



Actualización de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud

Coordinadores:

Juan Carlos Duro Martínez
Isabel Cuéllar Flores

Edita

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
Cuesta de San Vicente, 4 - 28008 Madrid
www.copmadrid.org

ISBN: 978-84-128508-5-7

DEPÓSITO LEGAL: M-7299-2025

DOI: <https://doi.org/10.5093/copm2025g1>

Diseño

Gráficas Nitral, S.L.
C/ Arroyo Bueno 2 - 2ºC - 28021 Madrid
www.nitral.es

Este documento recoge las ponencias, comunicaciones y contribuciones presentadas en la Jornada "Actualización de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud" celebrada el pasado 23 de octubre de 2024 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, organizada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid.

El Colegio ha actuado únicamente como entidad editora, limitándose exclusivamente a la recopilación y maquetación de los textos. Las opiniones, datos, y hechos consignados en cada capítulo de esta publicación, son de responsabilidad de sus autores.

Las personas autoras son responsables del cumplimiento de la normativa vigente en materia de propiedad intelectual, así como de la exactitud de las fuentes y referencias utilizadas en sus textos.



Obra publicada bajo una licencia de Creative Commons CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)



Actualización de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud

ÍNDICE

1. Presentación	7
<i>Juan Carlos Duro Martínez e Isabel Cuéllar-Flores</i>	
2. Historia de la Especialidad de la Psicología Clínica en la Comunidad de Madrid	9
<i>Juan Carlos Duro Martínez y Pedro Rodríguez Sánchez</i>	
3. La Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental para personas adultas y menores.....	21
<i>Lucía Fernández Garzón y Vanesa Apellániz Martínez</i>	
4. La Psicología Clínica en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid	39
<i>Blanca Vázquez Mezquita, Francisco Javier Barreiro Lucas, Mercedes de Juan Arranz, Kenia Navarro Gallardo, Mar Gutiérrez Vivas y Paloma Acevedo D'Olhaberriague</i>	
5. La Psicología Clínica en Adicciones en la Comunidad de Madrid	59
<i>Ángeles Sánchez García, Sara Gallardo Gómez, Gonzalo Talamanca Sánchez, Sara Solera Mena y Carlos Javier Benito de Benito</i>	
6. La Psicología Clínica en Emergencias Sanitarias: el SUMMA 112	77
<i>Edurne Crespo Llanos y Marta Álvarez Calderón</i>	
7. La Psicología Clínica en los Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización Breve y Unidades de Trastornos de Personalidad para personas adultas y menores	85
<i>Manuel Broco Barredo, María Muñoz Parra, Alicia María Sancho Salinas, Laura Carballeira Carrera, Carmen Fernández de Henestrosa Serrano, Gonzalo González Viéitez, Diana Hernando Manrique, Luís Daniel Placer García y Laura Broco Villahoz</i>	
8. La Psicología Clínica en los Programas de Interconsulta y enlace hospitalario en personas adultas y menores en la Comunidad de Madrid	99
<i>Mónica Jiménez Giménez y Sergio Revenga Montejano</i>	
9. La Psicología Clínica en las Unidades Hospitalarias para el Tratamiento del trastorno mental grave y crónico en la Comunidad de Madrid	117
<i>Juan Jesús Muñoz García, Sergio Bilbao Sanz, Esperanza López Marcos, Amparo Núñez Beltrán, José Ángel Rodrigo Manzano y María del Carmen Sánchez Carnero</i>	
10. La Psicología Clínica en los Cuidados Paliativos para personas adultas y menores	141
<i>Miriam Patricia Félix Alcántara, Noelia González Páez, Juan Carlos Duro Martínez e Isabel Cuéllar-Flores</i>	
11. La Psicología Clínica en los recursos de la Comunidad de Madrid para los trastornos de la conducta alimentaria	159
<i>Pilar Vilariño Besteiro, Laura Broco Villahoz, Juan Jesús Muñoz García, Belén López Moya y Silvia Yáñez López</i>	

12. Neuropsicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud	179
<i>Mª Jesús Maldonado Belmonte y Fernando Robles Bermejo</i>	
13. La Psicología Clínica en otros dispositivos especíicos y unidades de referencia	185
<i>Susana Sanz Sebastián, Nuria Asenjo Araque, María Jesús Lucio Pérez, Leticia Camarillo Gutiérrez, Laura López Moreno y Ana García García</i>	
14. Desafíos de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud: perspectiva de los profesionales	203
<i>Lucía Fernández Garzón, Isabel Cuéllar-Flores y Manuel Velao Valerio</i>	
15. Análisis de situación y propuestas de mejora para la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud	221
<i>Juan Carlos Duro Martínez e Isabel Cuéllar-Flores</i>	
16. Anexo 1: Psicólogos/as Especialistas en Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud	239
17. Anexo 2: Psicólogos/as No Especialistas en el Servicio Madrileño de Salud .	257





Presentación

***Juan Carlos Duro Martínez
Isabel Cuéllar Flores***

El documento actual es el resultado del trabajo elaborado por 11 grupos de profesionales de la Psicología Clínica del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en el que han participado un total de 48 psicólogos/as clínicos/as.

Parte de los datos que se presentan en este documento fueron expuestos el 23 de octubre de 2024 en la Jornada de Actualización de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud celebradas, organizada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA) de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

A lo largo de los distintos capítulos se describe la historia de la profesión de Psicología Clínica en la Comunidad de Madrid, los recursos actuales en los diferentes ámbitos y dispositivos, las funciones de la Psicología Clínica, los retos actuales y las propuestas de mejora, a juicio de sus autores y autoras.

Se recoge pues la actualización de la Psicología Clínica en centros de gestión directa, indirecta y concertados del SERMAS tanto en los dispositivos de carácter comunitario como hospitalario incluidos en el sistema sanitario (Emergencias, Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Red de Salud Mental y Adicciones).

Para finalizar, el presente documento incluye un capítulo sobre desafíos actuales de la Psicología Clínica desde las perspectivas de los profesionales y otro con propuestas de mejora a partir del análisis de la situación actual.

En los anexos 1 y 2 se incluyen tablas que resumen que recapitulan los datos de profesionales identificados a lo largo de los capítulos.

Este trabajo tiene la finalidad de realizar una foto sobre la profesión en el SERMAS y la Red de Salud Mental y Adicciones. Se pretende, por tanto, proporcionar datos y estimaciones que puedan orientar la planificación de recursos y la toma de decisiones. Pero, además, mantiene la intención de reflexionar sobre ¿de dónde venimos y a dónde queremos ir como profesión? Reconocerlos es imprescindible para seguir contribuyendo a la mejora del bienestar y la salud mental de los ciudadanos y ciudadanas de nuestra región. Confiamos en que entre todos y todas podamos vislumbrar con trabajo, ética, vocación y evidencia el camino a recorrer.



Historia de la Especialidad de la Psicología Clínica en la Comunidad de Madrid

Juan Carlos Duro Martínez

PhD. Psicólogo Clínico. Jubilado. Ex Responsable de Formación Continuada de Salud Mental. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones del Servicio Madrileño de Salud

Pedro Rodríguez Sánchez

Psicólogo Clínico. Jubilado. Ex Jefe del CSM de Ciudad Lineal del Servicio Madrileño de Salud. Miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (2014-2023)

2.1. Introducción

Este artículo está basado en el video presentado en el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid con motivo del 25 aniversario de la Especialidad de Psicología Clínica el 10 de abril de 2024.

Más allá de su aprobación legal como Especialidad sanitaria en 1998, la reivindicación de la necesidad de la Psicología Clínica, especialmente en la sanidad pública, ha estado presente, cuando menos, desde los inicios de la institucionalización de la Psicología como profesión, hace más de 50 años (Duro Martínez et al., 2001).

2.2. Los inicios

Los jóvenes estudiantes, y primeros licenciados (los estudios de Psicología se implantan en la Universidad Complutense en el curso 1968-69 dentro de la licenciatura de Filosofía y Letras, que se estructuraba en dos cursos comunes y tres de especialización en Psicología), antifranquistas con inquietudes profesionales, fueron los responsables de unir las reivindicaciones políticas (democracia) y sociales (derecho a la salud) con la necesidad de una organización profesional que diera identidad a una nueva disciplina y profesión.

En Madrid estos licenciados de las primeras promociones crearon y desarrollaron la Sección de Psicología del Colegio de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras en 1973 con el apoyo crítico de los estudiantes (Hernández Gordillo, 2001).

Franco murió en la cama el 20-N de 1975, se legalizaron los partidos políticos en 1977 y, ese mismo año, se celebraron las primeras elecciones, iniciándose así la transición democrática.

En ese contexto se escribía en dosieres, se explicaba en mesas redondas y encierros y se gritaba en manifestaciones: 'NO ES UN LUJO, ES UNA NECESIDAD' (la Psicología en la Sanidad pública).

Todo era tan nuevo que hasta al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social se les 'coló' una singular convocatoria de 6 Psicólogos Residentes de Programas Especiales para Hospitales de Madrid con una duración de dos años, prorrogados otros dos, lo que constituyó el antecedente más lejano de lo que sería posteriormente el programa PIR (Pedreira, 2001).

Evidentemente esta convocatoria no tuvo continuidad ninguna.

Por otra parte, reconocidos académicos de la Psiquiatría más tradicional presentan un Proyecto de Escuelas de Psicología Clínica para Médicos, de manera que los médicos se 'convirtieran' en psicólogos clínicos, pero ¡claro!, no al revés (Duro Martínez, 1979; Segura, 1979).

Las movilizaciones de estudiantes, asociaciones profesionales y ciudadanas consiguieron parar tal despropósito (Sección de Psicólogos del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Madrid, octubre 1979, p. 5 - 6).

2.3. Los antecedentes

En 1980 parte de los promotores de la Sección de Psicología lideraron la Junta provisional de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos de España, cuya creación oficial fue en diciembre de 1979.

Finalizada la transición democrática las reivindicaciones se transformaron en apoyo a los cambios institucionales propiciados por los distintos gobiernos municipales (PSOE y PCE) y por el Gobierno central (PSOE). A destacar la influencia de la organización colegial en la puesta en marcha de novedosas experiencias de salud comunitaria (Centros Municipales de Promoción de la Salud) con relevante inclusión cuantitativa y cualitativa de profesionales de la Psicología (Duro Martínez, 2001).

También tuvo importante protagonismo el Colegio en el proceso de Reforma Psiquiátrica, con la vicedecana estatal formando parte de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica (Espino, 2005) y potenciando, junto a la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la creación y puesta en marcha del programa PIR en distintas Autonomías (Angosto, 1990; Colegio Oficial de Psicólogos, 1990).

Igualmente, el Colegio apoyó, con algunos matices críticos, la Ley General de Sanidad que, en 1986, incluyó la Salud Mental como prestación universal pública.

En 1986 Papeles del Colegio publica dos A Fondo sobre Salud Mental, en los que se dan cuenta de la puesta en marcha de diferentes Programas PIR Autonómicos: Andalucía (López Álvarez, 1990), Asturias (Aparicio, 1990), Castilla y León (De Santiago-Juárez y Sáez, 1990), Galicia (Márquez, 1990), Madrid y Navarra (Pérez Montoto, 1990) y mientras que se constituye el grupo de expertos para la elaboración del programa PIR estatal coordinado por Begoña Olabarría y Alejandro Torres (Comité de Expertos del Colegio Oficial de Psicólogos, 1990) como continuación del grupo que se había organizado desde la Delegación de Madrid un par de años antes (Ballesteros et al., 1986).

En esta década se produce una importante incorporación de profesionales de la Psicología en las nuevas instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid (Unidades del Síndrome Tóxico, Unidades de Salud Mental del Insalud, Centros de Promoción de la Salud, Centros de Salud Mental Comunitaria, Centros de Orientación Familiar y Centros de Atención a Drogodependencias) (Duro, 2015). Serán, en gran medida, los futuros Psicólogos Especialistas en Psicología clínica por la vía de la homologación.

2.4. La puesta en marcha

Comienza la década de los 90 con el compromiso claro y contundente del Colegio de Psicólogos a favor del programa PIR expresado en un editorial de Papeles del Psicólogo (Hernández Gordillo, 1990).

Y en el II Congreso del Colegio se organizan varios Simposia sobre Psicología clínica.

En 1990 siendo Jefe de Salud Mental Luis Prieto y Miguel Carrasco, jefe del Servicio de Formación, se forma la Comisión Regional de seguimiento que comienza a dar forma al programa PIR para la Comunidad de Madrid (Garde, 1990) ya reivindicado por Pedro Pérez desde el Colegio de Psicólogos en la década anterior (1983).

Así, se convocan cuatro becas para el Programa de Formación Especializada en Psicología Clínica en lo que se denominaría el PIR Autonómico que ya había comenzado en varias Comunidades Autónomas a mediados de la década anterior.

Simultáneamente en 1991, desde el Colegio de Psicólogos Estatal se crea una Comisión de Valoración del programa PIR que avalará/sancionará los programas PIR de las autonomías que los han puesto en marcha.

En 1993 con Teresa Suárez como Jefa del Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, todavía con gobierno socialista, estas becas se transforman en seis contratos en prácticas en la Consejería de Salud de Madrid. A ella le queda el mérito de haber sido la única responsable de salud mental de la Comunidad de Madrid que, en 1994, hizo una convocatoria de plazas de Jefe de Distrito a la que podían presentarse profesionales de Psiquiatría y de Psicología. El psicólogo Pedro Rodríguez, será el nuevo Jefe de Distrito de Ciudad Lineal.

En 1993 cambia la Junta Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos de España y con las experiencias autonómicas ya validadas, el Ministerio de Sanidad constituyó una Comisión de Expertos y se animó a realizar una convocatoria estatal en la que se convocaron 52 plazas. En Madrid se acreditan 12 Unidades Docentes de Psiquiatría y Salud Mental que ofertan 8 plazas de PIR adscritas al Hospital Gregorio Marañón, aunque la formación se hará rotando por la red de salud mental.

La etapa de mayoría socialista en gran parte de las Administraciones del Estado toca a su fin con el triunfo del Partido Popular tanto en la Comunidad de Madrid con Alberto Ruiz Gallardón en 1995 como a nivel nacional con José M^a Aznar en 1996.

Ese mismo año el Ministerio de Sanidad aprueba el Programa de formación de Especialistas en Psicología clínica de 3 años de duración, elaborado por la Comisión Promotora de la Especialidad de Psicología clínica, que se convertirá en la 1º Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica presidida por Begoña Olabarría, representante de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (Olabarría y Anxo-García, 2011).

En 1997 los nuevos especialistas surgidos del Programa PIR fundan la Asociación Nacional de Psicólogos Internos y Residentes (ANPIR) y en el 2022 se crea la Sociedad Madrileña de Psicología Clínica (SMPC-ANPIR) adscrita a la Sociedad Española de Psicología Clínica (SEPC-ANPIR).

Al año siguiente, 1998 ¡por fin!, se crea y regula el Título Oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

En la primera convocatoria para 1999, ya con la Especialidad creada, se convocan 67 plazas para toda España y 9 plazas para Madrid.

El camino para la consolidación no ha sido fácil, ya que, sin tener todavía un año de vida, hubo un aluvión de recursos principalmente por parte del Consejo General de los Colegios de Médicos y de las asociaciones de psiquiatras conservadores como la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, oponiéndose a que el estatus y competencias del Especialista en Psicología clínica fueran autónomas y diferenciadas de las de los psiquiatras.

El comienzo del nuevo siglo se presentaba incierto y con nubarrones.

Tras tres años de tramitación, el Tribunal Supremo rechazó dichos recursos dando definitivamente carta de naturaleza legal a la Especialidad (Sentencia del Tribunal Supremo, 2002; Berdullas y Duro Martínez, 2003).

En 2002 se regula el proceso de homologación para la obtención del Título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica mediante el cual obtienen el título de Especialista los profesionales anteriores a la promulgación oficial del título. Este proceso de homologación, no exento de una fuerte polémica entre la Comisión Nacional de la Especialidad y el Colegio Oficial de Psicólogos de España (Duro, 2004), se cerró definitivamente en 2010 con la homologación de 7145 Especialistas en Psicología clínica que habrían obtenido el título de Especialista por las disposiciones transitorias contempladas en el Real Decreto (Duro Martínez, 2019; 2021).

En estos comienzos del siglo XXI se producen las últimas transferencias del Insalud a las Comunidades Autónomas con lo que todos los recursos sanitarios pasan a ser gestionados por los gobiernos autonómicos.

En 2003 se aprueba la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) sin la inclusión de la Psicología en el ámbito de Ciencias de la Salud, aunque sí con el reconocimiento expreso de la Psicología Clínica como profesión sanitaria en la legislación española (Ley 44/2003), lo que generó una fuerte controversia entre los profesionales y académicos del mundo de la Psicología. En 2004 el número extraordinario de Infocop Los psicólogos somos profesionales sanitarios, presenta una exhaustiva crónica y amplia panorámica de este conflicto (Duro y Martínez Loné, 2004).

Es el tiempo de Esperanza Aguirre como Presidenta de la Comunidad de Madrid y de sus consejeros de Sanidad más cercanos a los modelos privatizadores que a la potenciación de la Sanidad Pública.

A juicio de las voces más críticas se produce una disminución de la calidad de las prestaciones por la situación de crisis y recortes generales, de externalización de la gestión de hospitales públicos a empresas privadas y por la integración en el modo de funcionamiento hospitalario, resintiéndose así el modelo de salud mental comunitaria (AEN, 2014).

En el año 2004 se constituye la 2ª Comisión Nacional de la Especialidad en Psicología Clínica presidida por la catedrática valenciana Amparo Belloch representante de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

Con el Gobierno del socialista José Luis Rodríguez Zapatero, que gana las elecciones días después del terrible atentado yihadista del 11 de marzo, se aprueba el título de especialista en Ciencias de la Salud por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud entre las que ya definitivamente se encuentra la Especialidad de Psicología clínica (Real Decreto 183/2008).

Es en este período, cuando en el 2006 se aprueba, por parte del Ministerio de Sanidad, la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en el que se incluye el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, con lo que se sancionaba la presencia de los profesionales de Psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1030/2006).

Además, se crean las Unidades Docentes Multiprofesionales que acogen a las especialidades que inciden en campos asistenciales afines (psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental), se formaliza la figura del tutor que propondrá la guía o itinerario formativo tipo de la Especialidad y se establece el libro del residente como herramienta para la evaluación anual y final.

Finalmente, el 2 de junio de 2009, con el gobierno del PSOE, se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica que cambia a 4 años y amplia sus contenidos (Orden SAS/1620/2009).

2.5. El estancamiento

La segunda década del nuevo siglo no ha sido la mejor para el desarrollo de la especialidad. Fue con el gobierno de Mariano Rajoy en España y con los de Ignacio González y Cristina Cifuentes en la Comunidad de Madrid.

Continuando con la política de desmantelamiento de los servicios públicos en 2009 se aprueba la Ley de libre elección en la Sanidad Madrileña y, al año siguiente, se promulga el Decreto de Área Única que elimina las Áreas sanitarias.

Las plazas PIR aumentaban a cuentagotas cuando no se estancaban. En 2010 en España se ofertaron 131 plazas, 22 de ellas en Madrid y nueve años más tarde se ofertaron 141 plazas, 26 de ellas en Madrid, es decir que del año 2010 al 2015 en Madrid sólo se ofertan 4 nuevas plazas PIR y del año 2015 al 2019 en Madrid no se ofertan nuevas plazas PIR (Duro Martínez, 2016).

Pero los profesionales seguían insistiendo y así la Sección de Psicología clínica del Colegio de Psicólogos de Madrid organizó unas Jornadas bajo el título de Presente y futuro de la Psicología clínica en el sistema sanitario público madrileño en las que se concluye que sería conveniente estudiar la viabilidad de la creación de Servicios o Unidades de Psicología clínica con autonomía respecto al servicio de Psiquiatría (Pérez Salmón, 2012).

En este contexto político el Colegio de Psicólogos de Madrid encargó en 2012 un Estudio sobre La Psicología clínica en la Sanidad pública de la Comunidad de Madrid con una parte cuantitativa que culminará en un Mapa de la situación de la Psicología clínica en Madrid (Duro Martínez, 2014) y una parte cualitativa sobre la perspectiva de los profesionales.

En dicho estudio se concluye que los profesionales especialistas tienen en ese momento una identidad poco asentada, fragmentada y frágil, con riesgos para su consolidación, aunque la formación PIR y la salida de especialistas que se han formado durante cuatro años, igual que los MIRES de Psiquiatría, comienza a crear una identidad profesional más discriminada entre profesionales de la Psiquiatría y profesionales de la Psicología clínica.

Respecto a la formación PIR resaltan como luces su duración de 4 años, que es amplia y heterogénea, y que está basada en rotaciones por dispositivos variados, lo que permite una visión global del contexto sanitario. Como sombras destacan que es escaso el número de plazas convocadas, la calidad desigual, dependiendo del centro por donde rotan, el no cumplimiento del programa docente en su totalidad, el voluntarismo y poco reconocimiento de las funciones docentes y la falta de organización para una formación más centralizada (Duro Martínez, 2013).

2.6. La Actualidad

En los últimos años con la novedad de unos gobiernos de coalición en el Estado (PSOE y Podemos, ahora Sumar) y con una mayoría del Partido Popular en la Comunidad de Madrid presidida por Isabel Díaz Ayuso, siendo Mercedes Navío Acosta la Responsable de la Oficina

Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, se abren nuevas perspectivas de avance.

En los últimos 5 años, se han incrementado en 106 las plazas en toda España y en Madrid en 15 plazas, más del doble de las aumentadas en los 20 años anteriores. Para este año son 247 las plazas convocadas para toda España y 41 en Madrid.

Igualmente, con ocasión de los Planes Estratégicos de Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, 2018 y 2023) y, también, a causa de la pandemia del Covid (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, 2020), se han incrementado sustancialmente las plazas de profesionales de Psicología clínica en los dispositivos de salud mental, con la novedosa incorporación de esos profesionales en Atención Primaria (Comunidad de Madrid, 2018) y en los Servicios de Urgencia del SUMMA 112.

Actualmente en los centros del Servicio Madrileño de Salud, a fecha 31 de mayo de 2024, hay 380 profesionales de Psicología clínica, lo que supone una ratio de poco más de 5 profesionales por cien mil habitantes.

La 3ª Comisión Nacional de la Especialidad presidida por José López Santiago sigue pensando en nuevos desarrollos y planteamientos. Una reivindicación actual cuyo horizonte puede no estar muy lejano es la creación de una nueva Especialidad de Psicología clínica de la Infancia y Adolescencia (Cuéllar-Flores et al., 2019; Cuéllar-Flores et al., 2022), de nuevas Áreas de Capacitación Específica y, quizás a medio plazo, incluso de nuevas Especialidades como Neuropsicología y Psicooncología.

Igualmente hace poco más de dos años, por parte de la División de Psicología clínica y de la Salud del Consejo General de la Psicología de España se organizaron unas Jornadas para dar más resonancia a la reivindicación de creación de Servicios de Psicología Clínica independientes en el Sistema Nacional de Salud (Pérez Salmón, 2019) que ya han comenzado a crearse en algunos hospitales de nuestra geografía (Infocop, 26 de julio de 2023).

En casi todas las Unidades Docentes Multiprofesionales de la Comunidad de Madrid hay ya protocolizados itinerarios formativos escritos para los más de 150 PIRs que hacen la Especialidad en 2024 y todos cuentan con experimentados tutores especialistas en Psicología Clínica.

En el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid el Grupo de trabajo de la Psicología Clínica en la Sanidad Pública, sigue produciendo informes y haciendo propuestas para el crecimiento de la Psicología clínica en el sistema sanitario público madrileño (Cuellar-Flores et al., 2022).

La nueva ministra de Sanidad, Mónica García, reunida en enero de 2024 con el Consejo General de la Psicología de España, ha anunciado que tiene intención de duplicar las plazas de formación PIR a lo largo de los cuatro años de legislatura, lo que se traduciría en un total de 494 plazas, aunque quedaría en manos de las comunidades autónomas que las nuevas plazas PIR se materialicen (Redacción Médica, 2024).

Con este incremento nos acercaríamos a la recomendada ratio de 18 profesionales de la Psicología clínica por cien mil habitantes en el sistema sanitario público (Fernández-García, X, 2021).

Bibliografía

- Alcaraz, M. (2024, 1 de febrero). El aumento de plazas PIR, en manos de la capacidad formativa autonómica. *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/el-aumento-de-plazas-pir-en-manos-de-la-capacidad-formativa-autonomica-3125>
- Angosto, T. (1990, febrero). El Sistema PIR como Especialidad en Psicología Clínica (Reflexiones). *Papeles del Psicólogo*, 43. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=434>
- Aparicio, V. (1990, febrero). PIR: La Experiencia en Asturias (1983-1989). *Papeles del Psicólogo*, 43. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=436>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría - AEN. (2014, 18 de septiembre). *Informe de la Asociación Madrileña de Salud Mental sobre la Atención de Salud Mental en Madrid*. <https://amsm.es/2014/09/18/informe-de-la-amsm-sobre-la-atencion-de-salud-mental-en-madrid-septiembre-2014/>
- Ballesteros, P., Carballo, S. y Duro Martínez, J. C. (1986, junio). A Fondo: Salud Mental. *Papeles del Psicólogo*, (26). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=272>
- Berdullas, M. y Duro Martínez, J. C. (2003, enero). Recursos desestimados, Especialidad reconocida. *INFOCOP. Suplemento Informativo de Papeles del Psicólogo*, (84). <http://www.cop.es/infocop/vernumeroCOP.asp?id=1060>
- Colegio Oficial de Psicólogos (1990, febrero). Documento suscrito por el Colegio Oficial de Psicólogos y la Asociación Española de Neuropsiquiatría acerca de la formación de especialistas en psicología. *Papeles del Psicólogo*, (43). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=443>
- Comité de Expertos del Colegio Oficial de Psicólogos (1990, febrero). La Formación como Especialista en Psicología Clínica y el Sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, (43). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=442>
- Comunidad de Madrid (2018, 12 de abril). *Los psicólogos incorporados en los centros de salud comienzan a prestar atención*. <https://www.comunidad.madrid/noticias/2018/04/12/psicologos-incorporados-centros-salud-comienzan-prestar-atencion>
- Cuéllar-Flores, I., Duro Martínez, J. C., Padilla, D., Izquierdo, A., Martínez, A. y López Soler, C. (2022) Psicología Clínica infanto-juvenil en el Sistema Nacional de Salud: datos, insuficiencias y horizontes para mejorar. *Clínica Contemporánea*, 13(2), Artículo e12. <https://doi.org/10.5093/cc2022a10>
- Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Ferreira González, M., Maldonado Belmonte, M.J., Vázquez Rivera, S., De la Vega Rodríguez, I., Félix Alcántara, M. P y Antequera Iglesias, J. (2022). *Planificación del crecimiento de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud: una propuesta razonada*. Colegio Oficial de Psicología de Madrid. <https://doi.org/10.5093/copm.infopsicosermas>
- Cuéllar-Flores, I. C., Izquierdo, A. y Padilla, D. (2019). Mapa sobre la Psicología Clínica Infanto-Juvenil. ¿Una nueva especialidad sanitaria? *Clínica Contemporánea*, 10, Artículo e13. <https://doi.org/10.5093/cc2019a10>

De Santiago-Juárez, J. A. y Saez A. M. (1990, febrero). El Programa PIR: Experiencia en Castilla y León P *Papeles del Psicólogo*, (43). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=437>

Diversas entidades y asociaciones apoyaron nuestras reivindicaciones. (1979, octubre). *Boletín de la Sección de Psicólogos del Colegio de Doctores y Licenciados de Madrid*, octubre 1979. <https://historiadelcolegio.copmadrid.org/es/publicacion/bolet%C3%ADn-de-la-secci%C3%B3n-profesional-de-psic%C3%B3logos-del-ilustre-colegio-oficial-de-4>

Duro Martínez, J. C. (1979, enero). Algunas reflexiones sobre el intento de creación de una Escuela de Psicología para licenciados en Medicina. *Boletín de la Sección de Psicólogos del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Madrid*, enero 1979. <https://historiadelcolegio.copmadrid.org/es/publicacion/bolet%C3%ADn-de-la-secci%C3%B3n-profesional-de-psic%C3%B3logos-del-ilustre-colegio-oficial-de-11>

Duro Martínez, J. C. (2001). Psicología y salud comunitaria durante la transición democrática. *Clínica y Salud*, 12(Núm. Extraordinario), 5-175. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/98f13708210194c475687be6106a3b84>

Duro Martínez, J. C. (2004). Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica: Críticas y Apoyos *Infocop*, (Núm. Extraordinario), 65-73. <http://www.cop.es/extrainfocop/comisionespecialidad.pdf>

Duro Martínez, J. C. (2013). *Estudio sobre la Psicología Clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid. La Perspectiva de los profesionales*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/psicologia-clinica-en-la-sanidad-publica-en-madrid-556eba634e883.pdf

Duro Martínez, J. C. (2014, octubre). Actualizando el Mapa de la Psicología Clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid. *Guía del Psicólogo*, (351), 3-8. https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/gp201410.pdf

Duro Martínez, J. C. (2015). *Psicología y Reforma sanitaria en la década de los 80*. [Monografía]. Colegio de Psicólogos de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/psicologia-y-reforma-sanitaria-en-la-decada-de-los-80>

Duro Martínez, J. C. (2016). La Psicología Clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid: la insuficiente consolidación de una profesión sanitaria. *Clínica y Salud*, 27(2), 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.001>

Duro Martínez, J. C. (2019, 24 de septiembre). ¿Cuántas/os Psicólogas/os Generales Sanitarias/ os hay en España? *Blog de Psicología del Colegio de Psicólogos de Madrid*. <https://blogpsicologia.copmadrid.org/cuantas-os-psicologas-os-generales-sanitarias-os-hay-en-espana/>

Duro Martínez, J. C. (2021). ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en Psicología Clínica trabajan en el Sistema Nacional de Salud español? *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 42(2), 81-93. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2955>

Duro Martínez, J. C. y Martínez Loné, P. (2004). Los psicólogos somos profesionales sanitarios. *Infocop*, (Núm. Extraordinario), 13-26. <http://www.cop.es/extrainfocop/cronologia.pdf>

- Espino, A. (Cord.) (2005). Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En *La Atención a la Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social* (Anexo I, pp. 154-206). Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha, Consejería de Sanidad, Agencia de Calidad del SNS y Ministerio de Sanidad y Consumo. https://www.sanidad.gob.es/va///organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ops_c_est15.pdf.pdf
- Fernández-García, X. (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>
- Ferreira González, M., Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L. y Félix Alcántara, M. P (2023, junio). A Fondo: Análisis de la situación actual de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud y perspectivas de futuro. *Guía de la Psicología*, (444), 3-4. https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/guia-de-la-psicologia-2023-vol-jun-n-444-649de8f7d2fea.pdf
- Garde, R. (1990, febrero). Comunidad Autónoma de Madrid. Apoyo y Colaboración de la Consejería de Salud al Proyecto PIR. *Papeles del Psicólogo*, (43). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=439>
- Hernández Gordillo, A. (1990, febrero). Un objetivo irrenunciable: la formación de psicólogos clínicos mediante un sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, (43). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=428>
- Hernández Gordillo, A. (2001). Prólogo. *Clínica y Salud*, 12(Número Extraordinario), 7-12. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/98f13708210194c475687be6106a3b84>
- Infocop (2023, 26 de julio). Dos hospitales cuentan ya con servicio propio de Psicología Clínica. <https://www.infocop.es/dos-hospitales-cuentan-ya-con-servicio-propio-de-psicologia-clinica/?highlight>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado (España), 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499consolidado.pdf>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado* (España), 280, de 22 de noviembre de 2003. <https://www.boe.es/2003/11/21/44/con>
- López Álvarez, M. (1990, febrero). El Programa de Formación Postgrada en Psicólogos para la atención a la salud mental en Andalucía. *Papeles del Psicólogo*, (43). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=435>
- Márquez, I. (1990, febrero). Programa PIR en Galicia. *Papeles del Psicólogo*, (43). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=438>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones-ORCSMyA (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones - ORCSMyA. (2020). *Plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental en la crisis por COVID-19 2020*. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050142.pdf>

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones - ORCSMyA. (2023). *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 (PSMyA2022-2024)*. Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>

Olabarría, B. y Anxo-García, M. (2011). Acerca del proceso de construcción de la psicología clínica en España como especialidad sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 223-245. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10363>

Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado* (España), 146 de 17 de junio. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-10107

Orden SND/948/2021, de 8 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2021 para el acceso en el año 2022, a plazas de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, (España), 218 de 11 de septiembre de 2021. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-14809

Pedreira, J. L. (2001). Nota informativa sobre la monografía profesional Psicología y salud comunitaria durante la transición democrática *Clínica y Salud*, 12(3), 429-432. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/>

Pérez García, P. (1983, junio). Programas de formación para postgraduados. *Papeles del Psicólogo*, (9). <https://psychologistpapers.org/abstract?pii=112>

Pérez Montoto, J. (1990, febrero). La Salud Mental en Navarra. *Papeles del Psicólogo*, (43). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=440>

Pérez Salmón, C. (2012). Jornadas. Presente y futuro de la Psicología Clínica en la red sanitaria pública madrileña: Resumen y Conclusiones. *Clínica Contemporánea*, 3(1), 109-117. <https://www.revistaclinicaccontemporanea.org/archivos/cc2012v3n1a11.pdf>

Pérez Salmón, C. (2019). Entrevista a Pedro Rodríguez Sánchez. [Monográfico: Salud Mental Comunitaria y Psicología]. *Clínica Contemporánea*, 10(1) [Video]. <https://www.revistaclinicaccontemporanea.org/art/20190329112935669000#contenido>

Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado* (España), 288 de 2 de diciembre de 1998. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1998/11/20/2490>

Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, que establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disposición nº 16212, 32650. *Boletín Oficial del Estado* (España), 222 de 16 de septiembre. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado* (España), 45 de 21 de febrero. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-3176>

Sentencia del Tribunal Supremo sobre el recurso contencioso administrativo 48/1999, contra el Real Decreto Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. 7 Octubre de 2002. <https://vlex.es/vid/rd-20-1998-15306140>

Segura, M. (1979, enero). Institutos de Psicología Clínica. *Boletín de la Sección de Psicólogos del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Madrid*. <https://historiadelcolegio.copmadrid.org/es/publicacion/bolet%C3%ADn-de-la-secci%C3%B3n-profesional-de-psic%C3%B3logos-del-ilustre-colegio-oficial-de-11>

Travieso, D., Rosa, A. y Duro Martínez, J. C. (2001, noviembre). Los comienzos de la institucionalización profesional de la psicología en Madrid. *Papeles del Psicólogo*, (80), 14-30. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=870>



La Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental para personas adultas y menores

Lucía Fernández Garzón (Coordinadora)

Psicóloga Clínica. Programa de adultos,
Centro de Salud Mental Vallecas Villa

Vanesa Apellániz Martínez

Psicóloga Clínica. Programa infanto-juvenil.
Centro de Salud Mental de Getafe

Integrantes del grupo de trabajo

Sociedad Madrileña de Psicología Clínica -SMPC

3.1. Introducción

En la red de salud mental, la atención comunitaria de las personas y su equipo asistencial de referencia se encuentra en el Centro de Salud Mental (CSM), desde donde se articula la atención con los recursos implicados de la red, de acuerdo a las necesidades individualizadas de cada paciente (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones -ORCSMyA, 2022).

