18. Atendiendo a su carga asistencial actual, ¿con qué regularidad o periodicidad puede usted citar a la mayor parte de los usuarios a los que atiende mediante tratamiento psicológico individual?

Por favor, estime este tiempo de la forma más precisa posible y escríbalo en número de semanas. Si no realiza intervenciones psicológicas individuales, escriba "0".

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

19. Atendiendo a su carga asistencial actual, ¿qué duración media puede tener la mayor parte de las sesiones de tratamiento psicológico individual que usted realiza?

Por favor, estime este tiempo de la forma más precisa posible y escríbalo en número de minutos. Si no realiza intervenciones psicológicas individuales, escriba "0".

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

20. ¿Cuántos casos atiende generalmente al mes mediante intervención psicológica grupal?

Si no conoce el dato exacto, por favor, realice una estimación lo más aproximada posible. Escriba su respuesta en forma de cifra numérica. La respuesta ha de aludir a la suma de pacientes, no al número de actividades grupales. En el caso de grupos de familiares, es decir grupos en los que participan los pacientes acompañados de algún familiar, y también en el de grupos en que solo participen los familiares sin el paciente identificado, se contará solo al paciente identificado, con historia clínica, para el que se registra dicha intervención. Si no realiza intervenciones psicológicas grupales, escriba "0".

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

21. Atendiendo a su carga asistencial actual, ¿con qué regularidad o periodicidad puede usted citar a la mayor parte de los usuarios a los que atiende mediante intervenciones psicológicas grupales?

Por favor, estime este tiempo de la forma más precisa posible y escríbalo en número de semanas. Si no realiza intervenciones psicológicas grupales, escriba "0".

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

22. Atendiendo a su carga asistencial actual, ¿qué duración media puede tener la mayor parte de las sesiones de

tratamiento psicológico grupal que usted realiza?

Por favor, estime este tiempo de la forma más precisa posible y escríbalo en número de minutos. Si no realiza intervenciones psicológicas grupales, escriba "0".

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

23. ¿Cuántos casos atiende generalmente al mes mediante intervención psicológica familiar?

Si no conoce el dato exacto, por favor, realice una estimación lo más aproximada posible. Escriba su respuesta en forma de cifra numérica. La respuesta ha de aludir al número de pacientes identificados, es decir, con historia clínica, para el que se registra dicha intervención, no al número de usuarios familiares atendidos. Si no realiza intervenciones psicológicas familiares, escriba "0".

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

24. Atendiendo a su carga asistencial actual, ¿con qué regularidad o periodicidad puede usted citar a la mayor parte de los usuarios a los que atiende mediante tratamiento psicológico familiar?

Por favor, estime este tiempo de la forma más precisa posible y escríbalo en número de semanas. Si no realiza intervenciones psicológicas familiares, escriba "0".

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

25. Atendiendo a su carga asistencial actual, ¿qué duración media puede tener la mayor parte de las sesiones de tratamiento psicológico familiar que usted realiza?

Por favor, estime este tiempo de la forma más precisa posible y escríbalo en número de minutos. Si no realiza intervenciones psicológicas familiares, escriba "0".

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

26. ¿Dispone usted en su dispositivo del material necesario para realizar evaluaciones complementarias de psicodiagnóstico?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

Sí, la UGC suele suministrar el material original y actualizado de psicodiagnóstico necesario cuando se solicita.

- Sí, pero solo de una parte del que suelo necesitar. No siempre me proveen del material que solicito, o tardan demasiado tiempo en facilitármelo.
- Sí, pero solo el que yo mismo proveo por mis propios medios: principalmente pruebas de autoinforme que pueden descargarse de internet y fotocopiar, no test originales; o los test originales de los que dispongo están desfasados y no se actualizan.
- No. No se me suministra ese material a pesar de que lo he solicitado formalmente.
- No, pero tampoco he llegado a solicitarlo nunca formalmente.

27. ¿Tiene usted acceso a bases de datos que le permitan conocer el número de casos que atiende y sus datos descriptivos y diagnósticos, de manera que pueda planificar sus actividades asistenciales de acuerdo con su población de referencia y cupo asignado?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí, a través de acceso directo informático a dichas bases de datos.
- Sí, de forma indirecta: la Dirección de mi UGC de Salud Mental me facilita esta información regularmente o si lo solicito por mi iniciativa.
- Sí, de forma indirecta: a través de informes que me facilitan periódicamente mis superiores.
- No.