Los CSM, basados en el modelo comunitario, son dispositivos ambulatorios de atención especializada e integral a personas con problemas de salud mental. Constituyen el primer nivel de atención especializada tras derivación desde Atención Primaria (AP), y son el eje central de la asistencia y coordinación para pacientes con trastornos mentales. Poseen un carácter multidisciplinar y desarrollan sus funciones en coordinación con otros recursos sanitarios, sociales, de rehabilitación y comunitarios, garantizando la continuidad asistencial y de cuidados con el resto de los recursos de la red de salud mental. Los y las psicólogas clínicas (PEPC) se integran en estos equipos multidisciplinares desde su creación.

3.1.1. Historia de los Centros de Salud Mental en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Los CSM surgieron y se desarrollaron a partir del modelo comunitario de la atención a la salud mental que se estableció en los años 80 en el Sistema Nacional de Salud a través del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y La Ley General de Sanidad en 1986.

Gracias a la reforma psiquiátrica se pasa de una concepción biologicista y manicomial de los problemas de salud mental, a una visión psicológica y social en la comprensión y abordaje del sufrimiento psíquico, creándose un sistema de atención a la salud mental en red basado en la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales en el ámbito comunitario, en vez de en el hospitalario, con una perspectiva de recuperación y rehabilitación. Desde este paradigma el eje vertebrador de toda la asistencia a la salud mental son los CSM del distrito. Como antecedente existían los Centros Municipales de Promoción de la Salud que ya realizaban actividades de salud mental llevadas a cabo por psicólogos y psiquiatras. (Duro Martínez, 2015).

Desde su creación, los CSM incluían en sus equipos multidisciplinares a psicólogos/as. Ya el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica señalaba entre sus recomendaciones la contratación de otros profesionales necesarios en el equipo especializado de salud mental como psicólogos. Además, se reconoce al Psicólogo especialista en Psicología Clínica como integrante del equipo de salud mental y se propone la creación de su formación sanitaria especializada lo que posibilitó alcanzar el estatuto de especialista que hoy día tenemos. (Duro Martínez, 2015).

El crecimiento de los/las PEPC en los CSM de atención a personas adultas ha sido irregular en estos más de 30 años en la Comunidad de Madrid. Ha habido períodos de contrataciones y otros de congelación de la oferta de plazas, incluso de pérdida de plazas ya consolidadas. En un estudio realizado por Duro Martínez en 2013 una de las mayores preocupaciones de los PEPC era la ralentización en la creación de puestos de trabajo y pérdida de algunos conseguidos ya anteriormente. El Plan estratégico de salud mental 2022 - 2024 refleja con datos estas mismas preocupaciones. En el año 2000 había una ratio de PEPC por cada 100.000 habitantes entre

CSM y Hospitales de Día de 2,70. En 2008 de 3,10, en 2016 de 3,00 y en 2021 3,91, mostrando el retroceso entre 2008 y 2016. Se dan en estos años dos emergencias sanitarias, los atentados del 11 de marzo en 2003 y la pandemia por COVID19 en 2020 que ponen de manifiesto, no sólo la necesidad urgente de intervención psicológica con algunas de las personas afectadas, y que supondrá un aumento en las contrataciones de PEPC en los CSM, sino también la alta incidencia de problemas de salud mental en la población y la necesidad de atención adecuada a través de la accesibilidad a tratamientos psicológicos públicos.

En cuanto al papel de la Psicología Clínica en los equipos de salud mental, ha ido desarrollándose y consolidándose. Durante este proceso las competencias de los PEPC han sufrido algunas modificaciones al crearse en 1998 el Título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y en 2003 la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que consagra al psicólogo/a como especialista, es decir, como facultativo con el mismo nivel de autonomía, responsabilidad y capacidad en la toma de decisiones que el resto de las especialidades sanitarias médicas, incluida psiquiatría. En los CSM esto se traduce en la plena autonomía del PEPC para la recepción de pacientes con cualquier problema de salud mental derivados de Atención Primaria (AP) u otras especialidades médicas, y la responsabilidad en todo el proceso asistencial, así como competencias en coordinación, organización y gestión. Si bien, estas últimas casi no han llegado a implementarse.

El desarrollo de los programas de salud mental infanto-juvenil de los CSM, tiene especificidades propias. Desde la promulgación de la ley General de Sanidad (1986), la atención especializada viene definida por programas longitudinales y transversales. Entre los programas longitudinales se encuentran los programas de salud mental infanto-juveniles. En su composición inicial estos programas se caracterizaron en la Comunidad de Madrid (CM) por su precario desarrollo con una insuficiente dotación de profesionales, composición incompleta de los equipos multidisciplinares y con gran parte de los profesionales con dedicación parcial. Según algunas estimaciones, en los primeros años de estos programas, los PEPC infanto-juveniles ni siquiera llegaban a un tercio de los de adultos, calculando un número de 57 PEPC en la CM, de los cuales 25 tenían dedicación parcial (Escudero et al., 1996). La casi totalidad de estos profesionales estaban en atención ambulatoria dada la inexistente implantación de recursos de hospitalización infanto-juvenil.

Es importante destacar que, en la composición inicial de los programas infanto-juveniles, el número de PEPC era, como se ha mencionado, 57, mientras que el número de psiquiatras era 28, siendo, por tanto, más del doble el de psicólogos/as clínicos/as. Esto obedecía a la convicción de que la atención de menores debía basarse en enfoques prioritariamente psicoterapéuticos y con especial cuidado en el abordaje únicamente farmacológico (Olabarria, 1997). El/la PEPC, por tanto, tenía un papel de gran relevancia en el ámbito de la atención a niños, niñas y adolescentes.

En los siguientes años el crecimiento de las plantillas ha sido muy lento, habiendo en la CM en 2016, 57 PEPC trabajando con menores en atención ambulatoria (Duro Martínez, 2016). En 20 años se habría dado un incremento nulo de PEPC en el ámbito infanto-juvenil, creando esto un panorama desolador. Respecto al papel prioritario del PEPC infanto-juvenil por la especificidad de su formación, este papel de relevancia se ha ido diluyendo, incrementándose notablemente las intervenciones farmacológicas y aumentando, por tanto, el número de psiquiatras, igualando las ratios o incluso invirtiéndose en algunos equipos. Esto se ve acentuado por la reciente creación de la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

La pandemia por COVID-19 supuso un incremento en la incidencia y gravedad de los problemas de salud mental infanto-juveniles (Cuellar, Duro Martínez et al., 2022) lo que ha llevado en los últimos años a una mayor atención a esta población en el último Plan Estratégico de Salud Mental de la CM. Esto ha ido acompañado de un incremento de profesionales dedicados a población infanto-juvenil, estimándose en trabajos previos (Cuéllar-Flores, Duro Martínez et al., 2022) que hay en la actualidad en torno a 81 PEPC infanto juveniles, la mayor parte de ellos en atención ambulatoria. A pesar del aumento de los últimos años esta cifra seguiría estando lejos de los ratios recomendadas para cumplir con adecuados estándares de calidad.

3.1.2. Descripción de los Centros de Salud Mental en el SERMAS

La red de salud mental cuenta con 38 CSM en la Comunidad de Madrid, algunos de ellos tienen varios puntos de atención alcanzando así un total de 44 (ORCSMyA, 2022). Hemos sumado a los planteados por el plan de salud mental 2022 – 2024, las consultas externas del Hospital Gómez Ulla por atender de forma ambulatoria los problemas de salud mental, y retirado el CSM de Navalcarnero que ya no está activo. Existen 37 CSM con equipo para población adulta y equipo de atención a población infanto juvenil, 7 CSM dirigidos solo a la atención de población adulta y 1 exclusivo para atención a población infanto juvenil.

Los CSM se adscriben desde 2010 a las gerencias de los hospitales, con su población de referencia en base a Zonas Básicas de Salud de AP.

Los programas infanto-juveniles en la CM, en su mayoría suelen estar ubicados en los CSM, a diferencia de otras Comunidades Autónomas en las que están en Unidades específicas (Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil) o tienen designación propia (Centro de Salud Mental Infanto Juvenil). En algunos CSM existen equipos específicos dedicados a población infanto-juvenil que cuentan con equipos completos interdisciplinares con PEPC con dedicación a tiempo total, enfermeros/as especialistas en salud mental, trabajadores/as sociales (TS), terapeutas ocupacionales (TO) y psiquiatras. Sin embargo, existen CSM en los que los PEPC que atienden a niños, niñas y adolescentes también atienden a personas adultas. En la/las CM todavía existen equipos de infanto-juvenil en los CSM sin todos los profesionales propios del equipo multidisciplinar.

3.1.3. Tipo de profesionales de los Centros de Salud Mental en el SERMAS

Los CSM tienen una orientación bio-psico-social de los problemas de salud mental y están basados en el modelo de atención comunitaria. Esto supone el trabajo integrado en equipos multidisciplinares compuestos por: PEPC, psiquiatras, TS, enfermeras/os especialistas y TO en infanto-juvenil. Al equipo clínico se le añaden administrativos, personal de limpieza y seguridad del centro.

Orgánicamente tanto los equipos de adultos como de infanto-juvenil en la CM dependen de un jefe/a de sección que suele ser un psiquiatra de adultos. Es decir, que el responsable de la atención psicológica especializada es de otra especialidad sanitaria diferente, constituyendo

esto una anomalía organizativa que solo ocurre con la especialidad de Psicología Clínica. El jefe de sección suele ser el responsable también de los programas infanto-juveniles. En la mayoría de los casos este jefe suele ser un psiquiatra del programa de adultos, por lo que no suele tener formación específica en infanto-juvenil. Este jefe/a de sección depende de un jefe/a de servicio que también es psiquiatra y que está ubicado en el ámbito hospitalario. Existen algunas excepciones en las que los equipos de infanto-juvenil de los CSM cuentan con la figura de un coordinador/a de programa infanto-juvenil, aunque son muchos los equipos que todavía no cuentan con esta necesaria figura.

En la actualidad, en el SERMAS no hay ningún PEPC ocupando alguna jefatura de sección en un CSM. De hecho, a lo largo de los 40 años de historia de los CSM, solamente ha habido un psicólogo clínico ocupando este puesto (Ciudad Lineal). Mientras que en otras Comunidades Autónomas sí los hay.

3.1.4. Tipo de población atendida

En el programa de personas adultas se atienden clínicamente a personas mayores de 18 años con algún trastorno mental recogido en la CIE-10, con prioridad a los pacientes con patologías moderadas y graves. En el caso de las patologías leves, concretamente las ansiosos depresivas, el denominado Trastorno Mental Común (TMC), se atienden las que hayan excedido los recursos terapéuticos de AP. Si bien el tratamiento de elección para el TMC es la terapia psicológica, generalmente el tratamiento ofertado en primer lugar es el médico/psicofarmacológico. La Consejería de Sanidad de la CM intenta paliar esta realidad incluyendo PEPC en los Centros de Atención Primaria. Sin embargo, tan solo hay 21 profesionales por el momento. AP también se encarga de atender los “problemas de la vida cotidiana” (códigos Z), que no cumplen criterios de trastorno mental, y los problemas psicológicos y/o de hábitos de vida relacionados con patologías físicas, sobre todo crónicas y limitantes.

En el caso de infanto-juvenil, la población atendida es menores de todas las edades hasta 18 años con indicadores de un posible trastorno mental o que presenten situaciones clínicas que generan una interferencia en su funcionamiento cotidiano. Los equipos de niños, niñas y adolescentes atienden, por tanto, todos los trastornos mentales incluidos en la CIE-10 para menores de 18 años. No serían indicaciones de Salud Mental infanto-juvenil situaciones de riesgo psicosocial, abusos sexuales o problemas escolares como tales (aunque sí podrían serlo las situaciones clínicas constitutivas de trastorno mental derivadas de dichas problemáticas). Por tanto, los problemas psicosociales o escolares deben atenderse desde sus respectivos ámbitos de actuación (equipos específicos de menores de Servicios Sociales, Centro de Intervención en Abuso Sexual Infantil -CIASI, Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica -EOEP) y solo realizar la derivación a Salud Mental en caso de aparición de síntomas clínicos significativos.

3.1.5. Modo de Acceso de los/las Usuarios/as

Los y las pacientes llegan a los y las PEPC de los CSM derivados fundamentalmente de AP, ya sea a propuesta de su Médico/a de Familia o pediatra, a petición propia o a petición de otro recurso de la red como los Centros de Atención a la Drogodependencia en el caso de adultos o de los

EOEP en el caso de infanto - juvenil. Acceden también desde otros servicios sanitarios como el servicio de urgencias hospitalarias, la unidad de hospitalización o desde otras especialidades médicas como neurología, pediatría, reumatología, ginecología, oncología, cardiológía, cirugía, digestivo, etc. Y por supuesto, a través de las derivaciones internas desde psiquiatría.

3.2. Características de las/os profesionales de la Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental del SERMAS

En relación a las características de los y las PEPC, su ubicación y la organización de su actividad asistencial, hemos venido recogiendo algunos indicadores asistenciales a través de encuestas a PEPC de los CSM. La primera encuesta se lanza a finales de 2021 en el seno de la Plataforma de Psicólogas Clínicas del SERMAS en la que participaron 107 PEPC que trabajaban en CSM (Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Félix-Alcántara et al., 2022) y otras dos a finales de 2022 y 2023 en el seno de la Sociedad Madrileña de Psicología Clínica. En 2022 participaron 106 PEPC y en 2023, un/una representante de cada CSM (36) de adultos e infanto-juvenil.

En la encuesta de 2021 el 90,2% de participantes fueron mujeres y 9,8% eran hombres. En la encuesta de 2022 el 82% eran mujeres y el 18% hombres.

En las encuestas de 2022 y 2023, recogimos que en los CSM de atención a población adulta trabajaban a jornada completa 152 PEPC y 29 a jornada parcial y en los CSM infanto - juvenil, 70 PEPC a jornada completa y 15 a jornada parcial, tal y como queda recogido y desglosado en las Tablas 1 y 2. En total serían 222 PEPC en jornada total y 44 parcial, es decir, 266 PEPC. Teniendo un total de Equivalentes a jornada completa de PEPC de 244.

Tabla 1. Facultativos/as especialistas en Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud (Programa de personas adultas)

	Centro de Salud Mental	PEPC Jornada Completa	PEPC Jornada Parcial
Hospital U Clínico San Carlos	CSM Centro	2	3 (1,5)
	CSM Chamberí	5	1 (0,5)
	CSM Latina Galiana	2	1 (0,5)
	CSM Latina - Las Águilas	3	0
Hospital U Fundación Alcorcón	CSM Alcorcón	4	0
Hospital U Móstoles	CSM Móstoles	5	0
Hospital U de Fuenlabrada	CSM Fuenlabrada	4	0
Instituto Psiquiátrico J Germain	CSM Leganés	6	0
Hospital U de Getafe	CSM Getafe	6	0

	Centro de Salud Mental	PEPC Jornada Completa	PEPC Jornada Parcial
Hospital U Rey Juan Carlos	CSM Rey J.C	3	2 (1)
Hospital U Infanta Cristina	CSM Parla	4	0
Hospital U del Tajo	CSM Aranjuez	2	1 (0,5)
Hospital U Infanta Elena	CSM Valdemoro	2	1 (0,5)
Hospital U Infanta Sofía	CSM Alcobendas	6	0
Hospital U La Paz	CSM Colmenar Viejo	3	0
	CSM Tetuán	4	0
	CSM Fuencarral	4	3 (1,5)
Hospital U Puerta de Hierro	CSM Majadahonda	5	1 (0,5)
Hospital U El Escorial	CSM El Escorial	3	0
Hospital U General de Villalba	CSM Collado Villalba	1	3 (1,5)
Fundación Jiménez Díaz	CSM Moncloa/Arguelles	1	1 (0,5)
	CSM Arganzuela	2	3 (1,5)
Hospital U del Sureste	CSM Arganda del Rey	2	0
	CSM Rivas Vaciamadrid	2	0
Hospital U Gregorio Marañón	CSM Moratalaz/Vicálvaro	6	0
	CSM Retiro	5	0
Hospital U Infanta Leonor	CSM Vallecas Puente	7	0
	CSM Vallecas Villa	6	0
Hospital U Ramón y Cajal	CSM Barajas	2	0
	CSM Ciudad Lineal	5	0
	CSM Hortaleza	4	0
	CSM San Blas	4	0
Hospital U 12 de octubre	CSM Carabanchel	4	1 (0,5)
	CSM Usera (Almendrales)	3	2 (1)
	CSM Villaverde	5	0
Hospital U La Princesa	CSM Chamartín	4	0
	CSM Salamanca	3	1 (0,5)
Hospital U Príncipe de Asturias	CSM Alcalá I, II (Puerta de Madrid)	3	1 (0,5)
	CSM Alcalá III	2	0
Hospital U Torrejón	CSM Torrejón (Las veredillas)	2	0
Hospital U del Henares	CSM Coslada (Jaime Vera)	4	3 (1,5)
Hospital U Gómez Ulla	Consultas externas	2	1 (0,5)
Total PEPC en CSM Adultos		152	29 (14,5)

CSM: Centro de Salud Mental; PEPC: Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica

Tabla 2. Facultativos/as especialistas en Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud (Programa infanto Juvenil)

	Centro de Salud Mental	PEPC Jornada Completa	PEPC Jornada Parcial
Hospital U Clínico San Carlos	CSM Chamberí	5	1 (0,5)
Hospital U Fundación Alcorcón	CSM Alcorcón	1	1 (0,5)
Hospital U Móstoles	CSM Móstoles	2	1 (0,5)
Hospital U de Fuenlabrada	CSM Fuenlabrada	4	0
Instituto Psiquiátrico J Germain	CSM Leganés	4	0
Hospital U de Getafe	CSM Getafe	4	1 (0,5)
Hospital U Rey Juan Carlos	CSM Serv Psiquiatría SM H Rey J.C	0	2 (1)
Hospital U Infanta Cristina	CSM Parla	2	0
Hospital U del Tajo	CSM Aranjuez	0	1 (0,5)
Hospital U Infanta Sofía	CSM Alcobendas	4	0
Hospital U La Paz	CSM Colmenar Viejo	2	0
	CSM Tetuán	2	0
	CSM Fuencarral	3	1 (0,5)
Hospital U Infanta Elena	CSM Valdemoro	1	
Hospital U Puerta de Hierro	CSM Majadahonda	2	1 (0,5)
Hospital U El Escorial	CSM El Escorial	1	0
Hospital U General de Villalba	CSM Collado Villalba	0	2 (1)
Fundación Jiménez Díaz	CSM Moncloa/Arguelles	1	1 (0,5)
Hospital U del Sureste	CSM Arganda del Rey	1	0
	CSM Rivas Vaciamadrid	1	0
Hospital U Gregorio Marañón	CSM Moratalaz/Vicálvaro	2	0
	CSM Retiro	2	0
Hospital U Infanta Leonor	CSM Vallecas Puente	2	0
	CSM Vallecas Villa	2	0
Hospital U Ramón y Cajal	CSM Barajas	1	0
	CSM Ciudad Lineal	2	0
	CSM Hortaleza	2	0
	CSM San Blas	2	0
Hospital U 12 de Octubre	CSM Villaverde	1	0
	CSM Guayaba	5	0
Hospital U La Princesa	CSM Chamartín	2	0
	CSM Salamanca	1	0

	Centro de Salud Mental	PEPC Jornada Completa	PEPC Jornada Parcial
Hospital U Príncipe de Asturias	CSM Alcalá I, II (puerta de Madrid)	2	1 (0,5)
	CSM Alcalá III	1	0
Hospital U Torrejón	CSM Torrejón (Las veredillas)	1	0
Hospital U del Henares	CSM Coslada (Jaime Vera)	1	2 (1)
Hospital U Gómez Ulla	Consultas externas	1	0
Total PEPC en CSM IJ		70	15 (7,5)

CSM: Centro de Salud Mental; PEPC: Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica

En relación con las perspectivas de jubilación, en la encuesta de 2023 preguntamos cuántos profesionales del CSM se jubilarán en los próximos 10 años y los/las PEPC informaron que se preveían 45 jubilaciones de PEPC en los CSM. Aproximadamente un 20% del total de PEPC de CSM.

3.3. Funciones y actividades de las/os profesionales de la Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental del SERMAS

Los profesionales de la Psicología Clínica en los CSM, como en el resto de la red sanitaria, tienen competencias y funciones tanto en el ámbito asistencial, como en el docente, en investigación y en gestión.

3.3.1. Ámbito asistencial

Los y las PEPC se ocupan de la promoción, prevención, detección, evaluación, comprensión, diagnóstico, orientación, plan de actuación y tratamiento de los problemas de salud mental.

El/la PEPC como referente asistencial se encarga de todos los momentos del acto clínico, desde la recepción del caso en el CSM derivado desde AP u otra especialidad médica, realizando la evaluación oportuna que puede requerir una o varias consultas, haciendo la orientación diagnóstica y el tratamiento psicológico, hasta el alta terapéutica cuando esté indicado. También realiza el plan de tratamiento con derivación a otros recursos ya sean sanitarios o sociales, de rehabilitación o comunitarios, o da el alta al paciente si no precisa de intervención.

El objetivo de la primera evaluación es la de alcanzar una hipótesis diagnóstica/clínica que permita concluir la indicación o descarte de intervención psicológica clínica. En algunos casos la evaluación irá acompañada de la valoración psicodiagnóstica utilizando pruebas psicométricas o proyectivas que es una de las funciones específicas de los PC. En algunos CSM se realiza evaluación neuropsicológica.

En 2022, los PEPC encuestados informaban de que la duración de las primeras consultas para adultos era de 45 minutos para el 56% de los PEPC, de 60 minutos para el 33% y de 30

minutos para 11%. En el caso de las primeras consultas de infanto-juvenil, el 83% dispone de 60 minutos, el 10% de 45 minutos y el 7% de 30 minutos.

En cuanto a las sesiones de seguimiento, en el equipo de atención a personas adultas el 64% dispone de 30 minutos, el 34% de 45 minutos y un 2% de menos de 30 minutos. Mientras, en el equipo de infanto-juvenil, el 60% dispone de 45 minutos y el 40% de 30 minutos.

En el caso de indicación de tratamiento psicológico, el/la PEPC lleva a cabo intervenciones terapéuticas de diversa índole en función de la gravedad o características del paciente:

- Sesiones de alta resolución/sesiones de acto único.
- Intervenciones psicoterapéuticas breves y focalizadas.
- Intervenciones en crisis.
- Intervenciones psicoterapéuticas de apoyo y contención.
- Intervenciones psicoterapéuticas de larga evolución en pacientes de alta complejidad.
- Intervenciones psicoterapéuticas grupales.
- Intervenciones psicoterapéuticas familiares y de pareja.
- Intervenciones psicológicas en atención domiciliaria.
- Intervenciones de asesoramiento y counselling.
- Psicoeducación.
- Tratamiento neuropsicológico (algunos CSM).

En 2022, el 69% de PEPC de adultos y el 50% PEPC de población infanto-juvenil realizaban grupos de psicoterapia.

El PEPC también realiza otras funciones asistenciales como la elaboración de informes clínicos, indicación de ingresos o recepción de altas hospitalarias.

Tanto el PEPC de adultos como el PC de infanto-juvenil, participa, y en algunos casos coordina diversos programas del equipo como el Programa de Transición, el Ambulatorio Intensivo, Atención Perinatal, Atención al Trastorno Mental Común, Atención Psicológica al Trauma Psíquico, Atención a Personas con Trastornos de Personalidad, Continuidad de Cuidados y Rehabilitación para pacientes con Trastorno mental grave, Atención al Dolor Crónico, etc.

Coordinación y trabajo en red

Las coordinaciones son una de las tareas más relevantes del PEPC y en general de los CSM para organizar e integrar el trabajo en red de salud mental con los diversos agentes implicados. A continuación, se reflejan algunas de las principales tareas de coordinación que realiza el/la PEPC en los CSM:

En CSM de población adulta:

1. Coordinación con los otros componentes del equipo multidisciplinar.

2. Coordinación con la red de salud mental:

- a. Programa de Salud Mental Infanto Juvenil.
- b. Hospital de Día de Salud Mental y Comunidad Terapéutica para personas con trastornos de personalidad.
- c. Unidad de Hospitalización Breve.
- d. Servicio de Interconsulta y Enlace.
- e. Unidades de hospitalización parcial o completa para trastornos de la conducta alimentaria.
- f. Unidades de media y larga estancia.
- g. Unidades de referencia: Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI), para Personas Sordas (USMS), Equipo de Atención a Enfermos Mentales Sin Hogar (ECASAM), ATIENDE (Violencia de Género), para el Trastorno del Espectro Autista (AMI-TEA; Diagnóstico complejo TEA), Adicciones comportamentales ADCOM, Unidad de Identidad de Género.

3. Coordinación con ámbito sanitario:

- a. Atención Primaria (médicos/as de familia, psicólogos/as clínicos/as)
- b. Atención Especializada (neurología, ginecología, reumatología, cardiología, etc).
- c. Salud Pública (Centros Municipales de Salud Comunitaria)

4. Coordinación con ámbitos no sanitarios:

- a. Red de rehabilitación psicosocial: Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Rehabilitación Laboral, Centro de Día, Equipo de Apoyo Social Comunitario, Casa Verde, etc.
- b. Servicios sociales: Red Violencia de género, Red de familia e infancia: Centro de Atención a la Familia, Centro de Atención a la infancia, etc.
- c. Red comunitaria: mesas de salud del barrio, asociaciones, etc.

En CSM infanto juvenil:

- 1. Coordinación con los otros profesionales del equipo multidisciplinar infanto-juvenil.
- 2. Coordinación con la red de salud mental:
 - a. Hospital de Día infanto-juvenil.
 - b. Unidad de Hospitalización Breve Infanto Juvenil.
 - c. Servicio Interconsulta Infanto-Juvenil (no existente en todas las áreas).
 - d. Programa de salud mental de personas adultas.
 - e. Coordinación AMI-TEA (Hospital de Getafe y Hospital Gregorio Marañón) y Diagnóstico complejo TEA (Hospital Gregorio Marañón).

3. Coordinación con ámbito sanitario:
 - a. Atención Primaria (pediatras).
 - b. Atención Especializada (Pediatría Social, Neurología, Ginecología, etc.).
4. Coordinación con ámbitos no sanitarios:
 - a. Educación: Equipos Orientación Educativa y Psicopedagógica ordinarios, de Atención Temprana, tutores/as, etc.
 - b. Servicios Sociales: equipos de zona y Equipos de Protección y Apoyo al Menor.
 - c. Servicios Jurídicos: equipos psicosociales.
 - d. Participación en las Comisiones de Apoyo Familiar.
 - e. Recursos locales de atención a violencia de género.

En relación con la organización de la actividad asistencial en Psicología Clínica, la disponibilidad de indicadores asistenciales (IA) es prácticamente inexistente ya que en los CSM solo se toman en cuenta los IA de psiquiatría. En las encuestas mencionadas hemos recogido algunos indicadores informados por profesionales como: listas de espera normal y preferente, tiempo entre sesiones, carga asistencial por agenda, número de pacientes nuevos atendidos a la semana, número de pacientes atendidos al día (Tabla 3).

Tabla 3. Indicadores Asistenciales Informados por psicólogos/as especialistas en Psicología Clínica de los Centros de Salud Mental de Adultos del Servicio Madrileño de Salud

	Encuesta 2021 (Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Félix-Alcántara et al., 2022) 77 PEPC		2022 76 PEPC		2023 33 CSM	
	Media	Intervalo	Media	Intervalo	Media	Intervalo
Lista de Espera Normal	4 meses	0,5 - 10 meses	6 meses	2 - 13 meses	7 meses	2 - 15 meses
Lista de espera Preferente	5,15 semanas	0,5 > 12 semanas	5 semanas	0 - 14 semanas	5 semanas	2 - 16 semanas
Tiempo entre sesiones	7 semanas	0,5 - >12	8	2 -16	8	3 - 16
Carga Asistencial (pacientes)	328	100 - 600	367	100 - 800	439	200 - 1000
Número pacientes diario	9,41	6 - 14	9	9 - 14		
Número pacientes nuevos semana	8	4 - 16	8	4 - 20	9	4 - 20

CSM: Centro de Salud Mental; PEPC: Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica

En CSM de personas adultas, la lista de espera media a finales del 2023 se encontraba en 7 meses (intervalo 2 y 15). La lista de espera preferente media en 5 semanas (intervalo 2 y 16). El tiempo entre sesiones en 8 semanas (intervalo 2 y 16). La carga asistencial media en 439 pacientes (intervalo 200 y 1000), el número de pacientes nuevos en 9 (intervalo 4 y 20) y el número de pacientes atendidos al día en 9 (intervalo entre 5 y 14).

En CSM infanto-juvenil, tal como se recoge en la Tabla 4, la lista de espera media a principios de 2024 estaba en 6 meses (intervalo entre 1 y 24 meses). La lista de espera preferente media en 5 semanas (intervalo entre 1 y 16 semanas). La demora inter-sesión en 6 semanas (intervalo 3 - 12). La carga asistencial media en 425 pacientes (intervalo entre 100 y 1000), y el número de pacientes nuevos en 9 (intervalo entre 5 y 20).

Tabla 4. Indicadores Asistenciales Informados por psicólogos/as especialistas en Psicología Clínica de los Centros de Salud Mental Infanto Juveniles del Servicio Madrileño de Salud

	Encuesta 2021 (Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Félix-Alcántara et al., 2022) 30 PEPC		2022 29 PEPC		2023 19 CSM	
	Media	Intervalo	Media	Intervalo	Media	Intervalo
Lista de Espera Normal	5 meses	0,5 - 11 meses	5 meses	2 - 14s	6 meses	1 - 24 meses
Lista de espera Preferente	3 semanas	05 - 8 semanas	4 semanas	0 - 12s	5 semanas	1-16 semanas
Tiempo entre sesiones	7 semanas	0,5 - >12	8	3 - 14s	6	3 - 12 s
Carga Asistencial pacientes)	280	100 - 500	354	200 - 800	425	100 - 1000
Número pacientes diario	8	6 - 14	9	6 - 14		
Número pacientes nuevos semana	6	5 - 9	7	5 - 16	9	5 - 20

CSM: Centro de Salud Mental; PEPC: Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica

Tanto en CSM infanto-juvenil como adultos la lista de espera normal y preferente, la carga asistencial y el tiempo entre sesiones ha ido aumentando desde el 2021 a la actualidad. En el caso de la carga asistencial existe una limitación en la recogida de datos que puede incidir en este aumento, ya que el techo del intervalo de número de pacientes ha ido aumentando progresivamente en las encuestas de 2022 y 2023 según los datos que hemos ido obteniendo.

3.3.2. Ámbito docente

Los y las PEPC participan en diversas actividades docentes del SERMAS como: sesiones clínicas y cursos de formación continuada, tutorización y colaboración docente de residentes

de Psicología Clínica (PIR), psiquiatría, pediatría, medicina de familia o del trabajo. También participan como docentes en los seminarios y supervisiones para residentes en las unidades docentes multiprofesionales de salud mental.

En la actualidad existen 22 Unidades Docentes Multiprofesionales en los hospitales del SERMAS, 150 residentes de Psicología Clínica, aproximadamente 40 tutores/as de residentes ya que cada uno puede llevar un máximo de 4 pires y la mayoría de las PEPC de los hospitales y centros de salud mental con plazas PIR son colaboradoras docentes y supervisoras en las rotaciones de las/los Psicólogas/os Internas/os Residentes.

3.3.3. Ámbito de investigación

En el terreno de la investigación los y las profesionales de la Psicología Clínica llevan a cabo, en la medida de sus posibilidades asistenciales, investigación en Psicología Clínica aplicada sobre la realidad clínica que atienden y un porcentaje realiza la tesis doctoral.

3.3.4. Ámbito de gestión

Como veníamos diciendo, si bien las/os PEPC tienen competencias para coordinar jefaturas de sección y gestionar equipos de salud mental, en la actualidad no hay ninguno realizando estas funciones en los CSM de la Comunidad de Madrid.

En algunos CSM, se cuenta con PEPC que realizan funciones de coordinación de los equipos infanto-juveniles. Creemos que la participación del PEPC en estas funciones que van más allá de las clínicas, e incluyen tareas de coordinación y gestión, es de especial relevancia.

3.4. Problemas más relevantes y Retos de futuro de la Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental del SERMAS

El mayor problema que tiene la Psicología Clínica pública madrileña en los CSM es la infradotación de recursos humanos. Si bien ha habido un incremento progresivo en los últimos años, aún estamos lejos de los 20 PEPC por 100.000 habitantes recomendado (Cuellar-Flores, Fernández Garzón, Ferreira González et al., 2022) para poder ofrecer los tratamientos psicológicos indicados ajustados en tiempo y frecuencia que permitirían una atención psicológica especializada de calidad. Esta infradotación conlleva una importante presión asistencial para profesionales con altas cargas por agenda, elevados tiempos entre sesiones y listas de espera que llegan a alcanzar hasta 1 o 2 años como veíamos reflejados en los indicadores asistenciales recogidos en este artículo. Estas condiciones asistenciales comprometen la fidelización de profesionales por los riesgos psicosociales que suponen. En los últimos años en al menos 20 CSM ha habido PEPC que han abandonado la atención sanitaria pública por este motivo según lo informado por los/las profesionales en la encuesta de 2023.

En relación con la carga asistencial, en un estudio publicado en 2022 (Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Félix-Alcántara et al., 2022) se recogía que los profesionales consideraban como

estándar de calidad una carga adecuada de 74 pacientes por profesional y de 114 pacientes como carga máxima. Estas respuestas se aproximan a las recomendaciones de otros expertos como NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group (2002) que recomienda 86 pacientes anuales por facultativo, choca estrepitosamente con la media de 439 en adultos y los 425 de media de infanto juvenil en el SERMAS. Sabemos que el número de pacientes en agenda repercute en la calidad de la prestación de servicios, incluidos el acceso y la eficacia (Shield et al., 2003).

En el caso de infanto-juvenil, la infradotación está directamente relacionada con el problema de la histórica invisibilidad de los dispositivos de infanto-juvenil y la denuncia reiterada a lo largo de los años de sus profesionales sobre la falta de recursos humanos. Aunque en los últimos años y, sobre todo, a partir del COVID-19 se han incrementado los recursos, este aumento sigue siendo del todo insuficiente. En cuanto al papel específico del PEPC, se está invirtiendo el papel de relevancia que tenía en estos equipos. Con el incremento de la demanda, la disminución del tiempo de atención y la mayor demora entre citas, se han ido priorizando las intervenciones psicofarmacológicas por su carácter de mayor rapidez y menor tiempo de consulta. Esto está suponiendo una sobremedicalización de los menores y un proceso de mayor simplificación y superficialidad de los actos clínicos con el riesgo de cronificación de las patologías, lo que agudiza el problema de la saturación asistencial. Aun así, el papel predominante de las intervenciones psicofarmacológicas en el ámbito infanto-juvenil está generando un crecimiento muy importante del número de psiquiatras en estos equipos. La ausencia de la especialidad de Psicología Clínica de la infancia y adolescencia deja a los PEPC que trabajan con este grupo de edad sin especialidad oficialmente reconocida, con las repercusiones que esto tiene como la limitación al acceso a los puestos de responsabilidad.

Además, los equipos de infanto-juvenil han tenido históricamente el problema de la dependencia de los recursos de personas adultas. En los últimos años se ha generado una cierta mejora en la independencia de los equipos de infantil, en el sentido de que en la mayoría de los hospitales se ha intentado crear equipos como tales con personal diferenciado. Aun así, es largo el recorrido que queda ya que todavía se da una situación de precariedad en la composición de los equipos con facultativos con dedicación parcial o equipos incompletos.

Otro problema importante que hemos venido señalando reside en la falta de participación en la organización y planificación de los PEPC en su propia actividad asistencial al no ocupar puestos de responsabilidad en los CSM ni tener jefes de sección ni servicios, de Psicología Clínica.

Es también destacable la insuficiencia de herramientas técnicas como baterías de psicodiagnóstico que permitan la implementación de una de las funciones específicas del PEPC, la valoración psicodiagnóstica, de especial relevancia en infanto-juvenil. Se espera del PEPC que realice funciones diagnósticas sin contar en ocasiones con los recursos técnicos necesarios. Disponer del material adecuado, contribuiría en un aumento de la eficiencia y precisión de las valoraciones diagnósticas.

En cuanto a los retos, es fundamental priorizar la psicoterapia reglada como intervención dentro de las prestaciones del PEPC. Es necesario que se continúe trabajando y poniendo el énfasis en los Planes y Estrategias de Salud Mental sobre las condiciones necesarias para llevar a cabo intervenciones psicoterapéuticas eficientes y de calidad. Esto debe ir asociado a una adecuada planificación de los recursos humanos necesarios para garantizar la implementación real de intervenciones psicoterapéuticas en los CSM. Sería útil la creación de una Comisión de Psicología Clínica que asesore a la ORCSMyA y a la Consejería de Sanidad y que impulsen planes y propuestas partiendo del análisis de la situación actual.

Otro reto fundamental es mejorar el reconocimiento del PEPC como referente asistencial de los pacientes con independencia del referente médico/psiquiatra, teniendo plena competencia en la gestión del caso, no dependiendo del profesional médico para competencias que están reconocidas por ley como propias del PEPC (Cuellar-Flores et al., 2024). Este papel de gestor de caso es especialmente relevante en los PEPC como garantes de la continuidad asistencial.

Queda claro que es fundamental el incremento de PEPC en los CSM de la CM. Para evitar la infradotación histórica que se ha dado de estos profesionales, con los consiguientes problemas en la atención en los CSM, es importante que las decisiones se basen en una adecuada valoración de las necesidades de la población y un análisis de los recursos necesarios para atenderlas. Hasta ahora, según lo analizado en el artículo, los incrementos de personal de la especialidad de Psicología Clínica han tenido que ver en gran parte con grandes crisis (atentados 11M, COVID-19) y no tanto con una ordenada y estudiada planificación.

Es necesaria una adecuada comprensión de las necesidades de atención psicológica especializada por parte de la población y de los medios técnicos y personales necesarios para su implementación. Para alcanzar este objetivo y evitar errores de planificación y gestión como los que se han venido dando en décadas previas pensamos que es imprescindible que la especialidad de Psicología Clínica cuente con servicios propios que garanticen una gestión y organización de recursos más ajustada a las características y necesidades de la especialidad.

Bibliografía

Cuéllar-Flores, I., Duro Martínez, J. C., Padilla Torres, D., Izquierdo Elizo, A., Martínez de Salazar Arboleas, A., López Soler, C. y Martínez Pérez, A. (2022). Psicología clínica infanto juvenil en el Sistema Nacional de Salud: datos, insuficiencias y horizontes para mejorar. *Clínica Contemporánea*, 13(2), Artículo e12. <https://doi.org/10.5093/cc2022a10>

Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Félix-Alcántara, M. P., Manzano Olivares, B., de la Vega Rodríguez, I., Ferreira González, M., Palacios Albarsanz, M. L., Vázquez Rivera, S. y Maldonado Belmonte, M. J. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud evaluado por sus profesionales. *Apuntes De Psicología*, 40(2), 71-86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>

Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Ferreira González, M., Maldonado Belmonte, M. J., M. J., Vázquez Rivera., de la Vega Rodríguez, I., Félix-Alcántara, M. P., y Antequera Iglesias, J. (2022). *Planificación del crecimiento de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud: Una propuesta razonada*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/documentos-tematicos/informe-psicologia-clinica-SERMAS>

Cuéllar-Flores, I., Pastor Morales, J., Serrano Villar, M., Antequera Iglesias, J., y Ferreira González, M. (2024). Competencias legales de la Psicología Clínica en España: Actualización y guía práctica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(2), 175-193. <https://doi.org/10.5944/rppc.39144>

Duro Martínez, J. C. (2013). *Estudio sobre la Psicología Clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid. La perspectiva de los profesionales*. Colegio Oficial

de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/estudiosobrelapsicologiyclinicaenlasanidadpublicadelacomunidaddemadrid.pdf>

Duro Martínez, J. C. (2015). *Psicología y Reforma Sanitaria en la década de los 80* [monografía]. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/img-publicacion-550810ed62953.pdf

Duro Martínez, J. C. (2016). La Psicología Clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid: la insuficiente consolidación de una profesión sanitaria. *Clínica y Salud* 27, 45 - 50. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.001>

Escudero Álvaro, C., García-Villanova Zurita, F., Sánchez Suárez., A. (1996). Análisis de los programas de salud mental de niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(3), 233-240.

Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado* (España), 102, del 25 de abril de 1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (2022). Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022 - 2024. Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>

NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group (2002) Clinical Psychology Workforce Planning Report. NHS Education for Scotland.

Olabarría, B. (Ed.). (1997). *La Psicología Clínica en los servicios públicos*. [Serie Cuadernos técnicos]. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Real Decreto 2490/1998 de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, *Boletín Oficial del Estado* (España), 288, de 2 de diciembre de 1998. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1998/11/20/2490>

Shield, T., Campbell, S., Rogers, A., Worrall, A., Chew-Graham, C. y Gask, L. (2003). Quality indicators for primary care mental health services. *BMJ Quality and Safety in Health Care*, 12, 100-106. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.2.100>





La Psicología Clínica en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid

ZONA NORTE: *Blanca Vázquez Mezquita*

Psicóloga Clínica. C. Salud Barrio del Pilar y C. Salud Algete

Francisco Javier Barreiro Lucas

Psicólogo Clínico. C. Salud Valdelasfuentes

ZONA ESTE: *Mercedes de Juan Arranz*

Psicóloga Clínica. C. Salud La Garena (Alcalá de Henares)

ZONA SURESTE: *Kenia Navarro Gallardo*

Psicóloga Clínica. C. Salud Villa de Vallecas

ZONA SUR: *Mar Gutiérrez Vivas*

Psicóloga Clínica. C. Salud Santa Isabel (Leganés) y
pueblos C. Salud Griñón (Griñón)

ZONA NOROESTE: *Paloma Acevedo D'Olhaberriague*

Psicóloga Clínica. C. Salud Galapagar

4.1. Introducción

La Atención Primaria (AP) es el recurso asistencial sanitario que atiende en primera instancia las diferentes dolencias físicas, problemas de salud mental o conflictos sociosanitarios planteados por la población y, además, representa la puerta de entrada a la atención sanitaria especializada.

Los trastornos mentales, han sido y son muy frecuentes entre las demandas atendidas por el profesional médico de Atención Primaria (AP) en su quehacer diario. Diversos estudios calculan entre el 20% y el 55% de la demanda total, duplicándose estas prevalencias tras la pandemia COVID -19, (Consejo General de la Psicología de España, 2022), tanto en nuestro país como en otros de nuestro entorno. En España, una amplia proporción de estos pacientes nunca pasa a tratamiento en Atención Especializada (y se sustancia exclusivamente en el ámbito de la AP, normalmente en base a la prescripción de psicofármacos y al consejo psicológico informal del Médico de Familia).

Por otro lado, la demanda de atención potencial es enorme, ya que según el Informe del Sistema Nacional de Salud (Instituto Nacional de Estadística, 2023), el 34% de la población española padece algún problema de salud mental. Este porcentaje aumenta al 40% en la población de 50 o más años y constituye el 50% de los de 85 o más edad. Pero una alta proporción de la población con trastornos emocionales no recibe ningún tipo de tratamiento durante períodos prolongados y, cuando lo recibe, no está basado en la evidencia.

En el estudio ESEMeD-España (Estudio Epidemiológico de los Trastornos Mentales en Europa) (Haro et al., 2006), un 39% de los/as pacientes con trastornos de ansiedad no había recibido tratamiento alguno en los últimos 12 meses y, por otro lado, se encontró una media de 10 años de retraso antes de recibir el primer tratamiento. Dos de cada tres pacientes con ansiedad o depresión son diagnosticados y tratados en AP. Pero el tratamiento, hasta ahora, se ha basado esencialmente en la prescripción de psicofármacos (más del 60% de los casos tratados).

Sin embargo, según las guías de práctica clínica, como la prestigiosa guía NICE (en Cordero-Andrés et al., 2017), la terapia farmacológica no es el tratamiento de elección; sino que, para la mayoría de los trastornos emocionales, la recomendación inicial de tratamiento es la terapia psicológica. Otro factor de impacto que nos obliga a la reflexión y a iniciar tratamientos más eficaces es el coste económico derivado de los trastornos mentales. Se calcula que provocan al menos el 11% de los días perdidos por incapacidad temporal y el 7% de los años perdidos por incapacidad permanente en España (en González-Blanch et al., 2018).

Conscientes de la importancia de esta situación en la población, y de las carencias del sistema tradicional de atención a la salud mental, las principales instituciones sanitarias internacionales han realizado propuestas y recomendaciones que priorizan la atención a la salud mental ya desde el ámbito de la AP. Así, en Australia en el año 2006 se introdujo el programa *“Australian Better Access”* y en 2003-2008 apareció en Reino Unido el *“Improving Access to Psychological Therapies”*. Este segundo proyecto impulsa un servicio de atención psicológica escalonado desde AP para personas adultas con trastornos mentales comunes. En Noruega, en 2012, se inició el programa *“Prompt Mental HealthCare”* (PMHC) (Gamarra, 2023).

España, como estado miembro, firmó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En dicho plan se preconiza una intervención en salud mental interprofesional, preventiva y teniendo en cuenta la interdependencia de la salud

mental con otras patologías. En concreto, se especifica como uno de los objetivos prioritarios “Proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios” (Asamblea Mundial de la Salud, 2013, pp. 66).

En el contexto de la mejora del acceso a la atención y de la calidad de los servicios, la OMS, recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud; la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la auto-asistencia.

Como antecedentes de la participación de profesionales de psicología en la atención en salud mental comunitaria (antes de la Reforma Sanitaria y por consiguiente de la existencia de la AP tal como la conocemos hoy día) podemos señalar la inclusión de estos profesionales, junto a profesionales de psiquiatría, en los innovadores Centros de Promoción de Salud de los primeros Ayuntamientos democráticos en los años 80 del pasado siglo (Duro Martínez, 2001) y la creación de las Unidades de Salud Mental del Insalud (8 en Madrid) en 1986 vinculadas a los recién estrenados Centros de Salud con el mismo número de psiquiatras y psicólogos en su plantillas. Tanto los recursos de los Ayuntamientos como los del Insalud se fueron integrando paulativamente en los Servicios de Salud Mental, ya dentro de la Atención Especializada, desvinculándose organizativamente de la Atención Primaria (Duro Martínez, 2015).

En España, en 2013, y con la misma filosofía de proceso escalonado y comunitario propugnada por la OMS, se puso en marcha el ensayo clínico PsicAP, dirigido por Antonio Cano Vindel, Catedrático de Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Hay que señalar que en los siguientes años se han elaborado diversos documentos marco para la implementación de la Psicología Clínica en AP (Carballal Fernández et al., 2018; Consejo General de la Psicología de España, 2022; Duro Martínez, 2017).

El objetivo de dicho ensayo clínico era comprobar la eficacia de un protocolo de tratamiento grupal desde una conceptualización transdiagnóstica y de corte cognitivo conductual. Este estudio fue patrocinado por el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (COP) y coordinado por la Fundación Española para la Promoción y el Desarrollo Científico y Profesional de la Psicología.

El ensayo PsicAP consistió en comparar la eficacia de las técnicas psicológicas basadas en evidencia, las técnicas cognitivo-conductuales, en grupos transdiagnósticos de unas 8 personas, frente al tratamiento habitual de AP, esencialmente farmacológico, en pacientes con trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones de 22 centros de salud de 8 comunidades autónomas, con el fin de analizar su eficacia, coste-eficacia y coste-utilidad (González-Blanch et al., 2018; Cano-Vindel et al., 2021).

De este ensayo clínico se obtuvieron resultados que confirmaron a la Terapia Cognitivo Conductual Grupal (TCCG), como un tratamiento más eficaz y eficiente que el tratamiento convencional desde AP. Según los datos obtenidos produce beneficio para pacientes con trastornos de ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos, de rango moderado/grave. Los resultados mostraron eficacia en la reducción de síntomas, hasta tres veces en ansiedad y cuatro veces en depresión, y el 70% de los pacientes se recuperaron completamente del trastorno emocional. El consumo de psicofármacos y la frequentación al médico disminuyeron. También se valoró como positivo el resultado en coste-efectividad de las sesiones grupales y los buenos resultados con relación a la satisfacción de los pacientes. Los beneficios se mantuvieron en el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Basándose en los resultados de este estudio, y en respuesta al aumento progresivo de las consultas en AP por ansiedad, depresión y somatización, en febrero de 2018 la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud crea una Unidad de Psicología Clínica de Atención Primaria (PCAP), con 21 profesionales de la Psicología Clínica que atienden a todo el territorio de la Comunidad. Se amplía así la respuesta asistencial desde AP a este perfil de paciente, implantando un modelo de salud mental escalonado, preventivo, comunitario, y que sigue los estándares internacionales.

Tras un período de formación y seguimiento del *Proyecto de implantación de la unidad de Psicología Clínica en los Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud*, la Unidad comienza su andadura en el mes de marzo de 2018. La intervención psicológica propuesta sigue, desde entonces, un protocolo común de evaluación y tratamiento basado en la evidencia, ejecutado por los psicólogos clínicos contratados en esta Unidad y que se presenta más adelante en este texto.

Como conclusión, señalar que la Psicología Clínica en Atención Primaria (PCAP), representa una útil oportunidad para mejorar y acercar la atención de la Salud Mental a la ciudadanía por los siguientes motivos (Murcia Martínez, 2024):

- Previene el trastorno mental grave y trata el trastorno mental leve-moderado, siendo este último, el que padece la mayoría de la población con trastorno mental; con ello se disminuye la probabilidad de que se complique (cronifique) o evolucione a un trastorno mental grave.
- Facilita la detección temprana, el diagnóstico y el ajuste de tratamiento más certero.
- Potencia un modelo comunitario de atención en Salud Mental, y la toma de decisiones compartidas con otros/otras profesionales o recursos.
- Favorece la eficiencia de los equipos de AP, colaboración de los/las psicólogos/as clínicos en las comisiones, impartición de sesiones sobre la Salud Mental a profesionales, etc
- Evita la sobreutilización de recursos de forma innecesaria, como el uso de las consultas de Salud Mental, para tratar problemas emocionales de tipo leve/moderado o que incluso no requieran tratamiento médico/psicológico.
- Permite mejor ajuste y optimización de los recursos públicos, al realizar una intervención escalonada del trastorno mental en función de la gravedad.
- Facilita la disminución del tiempo de duración de las incapacidades temporales (IT), y el ahorro en costes farmacológicos.
- Disminuye la frecuentación y mejora del aprovechamiento de las consultas del ciudadano/a con el/la profesional de Medicina de Familia.

4.2. Recursos actuales de atención psicológica especializada de la red o del dispositivo

El Servicio de Psicología Clínica de Atención Primaria está subordinado directamente a la Dirección Técnica de Procesos Asistenciales de AP. La ubicación de los 21 profesionales de Psicología Clínica se localiza en 7 Direcciones Asistenciales (lo que implica 3 profesionales por zona) (Figura y Tabla 1).

Figura 1. Direcciones Asistenciales en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid

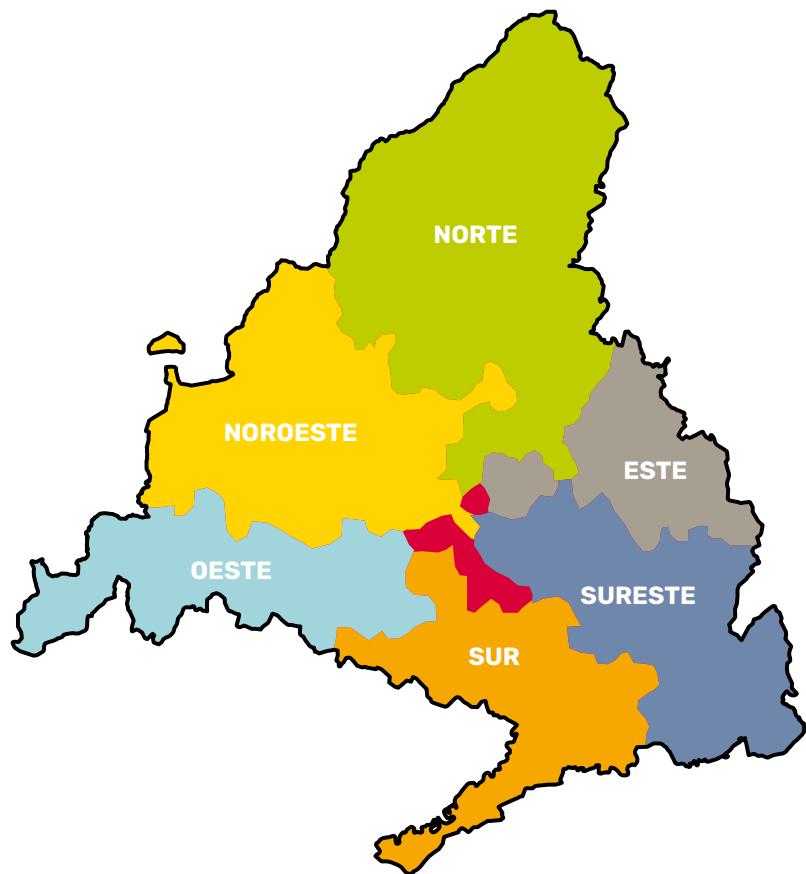


Tabla 1. Profesionales de la Psicología Clínica en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid

Dirección Técnica de Procesos Asistenciales de Atención Primaria J. E. Villares			
Zona/ Referente	Centros de Salud donde se ubica	Nº Centros de Salud + consultorios atendidos	Facultativos especialistas
ZONA NORTE / Silvia Rodríguez González	CC. Salud Bº del Pilar y Algete	18 (8+2)	Blanca Vázquez Mezquita
	C.S. Valdelasfuentes	61 (14+47)	Francisco Javier Barreiro Lucas
	CC.S. Fuencarral y Embarcaciones	12	Gloria Zamora Laguna
ZONA ESTE / Alba Maldonado Flores	C.S. Silvano	10	Belén Martínez Pascual
	C.S. Aquitania	10	Ángeles de la Hoz Garcimartín
	C.S. La Garena (A. de Henares)	18 (16+2)	Mercedes de Juan Arranz

Dirección Técnica de Procesos Asistenciales de Atención Primaria J. E. Villares			
Zona/ Referente	Centros de Salud donde se ubica	Nº Centros de Salud + consultorios atendidos	Facultativos especialistas
ZONA SURESTE/ Pendiente	CC.S. Santa Mónica 1º de Mayo (Rivas Vaciamadrid)	31 (10+21)	Consuelo Torres León
	C.S. Pavones	11	Isabel Pastor Nuevo
	C.S. Villa de Vallecas	13	Kenia L. Navarro Gallardo
ZONA SUR/ Sandra García Estévez	CC.S. El Restón (Valdemoro) y Las Olivas (Aranjuez)	10	Noelia Cojedor Herranz
	CC.S. El Greco (Getafe) y C. Salud Isabel II (Parla)	12	Elena Losada González
	CC.S. Santa Isabel (Leganés) C.S. Griñón (Griñón)	16	Mar Gutiérrez Vivas
ZONA OESTE/ Inés de la Fuente Hermosín	C.S. Los Castillos	11	Marcos López Hernández-Ardieta
	C.S. El Soto (Móstoles)	22 (12+10)	Sara Castro Carbajo
	C.S. Castilla La Nueva (Fuenlabrada)	10	Cristina Gañán Díaz
ZONA NOROESTE/ Gloria Heras	CC.S. Lavapiés, Paseo Imperial y Casa de Campo	22	Inmaculada Gutiérrez Porcel
	C.S. Galapagar	26	Paloma Acevedo D'Olhaberriague
	CC.S. Monterrozas, Villanueva de la Cañada, Pozuelo y Boadilla	17	María Ángeles Payno Vargas
ZONA CENTRO/ Ana Belén García Elez	C.S. Goya y Espronceda	18	Ángeles Morín Rodríguez
	C.S. Espinillo (Villaverde)	13	Manuela Navarro Leis
	CC. Salud Lucero y Fátima	18	Jesús de Felipe Oroquieta

4. 3. Funciones y Actividades de la Atención Prestada por PCAP. Cartera de Servicios

4.3.1. Intervención con paciente

4.3.1.1. Tratamiento Psicológico Grupal: Terapia Cognitivo Conductual Grupal (TCCG). El tratamiento de elección para el abordaje de los trastornos emocionales de tipo leve o moderado desde AP de la Comunidad de Madrid se basa en el estudio Psicap (Cano Vindel, 2016; Muñoz -Navarro et al., 2017).

Este programa se apoya en el modelo de tratamiento transdiagnóstico, que identifica procesos psicológicos comunes que subyacen a diferentes trastornos emocionales, por tanto, no se centra en un trastorno específico, si no en los procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos comunes a los diferentes trastornos. Adopta un enfoque científico, basado en la evidencia empírica, convergente e integrativo cuya aplicación puede ser individual o grupal.

Objetivo General:

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con sintomatología emocional (ansiedad, depresión o somatizaciones), leve y moderada a través de la TCCG, (disminución de síntomas según las escalas de valoración y mejoría en general, según valoración clínica).

A su vez, se espera que el tratamiento redunde en las siguientes mejoras en el sistema de salud público:

- Disminuir la prescripción y el consumo de psicofármacos.
- Disminuir la cantidad y la duración de las Incapacidades Temporales, en procesos relacionados con ansiedad-depresión.
- Disminuir el número de visitas al Centro de Atención Primaria por malestar emocional.
- Aumentar la capacidad resolutiva de AP.
- Disminuir las listas de espera y la frequentación del paciente al servicio de atención especializada de salud mental.

Objetivos específicos del tratamiento:

Los/as participantes en la TCCG aprenderán habilidades que les permitirán:

- Reconocer y discriminar las emociones básicas propias y sus componentes fisiológico, cognitivo y conductual.
- Reducir los niveles de activación psicofisiológica mediante estrategias de autorregulación emocional como la respiración abdominal y la relajación muscular progresiva.
- Aprender a auto-observar la interacción entre situación, cognición, emoción, conducta y consecuencias.
- Aprender a identificar posibles sesgos cognitivos (atención, interpretación, memoria, atribución, solución de problemas, etc.), pensamientos automáticos negativos, pensamientos distorsionados, autoinstrucciones erróneas, creencias irrationales desadaptadas, esquemas disfuncionales, etc.
- Modificar los sesgos cognitivos por procesos más adaptativos.
- Aprender a poner en práctica las habilidades aprendidas en contextos naturales, exponiéndose a situaciones ansiógenas de forma escalonada.
- Procurar la reactivación conductual para reinstaurar las actividades que se han abandonado: sociales, laborales, ejercicio, aseo personal.

- Mejorar e incrementar la comunicación con las personas de nuestro entorno.
- Poner en práctica estrategias de resolución de problemas en la vida cotidiana de forma más eficaz.
- Iniciar y mantener un estilo de vida saludable.
- Aprender a identificar situaciones de riesgo para poner en práctica las estrategias aprendidas y prevenir recaídas.

La población diana a la que se dirige la TCCG son personas, mayores de edad, con sintomatología emocional (ansiedad, depresión o somatizaciones), probables trastornos de ansiedad (generalizada o pánico), del estado de ánimo, o somatomorfos, leves y moderados y que se pueden beneficiar de la adquisición de conocimientos y habilidades en el manejo de su sintomatología.

Los criterios de inclusión son:

- Edad: mayores de 18 años.
- Puntuación superior al punto de corte establecido para las escalas: GAD-7 (ansiedad generalizada > 10), PHQ-9 (depresión ≥ 12), PHQ-PD (crisis de pánico, episodio reciente, en el último mes).
- Actitud personal: deseo de cambio y aceptación de las condiciones de la TCCG.

Los criterios de exclusión son:

- Deterioro cognitivo.
- Dificultad de comprensión o expresión del lenguaje verbal.
- Cualquier diagnóstico psiquiátrico establecido o de sospecha no incluido en los criterios de inclusión.
- Consumo o abuso de sustancias tóxicas o cualquier patología adictiva.
- El paciente ha recibido tratamiento grupal en el periodo de 12 meses previos.
- Pacientes inmovilizados, con enfermedad grave invalidante o con necesidades de cuidados paliativos.
- Si cumple criterios de derivación a atención especializada u hospitalaria.

La TCCG que se realiza consiste en 7 sesiones de 90 minutos de duración, con una periodicidad semanal o quincenal (Tabla 2). Los grupos se constituyen con un número entre 10 y 15 pacientes, seleccionados tras una valoración inicial en base a criterios de inclusión o exclusión. Todo el trabajo grupal, sesión a sesión, se registra a través de la plataforma EPSALUD.

Tabla 2. Contenidos de la Terapia Cognitiva Conductual Grupal en Atención Primaria

SESIONES	CONTENIDO
1	Presentación, Normas y Psicoeducación emociones.
2	Estrés y afrontamiento. Introducción a las técnicas de reducción de la activación fisiológica: Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.
3	Introducción a la terapia cognitiva I. Pensamiento irracional vs. Racional. Modelo integrador de reestructuración cognitiva. Distorsiones de pensamiento y sesgos cognitivos. Entrenamiento en la cumplimentación del autorregistro de pensamientos iracionales.
4	Reestructuración cognitiva II. Entrenamiento en auto-observación. Valoración cognitiva de emociones: distorsiones cognitivas según el modelo de Beck. Creencias irrationales básicas, principales errores de pensamiento. Introducción a las auto instrucciones positivas.
5	Reestructuración cognitiva (III). Tipos de sesgos cognitivos en el procesamiento de la información. Los errores de pensamiento más frecuentes. Discusión cognitiva de ideas irrationales. Técnicas conductuales: técnicas de exposición y el papel de la evitación en los problemas emocionales. Reactivación de la conducta versus pasividad. Afrontamiento del estrés. Reactivación del apoyo social.
6	El papel de la evitación en los problemas emocionales. Estrategias de exposición a situación evitada/temida. El papel de la atención en la exposición a la amenaza. Pasos del entrenamiento conductual. Habitación versus sensibilización. Variables del aprendizaje por exposición. Técnica de resolución de problemas. Estilos de vida.
7	Valoración final de la terapia. Cumplimentar los cuestionarios del inicio. Retroceso versus recaída. Prevención de recaídas.

Para la efectividad del tratamiento es importante que el paciente adopte un papel activo; esto supone:

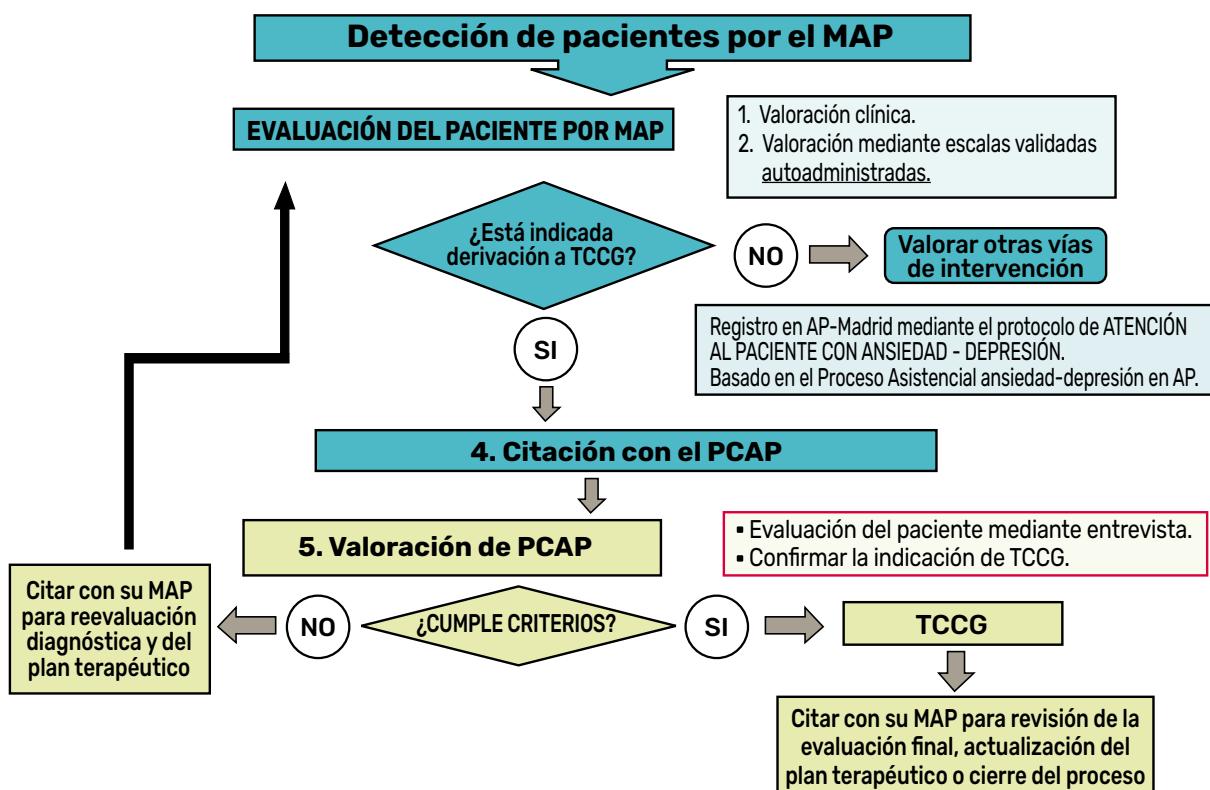
- Asistir a cada una de las sesiones.
- Seguir las indicaciones del psicólogo/a clínico/a.
- Tener un papel activo a lo largo de todo el tratamiento.
- Predisposición al cambio.
- Practicar lo aprendido entre sesión y sesión.
- Mantener la confidencialidad y respeto mutuo en el grupo.

La selección de los participantes se lleva a cabo por profesionales de Medicina de Familia y Comunitaria (M.F.) y Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica de Atención Primaria (PCAP), a través de la plataforma AP Madrid, mediante los protocolos de "Paciente con Trastorno de Ansiedad-Depresión" y "Protocolo de Valoración Inicial".

En primer lugar, M.F. realiza la **detección de los/as pacientes** que según su juicio clínico puedan cumplir criterios de ansiedad, depresión o somatización leve/moderada, realiza el cribado mediante las escalas de valoración GAD7, PHQ-9 y PHQ-PD, teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión y en caso de que superen el punto de corte, el/la MF. cita al paciente con el PCAP para que realice la valoración inicial del paciente confirme la idoneidad del tratamiento y el ajuste del paciente al perfil indicado.

Cuando finaliza la terapia grupal, el PCAP realiza una **valoración final** de cada paciente que participó en el tratamiento (en AP Madrid- "Protocolo de Valoración Final"). Para la valoración final se vuelven a entregar los mismos cuestionarios de cribado y se registran las nuevas puntuaciones, pudiéndose valorar las diferencias entre puntuaciones iniciales y finales tras el tratamiento. En base a estos resultados M.F. toma decisiones sobre el abordaje de tratamiento del paciente de forma más eficaz y eficiente. Además, PCAP realiza un registro y memoria final de la estructura, procesos y resultados de la terapia llevada a cabo, a través de la herramienta EPSALUD (Figura 2).

Figura 2. Diagrama de procesos de la Terapia Cognitivo Conductual Grupal



Resultados y evolución de la TCCG

A continuación se describen los datos recogidos por los/as PCAP a lo largo de los seis años de trayectoria que lleva en marcha este recurso, a través de la propia valoración de la experiencia de las/os profesionales **PCAP**, de los cuestionarios finales que rellenan los/as pacientes (test y encuesta de satisfacción) y de las valoraciones de los médicos/as de AP.

A nivel Cuantitativo:

Los datos cuantitativos que se presentan a continuación, en base a 2023, han sido obtenidos y explotados directamente por 14, de los 21, PCAP.

Se ha realizado una media de 21 grupos de terapia al año por cada profesional. En la Tabla 3 se desglosa el número de grupos y pacientes por zonas.

- El 70% de los y las pacientes asisten a cada uno de los grupos hasta el final (asisten a 4 o más sesiones). La tasa de no cumplimiento del tratamiento (asisten a menos de 4 sesiones o ninguna) está en torno al 30%. (Figura 3)
- El porcentaje de éxito/beneficio (disminución en las escalas de 4 puntos) de las personas que cumplen el tratamiento (asisten a 4 o más sesiones) está en torno al 70%- 80% (Figura 4).