28. ¿Se reserva en su dispositivo tiempo en la agenda diaria para las tareas asistenciales no presenciales (redacción de la historia clínica, redacción de informes, corrección e interpretación de pruebas complementarias psicométricas, elaboración de los planes integrales de tratamiento, etc.)?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí, se contempla en la agenda y el tiempo asignado es el necesario.
- Sí, se contempla en la agenda, pero no de un modo realista: se asigna mucho menos tiempo para estas actividades del que realmente se necesita.
- No. Este tipo de actividades no se tienen en cuenta en la agenda: se realizan dentro del tiempo asignado para la cita de cada caso, o en el tiempo asignado a pacientes que no acuden.

29. ¿Se realiza en su dispositivo alguna forma de evaluación sistemática de los resultados de sus intervenciones, bien por su propia iniciativa, bien por iniciativa de las direcciones de su dispositivo o su UGC? Seleccione todas las opciones que se den en su caso.

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí, mediante encuestas de satisfacción de los usuarios.
- Sí, mediante medidas psicométricas de variables clínicas.
- Sí, mediante medidas psicométricas de bienestar emocional o psíquico.
- No, no se realiza ningún tipo de evaluación sistemática de resultados.
- Otras:

30. ¿Realiza usted de forma regular tareas de investigación integradas en la actividad de su dispositivo o su UGC?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí.
- Participo en un equipo de investigación perteneciente a mi UGC, pero tengo que hacerlo en mi tiempo libre.
- No. Aunque sí participo en tareas de investigación, las realizo de forma individual o participando en un equipo de investigación externo a mi UGC, y en mi tiempo libre.
- No. No realizo tareas de investigación regularmente.
- Otras:

31. ¿Se programan en la agenda de su dispositivo de forma periódica actividades de formación continuada, tales como sesiones clínicas, seminarios, etc.?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí, de forma programada y regular.
- Sí, pero de forma no programada, solo ocasionalmente.
- No.

32. ¿Ha realizado usted en los dos últimos años actividades de formación continuada externas al SSPA (cursos, seminarios, másteres, supervisión en consultas o centros de formación privados, etc.), por su propia iniciativa y asumiendo usted mismo los costes?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí.
- No.

33. ¿Se ha seguido en su dispositivo algún protocolo para maximizar la seguridad de sus usuarios y la suya propia como profesional?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí, y este protocolo es aplicado o supervisado de forma general por el departamento correspondiente del centro donde se ubica el dispositivo.

- Sí, por mi propia iniciativa, para mi propia consulta (por ejemplo, cuidando la disposición del mobiliario para evitar accidentes o poder salir fácilmente en caso de agresión, etc.), sin participación de mi centro o dispositivo de trabajo.
- No.

34. ¿Existe algún protocolo en su dispositivo para detectar y minimizar los posibles efectos adversos de los tratamientos psicológicos que se practican en él?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí.
- No.
- Aún no, pero se está consensuando/elaborando uno actualmente para su implantación en el dispositivo.

35. Partiendo de sus conocimientos y experiencia clínica, ¿considera que los plazos que ha de esperar la mayor parte de los pacientes para ser atendidos por usted (en primera consulta o en consultas sucesivas) son tan prolongados como para suponer un riesgo para la evolución de dichos pacientes o sus familiares?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- No, los plazos de espera son en general razonables y seguros.
- Sí, los plazos exceden levemente lo razonable, y pueden suponer un riesgo leve para la evolución de algunos pacientes y/o sus familiares.
- Sí, los plazos exceden tanto lo razonable que condicionan de forma moderada o grave la evolución de algunos pacientes y/o sus familiares.

36. ¿Se realizan en su dispositivo actividades de coordinación interna, es decir, entre los profesionales que integran el equipo del dispositivo?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí, de forma programada y regular.
- Sí, pero solo ocasionalmente.
- No.

37. ¿Se realizan en su dispositivo actividades de coordinación externa, es decir, con profesionales de otros dispositivos de la misma u otra especialidad sanitaria (Atención Primaria, Neurología, Oncología, Pediatría, etc.), o de instituciones no sanitarias (servicios sociales, equipos de orientación educativa, etc.)?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí, de forma programada y regular.
- Sí, pero solo ocasionalmente.
- No.

38. ¿Participa o ha participado usted alguna vez en las comisiones de su UGC de Salud Mental, de su hospital de referencia o del Programa de Salud Mental?

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Sí.
- No.

39. Partiendo de los recursos (de tiempo, materiales, etc.) que su UGC pone a su disposición para el desempeño de sus funciones como facultativo especialista de área de Psicología Clínica, la valoración que usted hace de la calidad asistencial que puede ofrecer a los pacientes y demás usuarios que atiende es:

\* Recuerde que ha responder a todos los ítems ateniéndose a su situación hasta febrero de 2020, antes de iniciarse el confinamiento por la pandemia en nuestro país.

- Excelente
- Buena
- Suficiente
- Insuficiente
- Muy deficiente
- Buena para grupos específicos de pacientes a los que se da prioridad por su gravedad, pero deficiente para otros grupos de pacientes.