Figura 3. Porcentaje de asistencia al Tratamiento Cognitivo Conductual Grupal en 2023

% MEDIO PACIENTES CUMPLEN TRATAMIENTO SOBRE TOTAL INSCRITOS 2023

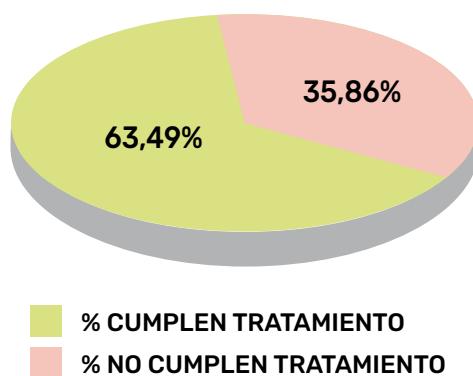


Figura 4. Porcentaje de éxito/beneficio en el Tratamiento Cognitivo Conductual Grupal en 2023

% MEDIO RESULTADOS SOBRE PACIENTES CUMPLEN TRATAMIENTO 2023

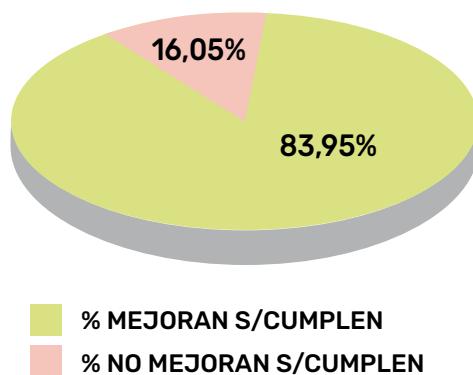


Tabla 3. Número de grupos realizados y pacientes atendidos por zonas en 2023

CENTROS DE SALUD		Asistencia media TOTAL GRUPOS/AÑO	% MEJORAN s/EVALUABLES		Resultados medios por GRUPOS/AÑO		
ZONAS COMUNIDAD DE MADRID			MEDIA N° PAC MEJORAN (al menos disminuyen 4 puntos en escalas) GAD7/PHQ9/PHQPD (sin valoración clínica)		% CUMPLEN TMT0		
Nº PACIENTES INSCRITOS Y CONFIRMADOS			MEDIA N° PAC CUMPLEN TMT0 evaluables (>4 sesiones)		% NO CUMPLEN TMT0		
Nº GRUPOS 2023			MEDIA N° PAC NO CUMPLEN TMT0 (0<4 sesiones)	MEDIA N° PACIENTES INSCRITOS Y CONFIRMADOS	MEDIA N° PAC NO CUMPLEN TMT0	MEDIA N° PAC CUMPLEN TMT0 evaluables (>4 sesiones)	
CENTROS DE SALUD			Nº PACIENTES INSCRITOS Y CONFIRMADOS	Nº GRUPOS 2023	MEDIA N° PACIENTES INSCRITOS Y CONFIRMADOS	MEDIA N° PAC CUMPLEN TMT0 evaluables (>4 sesiones)	
NORTE	PCAP Ubicación: C. Salud Barrio Pilar/Algete	23	281	12,94	4,64	35,88%	
NORTE	PCAP Ubicación: C. Salud Valdelasfuentes	25	346	13,83	5,21	37,64%	
ESTE	PCAP Ubicación: C. Salud La Garena (Alcalá de Henares	22	353	16,05	4,09	25,48%	
SURESTE	PCAP Ubicación: C. Salud Santa Mónica-1º Mayo (Rivas-Vaciamadrid)	18	270	15,00	7,00	46,67%	
SURESTE	PCAP Ubicación: C. Salud Pavones	20	320	16,00	4,15	25,94%	
SURESTE	PCAP Ubicación: C. Salud Villa de Vallecas	26	390	15,00	5,40	36,00%	
SUR	PCAP Ubicación: C. Salud El Greco (Getafe) e Isabel II (Parla)	22	275	12,50	4,00	32,00%	
SUR	PCAP Ubicación: C. Salud Santa Isabel (Leganés) y Grinón	25	346	13,84	4,48	32,37%	
OESTE	PCAP Ubicación: C. Salud Los Castillos	17	170	10,00	3,00	30,00%	
OESTE	PCAP Ubicación: C. Salud El Soto (Móstoles)	22	198	9,00	4,00	44,44%	
NOROESTE	PCAP Ubicación: C. Salud Lavapiés, Pº Imperial y Casa de Campo	26	312	12,00	1,11	9,25%	
NOROESTE	PCAP Ubicación: C. Salud Monterrozas, Villanueva de la Cañada, Pozuelo	20	208	10,40	1,60	15,38%	
CENTRO	PCAP Ubicación: C. Salud Goya	19	252	13,26	8,00	60,33%	
CENTRO	PCAP Ubicación: C. Salud Lucero y Fátima	22	264	12,00	5,00	41,67%	

A nivel Cualitativo:

Estos resultados quedan reflejados de forma subjetiva en la plataforma AP Madrid. Sería un reto que se pudieran objetivar la mayoría de ellos en un futuro. Este tratamiento grupal consigue satisfacer los objetivos específicos anteriormente mencionados, en un alto porcentaje de los/as asistentes.

En general, lo más valorado por los pacientes que cumplen el tratamiento, se centra en haber conseguido identificar y distinguir emociones, no asustarse de ellas, despatologizar síntomas, principalmente físicos, comprender la utilidad de las emociones en su vida, aumentar y mejorar recursos propios/estrategias de afrontamiento para abordarlas. Todo ello les permite alcanzar una mayor seguridad, tranquilidad e ilusión, para seguir adelante.

De manera específica, con respecto al impacto del trabajo en grupo, lo que más repiten y valoran en los cuestionarios finales y de forma verbal en las sesiones: "El grupo me ha hecho no sentirme solo" "me he sentido escuchado y no juzgado" "me he sentido comprendido" "me doy cuenta de que lo mío no es tan grave que puedo solucionarlo" "me conozco más, ya no me asusto tanto".

Existen casos de mejoría significativa, en cuanto a su actitud ante el síntoma, la forma de afrontar, mayor conciencia de sus dificultades y de la solución, pero todavía siguen puntuando por encima de los puntos de corte en las escalas. La experiencia clínica sugiere que en el transcurso del tiempo los cambios se afianzan.

Al final del tratamiento los pacientes llenan una encuesta de satisfacción en la que la mayoría suelen puntuar una media de 9 sobre 10. Lo que más describen que les gusta es poder estar en grupo, clarificar conocimientos acerca del funcionamiento emocional humano, ya que explican que les ayuda a entenderse y manejarse mejor, lo que menos les gusta es que sean pocas sesiones (7) y demandan un seguimiento posterior tanto del grupo como a nivel individual. El material entregado, (en papel) les suele ser muy útil.

Todavía no se cuentan con estudios de seguimiento de los/as pacientes que mejoran en los grupos a medio o largo plazo, pero algunos de ellos llegan un año o después de haber realizado TCCG, derivados de nuevo por M.F., por alguna recidiva o nueva demanda, y se detecta que son capaces de identificar antes su malestar, la sintomatología es menos intensa que la primera vez que se les atendió en el programa, y generalmente no suele ser necesario que repitan la TCCG, se les ofrecen unas sesiones puntuales individuales y con ello, en un alto porcentaje mejoran de nuevo. En otros casos, los menos, son derivados a Centros de Salud Mental o a otros recursos.

4.3.1.2. Atención Individual. Según los datos extraídos de e- SOAP, a lo largo de 2023 se han llevado a cabo una media de 1619 actos asistenciales individuales, por cada PCAP, lo que arroja un total de 34.005 intervenciones individuales realizadas por el conjunto del equipo en un año.

Estas intervenciones psicológicas están dirigidas a población adulta mayor de 18 años e incluyen:

- **Valoración inicial.** (Descripción en el apartado de TCCG) Necesaria para decidir, tras la derivación del médico de AP, si la persona es susceptible de beneficiarse o no del tratamiento psicológico grupal (TCCG). Se realiza siguiendo criterios de inclusión y exclusión, según el Proyecto de Psicología Clínica en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (Gerencia Asistencial de Atención Primaria, 2018), resultados de escalas de valoración y valoración clínica.

- **Atención Individual de apoyo puntual a paciente ya incluido en TCCG: antes- durante- después de la TCCG.** Un máximo de 3 sesiones presenciales y/o telefónicas que acompañan la intervención grupal y el proceso de cambio. Existe un protocolo de seguimiento individual de TCCG, donde queda registrado este tipo de intervención. Este apoyo no se ofrece a todos los/as pacientes, sólo aquellos que lo necesiten a criterio del profesional, con el objetivo de abordar y reforzar algún aspecto particular no abordable desde la intervención grupal, pero importantes, para la mejoría del paciente y su evolución favorable.
- **Atención individual puntual a pacientes que no están incluidos en los grupos de terapia.** Intervenciones con pacientes, generalmente derivados por los profesionales M.F. o enfermería, con sintomatología aguda negativa o positiva, que requiere de una contención o sostén hasta activarse el recurso de urgencias, ambulancia o salud mental pertinente (pacientes con ideación suicida, descompensación de cuadros mentales graves, violencia de género, ...) Este trabajo no sigue protocolos oficiales de intervención, de manera que se decide su abordaje en base a criterios clínicos.

4. 3.2. Acciones con los profesionales sanitarios

4.3.2.1. Sesiones de coordinación, información y formación en los Centros de Salud. A lo largo de cada año, los/as profesionales PCAP se coordinan y se reúnen con los/as profesionales de MF y Enfermería, pertenecientes a los Centros de Salud que les corresponden por zona, con el fin de reforzar el buen funcionamiento del recurso, (derivaciones adecuadas, clarificación de casos dudosos, realización de protocolos, integración de nuevos profesionales...).

4.3.2.2. Tareas de contribución y colaboración en objetivos generales de los Centros de Salud. A cada PCAP le corresponde uno o más equipos de trabajo, en función de los Centros de Salud donde esté ubicado/a. No sólo se incluyen en los equipos de trabajo profesionales de Medicina de Familia o de Enfermería sino también de Administración y de Unidades de Apoyo, como los/as profesionales de la fisioterapia, odontología, trabajo social, ... Los profesionales PCAP contribuyen a mejorar los objetivos generales de esos centros de salud donde están ubicados, asumiendo responsabilidades de centro, por ejemplo, en Educación para la Salud, Violencia de Género... y participando de las actividades y funcionamiento diario del centro.

4.3.2.3. Talleres de Gestión Emocional para profesionales de los centros de salud. En el año 2022, gestionado por Gerencia de AP, se realizaron Talleres de Gestión Emocional, dirigidos al profesional sanitario de los Centros de Salud, con el fin de aportarles conocimientos y herramientas para aumentar la calidad de sus intervenciones (valoraciones y derivaciones a los recursos más pertinentes).

4.3.3. Participación en la formación de residentes de PIR

Los/as residentes de Psicología Clínica rotan durante tres meses por AP con algunos PCAP para conocer la labor realizada.

4.3.4. Actuaciones durante la pandemia 2020-21

La pandemia obligó a adaptar la forma de trabajo y reorientar las prioridades de atención psicológica hacia las necesidades de la población durante la crisis. La terapia cognitivo conductual grupal fue suspendida al decretarse el estado de alarma. Las unidades técnicas de Psicología Clínica modificaron excepcionalmente su agenda para intervenir con:

- **Atención individual a pacientes.** mayoritariamente telefónica, agendada por los MF y orientada a un mejor ajuste de la persona con las circunstancias excepcionales que se estaba viviendo. Esta fue la actividad principal durante esta etapa.
- **Atención individual a profesionales a demanda.** Se ofreció un apoyo psicológico a todo profesional de AP que lo demandara. Fue un recurso puntual y excepcional, coordinado desde la Gerencia de AP y la Unidad Central de Coordinación del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Atención Primaria (SPRL-AP). Cada dirección asistencial contó con tres números de teléfonos móviles atendidos por los psicólogos clínicos de AP con amplio espectro horario. Cuando las circunstancias lo permitían, las sesiones eran presenciales en los Centros de Salud. Las intervenciones breves se centraron en: escucha activa, pautas de autocuidado, pautas de gestión de emociones y recomendaciones para la reducción de la ansiedad (cognitivas y conductuales), hasta un máximo de 5 intervenciones con cada profesional con periodicidad establecida a criterio clínico.
- **Atención grupal y presencial a profesionales sanitarios** en los Centros de Salud donde las circunstancias lo permitían y existía la demanda, con el objetivo de apoyar y mejorar su salud mental de los equipos bajo presión (debriefing psicológico...).
- **Apoyo excepcional en tareas administrativas o de cribado** para apoyar a los equipos de los centros donde estaban ubicadas físicamente las unidades técnicas de Psicología Clínica.

4.4. Dificultades más relevantes y retos de futuro

Aspectos a mejorar:

1. **Sólo 21 PCAP** para toda la Comunidad de Madrid. Supone una ubicación dispersa, con diferentes horarios laborales que dificulta la comunicación entre los/as PCAP y la accesibilidad de los/as pacientes a los mismos; además supone una limitación en la eficiencia y el impacto de los beneficios de este recurso. Por ello, es necesario incrementar el número de profesionales PCAP, adecuando ratios PCAP/población de referencia, con ello se llegaría a más población y se facilitaría la disminución de la lista de espera para primeras valoraciones y para inicio de grupo de terapia.
2. **Desconocimiento del protocolo de derivación por parte de los/as Médicos/as de Familia:** A pesar de existir un protocolo para derivar al recurso adecuado, y de informar cada año por parte de los PCAP a los MF de ello, se siguen produciendo dobles derivaciones: esto es, que un/a paciente es activado/a en dos recursos de salud mental de forma simultánea (PCAP y Salud Mental) siendo esta situación incompatible, ya que cada recurso trata a perfiles distintos, y por tanto un/a mismo/a paciente a la vez no debe ser incluido/a en ambos; por lo que se generan expectativas erróneas en el/la paciente que acaban generándole frustración, y sensación de abandono, al no ser incluido/a en el recurso que no corresponde

a su perfil, o dilatándose el acceso al adecuado. Es importante que la derivación responda a criterios clínicos basados en el perfil del paciente, en lugar de a criterios de tiempos de espera para dar la primera cita a un recurso de forma indiscriminada.

Por todo ello, se proponen aumentar medidas para la mejora de la coordinación y comunicación, entre PCAP, AP y Salud Mental, y para la mejora en el cumplimiento de protocolos de inclusión, exclusión y derivación de pacientes por parte de MF.

3. Adherencia a TCCG. La tasa significativa de no cumplimiento de TCCG (asisten a menos de 4 sesiones o ninguna), impide que aumente la tasa de mejoría. Existe un porcentaje significativo de pacientes que no inician tratamiento o no lo siguen de forma completa. Ello dificulta que otros pacientes ocupen su lugar y se beneficien del tratamiento. Las cifras de mejoría aumentarían si se asegurara el aprovechamiento de la plaza, ya que está demostrada la eficacia de éste. Es importante tomar medidas que reduzcan esta tasa de no cumplimiento de la TCCG, y por tanto que aumenten la adherencia al tratamiento.

- Medidas para acortar el tiempo de lista de espera, ya que se observa que si el tiempo disminuye, los pacientes acuden en mayor medida.
- Medidas para establecer un sistema de contingencias al incumplimiento del tratamiento.
- Medidas de consenso con MF, para la finalización/acortamiento de bajas médicas si no cumplen el tratamiento psicológico prescrito.
- Medidas tecnológicas que faciliten al paciente la cancelación de cita o comunicación de cualquier dificultad.

4. Carencia de la integración de herramientas tecnológicas. Sería necesaria, para agilizar o realizar cambios en tareas administrativas de citación, por ejemplo, para facilitar envíos automáticos de recordatorios de inicio de sesión, cambios de citas ... y por otra, para medir de forma eficiente el registro y control de la actividad realizada por los/as pacientes y por los/as PCAP. Los registros existentes obtenidos en las plataformas de Ep Salud, Ap Madrid y en papel, no logran evidenciar de manera integrada y completa los resultados individuales, y de grupo.

5. Ausencia de una bolsa de empleo específica. En la actualidad las bajas médicas (por enfermedad, duelo familiar...) de corta duración, no están cubiertas. También hay una limitación para poder aprovechar la oferta formativa a causa de la dificultad para modificar la agenda de grupos y pacientes, programada con meses de antelación. Disponer de una bolsa de empleo, facilitaría estas limitaciones.

6. Conexión con la Red de recursos y activos de salud.

- Acceso a e-consulta con Salud Mental: citas preferentes, valoración de ingresos en caso de tentativa suicida, etc.
- Acceso a guías de recursos activos de salud para tratar los aspectos psicosociales que trascienden a la consulta (asociaciones, etc.), abarcando situaciones de duelo, violencia de género, soledad no deseada, etc.
- Participación de PCAP en la toma de decisiones para marcar las líneas estratégicas trazadas por la Gerencia de Asistencia Primaria.

7. Reforzamiento y defensa del papel de la Psicología Clínica en AP frente a **intrusismos profesionales**, delimitando los ámbitos de actuación. Así lo refleja la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS), que especifica las competencias y demás cuestiones, con relación a la práctica de la Psicología Clínica. Es necesario reforzar dicha categoría profesional y su desarrollo, acotándose y diferenciándose de las intervenciones psicoterapéuticas que realizan otros/as profesionales de AP.
8. Realización de **funciones no protocolizadas**, no incluidas en la cartera de servicios del PCAP, que ocurren con relativa frecuencia, en respuesta a la demanda de urgencia de pacientes muy desajustados en una primera valoración, y de otros/as profesionales de AP, que solicitan apoyo para intervenir con pacientes de riesgo/urgencia. Para ello, sería deseable tener un marco estructurado que las contemplara.
9. Superación de dificultades para desarrollar **Investigación psicológica clínica en AP**, con el fin de mejorar el servicio prestado.

Bibliografía

Asamblea Mundial de la Salud, 66ª. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. <https://iris.who.int/handle/10665/151028>

Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., y González-Blanch, C. (2022). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 52(15), 3336-3348. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>

Carballal Fernández, A. (Coord). (2018). *Documento marco de la Psicología Clínica en Atención Primaria*. Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. https://coggalicia.gal/system/files/documento_marco_da_psicoloxia_na_atencion_primaria_castelan.pdf

Consejo General de la Psicología de España, (2022, 19 de mayo). Documento marco para implementar la Psicología Clínica en atención primaria en Canarias. *Infocop*. <https://www.infocop.es/documento-marco-para-implementar-la-psicologia-clinica-en-atencion-primaria-en-canarias/>

Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., ... y de Investigación PsicAP, G. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.anesp.2017.10.004>

Duro Martínez, J. C. (2017). Psicología Clínica en atención Primaria de salud: ¿Por qué?, ¿Para qué? y ¿Cómo?. *Infocop*. <https://www.infocop.es/pdf/PSICOLOGIACLINICAENAP2.pdf>

Duro Martínez, J. C. (2001). Psicología y salud comunitaria durante la transición democrática. *Clínica y Salud*, 12(Núm. Extraordinario), 5-175. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/>

Duro Martínez, J. C. (2015). *Psicología y Reforma Sanitaria en la década de los 80*[Monografía]. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/psicologia-y-reforma-sanitaria-en-la-decada-de-los-80>

Gamarra, M. (2023, 7 de septiembre). *El modelo australiano de Psicología en Atención Primaria, a debate: "La lógica dice que funciona"*. ConSalud.es. https://www.consalud.es/profesionales/modelo-australiano-psicologia-en-atencion-primaria-debate-logica-dice-funciona_134171_102.html

Gerencia Asistencial de Atención Primaria y Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. (2022). *Procedimiento de derivación de pacientes con ansiedad y/o depresión desde Atención Primaria al centro de salud mental* [Material interno].

Gerencia Asistencial de Atención Primaria. (2024). *Proceso de atención al paciente diagnosticado de COVID persistente y ansiedad -depresión en la Gerencia Asistencial de Atención Primaria* [Material interno]. Servicio Madrileño de Salud.

Gerencia Asistencial de Atención Primaria. (2018). *Proyecto de implantación de la unidad de Psicólogos Clínicos en los centros de salud del Servicio Madrileño de Salud* [Material interno]. Servicio Madrileño de Salud.

González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Ruiz-Torres, M., Dongil Collado, E., Cano Vindel, A. y de Investigación PsicAP, G. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. y Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>

Instituto Nacional de Estadística (2024). *Informe Anual de Salud 2023 del SNS*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/TablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Moriana, J. A., Capafons-Bonet, A. y Dongil-Collado, E. (2017). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y estrés*, 23(2-3), 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.002>

Murcia Martínez, A. (2024). *Eficacia de PsicAP para el abordaje de trastornos mentales leves y moderados dentro del sistema español de atención primaria. Una revisión sistemática*. [Trabajo de fin de Máster en Psicología General Sanitaria]. Universidad Europea de Valencia. https://titula.universidadeuropea.es/bitstream/handle/20.500.12880/7666/TFM_Adrian%20Murcia%20Martinez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. (2023). *Undécimo Informe de Atención Primaria 2020-2022 Informe de Atención Primaria 2020-2022*. Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente Consejería de Sanidad. <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051072.pdf>

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. (2022). *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024*. <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050836.pdf>

Pares-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS one*, 9(8), Artículo e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>

Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Campayo, J. G. y Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>

Agradecimientos

Agradecemos a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y en especial, a D. Antonio Cano Vindel, Catedrático de Psicología de la UCM y máximo responsable del Proyecto Psicap, así como a los impulsores de la I Jornada de actualización de la Psicología Clínica en la Comunidad de Madrid: D. Juan Carlos Duro, ex Responsable de la Formación Continuada de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones; y Dña. Isabel Cuéllar, Doctora en Psicología por la UCM y Psicóloga Clínica en Hospital Clínico San Carlos (Madrid), y a nuestros/as compañeros/as PCAP, por su interés, esfuerzo y apoyo para que la Psicología Clínica se extienda y crezca en el sistema sanitario como beneficio para la ciudadanía.





Psicología Clínica en Adicciones de la Comunidad de Madrid

Ángeles Sánchez García (Coordinadora)

Psicóloga Clínica. Centro de Tratamiento de Adicciones
Mancomunidad Mejorada-Velilla. CTA

Sara Gallardo Gómez

Psicóloga Clínica. Unidad AdCom. Hospital General Universitario
Gregorio Marañón. HGUGM

Gonzalo Talamanca Sánchez

Psicólogo Clínico. Unidad de ludopatía del Hospital Universitario
Ramón y Cajal. HURYC

Sara Solera Mena

Psicóloga Clínica. Programa de alcohol del Hospital
Universitario 12 de Octubre. HU120

Carlos Javier Benito de Benito

Psicólogo Clínico. Centro de tratamiento de adicciones. San
Sebastián de los Reyes. CTA

5.1. Introducción

La Psicología Clínica es una especialidad sanitaria de la psicología que se ocupa de los procesos y fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud-enfermedad de los seres humanos. Su objetivo es el desarrollo, la aplicación, y la contrastación empírica de principios teóricos, métodos, procedimientos e instrumentos para observar, predecir, explicar, prevenir y tratar trastornos y enfermedades mentales, así como problemas, alteraciones y trastornos emocionales, cognitivos, del comportamiento, de la personalidad, y del ajuste a las situaciones problemáticas de la vida, incluyendo las enfermedades físicas y sus tratamientos. Todos estos trastornos, enfermedades, alteraciones, y problemas influyen en distintos niveles en los procesos de salud y enfermedad humanas, e interfieren con el bienestar físico y mental de las personas (Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica).

Atendiendo a la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos se define el trastorno adictivo como un patrón desadaptativo de comportamiento que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno.

El Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24 aprobado en la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas (2022), tiene como objetivos generales:

- Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
- Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
- Retrasar la edad de inicio en las adicciones.

El Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024 (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA) en su línea estratégica 4 afirma que son necesarios y oportunos los cambios organizativos que faciliten la integración de la atención a las personas con adicciones en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), como son la incorporación de su seguimiento clínico en la historia clínica electrónica, la vinculación laboral de los profesionales de la Red Asistencial de Adicciones en el SERMAS y la formación especializada en adicciones de sus profesionales.

Cabe señalar que anteriormente en la Comunidad de Madrid estos dos planes son el resultado de diferentes actuaciones donde la figura del psicólogo/a clínico/a siempre ha estado presente en el campo de las adicciones. En 1985 fue aprobado el Plan Nacional sobre Drogas elaborado por un Grupo de Trabajo Interministerial, coordinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El 1 de octubre de 1985 comienza a funcionar en Madrid el Plan Regional sobre Drogas poniéndose en marcha un Registro Acumulativo de Drogodependientes y organizándose la red asistencial en colaboración con algunos ayuntamientos del área metropolitana de Madrid (Díez et al., 1988).

Hasta 1986 la asistencia a los drogodependientes en Madrid se prestaba desde centros específicos asistenciales puestos en marcha por Cruz Roja, por asociaciones privadas de ayuda al toxicómano, por algún Servicio de Psiquiatría de hospital público y por algún centro puesto en marcha por Ayuntamientos de la periferia madrileña.

En esta primera fase el Plan Regional sobre Drogas incluía el tratamiento de los drogodependientes dentro de la red asistencial de salud mental (Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid), salvo en aquellos municipios en los que se fueron poniendo centros monográficos por convenios entre Ayuntamiento y Comunidad, estando incluido en la Consejería de Salud y Bienestar Social.

En 1987 la Consejería de Salud y Bienestar Social se subdivide en dos: la Consejería de Salud y la Consejería de Integración Social. En enero de 1988, se reestructura el equipo técnico a cuyo frente la Consejera de Integración Social, psicóloga de titulación, coloca a un psicólogo como máximo responsable del Plan Regional sobre Drogas (Duro Martínez, 1999).

En 1997 se crea la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid como organismo autónomo que forma parte de la administración institucional de la Comunidad de Madrid encargado de coordinar los recursos asistenciales y sanitarios en materia de prevención, tratamiento y reinserción en materia de drogodependencia, en general, mediante conciertos con las Administraciones locales de la Comunidad de Madrid o mediante contratos de servicios con empresas privadas.

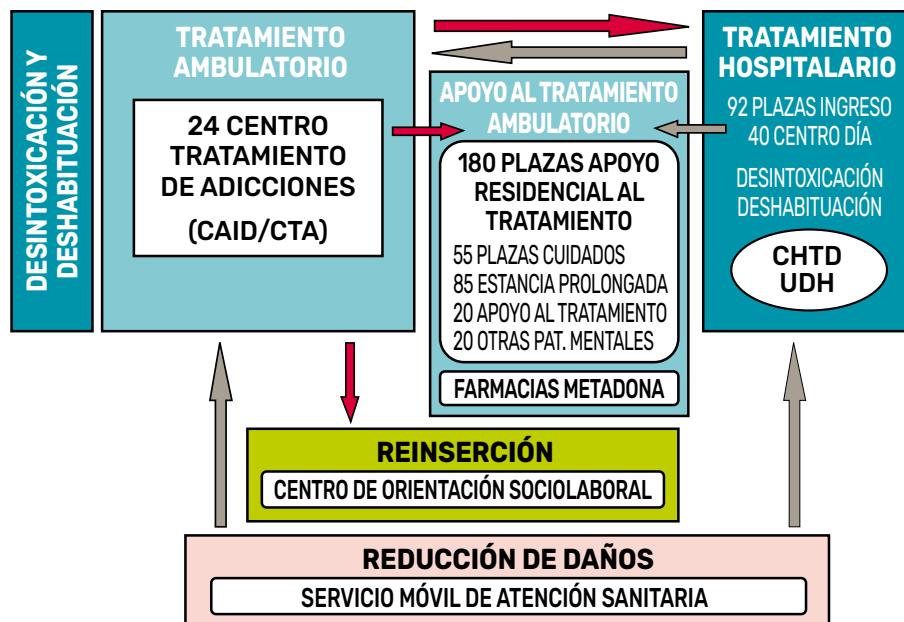
En 2015 la Consejería de Sanidad, declaró extinguido el Organismo Autónomo Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, siendo sus competencias asumidas por la Dirección General de Salud Pública hasta noviembre de 2019 cuya atención a las Adicciones se integra en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

En el punto 5.2 se hace referencia a la red asistencial de adicciones en la actualidad, así como a la totalidad de recursos pertenecientes a la red. En el 5.3 a las unidades hospitalarias para adicciones comportamentales, mientras que en el punto 5.4 se describen los programas de adicciones en unidades de hospitales del SERMAS. En el punto 5.5 se mencionan otros recursos relacionados con la atención a las adicciones en los que no existe la figura de psicología clínica.

5.2. Red Asistencial de Adicciones de la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid, a través del Área de Gestión de Adicciones de la ORCSMyA, pone a disposición de la ciudadanía una Red Asistencial de atención a las adicciones, dependiente de la Consejería de Sanidad (Figura 1).

Figura 1. Esquema funcional de la Red Asistencial de atención a las adicciones en la Comunidad de Madrid



5.2.1. Tratamiento Ambulatorio (CAID/CTA). Centros de 1º nivel de intervención.

La Consejería de Sanidad dispone de 24 centros de tratamiento ambulatorio a las adicciones, cuyo objetivo fundamental es proporcionar un tratamiento con abordaje integral e individualizado, personalizado y adaptado a las necesidades y especificidades de cada paciente. En los centros ambulatorios se atienden a personas adultas y jóvenes, están distribuidos por toda la Comunidad de Madrid y son de acceso libre y directo. Son, también, la puerta de entrada a la red asistencial de adicciones.

A mediados del año 2023, los centros con un convenio de colaboración con entidades locales para la atención de adicciones cambiaron su denominación, de Centros de Atención Integral al Drogodependiente (CAID) a Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA), con el objetivo de reflejar la población a la que se atiende, personas con problemas de adicción con o sin sustancia. Cuentan entre otros profesionales con profesionales facultativos (médicos y psicólogos/as clínicos/as), enfermería, trabajadores sociales, educadores sociales y administrativos.

Asimismo, en la Comunidad de Madrid contamos con un Centro específico de adolescentes y jóvenes Los Mesejo. Se trata de un centro ambulatorio.

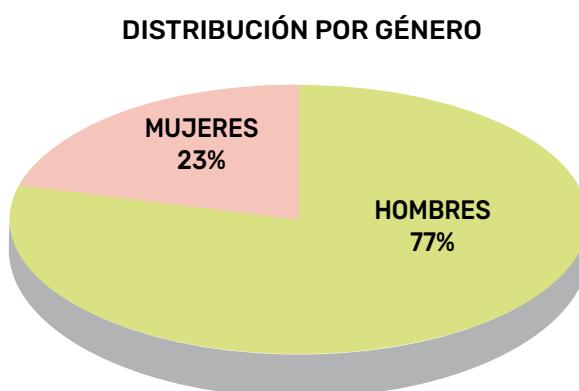
El objetivo de este centro consiste en la atención temprana y el diagnóstico y tratamiento a menores y jóvenes consumidores de drogas con la finalidad de lograr su deshabituación. El total de pacientes atendidos en este centro durante 2023 ha sido de 480. La media de edad es de 19 años.

En la Comunidad de Madrid en el año 2023 se ha atendido a 14.514 pacientes en toda la red ambulatoria. En la Tabla 1 se desglosa el número de pacientes por centro. En la Figura 1 se muestra el porcentaje de pacientes por género. Datos obtenidos de la memoria del Servicio de Asistencia en Adicciones de 2023.

Tabla 1. Memoria Servicio de Asistencia en Adicciones 2023

DEPENDIENTES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD (24)		
CENTRO SERMAS (1)	CONTRATOS DE SERVICIOS (5)	CONVENIOS ENTIDADES LOCALES (18)
CAID VALLECAS	CAID NORTE	CTA. ALCALÁ DE HENARES
PACIENTES ATENDIDOS 1.523 6,1%	CAID SUR	CTA. ALCOBENDAS
	CAID ESTE	CTA. ALCORCÓN
	CAID MÓSTOLES	CTA. ARANJUEZ
	CENTRO LOS MESEJO	CTA. ARGANDA DEL REY
	PACIENTES ATENDIDOS 4.186 16,9%	CTA. COLLADO VILLALBA
		CTA. COLMENAR VIEJO
		CTA. COSLADA
		CTA. TORREJÓN DE ARDOZ
		CTA. FUENLABRADA
		CTA. GETAFE
		CTA. LEGANÉS
		CTA. MAJADAHONDA
		CTA. MANCOMUNIDAD LOS PINARES
		CTA. MANCOMUNIDAD MEJORADA VELILLA
		CTA. PARLA
		CTA. SAN FERNANDO DE HENARES
		CTA. SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES
	PACIENTES ATENDIDOS 8.805 35,4%	

Figura 1. Distribución por género de pacientes atendidos en los CAID/CTA en 2023.
Memoria Servicio de Asistencia en Adicciones 2023.



5.2.2. Tratamiento Hospitalario (Centros de 2º nivel de intervención). Centros Hospitalarios de Salud Mental y Tratamiento de Toxicomanías

Aquellos pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, graves, con o sin otras patologías mentales, que no pueden ser abordados en esta fase desde el tratamiento ambulatorio y requieren de un recurso más intensivo son atendidos en programas hospitalarios

La derivación se realiza desde los centros de tratamiento ambulatorio (centros de 1º nivel). Existen 4 centros hospitalarios en la Comunidad de Madrid:

- Unidad de desintoxicación hospitalaria (UDH-Hospital Universitario Ramón y Cajal -HURYC). Personas adultas.
- Centro Hospitalario de salud mental y tratamiento de toxicomanías (Doctor León.) Personas adultas.
- Centro Hospitalario de salud mental y tratamiento de toxicomanías (Clínica Dr. Esquerdo). Personas adultas y 4 plazas de menores.
- Centro Hospitalario de salud mental y tratamiento de toxicomanías (Ntr. Sra. De la Paz- CAIC). Personas adultas.

El circuito asistencial se inicia siempre en ingreso y puede incluir o no, a criterio facultativo, el centro de día, siendo ésta la segunda fase de la intervención. En la Tabla 2 se muestra el número de plazas y de pacientes atendidos en centros hospitalarios de la red de adicciones de la Comunidad de Madrid. En estos Centros también prestan sus servicios los profesionales de Psicología Clínica.

Tabla 2. Número de plazas y de pacientes atendidos en los Centros Hospitalarios de Tratamiento. Años 2015-2023

CENTROS HOSPITALARIOS DE TRATAMIENTO	Nº DE PLAZAS	PACIENTES ATENDIDOS									
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
UDH Ramón y Cajal	2	41	42	31	28	27	18	16	18	26	
CHTD (3 centros)	90	439	479	497	515	533	375	458	497	571	
TOTAL	92	480	521	528	543	560	393	474	515	597	

5.3. Unidades Hospitalarias de la Consejería de Sanidad para Adicciones comportamentales

5.3.1. Centro ADCOM. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM)

El Centro AdCom se fundó en julio de 2022 con el objetivo de ofrecer atención especializada y multidisciplinar a todas aquellas personas residentes en la Comunidad de Madrid que sufren

adicciones comportamentales. Si bien actualmente la mayoría de estos comportamientos no se encuentran reconocidos en las clasificaciones clínicas actuales (Ferre, Sevilla y Basurte, 2016), sí aparece contemplado como entidad diagnóstica el juego patológico y el trastorno por comportamiento sexual compulsivo (este último en la CIE-11).

En el dispositivo se ofrece tratamiento tanto a población adulta como infanto-juvenil (siempre y cuando el menor tenga, al menos, 12 años). El tratamiento es de carácter multidisciplinar.

En el caso de los adultos, se realiza un abordaje individual y/o grupal combinado a personas cuya sintomatología cumpla los criterios de compras compulsivas (excluyendo cleptomanía), juego patológico, conducta sexual compulsiva (excluyendo conductas parafílicas), adicción a videojuegos o adicción a nuevas tecnologías. Respecto a la población infanto-juvenil, se trabaja principalmente con jóvenes que presentan adicción a las nuevas tecnologías y/o a las redes sociales, en colaboración con sus familiares.

El tratamiento en el centro tiene una duración limitada entre tres y seis meses, prorrogable a un máximo de un año. La atención se realiza en horario de mañana.

El Centro AdCom se encuentra ubicado en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental perteneciente al HGUGM, en Madrid. La particularidad de este dispositivo es que da cobertura a la totalidad de la Comunidad de Madrid y se concibe como complementario a otros dispositivos pertenecientes a la Red de Salud Mental, como los Centros de Salud Mental (CSM) o los CTA.

El equipo se encuentra conformado por dos técnicas en cuidados auxiliares de enfermería (compartidas con otros programas del hospital), una enfermera especialista en salud mental, una trabajadora social, una psicóloga clínica, una psiquiatra de adultos y un psiquiatra para población infanto-juvenil (este último al 50% de jornada).

El acceso al Centro AdCom se estructura mediante un proceso de cribado, al que se accede por sistema de autocita, sin necesidad de derivación expresa por parte de otros profesionales. Para citarse en dicho cribado, el único requisito es estar empadronado en la Comunidad de Madrid y contar con tarjeta sanitaria a tal efecto. Mediante una búsqueda web, introduciendo "Centro AdCom Madrid" en Google, todos los interesados pueden acceder a la página del programa: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/adcom-madrid>. El cribado consiste en un proceso grupal en el que, mediante teléfono móvil o tablet, los asistentes realizan una serie de pruebas objetivas cuyo resultado se vuelca de forma automática en su historia clínica.

En cuanto a la población adulta, un total de 614 personas han acudido a cribado en el periodo comprendido entre el 29/07/22 al 15/04/24. El 79% de los mismos han sido varones y la media de edad de los consultantes ha sido de 37 años. Respecto a la posible adicción motivo de consulta, el 23,3% de los asistentes informaban de conductas problemáticas relacionadas con el sexo, el 13,3% en relación con los videojuegos, el 39% por juego de apuestas, el 7,8% en cuanto a redes sociales y, finalmente, el 16,8% respecto a compras. El 68,5% de los usuarios cribados cumplía criterios de acceso al proceso de evaluación posterior.

A nivel sociodemográfico, predominan las personas con estudios de, al menos, Bachillerato o Formación profesional (37%), solteras (56,9%), con problemáticas en el ámbito familiar (82,1%) y consecuencias emocionales derivadas del motivo de consulta (86,6%). Asimismo, informan de consumo de tabaco (38,3%) y Benzodiacepinas (33,6%). Finalmente, un 62,1% de los usuarios cribados había tenido atenciones previas en Salud Mental y un 50,2% se encontraba en tratamiento en dichos servicios en el momento del cribado.

En cuanto a población infanto-juvenil, en el periodo comprendido entre el 29/07/22 al 15/04/24, acudieron un total de 170 menores. El 72% de los mismos eran varones, con una media de edad de 14 años. El motivo de consulta versaba sobre problemáticas con el uso excesivo de videojuegos y/o redes sociales.

5.3.2. Unidad de Ludopatía del Hospital Universitario Ramón y Cajal (HURYC)

La Unidad de Ludopatía es un dispositivo creado en 1981 como parte de la Unidad de Psiquiatría del HURYC, un año después de la inclusión de los problemas de juego como trastorno en el DSM-III (1980). El objetivo doble de dicha unidad, y que se mantiene en la actualidad, es proporcionar tratamiento a personas adultas de la Comunidad de Madrid con adicción a problemas de adicción al juego, e investigar factores de predisposición asociados al juego patológico.

El equipo de la unidad está conformado por una psiquiatra y por dos psicólogos clínicos. La valoración inicial de los pacientes, vía entrevista y cuestionarios psicométricos, es realizada por la psiquiatra (en horario de mañana) o por uno de los psicólogos clínicos (en horario de tarde), y el tratamiento ofrecido es fundamentalmente grupal. Sin embargo, y de manera excepcional, aquellos pacientes que no puedan incorporarse a un grupo de tratamiento por distintos motivos (como la incompatibilidad horaria con las sesiones o un nivel de gravedad que requiera de una atención más individualizada previamente) puede iniciar un tratamiento individual con uno de los psicólogos clínicos de la unidad. El tratamiento grupal se realiza en horario de mañana, mientras que el individual tiene lugar en horario de tarde.

La valoración y el tratamiento individual se realizan en las consultas externas del edificio principal del HURYC, mientras que las sesiones del tratamiento grupal se realizan en una sala habilitada para grupos en el edificio externo de consultas situado junto al edificio principal del mismo hospital.

Al dispositivo puede acceder población adulta de toda la Comunidad de Madrid, y existen dos vías de acceso: derivación desde CSM, o por solicitud directa del paciente, quien puede contactar telefónicamente con la secretaría del Servicio de Psiquiatría del HURYC para solicitar valoración y tratamiento.

5.4. Programas de Adicciones dentro de Unidades Hospitalarias

5.4.1. Programa de Alcohol del Hospital Universitario 12 de Octubre (HU120)

El programa de alcohol del HU120 tiene una larga trayectoria de funcionamiento, con una elevada actividad asistencial, docente e investigadora. Es un programa de referencia nacional, como lo demuestra el alto número de rotantes externos de otros servicios de psiquiatría de nuestro país, así como residentes y facultativos de otros países.

El programa de alcohol lleva más de 20 años funcionando, con un elevado volumen de pacientes, derivados desde atención primaria, consultas especializadas del hospital (principalmente servicios de digestivo e interna) y derivaciones desde pacientes ingresados en el hospital. El programa está estructurado en distintas fases: fase de desintoxicación y acogida en la Unidad de Transición Hospitalaria (UTH), deshabituación y preparación al alta.

El programa está compuesto por el equipo de personal del hospital donde se incluye el hospital de día y el servicio de interconsulta (psiquiatras, psicólogos/as clínicos/as y enfermería) y los equipos de los 3 CSM asociados al HU120 por lo que no se considera propiamente dicho como un dispositivo específico a incluir en la atención a las Adicciones (alcohol). En cada CSM, hay un psiquiatra y una enfermera encargados del programa, existiendo posibilidades de desintoxicación ambulatoria y terapia grupal en estos centros. El equipo del hospital realiza el programa ambulatorio estructurado con un enfoque de tratamiento a largo plazo, de unos dos años, y el programa de interconsulta. En este último, se valoran los pacientes con dependencia de alcohol que ingresan en otros servicios del hospital con los objetivos de colaborar en la desintoxicación e intentar motivar para iniciar la deshabituación en el programa ambulatorio.

En el programa, las estrategias psicoterapéuticas a realizar durante el primer nivel están dirigidas a motivar al paciente a la consecución de la abstinencia. Suelen utilizarse intervenciones grupales abiertas como los grupos de acogida o programas psicoeducativos. Una vez alcanzada la abstinencia, en el segundo nivel, los pacientes suelen beneficiarse de intervenciones con formato grupal y de orientación cognitivo conductual que les ayuden en la prevención de recaídas y en la mejora de sus habilidades sociales. Transcurridos 6-9 meses de abstinencia, en el tercer nivel, los pacientes necesitan consolidar los nuevos hábitos y el nuevo patrón de refuerzos, por lo que se promoverá la utilización de los recursos disponibles en la Comunidad y de la asistencia a las Asociaciones de ex alcohólicos para conseguir dichos objetivos.

Una vez finalizado el programa de intervención (es aconsejable que el paciente lleve al menos 2 años en abstinencia) los pacientes son derivados a sus equipos de atención primaria, donde, en colaboración con las asociaciones de los grupos de ayuda mutua, se lleva a cabo el programa de continuidad de cuidados.

Se intenta desde el inicio implicar a la familia en el programa, existiendo un contacto con los familiares de forma ambulatoria y un grupo de familias.

Muchos pacientes son reticentes a la terapia grupal, por lo que se realiza un seguimiento ambulatorio de estos. Otros pacientes no se plantean la abstinencia inicial y se realizan estrategias para disminuir el consumo o de consumo controlado para intentar orientar a la abstinencia posteriormente.

El tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica es concomitante con el de la dependencia de alcohol y se realiza por los mismos profesionales. Los pacientes con tentativas suicidas recientes y graves realizan el programa de suicidio específico de forma simultánea (PROGRAMA ARSUC). La comorbilidad psiquiátrica, en general, no excluye de la terapia grupal. Si existe comorbilidad grave se ingresa en la unidad de hospitalización o en el programa ambulatorio de trastorno mental grave.

En las Tablas 4 y 5 se especifica el número de pacientes atendidos.

Tabla 4. Los datos de pacientes nuevos atendidos en la interconsulta hospitalaria en el programa de alcohol procedentes de base de datos propia

Interconsulta	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Pacientes nuevos	249	334	323	318	361	342	351	390	248 (hasta julio) 179 (desde Agosto)

Tabla 5. Los datos de pacientes nuevos atendidos en la consulta externa en el programa de alcohol procedentes de base de datos propia

Consulta externa	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Pacientes nuevos	221	273	265	267	239	158	205	236	222

5.4.2. Programa de Alcohol del Hospital Doctor Rodríguez Lafona (HDRL)

El HDRL dispone de dos programas para el tratamiento de la adicción al alcohol. Son unidades específicas y de referencia para toda la Comunidad de Madrid, que abordan la fase de desintoxicación y deshabituación. Los ingresos son siempre voluntarios y programados, no por vía de urgencias.

El equipo es multidisciplinar con facultativos psiquiatras y de Psicología Clínica, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, monitor de terapia ocupacional, fisioterapia, facultativa de medicina interna y administrativa.

El acceso es directo. Para apuntarse en la lista de espera, se solicita en Admisión del hospital. Antes del ingreso se realizan varias entrevistas con el paciente y familia donde se abre la historia clínica y se explica el funcionamiento del dispositivo y de las dos unidades (desintoxicación y deshabituación).

5.4.3. Otros recursos

Hay otros recursos para la atención a las adicciones en los que no están incluidos profesionales de Psicología Clínica como son los recursos residenciales de apoyo al tratamiento ambulatorio, el servicio móvil de asistencia sanitaria, el centro de orientación sociolaboral y las Oficinas de farmacia.

Asimismo, el Ayuntamiento de Madrid cuenta con una red de Centros de Atención a las Adicciones (CAD y CCAD si son concertados) que dependen del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, en el que trabajan psicólogos/as no especialistas en Psicología Clínica.

5.5. Características y Funciones de los/as profesionales de la Psicología Clínica en Adicciones de la Comunidad de Madrid

Los profesionales de los centros y dispositivos descritos tienen las siguientes características:

- Título especialista en Psicología Clínica (PEPC).
- Trabajo en equipo.
- Formación continuada.
- Conocimientos específicos sobre Entrevista motivacional, Modelo transteórico, del cambio y Prevención de recaídas.
- Formación especializada en adicciones.
- Formación en perspectiva de género.

En la Tabla 6 se desglosa el número de PEPC en función de los dispositivos.

Tabla 6. Número aproximado de psicólogos/as clínicos/as en los dispositivos de adicciones del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

	DISPOSITIVOS	Número de psicólogos/as clínicos/as
Centros propios del SERMAS		
Centro de Atención Integral a las Drogodependencias (CTA)	CTA de Vallecas	2
Unidad de Ludopatía	H. Ramón y Cajal	2
Centro de Adicciones Comportamentales	H. Gregorio Marañón	1
Unidad de Adicción al Alcohol	H. Rodríguez Lafona	1
TOTAL Centros propios del SERMAS		6
Red de Adicciones Centros concertados con el SERMAS		
Red de Adicciones (Centros de Tratamiento a las Adicciones -CTA)	CTA Mancomunidad Mejorada-Velilla	1,5
	CTA San Sebastián De los Reyes	2
	CTA Coslada	1
	CTA Fuenlabrada	2
	CTA Alcorcón	4
	CTA Villalba	5
	CTA Leganés	1
	CTA Alcalá de Henares	5

	DISPOSITIVOS	Número de psicólogos/as clínicos/as
Red de Adicciones (Centros de Tratamiento a las Adicciones -CTA)	CTA Torrejón de Ardoz	3
	CTA ESTE	4
	CTA SUR	8
	CTA NORTE	8
	CTA MÓSTOLES	4
	CTA Getafe	5
	CTA Los Mesejo	
	CTA Alcobendas	
	CTA Aranjuez	
	CTA Arganda	
	CTA Colmenar Viejo	
	CTA Majadahonda	
	CTA Mancomunidad Pinares	
	CTA Parla	
	CTA San Fernando	
Red de Adicciones (Centro Hospitalario de salud mental y tratamiento de toxicomanías CAIC)	Nª SEÑORA DE LA PAZ	3
	DOCTOR ESQUERDO	1
	DOCTOR LEÓN	3
TOTAL aproximado en Red de Adicciones Centros concertados con el SERMAS		60,5 *
TOTAL Red de Adicciones Centros propios y concertados con el SERMAS		66,5

* Número establecido en la mayoría de estos 14 centros por convenio, pero sin cubrir la plantilla completa de psicólogos/as clínicos/as en todos los casos. No hemos conseguido datos del resto de los CTA. En el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024 se señala que en toda la Red de Adicciones hay 81 PEPC y 14 sin la especialidad.

Con independencia del ámbito en que ejercen su profesión (hospitalario, consultas externas, CTA), las funciones de los PEPC que trabajan en adicciones resultan altamente similares.

En el ámbito hospitalario, contamos con tres centros concretos que se dedican a la atención de adicciones en calidad de consultas externas: el HURYC atiende juego de apuestas en población adulta, el HU120 atiende trastorno por consumo de alcohol, juego de apuestas y adicción a la comida en población adulta y el HGUGM atiende compra compulsiva, conducta sexual compulsiva, juego de apuestas, nuevas tecnologías en población a partir de doce años. Los profesionales de los centros descritos forman parte de equipos en los que se cuenta, al menos, también con un profesional de psiquiatría. En algunos de ellos, el equipo también se compone de enfermería especialista en salud mental y trabajo social.

Las funciones de estos PEPC (ÁMBITO HOSPITALARIO), en términos generales, se enumeran a continuación:

- Cribado de las solicitudes de tratamiento.
- Corrección de cuestionarios y autoinformes cumplimentados por el paciente, previamente a la evaluación por parte de Psicología Clínica, con el consiguiente traslado de puntuaciones.
- Evaluación diagnóstica pormenorizada de los usuarios candidatos a tratamiento.
- Intervención clínica grupal y/o individual con los pacientes del programa.
- Realización de informes clínicos (y/o neuropsicológicos, en el caso del HU120 con vuelco a HORUS para facilitar coordinación entre profesionales del SERMAS (primera consulta, consultas sucesivas si se producen cambios significativos, informe de alta).
- Apoyo e intervenciones con familiares y/o allegados de los pacientes que lo precisen.
- Coordinación continua con otros miembros del equipo, así como con otras unidades del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (Unidades de Hospitalización Breve, CSM, CTA), con Servicios Sociales, Atención Primaria, etc.
- Formación de residentes en Psicología Clínica (PIR), así como apoyo en la formación de residentes de otras especialidades MIR (psiquiatría, medicina de familia).
- Formación de estudiantes de grado y/o máster de medicina y/o psicología.
- Realización de clases docentes en seminarios o cursos dentro de la formación continuada del SERMAS.
- Participación en las sesiones clínicas del servicio.
- Participación en cursos y talleres relacionados con el campo de las adicciones dentro de la formación continuada de los profesionales sanitarios.
- Participación en proyectos de investigación relacionados con las adicciones.
- Aporte de datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes con trastorno de juego patológico valorados en el hospital al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Las funciones de los y las PEPC (Red Asistencial de Adicciones), en términos generales, se enumeran a continuación:

- Servicio de orientación/información sobre la Red Asistencial, el funcionamiento del CTA, tratamientos, sustancias y comportamientos adictivos (juego, sexo, redes sociales, adicciones tecnológicas...).
- Servicio de atención familiar: apoyo a familiares/pareja/ personas de referencia para adecuado cuidado y contención de pacientes, detección y manejo de factores de riesgo, fomento de factores de protección tanto por y para el paciente como para el propio demandante (cuidando a quien cuida).
- Servicio de valoración, diagnóstico y plan de tratamiento: cumplimentar registros e indicadores de adicciones R.A.D. /I.S.E.I.D.A. y la historia clínica psicológica de cada paciente según normativa vigente (criterios DSM 5-R) ampliable a trastornos clínicos de interés (patología dual) para elaborar un plan terapéutico individualizado que puede incluir psicoterapia individual, grupal y/o familiar.

- Servicio de seguimiento y control terapéutico para consecución de objetivos propuestos en el plan individualizado en los diferentes ámbitos: comportamientos adictivos con/sin sustancia, familia/pareja, amistades, académico/laboral...
- Coordinación con compañeros de equipo (abordaje socio-psico-biológico) y con otros recursos: Salud Mental, Atención Primaria, Educación, Servicios Sociales, Familia, Igualdad, Jurídico/Legales (sanciones y/o sentencias)...
- Elaboración de informes judiciales, evolución, derivaciones a otros recursos de la red...
- Registros, envío de datos solicitados y contacto con la ORCSMyA.
- Formación continua y Formación de estudiantes de grado y/o máster de Psicología. Formación de residentes en Psicología Clínica (PIR).
- Participación en proyectos de Investigación.

5.6. Actividades de los/as profesionales de la Psicología Clínica en Adicciones de la Comunidad de Madrid

Tanto en los dispositivos de primer nivel de la red asistencial de adicciones como en las unidades hospitalarias ambulatorias, los psicólogos/as clínicos/as realizan actividades de evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con adicciones, así como labores administrativas que tienen que ver con la recogida y organización de datos para fines extra clínicos (epidemiológicos, investigación).

Los CTA suponen el primer nivel de atención a adicciones, incluyendo las comportamentales. Las actividades de dichos dispositivos se pueden encuadrar dentro cuatro tipos distintos: orientación e información, valoración y diagnóstico, tratamiento, y atención familiar. Estas actividades reciben una retroalimentación por los usuarios en forma de encuestas de satisfacción para pacientes (enviadas al SERMAS cada 6 meses) y familiares.

Las actividades de orientación e información pretenden educar a distintos grupos de población (paciente, familiares y profesionales) sobre el fenómeno de las adicciones, su tratamiento, y el funcionamiento de los dispositivos y la red asistencial en este ámbito. En cuanto a las actividades de valoración y diagnóstico, abarcan un proceso de evaluación que comprende tanto la categorización del tipo de adicción según los manuales de referencia en el ámbito de la psicopatología (DSM-5, CIE-11), como una formulación basada en la entrevista y en pruebas objetivas que permitan delimitar el proceso y perfil adictivo de cada paciente con objeto de diseñar un plan de tratamiento individualizado.

Una vez elaborado el plan de tratamiento, el seguimiento del paciente por Psicología Clínica constará de una psicoterapia de frecuencia, como mínimo, mensual, incluyendo la perspectiva de género en el tratamiento de la adicción en mujeres, y valorando el grado de cumplimiento de distintos indicadores de eficacia terapéutica, revisando y modificando, si está indicado, el plan de tratamiento elaborado inicialmente.

Con relación a la atención familiar, ésta ofrece tanto elementos psicoeducativos como terapéuticos en forma de apoyo directo a los familiares y personas de referencia o de monitorización de grupos de autoayuda.

En los tres dispositivos hospitalarios mencionados anteriormente (HGUGM, HU120 y HURYC) de atención a las adicciones en formato de consultas externas, el psicólogo clínico participa en la evaluación inicial, tanto a través de la entrevista clínica como de la aplicación de instrumentos psicométricos. En el caso del dispositivo Adcom, del HGUGM, previamente a la valoración por un profesional el paciente completa un cribado de manera autónoma, aunque revisado posteriormente por el propio psicólogo clínico. En el HU120 además se realiza una evaluación neuropsicológica si hay sospecha de deterioro cognitivo del paciente.

De estos dispositivos hospitalarios, solamente el HURYC cuenta con un programa de seguimiento de los familiares de los pacientes, que se realiza en formato grupal.

En los tres dispositivos hospitalarios, la recogida de datos es empleada tanto en labores clínicas como de investigación y epidemiológicas.

En relación al formato de tratamiento, los tres dispositivos hospitalarios ofrecen intervenciones tanto grupales como individuales, aunque la frecuencia y peso relativo de éstas es distinto en cada hospital. En contraste con esto, el tratamiento en los CTAs es fundamentalmente individual. En el HURYC y en el HU120 el pilar del tratamiento son los grupos psicoterapéuticos, complementado o sustituido por un seguimiento individual de pacientes con características concretas. Por otro lado, en el HGUGM el protocolo de tratamiento es individual, aunque se realizan grupos terapéuticos para perfiles específicos de adicción. En concreto, el tratamiento grupal en el HURYC va dirigido a la adicción al juego y a las compras, y consta de una fase inicial de incorporación y otra de mantenimiento, organizadas en grupos distintos. En el HU120, además de otros grupos terapéuticos para la adicción al alcohol realizados por otros profesionales, el psicológico clínico lleva a cabo cuatro grupos diferenciados: psicoterapia motivacional en pacientes con adicción al alcohol candidatos a trasplante hepático, dos grupos de mejora cognitiva para paciente con adicción al alcohol (uno para candidatos a trasplante hepático y otro para pacientes no candidatos), y psicoterapia para pacientes con adicción a la comida que son candidatos a cirugía bariátrica. Y en el HGUGM se organizan varios grupos de terapia: para conducta sexual compulsiva, para juego patológico, para compras compulsivas y un grupo para padres con hijos con problemas de adicción a las nuevas tecnologías.

Tanto en los dispositivos de primer nivel de la red asistencial de adicciones como en los tres hospitales mencionados anteriormente, el psicólogo clínico participa en labores de investigación de distintas maneras (recogida de datos, redacción de artículos) y de docencia (supervisión de residentes y estudiantes, participación en sesiones clínicas del servicio).

5.7. Problemas más relevantes y Retos de futuro de la Psicología Clínica en el Tratamiento de las Adicciones en la Comunidad de Madrid

La Psicología Clínica ha avanzado mucho desde sus inicios con la puesta en marcha de la Especialidad de Psicología clínica, en 1998, lo que ha dado lugar al crecimiento exponencial de nuestra disciplina, la adquisición del mismo rango y estatus que cualquier otra especialidad

médica, o la autonomía en la gestión en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes (Hernández, 2023). Concretamente en el campo de las adicciones, los tratamientos psicológicos han estado presentes desde el primer momento con los primeros centros de atención a las adicciones, y han evolucionado y se ha adaptado a la evolución del mismo fenómeno de la adicción a drogas (Sánchez Hervás y Tomas Gradoli, 2001).

Sin duda, la mayor parte de estos avances han sido por el esfuerzo y tiempo de los profesionales de esta especialidad en el campo de las drogodependencias a lo largo de los años. A pesar de los avances, todavía tenemos asignaturas pendientes, que mejoren nuestro trabajo como profesionales de la salud en este campo, tanto en el nivel asistencial, como en otros aspectos como la docencia o la formación continuada. Por ello, a continuación, describimos los aspectos a mejorar para los PEPC en el campo de las adicciones en 4 apartados: aspectos asistenciales, de coordinación, formativos y propios de la profesión.

ÁMBITO ASISTENCIAL

Los aspectos asociados a la mejora de la profesión van, inherentemente, ligados a la mejora de la calidad asistencial a nuestros pacientes, por lo que consideramos necesario:

- Ajustar la carga asistencial de cada PEPC, tanto con respecto al número de pacientes nuevos como de citas de seguimiento. A nivel de sistema, el ajuste de la carga asistencial, teniendo en cuenta cómo funcionan los procesos atencionales empíricamente validados, resulta básico para poder ofrecer una atención de mayor calidad a nuestros consultantes.
- Aumentar el número de PEPC en adicciones con el título de especialista en la Comunidad de Madrid.
- Incrementar la disponibilidad de espacios de terapia individual para pacientes que no se encuentren en condiciones de incorporarse a una terapia grupal, sobre todo en patología dual.
- Realización de mayor número de evaluaciones cognitivas de los pacientes con adicciones y sospecha de deterioro cognitivo, lo que supone más psicólogos clínicos formados en neuropsicología.
- Implementación de más terapias de rehabilitación cognitiva para estos pacientes lo que supone de nuevo, la necesidad de más psicólogos clínicos formados en neuropsicología.
- Integrar de forma más intensiva a la familia o personas de referencia en el programa de tratamiento, ello implica planificar y reservar encuadres específicos para psicoeducación, psicoterapia familiar y multifamiliar.
- Promover mayor número de terapias dirigidas a las llamadas adicciones comportamentales dirigidas por PEPC.
- Utilización de historia clínica digital y centralizada.
- Realizar trabajo psicoterapéutico personal para reconocer/mejorar aquellos aspectos que puedan influir en nuestra forma de ejercer la profesión.

ÁMBITO DE COORDINACIÓN

Una de las funciones imprescindibles para una buena asistencia de calidad es el trabajo de coordinación con otras instituciones, recursos y profesionales que están influyendo tanto en

la génesis como en el mantenimiento y en la recuperación de los pacientes con problemas de adicciones, por ello consideramos imprescindible:

- Espacios de coordinación con nuestros equipos dentro de la jornada laboral.
- Reuniones periódicas con PEPC que trabajan en adicciones dentro de la Comunidad de Madrid.

ÁMBITO FORMATIVO

Del mismo modo, como profesionales de Psicología Clínica, es imperativo continuar formándonos y aprendiendo de la experiencia durante toda nuestra vida laboral. Para ello, la asistencia continuada y frecuente en diferentes espacios formativos resulta esencial, por lo que reclamamos:

- Acceso a todas las formaciones y cómputo de créditos de la oferta formativa pública de la Comunidad de Madrid. (Ejemplo: Acceso a plataforma Formadrid).
- Más cursos de formación sobre intervenciones psicológicas en adicciones en la plataforma ForMadrid.
- Acceso libre y gratuito a portales de investigación, formación, sesiones clínicas relacionadas con el campo de las adicciones
- Contar con espacios para la supervisión de casos (en los propios equipos o en lugares destinados expresamente a esta función).
- Formación en labores de coordinación si dicha función fuese asignada al PECP.

ÁMBITO PROFESIONAL

También consideramos necesarios mejorar las condiciones laborales de los psicólogos clínicos para el ejercicio de sus funciones en el ámbito tan variable de los psicólogos clínicos en adicciones. En este sentido consideramos necesarias las siguientes mejoras:

- Equiparar a todos los PEPC que trabajan en la red del SERMAS, ya sea en ámbito hospitalario o CTA/ CAID. Reconocimiento del título especialista.
- Tener en cuenta, desde el SERMAS, la necesidad de que los PEPC contemos con períodos contractuales de larga duración y procesos de estabilización frecuentes y transparentes, que permitan crear equipos cuya variabilidad sea mínima. Los múltiples cambios de profesionales no favorecen la creación y mantenimiento del vínculo terapéutico, aspecto fundamental en nuestro ejercicio profesional.
- Equiparar los salarios de todos los psicólogos clínicos, con independencia del centro que trabaje dentro del Área de Salud Mental y Adicciones.
- Computar por meses y años trabajados con el mismo criterio tanto a psicólogos clínicos que trabajan en hospitales como los que trabajan en centros de la red de adicciones para la Comunidad de Madrid, con independencia de ser centros propios o concertados con la Comunidad.
- Dotar a todos los profesionales de correo corporativo de Madrid-Salud.

- Proteger a todos los psicólogos clínicos ante informes periciales, demandas de pacientes... En el ejercicio de nuestra profesión (y, en concreto en el campo que nos ocupa, las adicciones), podemos vernos envueltos en procesos judiciales ante los que nos encontramos desinformados, desamparados e indefensos. Teniendo en cuenta que este ejercicio lo realizamos, precisamente, por pertenecer al SERMAS, sería considerado el acompañamiento y el cuidado por su parte en estos aspectos, garantizando una orientación y defensa legal gratuita.
- Mejora de las condiciones laborales para el ejercicio de sus funciones como condiciones horarias que favorezcan la conciliación, sin el añadido del ejercicio de horas no remuneradas.

Bibliografía

Díez, M., Caballero, L. y Muñoz, P. E. (1988). Estudio descriptivo de los drogodependientes que iniciaron tratamiento en los centros del plan regional sobre drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985-1986. *Comun. Drogas*, 9, 9-26.

Duro Martínez, J. C. (1999). *Discursos y prácticas profesionales de psicología social en salud comunitaria (1970-1995)* [Tesis doctoral]. Departamento de Sociología y Antropología Social. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Autónoma de Madrid. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/131052?locale-attribute=es>

Hernández, N. (2023, 18 de mayo). *La Psicología Clínica cumple 25 años de historia con el foco en una nueva especialidad*. ConSalud.es. https://www.consalud.es/profesionales/psicologia-clinica-25-anos-historia-futuro-nueva-especialidad_129960_102.html

Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. *Boletín Oficial del Estado* (España), 176, de 24 de julio de 2002. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-14844>

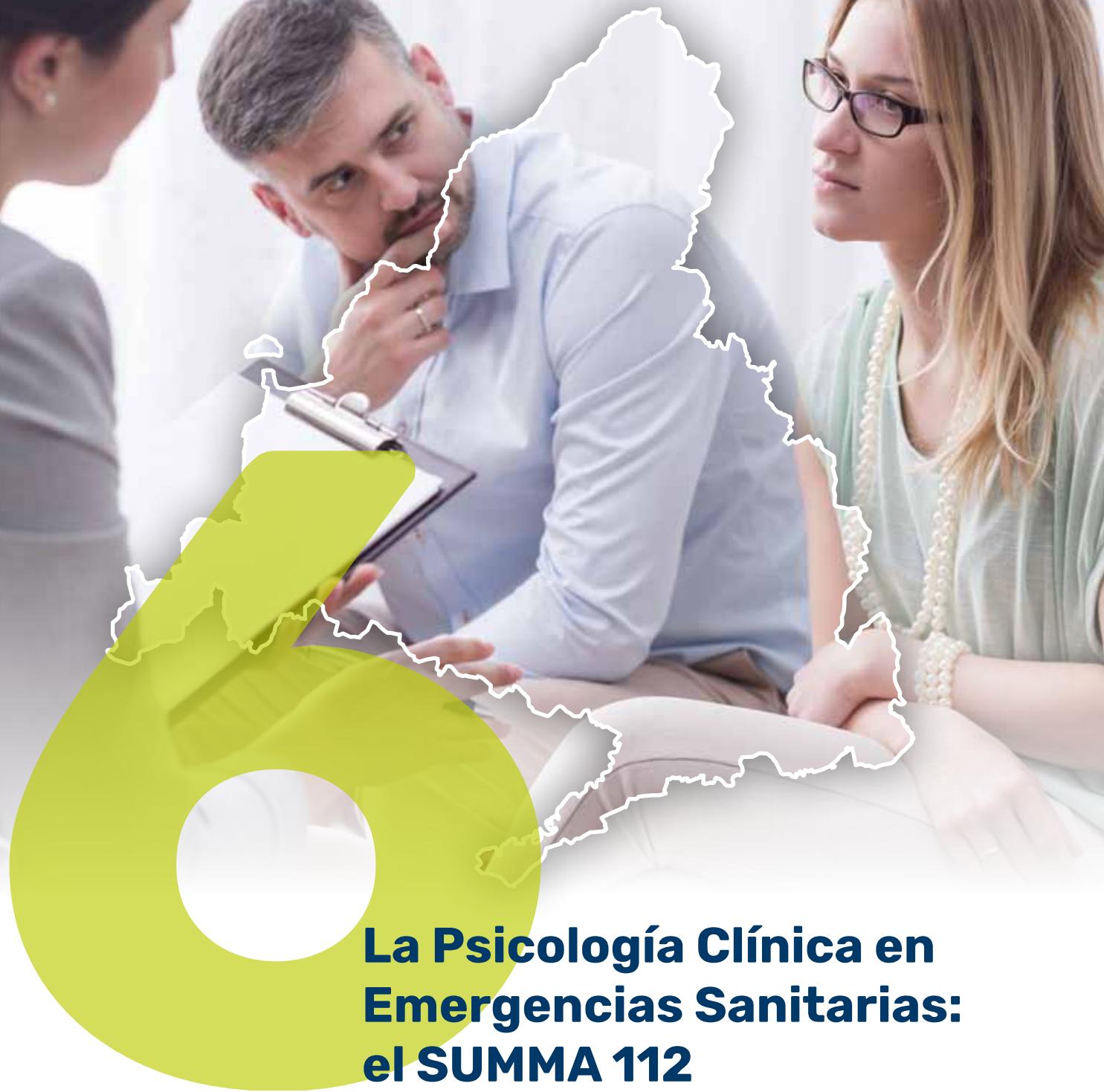
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (2023). *Memoria del servicio de asistencia de adicciones. 2023*. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Dirección General Asistencial. Consejería de Sanidad.

Plan Nacional sobre Drogas (2022). *Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf

Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado* (España), 146, de 17 de junio de 2009. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-10107>

Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado* (España), 288, de 2 de diciembre de 1998. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1998/11/20/2490>

Sánchez Hervás, E. y Tomás Gradoli, V. (2001). Intervención Psicológica en conductas adictivas. *Revista de Trastornos Adictivos*, 3(1), 21-27.



La Psicología Clínica en Emergencias Sanitarias: el SUMMA 112

Edurne Crespo Llanos

Psicóloga Clínica. SUMMA 112

Marta Álvarez Calderón

Psicóloga Clínica. SUMMA 112

6.1. Introducción

La psicología de emergencias es la rama de la psicología que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021).

Es la implementación de estrategias de intervención psicológica orientadas a la litigación y preparación de la población, estudiando cómo responden las personas ante las alarmas y cómo optimizar la alerta, evitando y reduciendo las respuestas inadaptadas durante el impacto del evento y facilitando la posterior rehabilitación y reconstrucción (Valero Álamo, 2001).

La atención psicológica en la emergencia tiene pocos años de recorrido. Se considera su inicio en España tras la tragedia que ocurrió en el camping de Biescas, el 7 de agosto de 1996.

La tragedia del camping supuso un punto de inflexión en la intervención psicológica en catástrofes en España, ya que acudieron al lugar numerosos profesionales de la psicología voluntarios desde distintos puntos del país para ayudar y colaborar (Giménez Torralba, 1996).

Fue la primera vez que se organizó una intervención psicológica en una situación de esa naturaleza (Aranda, 1997). El impacto que tuvo dicha tragedia en la sociedad y medios de comunicación hizo que muchas instituciones se plantearan por primera vez la necesidad de crear grupos estables de intervención psicológica en desastres.

Después se asentaría este tipo de intervención tras el 11M y el accidente de Spanair, siendo ambos sucesos referentes de la importancia y la visibilización de la atención psicológica en emergencias.

En la Comunidad de Madrid, a raíz de los atentados del 11 de marzo de 2004, y dentro del Plan de Atención de Salud Mental para los Damnificados por los Atentados del 11-M de la Consejería de Sanidad y Consumo, se crea en el SUMMA 112 el Dispositivo Especial de Atención Psicológica que contrató a dos PEPC para la atención de personas afectadas (Hillers y Rey, 2006). Durante los 6 meses que estuvo en funcionamiento este Dispositivo, y una vez pasada dicha emergencia inicial, progresivamente se fueron atendiendo también demandas de intervención psicológicas habituales de un servicio de emergencias extrahospitalarios. No obstante, en aquel momento, no tuvo continuidad.

Es en junio de 2019 cuando el SUMMA 112 de la Comunidad de Madrid contrata un equipo de Psicólogos/as Especialistas en Psicología Clínica (PEPC) especialmente preparados para atender situaciones traumáticas, siendo el primer servicio de urgencias extrahospitalarias que incluye en su cartera de servicios la intervención psicológica inmediata.

Se trata por tanto de un servicio pionero dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esto implicó que el inicio fuese ilusionante y a la vez cargado de incertidumbre, al iniciarse desde cero y no disponer de modelos previos.

El Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid, el SUMMA 112 nació en 2001, de la conjunción de dos servicios sanitarios de urgencias, el 061 de origen estatal, y el SERCAM, de origen autonómico y es el encargado de atender las urgencias y emergencias extrahospitalarias en la Comunidad de Madrid. Tiene, por lo tanto, asignada la misión de la atención sanitaria a las urgencias, emergencias, catástrofes y situaciones especiales en la CAM. Además, es referente en la coordinación funcional entre los distintos niveles asistenciales.

Con la incorporación del equipo de Psicología Clínica, se apuesta por la mejora continua y la atención integral, ya no sólo de la esfera física sino también de la emocional, poniendo en valor, por tanto, la importantísima atención psicológica en la emergencia.

El equipo de Psicología Clínica está compuesto por 6 PEPC, que forman, junto a un equipo de 6 técnicos en emergencias sanitarias, el dispositivo SICO01, nombre que recibe el recurso. Desde el principio, los 6 PEPC fuimos los que diseñamos el primer procedimiento, que derivó en la Instrucción Técnica (IT) por la que se guía actualmente el dispositivo. Dicha IT está en constante revisión debido a las necesidades y evolución del servicio.

La dependencia directa es de la Dirección Médico Asistencial del SUMMA 112, con los que hay comunicación fluida, directa y frecuente.

La atención se presta durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La jornada laboral, por tanto, es en formato de guardias, de 12 horas de día o 12 horas de noche por turno, pudiendo en ocasiones juntar 24 horas seguidas si así se requiere.

La base de la unidad se encuentra en el Hospital Enfermera Isabel Zendal. Desde allí se activa al recurso para acudir al lugar donde se requiera la intervención.

La forma de activación puede realizarse mediante:

- Activación por los recursos móviles: los recursos que realizan atención in situ, detectan la necesidad de atención psicológica para un determinado aviso. Indican la necesidad al SCU (Servicio Coordinador de Urgencias) y activan al PEPC.
- Activación directa por el SCU: los locutores detectan llamadas entrantes que coinciden con los criterios de activación y proceden a activar a SICO01 y de forma simultánea a un recurso móvil. El recurso SICO01 no acude nunca solo como primer recurso, siempre está acompañado de otro recurso móvil con el fin de estabilizar la situación médica si fuera necesario.

Los criterios de activación son todas aquellas situaciones en las que sería susceptible la intervención del PEPC, como son:

1. Atención al duelo y apoyo en comunicación de malas noticias. Muertes traumáticas con familiares implicados en la escena.
2. Suicidio en curso.
3. IMV (Incidentes de múltiples víctimas). Accidente de tráfico grave con más de una persona implicada.
4. Violencia o maltrato, en especial a colectivos vulnerables, como son los menores, personas con discapacidad, mujeres embarazadas, personas mayores y personas con enfermedad mental. Violencia de género. Agresiones y/o abusos sexuales.
5. Pacientes en tratamiento de salud mental descompensados.
6. En todos aquellos casos que el jefe de la guardia lo requiera.

Además, también entre los criterios, se encuentra la atención psicológica a los compañeros del SUMMA 112, en los siguientes casos:

7. Agresión o violencia a los profesionales durante la intervención.
8. Ante un accidente con el recurso.

9. Afectación psicológica individual o grupal tras incidentes de alto contenido emocional o especialmente difíciles (traumatización vicaria).

Así, el PEPC de emergencias del SUMMA 112 presta atención durante su intervención a:

- Víctimas directas o de primer orden: aquellas personas afectadas en primera instancia por el acontecimiento traumático (víctimas de accidentes, familiares que han perdido un ser querido, víctimas de agresiones sexuales...).
- Víctimas indirectas o secundarias: aquellas personas afectadas de forma indirecta por el impacto del acontecimiento. Cualquier persona que presencie el acontecimiento o pueda estar relacionada puede ser susceptible de atención. En este grupo es especialmente relevante mencionar a los profesionales involucrados en la emergencia: sanitarios o de otros cuerpos de seguridad, como policías, guardias civiles o bomberos. Estos profesionales están sometidos igualmente al estrés de situaciones extremas. Los y las PEPC del SUMMA 112 realizamos una valoración del estado mental de los profesionales intervenientes durante el aviso en curso y, si se considera necesario, una intervención posterior.

El principal motivo de activación para intervención psicológica es la muerte traumática, y dentro de esta, la muerte por suicidio.

6.2. Recursos actuales de atención psicológica especializada del SUMMA 112

En el SUMMA112 trabajan un amplio número de profesionales, con un perfil también muy diverso, como son:

- Médicos: al no haber existido la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, son diversas las especialidades de los médicos que trabajan en extrahospitalaria, aunque la mayoría son especialistas en Atención Primaria.
- Enfermeros.
- Técnicos en Emergencias Sanitarias: dicha categoría profesional tiene muy pocos años, por lo que la mayoría se han reconvertido de sus categorías previas, como son las de conductor, celador o locutor.
- Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica.
- Farmacéuticos.
- Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Técnicos de rayos.
- Auxiliares Administrativos.
- Administrativos y Grupo de Gestión.
- Informáticos.
- Periodista.

En la Tabla 1 se describe el número y características sociodemográficas y laborales de los PEPC en 2024.

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales de los profesionales de la Psicología Clínica del SUMMA 112 (SIC001)

Número de profesionales	Tipo contrato	Edad	Género	Responsable
6	Estatutario Fijo = 1 Estatutario Interino = 5	40-55 años = 5 Mayor de 55 años = 1	Mujeres = 5 Hombre = 1	Ninguno

6.3. Funciones y actividades de la Psicología Clínica en el SUMMA 112

6.3.1. Asistencial

Es la principal función, que implica poner en marcha estrategias de manera inmediata tras un suceso crítico, orientadas a prevenir o disminuir consecuencias negativas en la salud mental de los afectados.

El objetivo en un primer momento es amortiguar el impacto psicológico del suceso traumático, acompañar y ofrecer alivio físico y emocional, pero además una intervención psicológica inmediata tiene, también, un carácter preventivo, en el sentido de evitar la posible aparición de psicopatología en un futuro. Para ello, además de identificar factores de riesgo y/o factores protectores, también es necesario abordar los estados del proceso traumático, como son la fase de impacto/shock y la fase de reacción.

Las intervenciones del PEPC durante la emergencia tienen las siguientes características:

- Son intervenciones de primera instancia.
- Inmediatas y de corta duración.
- Dirigidas a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- Se proporcionan en el mismo lugar del suceso.

Los objetivos de su intervención son:

1. Minimizar el posible impacto psicológico y reducir la posibilidad de desarrollar futuras patologías asociadas al suceso potencialmente traumático, así como prevenir la pérdida de vidas.
2. Propiciar una temprana intervención psicológica con el fin de:
 - Mejorar la funcionalidad y el sentido de capacidad y afrontamiento de las personas afectadas.

- Ayudar a movilizar recursos adaptativos de las propias personas.
- Aumentar el sentido de autoeficacia de la persona afectada.
- Garantizar la continuidad sanitaria si se considera necesario, mediante la derivación a un especialista de salud mental.

Todos los dispositivos del SUMMA112 disponen de una Tablet, donde realizamos nuestros informes clínicos, que posteriormente imprimimos en la impresora que llevamos en el vehículo para poder entregar a los pacientes.

6.3.2. Formación

Entre las actividades del PEPC en SUMMA 112 también está la de impartir formación al resto de los profesionales del SUMMA112.

Durante la pandemia de la COVID19 se impartieron seminarios de gestión del estrés específicos para esa situación, y en la actualidad se imparten dos cursos con varias ediciones anuales:

- **Curso de Primeros Auxilios Psicológicos.** El objetivo del curso es dotar a los profesionales del SUMMA 112 (médicos, enfermeras y técnicos en emergencia sanitarias) de herramientas psicológicas básicas para la atención de pacientes en situaciones de crisis. Se trata de un curso eminentemente práctico basado en casos clínicos que promueve la participación activa e interacción con los profesionales.
- **Curso de Gestión del Estrés para profesionales del SUMMA 112.** El objetivo del curso es dar a los profesionales nociones básicas de psicología para su propio autoconocimiento con el fin de que detecten síntomas de ansiedad o estrés relacionados con el trabajo en la emergencia y valoren la búsqueda de apoyo psicológico.

También se imparte formación práctica a los voluntarios de Protección Civil de la CAM, en el Instituto de Formación Integral en Seguridad y Emergencias (IFISE).

6.3.3. Colaboración Docente

Desde enero de 2022 hasta la actualidad han realizado rotaciones en el dispositivo 25 residentes de Psicología Clínica del territorio nacional, interesados por la atención psicológica en la urgencia y emergencia.

En esta línea, se ha impartido también formación a residentes dentro de su docencia específica en el Hospital Rey Juan Carlos, en el Hospital Clínico San Carlos, y en los hospitales de Galicia; todos a petición de los propios residentes.

6.3.4. Medios de Comunicación

Desde la puesta en marcha de la Unidad de Psicología Clínica se ha aparecido en numerosos medios de comunicación, tanto de prensa escrita, como de radio, o de televisión.

6.4. Problemas más relevantes y retos de futuro de la Psicología Clínica en un Servicio de Emergencias

Al tratarse de un recurso pionero, sin referencias previas en el SNS de PEPC realizando las funciones previamente expuestas, no han sido pocos los problemas a los que hemos tenido que hacer frente.

Primero, el desconocimiento por nuestra parte de lo que es un servicio de emergencias, de cómo se trabaja, cómo se organiza, cuál es la dinámica, etc.... por lo que inicialmente tuvimos que adaptarnos muy rápidamente a un entorno laboral que desconocíamos completamente. Este desconocimiento era bidireccional, ya que también nuestro recurso era novedoso dentro del operativo diario del SUMMA 112, desconociendo en muchas ocasiones nuestras funciones.

En marzo de 2020, a sólo 9 meses de la creación del dispositivo tuvimos que coordinar la atención psicológica en el Hospital de IFEMA durante la pandemia de la COVID19, siendo el primer Servicio de Psicología Clínica coordinado únicamente por PEPC en un hospital público.

Quizás éste fue el mejor ejemplo de una de las características que tiene este dispositivo, y es, como indicábamos previamente, la capacidad de adaptación. Permanentemente nos tenemos que ir adaptando, tanto dentro del trabajo diario en nuestros avisos, como dentro de la organización, lo que, si bien en ocasiones nos impulsa a seguir creciendo y avanzando, no es menos relevante que ha llevado también a épocas más convulsas.

Se trata de un servicio en evolución y crecimiento, que se está consolidando y encontrando su lugar dentro de un servicio de emergencias como es el SUMMA 112.

El futuro es prometedor. Ya nadie pone en duda la importancia de la intervención psicológica inmediata en situaciones potencialmente traumáticas, por lo que un servicio como el nuestro sólo puede ir a más, ya no sólo dentro del SUMMA 112, sino dentro de cualquier servicio de emergencias del SNS.

Fuimos los primeros, pero no seremos los últimos.

Bibliografía

Aranda, J. A. (1997, septiembre). Intervención psicológica inmediata con víctimas de una catástrofe natural. *Papeles del Psicólogo*, (68). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=763>

Cruz Roja Española (2015). *Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial*. Cruz Roja Española.

Giménez Torralba, B. (1996, junio). Psicólogos en la catástrofe de Biescas. *Papeles del Psicólogo*, (65). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=714>

Hillers, R. y Rey, M. (2006). La intervención psicológica en el SUMMA 112 tras los atentados del 11-M en Madrid. *Estudios de Psicología*, 27(2), 141-152.

Slaikeu, K. A. (2019). *Intervención en crisis. Manual para práctica e intervención*. Manual Moderno.

- Soto-Baño, M. A. y Clemente-Suárez, V. J. (2021). Psicología de emergencias en España: Delimitación conceptual, ámbitos de actuación y propuesta de un sistema asistencial. *Papeles del psicólogo*, 42(1), 56–66. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2938>
- Tabuenca, T. P. (2012). *Atención psicosocial en emergencias*. Síntesis.
- Torres, E. P. (2008). *Psicología y emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Desclée De Brouwer.
- Valero Álamo, S. (2001). *Psicología de emergencias y desastres una nueva especialidad*. <https://www.monografias.com/trabajos10/emde/emde.shtml>



La Psicología Clínica en los Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización Breve y Unidades de Trastornos de Personalidad

Manuel Broco Barredo (Coordinador)

Psicólogo Clínico. Hospital de Día-Adolescentes del Hospital La Paz

María Muñoz Parra y Alicia María Sancho Salinas

Psicólogas Clínicas. Hospital de Día-Adolescentes Hospital Clínico San Carlos

Laura Carballeira Carrera

Psicóloga Clínica. Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico Pradera de San Isidro Infantil. Hospital 12 Octubre

Carmen Fernández de Henestrosa Serra y Gonzalo González Viéitez

Psicólogos Clínicos. Hospital de Día-Adolescentes del Hospital La Paz

Diana Hernando Manrique y Luís Daniel Placer García

Psicólogos Clínicos. Hospital de Día Adultos del Hospital La Paz

Laura Broco Villahoz

Psicóloga Clínica. Hospital de Día del Hospital Universitario Santa Cristina

7.1. Introducción ¿De dónde venimos?

Durante los decenios de la dictadura y salvo honrosas excepciones, la asistencia psiquiátrica ambulatoria era prácticamente en su totalidad psicofarmacológica, con el manicomio como anacrónico almacén de locura, pobreza y exclusión social.

Se hacía imprescindible una reforma profunda que se inició con la llegada al poder de formaciones políticas democráticas. Se creó a estos efectos una comisión por Orden Ministerial el 27 de julio de 1983 con el ministro Ernest Lluch de la que resultó el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (abril 1985). Posteriormente se promulgó la Ley 14/1986 General de Sanidad (Duro Martínez, 2015). El primer programa de MIR en psiquiatría data de 1984 (Desviat, 2011).

La psicología en nuestro país es una profesión muy joven. Nuestra primera titulación universitaria se estableció en 1968, perteneciente a la Facultad de Filosofía y Letras. En 1980 se creó la primera Facultad de Psicología independiente en la Universidad Complutense. En 1998 (hace solo 26 años) se publica el Real Decreto de la especialidad de Psicología Clínica.

Es necesario hacer un reconocimiento a todas las personas que han hecho posible en este corto período de tiempo lo que hoy tenemos, tanto a nivel asistencial como de formación, más teniendo en cuenta los decenios de estancamiento de los que veníamos: a los primeros psiquiatras que impulsaron las reformas, jóvenes médicos que salieron a Europa a formarse y retornaron después, a los que desde dentro tomaron una presencia decidida en los lugares de trabajo y formación, a quienes pusieron en marcha las facultades de psicología, a los profesionales de la psicología y de la psiquiatría que llegaron formados de Hispanoamérica y se establecieron en Madrid y a los colegas europeos que han estado viniendo a lo largo de estas décadas para formarnos a los entonces jóvenes profesionales de la salud mental.

Para todos nosotros, la primera necesidad que se presentaba era humanizar nuestra red asistencial, acabar con su reclusión institucional, tratar con dignidad a los pacientes y trabajar para reintegrarles en la sociedad con los mismos derechos que los demás ciudadanos. La segunda era capacitarnos profesionalmente, dejar atrás la exclusividad de las prácticas asistenciales psicofarmacológicas y hospitalarias y formarnos en el difícil ejercicio de la psicoterapia, de la cura por la palabra. Ambas cuestiones iban de la mano.

Transcurridos 40 años desde el inicio de aquel movimiento de reforma, intento de puesta al día y modernización cabe hacer balance: ¿Se ha humanizado y dignificado la asistencia en salud mental? ¿Se ha avanzado en la inclusión social de las personas con trastorno mental grave? ¿Se han incorporado realmente las prácticas psicoterapéuticas y comunitarias a la red asistencial de salud mental? ¿Ha disminuido la injusticia y la discriminación en el acceso a una asistencia de calidad para el sufrimiento psíquico?

Si entonces los manicomios estaban predominantemente ocupados por locos, pobres y excluidos tratados con la reclusión y la hipermedicalización, actualmente nuestra red asistencial pública de salud mental sigue estando saturada por la misma franja de población desfavorecida (con la novedad del notable incremento de la demanda de asistencia en infanto-juvenil, de la población migrante que ha ido llegando a nuestro país y de las mujeres), siendo tratada con los mismos excesos psicofarmacológicos y excluida del acceso a intervenciones de calidad.

En este sentido, la sociedad actual es (sigue siendo) un manicomio (Zizéc, 2024).

7.2. Recursos actuales de atención psicológica especializada en los hospitales de día (HD), Unidades de Hospitalización Breve (UHB) y unidades de trastornos de personalidad (UTP) del Servicio Madrileño de Salud

A continuación, se reflejan las cifras de jornada completa de facultativos especialistas de área (FEA) en Psicología Clínica (PEPC) y en psiquiatría (PQ) en los dispositivos de hospitalización del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los datos se han desglosado en función de si se trata de recursos para personas adultas o para población infanto-juvenil. Se especifica también la profesión de quien detenta la responsabilidad de cada uno de ellos.

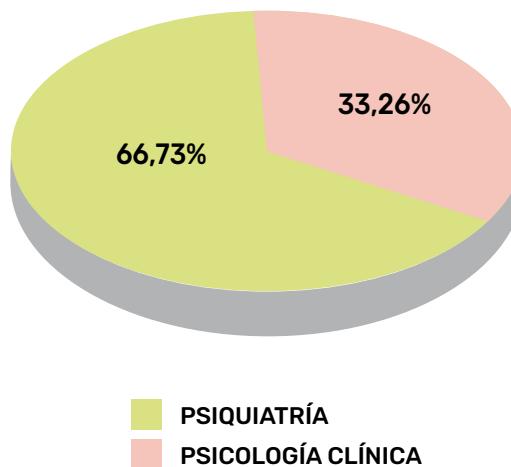
7.2.1. Personas adultas

En los Hospitales de día se ha identificado el equivalente a 16,3 jornadas de PEPC (33,26%) (19 profesionales, cinco de ellos a jornada parcial) y 32,7 PQ (66,73%) (uno de ellos a jornada parcial) (Tabla 1). Los coordinadores son todos PQ. En la Figura 1 se proporcionan los porcentajes del total de facultativos.

Tabla 1. Número de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en hospitales de día para personas adultas del Servicio Madrileño de Salud

HOSPITAL	PSICOLOGÍA CLÍNICA	PSIQUIATRÍA
H. Clínico San Carlos	1	2
H. La Concepción. Fundación Jiménez Díaz (gestión privada)	1	1
H. Gregorio Marañón	1	2
H. Infanta Leonor	2	3
H. Infanta Sofía	1	2
H. José Germain	1	2
H. R. Lafora	1	2
H. La Paz	1,5	3
H. La Princesa	1	2
H. Getafe	1	2
H. Móstoles	1,2	2
Hospital de día Villaverde (gestión privada)	1	2
H. Rey Juan Carlos	0,8	0,8
H. Príncipe de Asturias	0	3
H. Puerta de Hierro	1,5	2
H. Ramón y Cajal	0,8	2

Figura 1. Proporción de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en hospitales de día para personas adultas del Servicio Madrileño de Salud



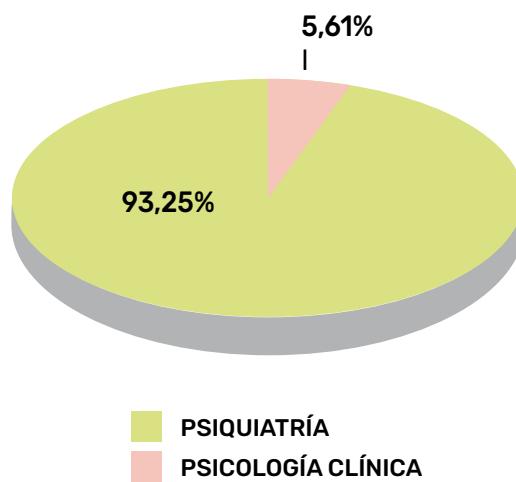
En las **Unidades de Hospitalización Breve** se ha identificado el equivalente a 6 **PEPC** (5,61%) (8 profesionales, 3 a tiempo parcial) y **83 PQ (93,25%)** (dos a tiempo parcial). Los coordinadores son también todos PQ. Ver Tabla y Figura 2.

Tabla 2. Número de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en Unidades de Hospitalización Breve para personas adultas del Servicio Madrileño de Salud

HOSPITAL	PSICOLOGÍA CLÍNICA	PSIQUEIATRÍA
H. Clínico San Carlos	0	4
H. Gregorio Marañón	0,5	6
H. Infanta Leonor	1	3
H. Infanta Sofía	0	4
H. Rodríguez Lafora	0	8
H. La Paz	0	3
H. La Princesa	1	2
H. Príncipe de Asturias	0	3
H. Puerta de Hierro	0	2
H. Ramón y Cajal	0,5	2
H. Alcorcón	0,5	4
H. 12 de octubre	0	3
H. Fuenlabrada	0	3
H. de Getafe	0	3

HOSPITAL	PSICOLOGÍA CLÍNICA	PSIQUIATRÍA
H. de Móstoles	0	3
H. Infanta Cristina	0	2
H. Severo Ochoa	0	4
H. Jiménez Díaz	0	3
H. del Sureste	1	3
H. del Henares	0	2,5
H. Príncipe de Asturias	0	3
H. Rey Juan Carlos	0	3
H. Central de la Defensa Gómez Ulla	1	2
H. Torrejón	0	2,5
Ntra. Sra. de la Paz	0	2
Benito Menni	1	3

Figura 2. Proporción de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en Unidades de Hospitalización Breve para personas adultas del Servicio Madrileño de Salud

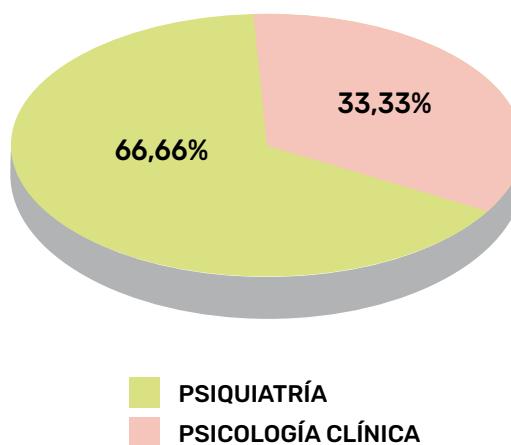


En las Unidades de trastornos de personalidad hay 3 equivalentes de PEPC (33,33%) (dos están a tiempo parcial) y 6 PQ (66,66%) (Tabla y Figura 3). Todos los coordinadores son PQ.

Tabla 3. Número de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en unidades de trastornos de personalidad para personas adultas del Servicio Madrileño de Salud

HOSPITAL	PSICOLOGÍA CLÍNICA	PSIQUIATRÍA
H. Clínico San Carlos	0,5 + 0,5	2
H. Rodríguez Lafona	2	4

Figura 3. Proporción de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en unidades de trastorno de personalidad para personas adultas del Servicio Madrileño de Salud



7.2.2. Niños/as y adolescentes

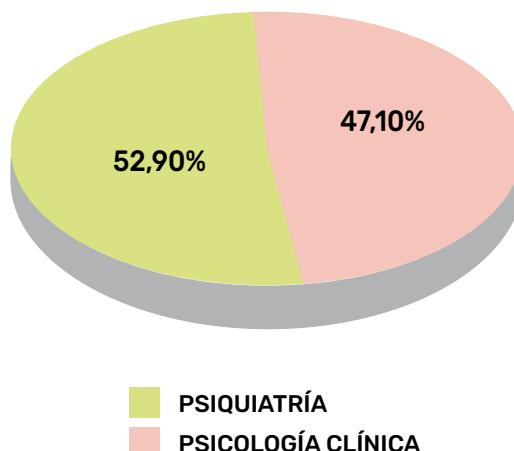
En los **Hospitales de día** infantojuveniles se ha identificado el equivalente a 24,4 jornadas completas de **PEPC (47,1%)** (dos profesionales a jornada parcial) y 27,5 **PQ (52,9%)**. Entre los y las coordinadoras hay 2 PEPC (Hospital Niño Jesús, y La Paz) y 14 PQ. Ver Tabla 4 y Figura 4.

Tabla 4. Número de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en hospitales de día infanto-juveniles del Servicio Madrileño de Salud

HOSPITAL	PSICOLOGÍA CLÍNICA	PSIQUIATRÍA
H. Clínico San Carlos CET Niños	2	1
H. Clínico San Carlos CET Adolescentes	2	1
H. Gregorio Marañón	1	1
H. Infanta Leonor	2	2,5
H. José Germain (Niños)	1	2
H. José Germain (Adolescentes)	1	1
H. La Paz	3	1
H. Príncipe de Asturias	2	1
H. Puerta de Hierro	0,6	2
H. Ramón y Cajal	0,8	2
H. Doce de octubre (Niños)	1	1
H. Doce de octubre (Adolescentes)	1	1
H. de Getafe	2	1
H. Niño Jesús (Niños)	1	1
H. Niño Jesús (Adolescentes)	1	1

HOSPITAL	PSICOLOGÍA CLÍNICA	PSIQUIATRÍA
CET Norte (Infantil)	1	1
CET Norte (adolescentes)	1	1
CET Plantío	1	2
Nuestra Sra de la Paz	0	4

Figura 4. Proporción de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en hospitales de día para infanto-juveniles del Servicio Madrileño de Salud

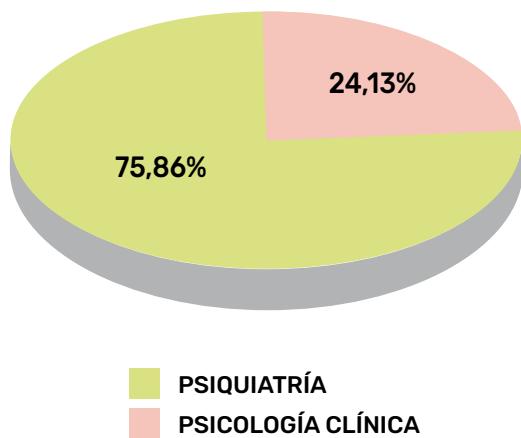


En las **Unidades de Hospitalización Breve** para población infanto-juvenil se estima que existen en el momento actual el equivalente a 7 jornadas completas de **PEPC (24,13%)** (cuatro a tiempo parcial) y **22 PQ (75,86%)**. Todos los coordinadores son PQ. Ver Tabla 5 y Figura 5.

Tabla 5. Número de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en Unidades de Hospitalización Breve infanto-juveniles del Servicio Madrileño de Salud

HOSPITAL	PSICOLOGÍA CLÍNICA	PSIQUIATRÍA
H. Clínico San Carlos	1	2
H. Gómez Ulla	0,5	2
H. Gregorio Marañón	1	5
H. Doce de octubre	2	2
H. La Paz	0,4	1
Nuestra Sra de la Paz	1	3
H. Puerta de Hierro	0,6	2
H. Niño Jesús	0,5	5

Figura 5. Proporción de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en Unidades de Hospitalización Breve infanto-juveniles del Servicio Madrileño de Salud

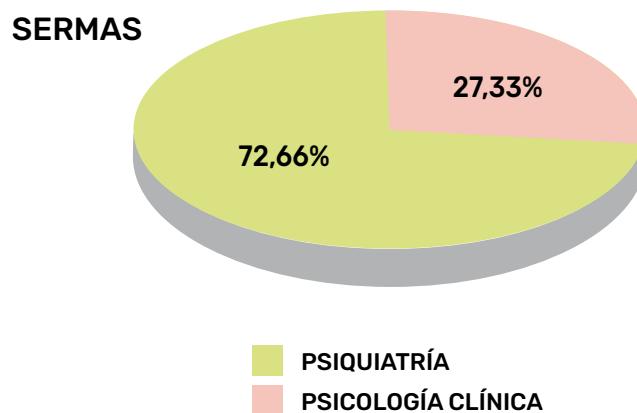


Si revisamos la relación en número entre facultativos, encontramos que, en los dispositivos para población adulta existe una ratio de 1 PEPC por cada 1,7 PQ en HD (19 frente a 33), 1:10,5 en UHB (8 frente a 84), y 1:2 en UTP (3 frente a 6). Mientras que en los dispositivos de hospitalización para menores la relación PEPC-PQ es de 1:1,12 en HD (25 frente a 28) y 1:2,4 en UHB (9 frente a 22).

Hay diferencias significativas entre dispositivos de adultos y de infanto-juvenil y entre UHB y HD-UTP en esta relación, estando menos desequilibrada la presencia de PEPC con respecto a PQ en HD-UTP que en UHB y en recursos para menores que en los de personas adultas.

A nivel de cifras globales, un 72,6% del conjunto de facultativos del SERMAS son PQ (173) y un 27,3% PEPC (65). Ver Figura 6.

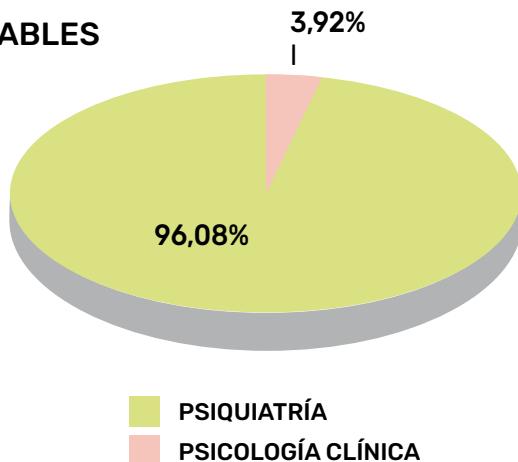
Figura 6. Proporción de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en dispositivos de hospitalización del Servicio Madrileño de Salud



En cuanto a los responsables de los dispositivos, todos son PQ (96,8%) excepto dos PEPC (3,92%). No hay ningún jefe de sección, ni jefe de servicio (Figura 7).

Figura 7. Proporción de responsables especialistas en Psicología Clínica y en psiquiatría en dispositivos de hospitalización del Servicio Madrileño de Salud

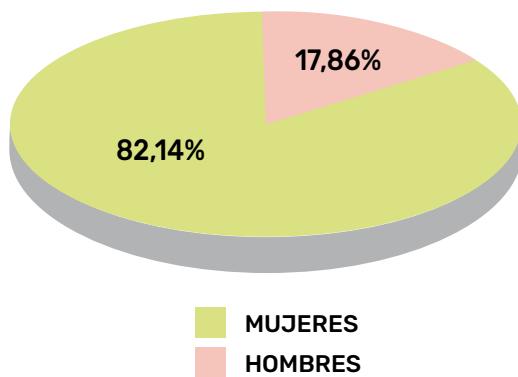
RESPONSABLES



Con respecto al sexo de los profesionales de Psicología Clínica de estos recursos, encontramos un 82,14% de mujeres y un 17,86% de hombres (Figura 8).

Figura 8. Proporción por sexo de facultativos especialistas de área en Psicología Clínica y en psiquiatría en hospitales de día para personas adultas del Servicio Madrileño de Salud

PROFESIONALES



Se aprecian diferencias cuantitativas significativas en cuanto al número de PEPC Y PQ, en cuanto a distribución de los cargos de responsabilidad y en cuanto a la proporción por sexos entre estos facultativos del SERMAS cuyo sentido es a valorar.

7.3. Funciones y actividades de atención psicológica especializada

¿En qué punto estamos?

Opiniones

“La visión mayoritaria de las psicólogas clínicas que he entrevistado es la de reconocimiento actualmente de su labor psicoterapéutica e inclusión en el equipo profesional con voz en las

decisiones. Señalan que el llegar a este punto ha supuesto un trabajo importante. Muchas de ellas están a tiempo parcial, y esto limita las posibilidades de intervención.

Yo remarcaría la necesidad, de cara al futuro, de conservar el trabajo psicoterapéutico, comunitario e interdisciplinar en hospital de día. También incidiría en la necesidad de conservar y crear más tratamientos psicoterapéuticos ambulatorios intensivos, pues las plazas para pacientes en hospital de día son claramente insuficientes y el tratamiento en CSM muy limitado (visitas muy espaciadas, la mayoría de las veces un solo profesional implicado, sin espacio para reflexionar en equipo...)”.

En cuanto al modelo de funcionamiento predominante en el recurso (biológico, psicoterapéutico, hospitalocéntrico, comunitario), en base a las entrevistas realizadas se constata una presencia generalizada de los tratamientos psicofarmacológicos en todos estos dispositivos; una preferencia clara y un protagonismo importante de las intervenciones psicoterapéuticas y comunitarias en hospitales de día y unidades de trastornos de personalidad, y una posibilidad muy reducida de este tipo de intervenciones en las Unidades de Hospitalización Breve. En todos ellos se reconoce la importancia y la necesidad de contar con recursos para poder implementar las intervenciones psicoterapéuticas.

Opinión sobre la relevancia dada a las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de los pacientes:

Muy relevantes para equipo y pacientes. Impresión de que en pacientes con tendencia al desbordamiento conductual y emocional buscan principalmente que se les apacigüe (mediante fármacos, catarsis, escucha, validación, seguridad), quien no entiende lo que le pasa espera clarificación (información, reconceptualización, pronóstico, esperanza). Hay quien busca espontáneamente en recuerdos del pasado una mayor introspección y apertura al significado. Otros esperan orientación y acompañamiento en pasos sucesivos hacia una adaptación socio-laboral (autorregulación emocional, resolución de problemas interpersonales, constancia). En general, vería un proceso de transición desde el típico rol pasivo de enfermo a la asunción de un sentido activo de agencia, desde el bloqueo desesperado hacia la autodirección realista. A lo largo del proceso, las necesidades van cambiando y la técnica terapéutica ha de hacerlo también.

Opinión sobre las condiciones de aplicación de las intervenciones psicoterapéuticas:

Nos gustaría poder realizar más y otro tipo de intervenciones que por la falta de personal y psicóloga no podemos realizar, como por ejemplo mayor trabajo con familias en general y grupo multifamiliar. Creo que las intervenciones específicamente psicoterapéuticas son consideradas muy importantes en el recurso, pero no en sí mismas, sino dentro del marco superior de intervención que integra también intervenciones de enfermería, trabajo social y terapia ocupacional. Su aplicación, en consecuencia, se ve facilitada al máximo (tanto en horario como en recursos personales y materiales).

Dificultades más relevantes percibidas en el funcionamiento del recurso:

Escaso personal para pacientes muy graves. Instalaciones muy deficientes.

Señalaría que el recambio de personal es una de las dificultades para el rodaje oportuno del programa, pues suele conllevar de desencaje del equipo ya constituido.

Otro obstáculo es la presión por responder con rapidez por parte del equipo o alguno de sus miembros a situaciones urgentes que afloran de vez en cuando entre los pacientes, que pueden llevarnos a tomar decisiones precipitadas o no suficientemente consensuadas.

También veo dificultades para el flujo coordinado de la información. Cambios de equipo continuos por diferentes motivos.

Propuestas de mejora:

Aumento del equipo, con al menos una psicóloga clínica; cambio de ubicación. Propondría dar un mayor peso al plan terapéutico individualizado y echo de menos un seguimiento de la evolución de los pacientes a medio y largo plazo. Falta otro FEA, para que fuese equitativo debería ser PEPC.

En el SERMAS y en nuestro país arrastramos un déficit crónico de todas las profesiones que forman parte de la red de SM del sistema público de salud, pero especialmente significativo en el caso de PEPC, trabajadores sociales (TS), terapeutas ocupacionales (TO) y educadores; es decir, de aquellas profesiones que están más específicamente designadas para ocuparse de la parte psicoterapéutica y psicosocial de la asistencia.

Se aprecia una posible correlación significativa entre esta escasez general de todas las profesionales en la red pública de salud mental, el desequilibrio cuantitativo entre los distintos tipos de profesiones y el elevado consumo de psicofármacos, que sitúa a nuestro país entre los de cabeza a nivel europeo y mundial: a menor número del total de profesionales de la salud mental, en particular a menor número de los más destinados de forma específica a las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, mayor consumo de psicofármacos.

El consumo de psicofármacos se encuentra disparado en España, pero su distribución a nivel poblacional se concentra en las franjas de población más desfavorecidas. La desigualdad social (el nivel de renta) es el principal factor que determina su consumo (menos ingresos, colectivos marginados y mujeres): los que ingresan más de cien mil euros consumen menos de 40 dosis al día por cien mil habitantes, los que ingresan menos de 18 mil consumen 4 veces más (160 dosis), los aún más marginados 8 veces más que las rentas altas, las mujeres 132 dosis de antidepresivos, el consumo de antipsicóticos es 12 veces mayor en clases sociales desfavorecidas (Infocop, 30 jul 2024).

Es claro que en nuestro país los psicofármacos son la primera, más accesible, más generalizada y con frecuencia única intervención que se realiza sobre los problemas de salud mental en la red pública de salud, la que atiende a la franja de población más desfavorecida; muchos de ellos son atendidos exclusivamente con medicación en atención primaria (AP), donde la presencia de la PEPC es testimonial, y los que acceden a la red de salud mental preferentemente del mismo modo. Esto sucede porque la posibilidad de implementar psicoterapias en condiciones mínimamente adecuadas en la red de salud mental está muy limitada, dado el desequilibrio existente entre la demanda de asistencia y el número de profesionales para atenderla y dado que el acceso a los dispositivos de tratamiento psicoterapéutico intensivo (HD, UTP) es muy restrictivo y temporalmente desajustado (segundo nivel de listas de espera tras la primera de acceso a los CSM).

En base a estos datos, podemos establecer la hipótesis de que en el SERMAS y en el conjunto de nuestro país tenemos instaurado un modelo asistencial público en salud mental enfocado principalmente hacia las intervenciones psicofarmacológicas (con independencia de cómo

conciba cada profesional el ejercicio de su función), en el que la posibilidad de acceso a las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales está muy dificultada.

Dada esta realidad, en contraste con buena parte de las recomendaciones europeas e internacionales sobre las buenas prácticas en nuestro campo, que enfatizan la importancia de los determinantes psicosociales, que indican que los psicofármacos no deben ser ni el único tratamiento, ni tampoco en muchas ocasiones el de primera elección, cabe hacer una reflexión respecto a la eficiencia del modelo que tenemos instaurado, respecto a la orientación que se ha contemplado y se contempla en las políticas de salud mental y sobre cuáles son las condiciones de aplicación de las intervenciones a realizar recomendadas.

7.4. Problemas más relevantes y retos de futuro

¿Hacia dónde vamos?

Se hace necesaria una revisión crítica y autocrítica de lo que nos está sucediendo: ¿En base a qué conocimientos de nuestro campo se establecen las políticas de salud mental? ¿En función de qué fundamentos se establecen las tomas de decisiones? ¿con qué criterios de coste/eficacia? ¿Cuáles son las estructuras de poder hegemónicas que las determinan? ¿Cómo se interconectan todos estos factores? ¿Cómo y con qué medios se lleva a la práctica en la realidad? ¿Tomamos los profesionales que apostamos por la prioridad de las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, específicamente los PEPC, una presencia suficientemente decidida en la implementación del quehacer clínico y organizativo (en los lugares de trabajo, formación e investigación)?

La comunidad científica recomienda una ratio de 20 PEPC y 20 PQ por cien mil habitantes en los sistemas públicos de salud (Breaden y Woods, 2010).

España se encuentra a la cola respecto a esta cifra de facultativos de salud mental en la red pública de la Unión Europea y claramente por debajo de los países más desarrollados de nuestro entorno, en contraste con nuestra posición media en cuanto al PIB per cápita (Subcomisión de Salud Pública del Parlamento Europeo, 30 de agosto de 2024).

Según los estudios más recientes, hay 10.04 PQ por cien mil habitantes en el SERMAS (49,8% menos de lo recomendado) y 11.5 (42,5 % menos) en el sistema público de salud en España (Sociedad Española de Psiquiatría, 2023). Respecto a los PEPC hay 6,7 por cien mil habitantes en el SERMAS (66,5% menos de la recomendación establecida en 20) y 6 a nivel estatal (70% menos) (Ferreira et al., 2023). Como podemos apreciar, este déficit respecto a lo recomendado es significativamente más acusado en el caso de los PEPC.

Esta situación de la red pública contrasta llamativamente con lo que se puede deducir respecto a la asistencia de la salud mental en la red privada: en la Comunidad de Madrid hay 182 psicólogos de la rama sanitaria por cien mil habitantes, cifra perfectamente equiparable a la de los países más avanzados de Europa, mientras que en la red pública solo hay 6.7. Es plausible establecer la hipótesis de que una buena parte de las personas con problemas de salud mental que se lo pueden permitir siguen tratamientos psicoterapéuticos en las consultas privadas (Infocop 27 de mayo de 2024).

Dentro de este marco, las cifras que hemos recabado sobre la presencia de cada tipo de facultativo (PEPC y PQ) en HD, UHB y UTP, las conjuntas y las separadas por dispositivos, contribuyen a dilucidar cuál es la situación actual de la PC y, en consecuencia, de la relevancia dada a las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales en el SERMAS.

De lo que se trata es de orientar las políticas y las prácticas de las instituciones y de los profesionales de la salud mental que trabajamos en ellas hacia el acogimiento, la integración y el cuidado de las personas con sufrimiento psíquico haciéndoles accesibles los mejores conocimientos de que disponemos para su tratamiento, que son de los que disponen las clases socialmente más favorecidas.

Hay que considerar que la implementación de los proyectos, aunque sean de orden científico o asistencial, se desarrolla en el marco de las estructuras sociales de poder vigentes y desde planteamientos que son de orden político; éstos son los factores que sobredeterminan las intervenciones que se van a realizar; por tanto, los profesionales que las vamos a aplicar no podemos permanecer al margen del debate y del establecimiento de estas políticas, tampoco de su materialización diaria con nuestra presencia y nuestro quehacer.

Aunque la conciencia de la importancia de los factores psicosociales en nuestro ámbito (y de la necesidad de la intervenciones psicoterapéuticas y comunitarias) parece ser generalizada, su defensa no puede quedar marginada únicamente a referir el sufrimiento psíquico a ellos en un plano declarativo, sino que se tiene que reflejar en las cifras globales de profesionales y en las específicas de cada tipo, así como en las labores concretas que se realizan y en las condiciones de su aplicación.

Las políticas y las prácticas actuales vigentes en el campo de la salud mental pública reflejan que la asistencia transcurre bajo el predominio instaurado de un paradigma preconcebido centrado en aquello que no funciona a nivel cerebral (modelo biológico), pues esto es lo que se atiende en primer lugar, de manera prioritaria y en forma de acceso generalizado a lo largo de todo el proceso asistencial. Esta realidad desplaza y relega a las intervenciones de corte psicoterapéutico y psicosocial a un plano secundario que no se corresponde, ni con los conocimientos existentes en nuestro campo, ni con los parámetros de eficiencia, ni con los criterios de buenas prácticas.

¿Pueden los modelos biológicos, hegemónicos en salud mental, sostener por sí solos una continuidad asistencial para la inserción social y la funcionalidad personal de los pacientes que atendemos? ¿Se puede sostener esto a través de un desempeño profesional ambulatorio u hospitalario centrado, como demuestran los datos, en la prescripción farmacológica? ¿Cómo hacer valer en la organización de un sistema público de salud mental un modelo asistencial basado en los conocimientos teóricos y clínicos de las llamadas ciencias humanas?

Si hablamos de reconducirla intervención que realizamos hacia una perspectiva de acogimiento y escucha del sufrimiento psíquico, de participación activa y responsable del paciente en el proceso de intervención; en definitiva, de eficiencia y humanización, tendremos que trabajar la respuesta a estas cuestiones. En función de esa respuesta se juegan las líneas estratégicas de las políticas que se implementan de manera real, su orientación y el establecimiento en ellas de unas u otras prioridades (hospitalaria, comunitaria, farmacológica, psicoterapéutica, integradora, monográfica, jerarquizada, horizontalizada...).

La vulnerabilidad psíquica de las personas no viene escrita en los genes. Es por eso que apuntamos a un enfoque centrado en la atención al sufrimiento y al desamparo en el marco de

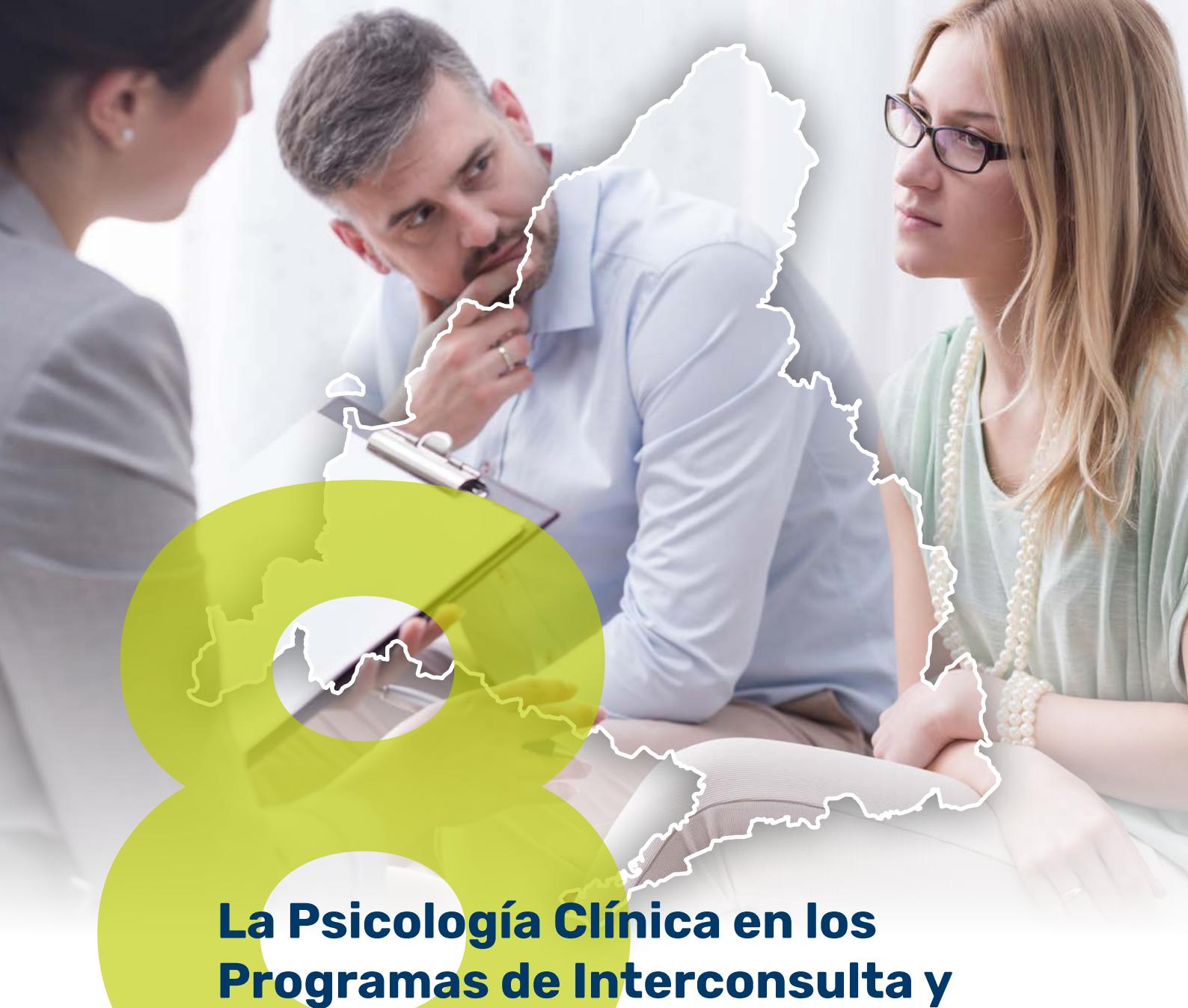
un vínculo entre sujetos que es eminentemente social y mediado por la palabra, determinantes ambos de la constitución psíquica y del trascurrir de la vida de todos nosotros.

Finalmente, hay que considerar que para hacer un buen trabajo en salud mental necesitamos dotarnos de una formación amplia, que no puede quedar reducida a guías, programas, estadísticas, cifras, medidas y cumplimiento de objetivos. La salud mental ha de ser un campo abierto a todos los saberes: medicina, psicología, biología, psicoanálisis, sociología, antropología, filosofía, etnopsiquiatría, feminismo, política...; en definitiva, al amplio y diverso campo de las ciencias humanas. Es en base a la amplitud de miras que nos aporta esta complejidad de conocimientos que se estimula la reflexión crítica y se previene la simplificación y la dogmatización de los reduccionismos. Hay que conectar el sufrimiento psíquico con el ejercicio real de la profundidad de pensamiento, anudando práctica y teoría, sin derivar al pragmatismo empírista, sin caer en la negligencia de la simplificación.

Entendemos que es por esta vía que podríamos intentar pasar de las habituales buenas palabras a los hechos.

Bibliografía

- Breaden, C. y Woods, K. (2010). Workforce planning survey report 2008. *The Irish Psychologist*, 36(11), 257-265.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 427-436.
- Duro Martínez, J. C. (2015). *Psicología y Reforma Sanitaria en la década de los 80* [Monografía]. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/psicologia-y-reforma-sanitaria-en-la-decada-de-los-80>
- Ferreira, M., Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L. y P. Félix-Alcántara, M. (2023, 1 de junio). A Fondo: Análisis de la situación actual de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud y perspectivas de futuro. Infocop. <https://www.copmadrid.org/web/actualidad/noticias/2475/a-fondo-analisis-la-situacion-actual-la-psicologia-clinica-el-servicio-madrileno-salud-perspectivas-futuro>
- Infocop. (2024, 27 de mayo). *Sigue en aumento la cifra de psicólogos colegiados en España*, según el INE. <https://www.infocop.es/sigue-en-aumento-la-cifra-de-psicologos-colegiados-en-espana-segun-el-ine/>
- Infocop. (2024, 30 julio). *Consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes en España*. <https://www.infocop.es/consumo-de-antidepresivos-ansioliticos-e-hipnoticos-y-sedantes-en-espana/>
- Sociedad Española de Psiquiatría (2023). *Libro blanco de la psiquiatría en España*. Sociedad española de psiquiatría. https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf
- Subcomisión de Salud Pública del Parlamento Europeo, 30 de agosto de 2024. *Primer informe sobre salud mental*.
- Zizéc, S. (2024). *El plus de goce. Guía para los no perplejos*. SlavojZizéc. Ed Paidós.



La Psicología Clínica en los Programas de Interconsulta y Enlace hospitalario en personas adultas y menores en la Comunidad de Madrid

Mónica Jiménez Giménez (Coordinadora)

PhD. Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Sergio Revenga Montejano

Psicólogo Clínico. Hospital Universitario de Móstoles

Integrantes del grupo de trabajo

Francisco Javier Bonilla (PEPC Hospital Rey Juan Carlos), **Isabel Cuéllar Flores** (PEPC Hospital Clínico San Carlos), **Mónica Díaz de Neira** (PEPC Hospital Puerta de Hierro), **Arantxa Fernández** (PEPC Hospital La Paz), **Patricia Fernández** (PEPC Hospital Ramón y Cajal), **Maria Noelia Fernández de Pablos** (PEPC Hospital Doce de Octubre), **Ana Herranz** (PEPC Hospital Príncipe de Asturias), **Ana Hospital** (PEPC Hospital La Paz), **Carlos Jordán** (PEPC Hospital Fuenlabrada), **Violeta López** (PEPC Hospital Fundación de Alcorcón), **Begoña Marcos** (PEPC Hospital General de Villalba), **Carmen Meseguer** (PEPC Hospital La Paz), **Alejandro Parages** (PEPC Hospital Gregorio Marañón), **Elisa Peiro** (PEPC Hospital Severo Ochoa), **Laura Pérez** (PEPC Hospital Infanta Leonor), **Cristina Ruiz Nogales** (PEPC Hospital Ramón y Cajal), **María Serrano Villar** (PEPC Hospital Getafe), **Ignacio Trevijano** (PEPC Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla)

8.1. Introducción

La atención a la salud mental en los hospitales generales en España comienza a realizarse a partir de 1934 desde las primeras unidades de psiquiatría en los Hospitales Universitarios Complutense de Madrid y Clínico de Barcelona. En este ámbito, la actividad de interconsulta aparece como algo reglado por primera vez en torno a 1955, realizándose desde los departamentos de Psiquiatría en los Hospitales Clínico, bajo la dirección del Dr. Lopez Ibor, y de La Paz de Madrid (Crespo Hervas y Martín Vázquez, 2003). En esa misma época, se crea en la Fundación Jiménez Díaz el primer Servicio de Psiquiatría de Interconsulta desde un modelo psicodinámico liderado por el Dr. Rallo. Posteriormente, a principios de los años 80, la Psicología Clínica llega a los hospitales amparada por los Servicios de Psiquiatría en los que es incluida. Ambas especialidades tienen como objetivo común que sea la persona, sana o enferma, y no la enfermedad, el punto de mira prioritario (Pérez García, 1983a). El papel de la psiquiatría y la psicología de enlace en el Hospital General en España puede ser valorado en su justa medida en 1981 con motivo de las intoxicaciones por aceite de colza, dado que acarrea múltiples problemas físicos y psíquicos. Esta situación conlleva una aceptación y demanda de profesionales de salud mental por parte de los otros médicos no-psiquiatras, de los enfermos y de las familias. En este contexto se crean plazas de psicología en las unidades multidisciplinares del Síndrome Tóxico (López-Ibor y Jiménez Arriero, 1987).

Pérez García realiza una revisión del número de psicólogos que trabajan en los Hospitales Generales en 1983 reflejando la existencia de 35 psicólogos/as contratados y 20 psicólogos/as voluntarios. Explica que casi todos ellos pertenecen a Servicios de Psiquiatría excepto en dos hospitales, en uno por existir Servicio de Psicología y en otro por pertenecer al Servicio de Hematología. Las funciones realizadas oscilan desde cubrir las áreas fundamentales de psicodiagnóstico, psicoterapia, docencia, e investigación, hasta quedar reducidas en tres hospitales al psicodiagnóstico (Pérez García, 1983a).

Con el objetivo de aumentar la calidad de la atención a la salud se crea el sistema de formación sanitaria especializada en 1984, incorporándose la creación de la especialidad de 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. Boletín Oficial del Estado, 288, de 2 de diciembre de 1998). En el programa formativo PIR se establece la rotación obligatoria de 6 meses en las Unidades de Interconsulta y enlace, así como objetivos específicos y actividades relacionadas con la Psicología Clínica y de la salud. Entre las funciones de los psicólogos/as especialistas en Psicología Clínica (PEPC) se incluye la atención a los procesos y fenómenos psicológicos (Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica).

En diversas publicaciones, Duro realiza una descripción de la situación de la Psicología Clínica en las instituciones sanitarias públicas de Madrid. En 1990 refiere la existencia de 28 psicólogos/as en los 13 Hospitales Generales de Madrid (Duro et al., 1990). En el año 2016 recoge datos de la existencia de 50 PEPC en Servicios de Psiquiatría Hospitalaria de Adulto, como en Servicios de Psiquiatría Hospitalaria de Infantil y 37 psicólogos/as en otros Servicios Médicos no psiquiátricos (Duro Martínez, 2016). Sin embargo, no se especifica si todos ellos se dedican a labores de interconsulta y enlace. En sus conclusiones señala la importancia de la incorporación de PEPC al trabajo coordinado con otros facultativos especialistas de servicios más relacionados con la salud física.

En el año 2020, la pandemia COVID19 constituye un acontecimiento crítico a nivel sanitario que nuevamente da más visibilidad a la importancia del cuidado de la salud mental junto con

el cuidado de la salud física (García-Ontiveros et al., 2020; Jiménez Giménez et al., 2021). En el año 2020 las interconsultas de psiquiatría recogidas en el plan de salud mental fueron de 26.689 frente a las 16.419 del año 2019. Además, se pone de manifiesto la necesidad del cuidado de la salud mental no solo de pacientes y familiares, sino también de los propios profesionales sanitarios. En el período 2020-2021 “en torno a 5.163 profesionales sanitarios del Servicio Madrileño de Salud requirieron atención como pacientes nuevos por especialistas de Salud Mental desde las unidades de interconsulta a nivel Hospitalario, en los Centros de Salud Mental (CSM) y también a través del programa específico Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo -PAIPSE. En torno a una media mensual de 1.318 profesionales han requerido seguimiento posterior en este tiempo” (Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, 2022).

El grupo de trabajo de Psicología Clínica en la sanidad pública del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, elabora en 2022 un informe sobre la planificación del crecimiento de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Según los datos recabados en dicho informe no disponen de datos precisos del número de PECP que desarrollan su actividad en los programas de Interconsulta y Enlace de los 37 hospitales de la Comunidad de Madrid (Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Ferreira González et al., 2022). Posteriormente se realiza un estudio descriptivo para conocer la situación de la Psicología Clínica en los dispositivos de interconsulta y enlace de los hospitales del SERMAS, en el que se obtienen datos mediante la metodología de encuesta de un total de 64 psicólogos clínicos dedicados a esta actividad (Cuellar-Flores et al., 2024). En la actualidad podemos encontrar tres modalidades organizativas que estructuran la atención hospitalaria por parte de Psicología Clínica en los hospitales del SERMAS: PEPC integrados en Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, PEPC integrados en Servicios Médicos hospitalarios no psiquiátricos y PEPC dependientes directamente de Dirección Médica o de Gerencia. En el caso de las Unidades de Interconsulta y Enlace están formadas habitualmente por médicos especialistas en psiquiatría y en menor medida por PEPC o enfermeras especialistas en salud mental.

El tipo de población atendida en las Unidades de Interconsulta y Enlace hospitalaria son pacientes con enfermedad médica que realizan tratamiento en otro servicio médico. El acceso de los pacientes siempre es mediante derivación de su médico tratante, tanto en el caso de pacientes hospitalizados a través de la solicitud de interconsulta, como en el caso de pacientes ambulatorios a través de una derivación a consulta ambulatoria dentro de un programa de enlace.

Con frecuencia la demanda del equipo consultor resulta muy vaga o el motivo manifiesto no coincide con lo que realmente motiva la solicitud (Martínez Sande, 2001), por lo que es conveniente clarificar previamente mediante entrevista con el derivante. Por otro lado, es cierto que en muchas ocasiones la demanda psicológica requiere de más elaboración dada su complejidad. Los tipos de demanda más frecuentes son: colaboración diagnostica, colaboración terapéutica, organización del alta médica y continuación del tratamiento, transferencia a una unidad de psiquiatría (Crespo Hervás y Martín Vázquez, 2003). Los motivos de consulta más frecuente estarían relacionados con la presencia de síntomas psíquicos asociados a enfermedad física, presencia de sintomatología somática para la que no se encuentra explicación adecuada, presencia de trastornos de conducta y problemas relacionales y pacientes en los que se solicita evaluaciones de incapacidades, trasplantes y para determinadas intervenciones (Martínez Sande, 2001).

El impacto de la hospitalización es variable y se muestra en las respuestas de estrés y en el desempeño del rol de enfermo hospitalizado. Algunos estudios han estimado que

prácticamente la mitad de la demanda de interconsulta no presenta antecedentes de salud mental previos al ingreso, por lo que la enfermedad somática o el propio ingreso podría constituir un factor de riesgo de complicaciones psiquiátricas (Jiménez Arriero et al., 1994). Según una revisión sistemática de 2022 los porcentajes de patología psiquiátrica observados en pacientes hospitalizados son elevados, entre un 12% y un 20% presentan depresión mayor, un 8% trastornos de ansiedad de cualquier tipo y específicamente trastorno de ansiedad generalizada un 5% y trastorno de pánico un 3% y delirium un 15% (van Niekerk et al., 2022). Por otro lado, se ha observado también la elevada carga de morbilidad en pacientes con trastorno psiquiátrico ingresados en hospital general, especialmente en pacientes con adicciones y trastornos psicóticos (Salvador-Robert y Baca-García, 2024). Se ha señalado en esta población una peor adherencia a pruebas diagnósticas y tratamientos y un riesgo aumentado de infradiagnóstico y muerte prematura, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de una adecuada valoración y abordaje en estos casos de cara a garantizar una adecuada asistencia sanitaria.

8.2. Características de las/os profesionales de la Psicología Clínica en la Interconsulta y Enlace Hospitalaria en el SERMAS

La presencia de PEPC en Unidades de Interconsulta y Enlace Hospitalario es algo ya consolidado e integrado en la mayor parte de los hospitales de diferentes niveles de complejidad y en hospitales monográficos y de apoyo. De todas formas, no debemos olvidar que en estudios previos el ratio encontrado es de 0.86 por 100.000 habitantes, muy alejado del ratio deseable de 4 (Cuellar-Flores et al., 2024).

En el momento actual, existe la figura de PEPC en interconsulta y enlace hospitalaria en 20 de los hospitales del SERMAS (Tabla 1), pero no se refiere la presencia de estos profesionales en 12 de ellos. Por otra parte, es también reseñable que no en todos los hospitales hay PEPC dedicado a población infantojuvenil a pesar de que exista esta figura en interconsulta de adultos.

Tabla 1. Presencia de psicólogos/as clínicos/as en interconsulta y enlace hospitalario en salud mental por hospitales y población en la Comunidad de Madrid

INTERCONSULTA Y ENLACE	SI	Pacientes ADULTOS	Pacientes infanto-juvenil	NO
8 Hospitales GRUPO 3	en 7 hospitales	en 6	en 7	en 1
12 Hospitales GRUPO 2	en 10 hospitales	en 10	en 5	en 2
6 Hospitales GRUPO 1	en 0 hospitales	en 0	en 0	en 6
3 Hospitales MONOGRÁFICOS	en 1 hospital	en 0	en 1	en 2
3 Hospitales DE APOYO	en 2 hospitales	en 2	en 0	en 1
32 hospitales	en 20	en 18	en 13	en 12

Nota. Clasificación de hospitales tomada de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/hospitales-red-servicio-madrileno-salud>

Según la información aportada a nuestra encuesta el crecimiento del número de PEPC habría sido progresivo en los últimos 12 años, con dos períodos de mayor incremento en los años 2014-16 y 2020-23.

En base a los datos recogidos, en la actualidad hay un total de 60 PEPC implicados en labores de interconsulta y enlace en los hospitales del SERMAS, aunque no todos con dedicación del 100% ya que una parte de ellos dedican solo un porcentaje de su actividad (Tabla 2). Encontramos 40 PEPC a tiempo completo y 20 PEPC con jornadas parciales.

La mayor parte de los profesionales tiene dedicación exclusiva a adultos o infantil, aunque en un número muy pequeño de casos (5 PEPC) encontramos que el mismo profesional tiene una actividad mixta, con una división de su actividad en un porcentaje de adultos y otro de infantil.

Tabla 2. Número de profesionales de Psicología Clínica en interconsulta y enlace hospitalario en la Comunidad de Madrid

Dependencia funcional	JORNADA COMPLETA	JORNADA COMPLETA MIXTA	JORNADA PARCIAL
Servicio de psiquiatría (adultos)	20	5	10
Servicio de psiquiatría (infantoyjuvenil)	13		5
Otros servicios médicos (adultos)	2		
Otros servicios médicos (infantoyjuvenil)	1		
Dependencia directa de gerencia (adultos)	4		
TOTAL profesionales: 60	40	5	15

Si corregimos el dato de profesionales, en función del porcentaje de dedicación a la actividad de interconsulta, solo identificamos la existencia de un total 53 jornadas de PEPC (Tabla 3), de las que 40 jornadas son completas y 13 jornadas están formadas por jornadas parciales.

La mayor parte de los PEPC están integrados en unidades de interconsulta y enlace pertenecientes al servicio de psiquiatría (28,5 jornadas de PEPC en adultos y 17,5 jornadas de PEPC en infantoyjuvenil), con la particularidad en dos de los hospitales de que existe la figura de Jefatura Asociada de Sección de Psicología Clínica dentro del servicio de psiquiatría (H. Fundación Jiménez Díaz y H. Central de la Defensa Gómez Ulla). También encontramos 3 PEPC que dependen de otros servicios médicos en 3 hospitales generales, y otros 4 PEPC que dependen directamente de Gerencia en 3 de los hospitales.

Respecto al tipo de población atendida, vemos que el número de jornadas de PEPC dedicadas a población adulta (36,5 jornadas) son prácticamente el doble que las dedicadas a población infantoyjuvenil (17,4 jornadas).

Tabla 3. Número de jornadas de Psicología Clínica en interconsulta y enlace hospitalarios en la Comunidad de Madrid

Dependencia funcional	Jornadas COMPLETAS	Jornadas PARCIALES	TOTAL
Servicio de psiquiatría (adultos)	20	8,5	28,5
Servicio de psiquiatría (infantoyjuvenil)	13	4,5	17,5
Otros servicios (adultos)	2		2
Otros servicios (infantoyjuvenil)	1		1
Dependencia directa de gerencia (adultos)	4		4
TOTAL Jornadas: 53	40	13	53

Según los datos que hemos obtenido, la actividad de los PEPC integrados en los servicios de psiquiatría (hospitales de grupo 2 y 3) se dirige a la interconsulta de pacientes hospitalizados de media en un 33% de la jornada y en un 54% de media se dirige a actividad de consulta ambulatoria de programas de enlace (Tablas 4 y 5). En ambas actividades asistenciales, encontramos que la derivación a Psicología Clínica desde otros servicios es directa, con la particularidad de que en uno de los hospitales la petición de interconsulta llega sin diferenciar junto con la de psiquiatría y hay un reparto posterior dentro del servicio.

En la actividad de interconsulta (Tabla 4), la media de peticiones de intervención es de 3,51 interconsultas nuevas a la semana, cifra que sube en lo referido a las interconsultas de adultos en hospitales del grupo 3. Tras la petición, la atención de los pacientes hospitalizados se presta antes de 24 horas, con una demora media de 0,48 días, aunque en los hospitales del grupo 3 es algo menor de esta cifra y algo mayor en los del grupo 2. La demora entre visitas de interconsulta a pacientes hospitalizados está en 2,26 días de media, siendo menor en los hospitales del grupo 2.

Tabla 4. Actividad de interconsulta hospitalaria de los psicólogos/as clínicos/as en los hospitales de los grupos 2 y 3 de la Comunidad de Madrid (medias)

Tipo de hospitales	Proporción de jornada dedicada a interconsulta de hospitalizados	Demora 1º consulta (días)	Número de interconsultas nuevas semanal	Demora entre sesiones seguimiento interconsulta (días)
TOTAL GR3 y GR2	0,33	0,48	3,51	2,26
TOTAL GR3	0,37	0,27	3,76	2,86
TOTAL GR2	0,29	0,69	3,27	1,67
ADULTOS G3	0,45	0,15	4,58	3,38
ADULTOS G2	0,29	0,63	3,45	1,60
INFANTIL G3	0,22	0,44	2,67	2,11
INFANTIL G2	0,33	0,75	3,33	1,75

Nota. Clasificación de hospitales tomada de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/hospitales-red-servicio-madrileno-salud>

En la actividad de enlace (Tabla 5), el número de consultas ambulatorias nuevas semanales es 3,79 de media, con una demora media para la primera consulta de 3,6 semanas. Hay una media de 5,43 pacientes en consulta diarios. La demora entre consultas de seguimiento está en 6,92 semanas de media. Respecto a la duración, la media de las primeras consultas es 54,64 minutos y la media de las consultas de seguimiento es de 40,81 minutos.

Tabla 5. Actividad de consulta externa de enlace de los psicólogos/as clínicos/as en los hospitales de los grupos 2 y 3 de la Comunidad de Madrid (medias)

Tipo de hospitales	Proporción de jornada dedicada a consulta externa de enlace	Demora 1º consulta externa (semanas)	Numero de pacientes nuevos semanal	Demora entre sesiones seguimiento consulta (semanas)	Número de pacientes diarios en consulta	Duración de las primeras consultas (min)	Duración de consultas de seguimiento (min)
TOTAL GR3 y GR2	0,54	3,63	3,79	6,92	5,43	54,64	40,81
TOTAL GR3	0,57	3,21	3,64	6,16	5,91	57,71	41,88
TOTAL GR2	0,52	4,05	3,95	7,68	4,94	51,58	39,74
ADULTOS GR3	0,56	3,36	4,08	6,27	6,00	57,14	42,50
ADULTOS GR2	0,49	4,29	3,93	8,14	5,08	48,57	37,86
INFANTIL GR3	0,60	3,00	3,00	6,00	5,78	58,50	41,00
INFANTIL GR2	0,58	3,40	4,00	6,40	4,60	60,00	45,00

Nota. Clasificación de hospitales tomada de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/hospitales-red-servicio-madrileno-salud>

Otra actividad clínica relevante en los programas de enlace es la terapia grupal, con una media del 12% de la jornada dedicada a ella. Esta es una actividad frecuente en los programas específicos desarrollados en enlace. Los programas desarrollados con mayor frecuencia pueden verse en la Tabla 6. Encontramos que los más habituales son el de psicooncología, con presencia en 13 de los 20 hospitales encuestados, y el de rehabilitación cardiaca, desarrollado en 11 de dichos hospitales. También se describen una amplia variedad de programas de enlace (un total de 39) con diferentes servicios, pero desarrollados únicamente en 1 o 2 de los hospitales. Entre ellos encontramos por ejemplo asma, diabetes, consejo genético, esclerosis múltiple o psicogeriatría entre otros.

Tabla 6. Frecuencia de los principales programas de enlace activos en los hospitales de la Comunidad de Madrid

PRINCIPALES PROGRAMAS ACTIVOS	TOTAL (20)	H.GR.3 (8)	H.GR.2 (12)	H. APOYO (2)
Psicooncología	13	4	8	1
Rehabilitación Cardiaca	11	4	7	
Perinatal	9	4	4	1
Dolor Crónico	6	3	4	
C. Bariátrica/Adicción comida/Obesidad	5	2	4	
Nefrología/Diálisis	4	2	2	
Enfermedad Intestinal Inflamatoria	4	3	1	
UCI	4	2	2	

Nota. Clasificación de hospitales tomada de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/hospitales-red-servicio-madrileno-salud>

Por otra parte, en la actividad habitual de la jornada, hay un porcentaje medio del 10% dedicado a tareas de coordinación en los hospitales del grupo 3 y del 5% de media en los hospitales del grupo 2. Dentro de estas actividades de coordinación, encontramos que hay una alta participación de PEPC en comités asistenciales y comisiones hospitalarias, formando parte de ellas en 6 de los 7 hospitales del grupo 3, en 8 de los 10 hospitales del grupo 2 y en 1 de los hospitales de apoyo.

Los comités asistenciales asociados a los programas de enlace en los que encontramos PEPC son por ejemplo Comités de Atención Temprana, Comités de Perinatal, Comités de Tumores, Comités de Dolor o Comités de Bariátrica entre otros.

Es de destacar que también se solicita la participación del PEPC en comisiones hospitalarias, con el objetivo de que aportemos conocimientos de nuestra disciplina a la hora de establecer protocolos transversales en el hospital. En esta línea, estamos presentes en comisiones de Junta de Gobierno de Gestión Clínica, Unidad de Gestión de Riesgos Sanitarios, Comisión contra la Violencia o Comisión de Humanización.

Los PEPC de interconsulta y enlace también aparecen implicados en labores de docencia dentro del Servicio y a otros profesionales. La presencia de residentes de Psicología Clínica es elevada, llegando a cubrir los 12 meses anuales de media en los hospitales del grupo 3 y a cubrir 6 meses al año de media en los hospitales de grupo 2.

Los PEPC también participan en actividades de investigación, aunque no llegamos a contar con datos suficientes para poder dar cifras representativas.

8.3. Funciones y actividades de las/os profesionales de la Psicología Clínica en la Interconsulta y Enlace Hospitalaria en el SERMAS

La atención psicológica especializada es una prestación más del Sistema Nacional de Salud. En cuanto a las funciones del PEPC en el ámbito hospitalario, ya se definen desde etapas muy iniciales de nuestro actual sistema, el psicodiagnóstico, la psicoterapia, la docencia y la investigación (Pérez García, 1983a). Posteriormente, de forma más detallada, en el programa de la especialidad de Psicología Clínica se incluyen aspectos de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento, relevantes para la actuación en el ámbito de interconsulta y enlace hospitalaria (Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio).

En este área resulta importante la colaboración y coordinación del PEPC con el resto de los servicios intrahospitalarios. La integración complementaria de la dimensión psicológica y de la enfermedad médica, facilita una valiosa ayuda tanto para la recuperación como la prevención de futuras recaídas. El PEPC como especialista en el análisis de la comunicación humana y del funcionamiento de sistemas realizará un análisis psicológico institucional dirigido a facilitar y mejorar la calidad de las relaciones del equipo asistencial y de éste con el enfermo. Será necesario un análisis de la dinámica para facilitar la elaboración y filtrado de stress, conflictos entre roles, angustias en el cuidado o atención al enfermo, tensiones entre distintos miembros o secciones de un servicio, dificultades en la comunicación jerárquica, problemas en la comprensión y abordaje de determinada sintomatología, etc. Además, será importante la observación y el cuidado de la contratransferencia con pacientes en procesos de riesgo vital, tanto en los profesionales de salud mental como en el resto de los sanitarios, que con frecuencia será intensa al ser un recordatorio para el profesional de su propia mortalidad y pérdidas (Pérez García, 1983b).

Encontramos dos tareas complementarias, la interconsulta y el enlace, en ambos casos aportando el o la PEPC una perspectiva o formación en salud mental que no tiene el derivante. La actividad de interconsulta se organiza de manera puntual en torno a una intervención concreta durante la hospitalización del paciente. Por otra parte, la actividad de enlace consiste en un programa más estructurado, que requiere de mayor coordinación y puede extenderse más allá del ingreso (Alonso Gómez et al., 2016). Esto implica un contacto regular del personal de interconsulta con los profesionales del servicio peticionario y su principal objetivo es el asesoramiento del personal facultativo y asistencial para poder reconocer, manejar y si es posible prevenir los problemas psicosociales y psiquiátricos del paciente (Martínez Sande, 2001).

8.3.1. Actividad de Interconsulta en población adulta

La atención por Psicología Clínica al paciente hospitalizado surge de una solicitud por parte del equipo médico tratante (Pérez García, 1995). Previamente a la entrevista con el paciente hospitalizado, será recomendable realizar una coordinación con los profesionales médicos solicitantes, así como con el equipo de enfermería. Esto nos facilitará información complementaria de utilidad para la comprensión del motivo de consulta, las características de la situación clínica y los objetivos del ingreso o tratamiento, el estilo de adaptación, ajuste y adherencia del paciente a las pautas médicas...

La entrevista con el paciente incluirá la evaluación psicopatológica actual y la presencia de antecedentes psiquiátricos, la vivencia del proceso de enfermedad y de la situación de ingreso, los recursos empleados en el afrontamiento de la situación, la existencia de otros estresores concurrentes o de acontecimientos previos relevantes. En muchos casos resultará de utilidad la realización de una entrevista al familiar del paciente, tanto conjunta como por separado con el objetivo de completar evaluación sobre el paciente y sobre la dinámica familiar (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019).

Estas evaluaciones de interconsulta, con frecuencia resultan de utilidad por ejemplo en pacientes con ingresos muy prolongados desgastantes emocionalmente, en aquellos pacientes que durante la hospitalización se enfrentan a experiencias de carácter muy traumático, pacientes en los que se observa un comportamiento desadaptativo o dificultad para la adherencia a las prescripciones o pautas médicas, pacientes en los que son llamativas las dificultades en la dinámica familiar llegando incluso a convertirse en un obstáculo para la intervención o recuperación del paciente, como casos de claudicación familiar o de conspiración del silencio. También será importante detectar los casos en los que haya una psicopatología psiquiátrica aguda o situaciones de riesgo suicida que sugieran la necesidad de una intervención urgente o la coordinación con especialistas de psiquiatría para abordaje psicofarmacológico complementario.

La petición de interconsulta a Psicología Clínica también puede tener como objetivo solicitar nuestra colaboración en el estudio diagnóstico o diferencial en pacientes hospitalizados en otros servicios médicos, por ejemplo, aquellos casos en los que pueda haber sospecha de un posible trastorno conversivo (Sanz Rodríguez y Torres López, 2003). En ocasiones, la interconsulta puede surgir por parte del propio servicio de psiquiatría debido a la necesidad de apoyo en la evaluación psicodiagnóstica de algún paciente hospitalizado en la Unidad de Hospitalización Breve. En estos casos puede ser necesario la administración de baterías amplias de evaluación neuropsicológica o de personalidad para la clarificación de aspectos diagnóstico y la orientación de las intervenciones o derivaciones al alta (Garrido Bolton et al., 2024).

La intervención en ocasiones irá dirigida al afrontamiento del fuerte estrés que implica la hospitalización por sí misma (en cuanto al incremento de la vulnerabilidad, sometimiento a rutinas y pruebas, pérdida de intimidad y de control sobre los rituales cotidianos, adopción de rol de enfermo, dificultades de comunicación e interacción...). Además, los procesos de fragilidad a que la enfermedad mortal somete a las personas y los límites de tiempo que establece, en ocasiones nos lleva a adoptar roles profesionales más activos, sirviendo como figura de apoyo en el afrontamiento de situaciones que generan temor o actuando como portavoz de sus necesidades frente a otros. Una parte de la intervención podrá ir dirigida a los familiares del paciente con la finalidad de facilitar ventilación emocional y la movilización de apoyos efectivos.

Durante la ejecución de las actividades de interconsulta definidas es fundamental la coordinación con los profesionales derivantes. Esto permite realizar una intervención psicológica coordinada con los objetivos médicos del ingreso, las progresivas actuaciones médicas durante el ingreso o las dificultades emergentes. Permite además realizar un feedback para ir “educando” la petición de futuras interconsultas, ajustando las expectativas médicas a los focos clínicos relevantes y a las competencias del psicólogo/a clínico/a.

De cara al alta, será necesario detectar aquellos casos que requieran un seguimiento ambulatorio por Psicología Clínica o Psiquiatría en servicios de salud mental ambulatorios una

vez dados de alta hospitalaria. Según datos publicados por Costa-Requena et al. (2015), en torno a un 28% de los pacientes atendidos por Psicología Clínica serían derivados al alta para seguimiento en salud mental en CSM o programas de enlace.

8.3.2. Actividad de Enlace en población adulta

El enlace se estructura en base a programas específicos formados por un conjunto de actuaciones protocolizadas y mantenidas de tipo preventivo, asistencial y docente dirigidas a grupos de pacientes específicos que por sus características lo precisan. La petición de enlace frecuentemente surge por parte del servicio médico-quirúrgico que trata al paciente, debido a una necesidad detectada. Tiene el objetivo de complementar el abordaje médico-quirúrgico con una intervención sobre la salud psicológica de los pacientes.

En el contexto del enlace con frecuencia hay una toma de decisiones terapéuticas conjunta y coordinada. Es frecuente por este motivo el desarrollo de “Guías clínicas” que faciliten la derivación y coordinación estrecha, así como la participación en comités sanitarios multidisciplinares que se reúnen con periodicidad para la presentación de casos clínicos.

En la actividad de enlace se realiza un seguimiento de los pacientes derivados dentro de un programa específico concreto. El abordaje suele estar centrado en las dificultades de afrontamiento o adaptación a los procesos de enfermedad o a sus consecuencias y puede realizarse mediante intervenciones individuales o grupales (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019). El seguimiento terapéutico incluye habitualmente consultas ambulatorias, intervenciones grupales o talleres psicoeducativos multidisciplinares dirigidos a los pacientes del programa.

Los programas de enlace más ampliamente desarrollados en los hospitales del SERMAS son los **Programas de psico-oncología** (Die Trill, 2013) y los **Programas de Rehabilitación Cardíaca** (Escolar-Gutiérrez et al., 2013). Existen estudios que muestran la eficacia de las intervenciones psicológicas tanto en pacientes con cáncer (Hulbert-Williams et al., 2018) como en pacientes con problemas cardiológicos (Reavell et al., 2018). Otros programas muy presentes en los hospitales del SERMAS son los **Programas de Cirugía Bariátrica** (Félix-Alcántara, et al., 2023) y los **Programas de Dolor crónico** (Almendro Marín et al., 2011).

8.3.3. Actividad de Interconsulta y Enlace Infantojuvenil

La hospitalización de un niño, niña o adolescente resulta un factor de riesgo traumático. La población infanto-juvenil que presenta enfermedades y problemas que afectan a la salud física sufre cuatro veces más malestar emocional en comparación con la población menor que no las presenta (Hysing et al., 2007).

El carácter traumático de la hospitalización está marcado por su gran impacto emocional sobre el núcleo familiar y sobre los profesionales involucrados. Será modulado por la propia enfermedad, los recursos de afrontamiento del niño y la capacidad de sostén de la familia.

La atención psicológica tiene una importante labor preventiva y terapéutica, que permite dar un lugar al dolor psíquico junto al dolor físico. Las tareas más frecuentes del psicólogo clínico en estos programas incluyen la evaluación de síntomas sin evidencia de causa orgánica sanitaria (Remor, 2003). Existen tratamientos psicológicos eficaces para abordar este malestar asociado a las condiciones médicas (Palermo, 2014).

En el ámbito de interconsulta podemos encontrar además casos en los que aparezca sospecha de maltrato o abuso sexual infantil por parte de su entorno inmediato. Será necesaria una adecuada identificación y movilización de los protocolos establecidos para garantizar una protección adecuada. Igualmente será importante detectar y actuar de manera protectora en aquellos casos en los que exista riesgo autolesivo o autolítico. Por otra parte, puede ser necesaria la intervención durante los ingresos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en condiciones de grave fragilidad física.

Dadas las características de las hospitalizaciones, las intervenciones serán de carácter integrador, breve y focalizada (Alonso Gómez et al., 2016). Deben dirigirse tanto a nivel individual, familiar y del equipo de tratamiento, entendiendo al niño como un agente activo de conocimiento, entendimiento y cambio ante sus dificultades. En población infantil el juego se convierte en instrumento diagnóstico y de intervención, al ser una herramienta privilegiada de expresión y elaboración en la infancia que permite movilizar la angustia y activar mecanismos defensivos. De esta forma puede facilitar elaborar la situación traumática, haciendo activo lo que vive pasivamente durante el ingreso y en su enfermedad. En poblaciones adolescentes es importante considerar los aspectos relacionados con el estilo de comunicación adaptado a su edad y la vinculación mediante conexión con sus intereses e inquietudes. La intervención debe tener en cuenta el desarrollo evolutivo, los factores específicos que influyen en la salud mental según la edad y los modelos teóricos explicativos específicos (Cuellar-Flores, 2021).

También pueden surgir en la familia dificultades en la comprensión o asimilación de información médica que suponga una interferencia en los procesos de adaptación o de toma de decisiones y que requieran una intervención por parte del PEPC.

En todos estos casos, será fundamental la coordinación y el trabajo colaborativo con el resto de especialistas tratantes y con los familiares del menor. La necesidad de programas específicos para los niños y adolescentes se justifica en base a las particularidades de estas franjas de edad que requieren una adecuada adaptación en los tratamientos.

En este sentido los programas más presentes en los hospitales son los de Neonatología (G^a-Villanova et al., 2023). El nacimiento prematuro es vivido por los padres como un acontecimiento traumático, que conecta con la fragilidad o vulnerabilidad, y marca una influencia en el vínculo actual y futuro. En ocasiones la incertidumbre asociada al estudio de posibles diagnósticos en ese periodo puede generar estados de ansiedad, dificultades de separación o sentimientos de rechazo en las figuras parentales.

Por otro lado, el desarrollo de algunos programas está determinados por acontecimientos traumáticos como el fallecimiento perinatal en los Programas de Duelo Perinatal (Domínguez-García et al., 2020). Los Programas de psico-oncología en la infancia y adolescencia, tienen el objetivo de ayudar en el afrontamiento de numerosas situaciones estresantes, invasiones al cuerpo, temores e incertidumbre, pérdida escolar y aislamiento social. Podemos encontrar también la necesidad de intervenciones preventivas, orientadas a la reducción del impacto potencialmente traumático de las intervenciones quirúrgicas.

8.3.4. Actividad docente en Interconsulta y Enlace

Otra función importante del PEPC en este ámbito son los aspectos docentes. En primer lugar resulta fundamental nuestra implicación en la formación de residentes de Psicología Clínica teniendo en cuenta que la rotación de 6 meses en interconsulta es obligatoria en el programa

formativo de la especialidad. Además, en los hospitales en los que se ha establecido convenio con las universidades, encontramos la figura de profesor asociado en ciencias de la salud y de este modo un enlace con el ámbito universitario y la implicación en la formación de grado y posgrado.

Por otro lado, el objetivo es dotar de conocimientos y habilidades al resto de profesionales sanitarios que les permitan mejorar la comprensión de la vivencia del paciente y el acompañamiento de la misma. El objetivo sería lograr un impacto positivo en la calidad de la atención del paciente y en la calidad de vida del profesional. Para ello será fundamental la organización de cursos de “comunicación de malas noticias”, “manejo de situaciones complicadas o de riesgo” o “psicoeducación” sobre aspectos psicológicos habitualmente asociados a las diferentes patologías médicas.

Para el desarrollo de estos objetivos, será fundamental la participación de los PEPC en sesiones clínicas o docentes interdisciplinares realizadas con otros servicios con los que existe actividad de enlace. También será importante la implicación en cursos, jornadas o talleres organizados desde Comisiones específicas como por ejemplo las de Docencia, Ética, Humanización o Violencia.

8.3.5. Actividad investigadora en Interconsulta y Enlace

Junto a las labores asistenciales y docentes, estará presente la labor investigadora a partir de la práctica clínica.

Tal y como señala el grupo de trabajo sobre psicología hospitalaria del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2005) debe haber un compromiso e implicación en labores de investigación por parte del PEPC en el ámbito hospitalario. Esto tendrá como objetivo la contribución al avance, aplicación y difusión del método científico además de garantizar la calidad y adecuación de la actuación profesional y permitir desarrollar acciones basadas en resultados científicos. Para ello, será necesario identificar las líneas de investigación prioritarias en función de la realidad en la que se trabaja. En este ámbito uno de los objetivos relevantes será la investigación dirigida a la ampliación de la evidencia de la eficacia y eficiencia de los tratamientos psicológicos en interacción con los médicos en las diversas patologías.

Por otra parte, profundizar en datos descriptivos de la intervención del psicólogo/a clínico/a en el ámbito del hospital general puede ayudar a planificar recursos y concretar su ámbito de intervención (Costa Requena, 2015).

8.4. Problemas más relevantes y retos de futuro de la Psicología Clínica en la Interconsulta y Enlace Hospitalaria en el SERMAS

De la información obtenida y de la aproximación inicial a la figura del profesional de Psicología Clínica en el ámbito de interconsulta y enlace podríamos destacar algunas consideraciones y retos para el futuro de la profesión en el SERMAS.

A pesar de la presencia consolidada del PEPC en Interconsulta y Enlace Hospitalaria en el SERMAS, detectamos su ausencia todavía en varios hospitales de los 3 niveles de complejidad. Ese déficit es especialmente intenso en equipos de atención infantojuvenil que tienen presencia en menos hospitales que los equipos de adultos. Una de las principales causas asociadas es el bajo número de profesionales para atender a la demanda realizada por el resto de los servicios médicos-quirúrgicos. Según estimaciones realizadas por el Grupo de trabajo de Psicología Clínica en sanidad pública del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid en Interconsulta y Enlace sería necesario un incremento de 76 PEPC, para alcanzar la ratio de 12 PEPC/100.000hab, y de 159, para alcanzar la ratio deseable de 20 PEPC/100.000hab, dedicados tanto a la actividad asistencial en adultos como en infanto-juvenil (Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Ferreira González et al., 2022).

El insuficiente número de profesionales también da lugar a una menor eficacia en las intervenciones realizadas al impedir un seguimiento más frecuente, intervenciones tempranas o coterapia en los grupos. Hay un elevado consenso entre los PEPC sobre la dificultad para lograr un desarrollo adecuado de la actividad clínica por el déficit de recursos en relación a la actividad asistencial demandada (Cuellar-Flores et al., 2024). Además de provocar dificultades de coordinación e integración en el hospital al no estar suficientemente disponible.

Detectamos también la necesidad de fomentar un desarrollo homogéneo de programas de enlace. Hay diversos programas muy avanzados e implementados en muchos los hospitales, como psico-oncología y rehabilitación cardiaca, pero también quedan otros menos consolidados a pesar de tratar áreas como la diabetes, el asma y otras enfermedades que requieren una adaptación emocional y familiar significativa. Hay muchos campos en los que el psicólogo clínico puede aportar conocimientos de su disciplina para mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes. Poner en marcha programas preventivos de intervención psicológica que manejen los factores de riesgo, podría facilitar el desarrollo en los pacientes de recursos de afrontamiento que disminuyeran el riesgo de complicaciones posteriores a nivel psicológico.

Como se ha expuesto previamente, la interconsulta y enlace implica la necesidad de un intercambio de información y una coordinación continua en las intervenciones de los diferentes profesionales. Esta coordinación es fundamental también para conseguir una adecuación de la demanda, en base a un mayor conocimiento de las funciones del PEPC de interconsulta así como de los criterios de derivación. Además, la compleja interrelación entre lo psicológico y lo médico requiere una transferencia de conocimiento entre diferentes especialistas. Por otra parte, nuestra contribución podría ampliar y mejorar los conocimientos psicológicos por parte de los médicos, por lo que es importante también disponer de tiempos destinados a participar en espacios formativos dirigidos a los especialistas de otros servicios.

Es por ello necesario respetar de manera rigurosa la existencia de espacios delimitados que permitan a los PEPC participar en comités asistenciales, sesiones clínicas o docentes y establecer contacto con aquellos profesionales que sean relevantes para el abordaje de determinados casos. En la misma línea, consideramos importante la consolidación de los PEPC en comisiones hospitalarias en las que nuestra especialidad pueda realizar aportaciones para el desarrollo de protocolos transversales. La realidad actual es que estos espacios delimitados ni los poseen todos los profesionales ni alcanzan en muchos casos porcentajes de tiempo suficientes.

En el ámbito docente y formativo, es central también nuestro papel en el desarrollo de futuros especialistas en PC. En este sentido, debemos consolidar la presencia de la figura PIR como

algo estable a lo largo de todo el año en aquellos hospitales en los que todavía es parcial. Esto permitiría mantener una continuidad en las actividades realizadas por ellos, facilitando un mayor desarrollo de las mismas y probablemente aumentando el nivel de autonomía y aprendizaje.

La investigación es otro reto para el futuro. Especialmente el desarrollo de investigaciones específicas en el ámbito de interconsulta y enlace orientadas al estudio de la eficiencia de nuestras intervenciones. En esta línea, se recomienda la ampliación de estudios ya existentes sobre el beneficio del abordaje psicológico en la patología orgánica, así como en la adherencia al tratamiento, el autocuidado o el empoderamiento, sin olvidar aquellas variables relacionadas con el impacto a nivel económico y social; por ejemplo el incremento de la demanda asistencial, el consumo de fármacos, el tiempo de recuperación, las visitas a urgencias o la insatisfacción de los pacientes (López Fuentetaja e Iriondo Villaverde, 2019). Un objetivo a alcanzar sería el desarrollo de proyectos multicéntricos de investigación coordinados entre PEPC de interconsulta de diferentes hospitales del SERMAS.

Un punto débil para el desarrollo de todas estas tareas de los PEPC es la existencia de psicólogos/as especialistas y no especialistas pertenecientes a otros servicios médicos o asociaciones y fundaciones (Cuellar-Flores et al., 2024). Esta situación supone un riesgo para la normalización de la actividad de nuestras intervenciones, para sus estándares de calidad y para una adecuada formación continuada. Es fundamental la existencia de una estructura y de un espacio de coordinación entre los psicólogos que realizan su trabajo en el ámbito hospitalario. Es difícil de conseguir ese contexto si los profesionales realizan su trabajo en diferentes servicios médicos, y por el contrario se verá facilitada cuando todos los PEPC pertenecen al mismo servicio. Actualmente la adscripción principal es al Servicio de Psiquiatría, aunque otros modelos proponen la creación de Unidades Funcionales transversales de Psicología Clínica que coordinen la labor asistencial (Monsalve Dolz, 2009) o la creación de Servicios propios de Psicología Clínica como recoge la publicación de Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Félix-Alcántara et al. (2022). El objetivo común en todos ellos es lograr la cohesión e integración de los profesionales y de la actividad, para facilitar la coordinación de criterios, de protocolos de intervención y compartir actividades docentes y de formación de residentes, así como facilitar la participación en investigación mediante proyectos colaborativos.

Bibliografía

- Alonso Gómez, R., Morer Bamba, B., Castro García, G. y Ortega López-Alvarado, P. (2016). La interconsulta hospitalaria en salud mental infanto-juvenil: un modelo internacional. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 62, 27-32
- Almendro Marín, M. T., Clariana Martín, S. M., Hernández Cofiño, S., Rodríguez Campos, C., Camarero Miguel, B. y del Río Martín, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213-227.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Grupo de Trabajo de Psicólogos Hospitales (2005). *Planificación y Estrategias para la Creación y Puesta en Marcha de un Servicio de Psicología Clínica y de la Salud. Una oportunidad de mejora*. <https://www.copmadrid.org/pdf/hospitales.pdf>

- Costa-Requena, G., Rodriguez Urrutia, A., Calvo, E. y Parramon, G. (2015). Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a Psicología Clínica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 115, 11-15.
- Crespo Hervas, M. D. y Martín Vázquez, M. J. (2003). Psiquiatría de Interconsulta y Enlace. En M. G Gelder, J. J. López-Ibor y N. C. Andreasen (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (pp. 939-941). Ars Médica.
- Cuéllar-Flores, I. (2021). Psicología Clínica de la Infancia y de la Adolescencia en interconsulta y enlace y Psicología Clínica Pediátrica. En A. Izquierdo Elizo, I. Cuéllar Flores y D. Padilla Torres (Eds), *Manual de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Bases para una nueva especialidad.* (pp. 97-102). Mc Graw Hill.
- Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Félix-Alcántara, M., Olivares, B., de la Vega Rodríguez, I., González, M., Albarsanz, M., Vazquez Rivera, S. y Belmonte, M. (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, I., Fernández Garzón, L., Ferreira González, M., Maldonado Belmonte, M. J., Vázquez Rivera, S., De la Vega Rodríguez, I. Félix Alcántara, M. P. y Antequera Iglesias, J. (2022). *Planificación del crecimiento de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud: una propuesta razonada.* Colegio Oficial de Psicología de Madrid.
- Cuéllar-Flores, I., Manzano, B., Fernández Garzón, L., Maldonado Belmonte, M. J., Félix-Alcántara, M., Jiménez Bruña, M. y Ferreira González, M. (2024). 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>
- Die Trill, M. (2013). Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 4(2), 119-133. <https://doi.org/10.5093/cc2013a10>
- Domínguez-García, C., Hermosillo-Torres, R., Banzo-Arguis, C. y Villacañas-Blázquez, M. (2020). El abordaje en el Sistema Nacional de Salud de la muerte perinatal. En Buela Casal, G., Guillén Riquelme, A. y Guillot Valdés, M. *Avances en Psicología Clínica: investigación y práctica.* (pp. 1039-1048). Dykinson
- Duro Martínez, J. C. (2016). La Psicología Clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid: la insuficiente consolidación de una profesión sanitaria. *Clínica y Salud*, 27(2), 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.001>
- Duro Martínez, J. C., Álvarez García, R., Barroso Sanz, L. y Roca Feigín, C. (1990, junio). Los psicólogos en las instituciones sanitarias públicas de Madrid. *Papeles del Psicólogo*, (44-45). <https://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1044>
- Escolar-Gutiérrez, M. C., López-Moya, B., Portabales Barreiro, L., Carcedo-Robles, C. y Alonso-Abolafia, A. (2014). Influencia de la Relación Profesional Sanitario-Paciente en la Adherencia al Tratamiento en un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC). En Buela-Casal, G., Sierra, J. C. y Quevedo-Blasco, R (Eds.), *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology (6-8 June 2013. Santiago de Compostela-Spain).* (pp. 50-55). Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

Félix-Alcántara, M., Villacañas-Blázquez, M., Banzo-Arguis, C., Domínguez-García, C., Gutiérrez-Arana, I., Hermosillo-Torres, R. y Quintero, J. (2023). Desarrollo del programa PsicoObe, una intervención psicoterapéutica grupal para personas con obesidad, y estudio piloto sobre sus efectos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 28(2), 83-98. <https://doi.org/10.5944/rppc.34603>

Gª-Villanova, F., Cuéllar-Flores, I., Eimil, B. y Palacios, I. (2013). El Estrés Materno en la Organización del Vínculo Madre-Bebé Prematuro de Bajo Peso. *Clínica Contemporánea*, 2(4), 171-183. <https://doi.org/10.5093/cc2013a14>

García-Ontiveros, M., Arbulo, B., Mallo Caño, M., Mayoral Aragón, M., García Ramírez, M., Muriel Hermosilla, A., HolgueraOrtíz, S., Martín Ruiz, J., Delgado Fernández, T., Sanz Sebastián, S., Ureña Morena, M. A., Valencia Agudo, F., Parages Martínez, A. y Duque Colino, F. (2020). Intervención en la crisis COVID-19 del equipo de Psicología Clínica de la Interconsulta del IPS Gregorio Marañón. *Revista Clínica Contemporánea*, 3(11), 1-13. <https://doi.org/10.5093/cc2020a17>

Garrido Bolton, J., Hospital Moreno, A. y Carracedo Sanchidrián, D. (2024). Interconsulta de Psicología Clínica en una Unidad de Hospitalización Breve: un estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 2(15). <https://doi.org/10.5093/cc2024a10>

Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., Lie, S. A. y Lundervold, A. J. (2007). Chronic Physical Illness and mental health in children. Results From a large-scale population study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48(8), 785-792. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01755.x>

Hulbert-Williams, N. J., Beatty, L. y Dhillon, H. M. (2018). Psychological support for patients with cancer: evidence review and suggestions for future directions. *Current opinion in supportive and palliative care*, 12(3), 276-292. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000360>

Jiménez Arriero, M. A., Ibañez Alcañiz, C., Julve Correcher, C. y Mingote Adán, C. (1994). Psiquiatría de enlace y servicios quirúrgicos. *Psiquiatría Pública*, 6(5), 252-260.

Jiménez Giménez, M., Sánchez Escribano, A., FigueiroOltra, M. M., Bonilla Rodríguez, J., García Sánchez, B., Rojo Tejero, N., Sánchez González, M. A. y Muñoz Lorenzo, L. (2021). Taking Care of Those Who Care: Attending Psychological Needs of Health Workers in a Hospital in Madrid (Spain) Duringthe COVID-19 Pandemic. *Current Psychiatry Reports*, 23(44). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01253-9>

López Fuentetaja, A. M. e Iriondo Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(e1), 1-19. <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>

López-Ibor, J. J. y Jiménez Arriero, M. A. (1987). Psychosocial rehabilitation in disasters: experience of the Spanish Toxic Oil Syndrome. *International Disability Studies*, 9(2), 81-83. <https://doi.org/10.3109/03790798709166243>

Martínez Sande, G. (2001). Intervención en el marco de la interconsulta y el enlace hospitalario. *Norte de Salud Mental*, 4(13), 69-82.

Monsalve Dolz, V., Soriano Pastor, J., Carbajo Álvarez, E. y Santolaya Ochando, F. J. (2009). *Guía Práctica de Psicología de la Salud en el Ámbito Hospitalario*. Editorial Collegi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana. <https://www.cop-cv.org/site/assets/files/1033/37751996.pdf>

Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>

Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado* (España), 146, de 17 de junio de 2009. <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas1620>

Palermo, T. M. (2014). Evidence-based interventions in pediatric psychology: progress over the decades. *Journal of pediatric psychology*, 39(8), 753-762. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu048>

Pérez García, P., de Felipe Oroquieta, J., Sanz Herrero, B., Yagüez Ariza, L. F., de la Torre Gordo, C. y Otero Rodríguez, J. (1995). Psicología clínica de enlace e interconsulta en el Hospital General. *Clínica y Salud*, 6(3), 297-310.

Pérez García, P. (1983a, junio). Psicología Clínica. Profesión Independiente. *Papeles del Psicólogo*, (9). <https://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1009>

Pérez García, P. (1983b, junio). Servicios de Psicología y reforma sanitaria. *Papeles del Psicólogo*, (9). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=110>

Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado* (España), 288, de 2 de diciembre de 1998. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1998/11/20/2490>

Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D. y Lane, D. A. (2018). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients With Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 80(8), 742-753. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000626>

Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Editorial Desclée de Brouwer.

Salvador-Robert, M. y Baca-García, E. (2024). Carga de comorbilidad en pacientes adultos con trastorno psiquiátrico ingresados en un hospital general 2012-2018. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.08.002>

Sanz Rodríguez, L. J. y Torres López, B. (2003). Un caso de trastorno de conversión analizado desde la perspectiva de la interconsulta hospitalaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 87, 143-156.

Van Niekerk, M., Walker, J., Hobbs, H., Magill, N., Toynbee, M., Steward, B., Harriss, E. y Sharpe, M. (2022). The Prevalence of Psychiatric Disorders in General Hospital Inpatients: A Systematic Umbrella Review. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63(6), 567-578. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.04.004>



La Psicología Clínica en las Unidades Hospitalarias para el Tratamiento del trastorno mental grave y crónico en la Comunidad de Madrid

Juan Jesús Muñoz García (Coordinador)

PhD. Psicólogo Clínico. Coordinador Facultativo del Área de Salud Mental
del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid)

Sergio Bilbao Sanz

Psicólogo Clínico. UCPP Hospital Doctor Rodríguez Lafona

Esperanza López Marcos

Psicóloga Clínica. UCPP Hospital Universitario José Germain

Amparo Núñez Beltrán

Psicóloga Clínica. UHTR Hospital Universitario José Germain

José Ángel Rodrigo Manzano

Psicólogo Clínico. UHTR Clínica San Miguel

María del Carmen Sánchez Carnero

Psicóloga Clínica. UCPP Complejo Asistencial Benito Menni

9.1. Introducción

Toda vez comenzó la segunda mitad del siglo XX, comenzaron a producirse progresivamente diferentes movimientos tanto en Europa como en América respecto a un posible cambio en la atención prestada a los cuidados de los pacientes psiquiátricos. En ese contexto de posguerra mundial, lleno de cambios culturales y políticos junto con el inicio de la sociedad del bienestar, se promueven intervenciones que intentan superar el aislamiento de quienes se ven afectados por un trastorno mental grave. Con mayor o menor intensidad diferentes países del mundo promueven reformas en su ámbito de atención psiquiátrica y, asimismo, se estimula el cierre de las instituciones psiquiátricas tradicionales. Detrás de este cambio están diversos textos influyentes como los de Goffman, Szasz y Foucault (ver Muñoz et al., 2023).

A partir de esto y, enfatizando, en lo paulatino del proceso tanto a nivel internacional como dentro de la propia España, se han ido reduciendo el número de camas en las instituciones psiquiátricas e intentando reducir las admisiones por nuevos ingresos en las mismas; algo que, por otro lado, está registrando una tendencia a la inversa en los últimos años.

De forma más concreta, en España es el final de la dictadura el que marca un contexto socioeconómico que, aunque, no idóneo, sí posibilita realizar cambios significativos. La Ley General de Sanidad de 1985 preveía un marco de cambio y la reforma psiquiátrica promulgada en la misma era el punto de arranque para los dos tipos de dispositivos más conocidos en los planes de continuidad de cuidados formulados por los centros de salud mental para el abordaje del trastorno mental grave, a saber, Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP) -antiguamente denominadas Unidades de Larga Estancia (ULE)- y Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) -previamente denominadas Unidades de Media Estancia (UME)-.

Reseñar que, diferentes estudios realizados con pacientes diagnosticados de trastorno mental grave (TMG) en UCPP han cuestionado la viabilidad de la dicotomía UHTR y UCPP, así como su "flexibilidad" a la hora de adaptarse a los cambios, por otro lado, inevitables, en el perfil de los pacientes propuestos para ingreso en estos dispositivos (ver, por ejemplo, Muñoz et al., 2011 y Muñoz y Ruiz, 2016).

Este cuestionamiento tiene más "aristas" en tanto en cuanto se abren debates como la idónea, pero muchas veces utópica pretensión, de la voluntariedad de los ingresos, de la capacitación civil para decidir sobre los tratamientos o aspectos económicos y un largo etcétera de variables que complejizan los discursos en torno al TMG. En este sentido, analizando los perfiles de UCPP se han descubierto usuarios con diferentes necesidades que, por otro lado, orientan hacia la idoneidad de la creación de recursos específicos como las recientemente licitadas Unidades de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad (URRC), surgidas como intento de aligerar la espera para el ingreso en UCPP pero, en la práctica, redefinidas para cubrir un vacío asistencial del sistema; el abordaje de patologías caratteriales pujantes en entornos estructurados y huyendo de enfoques escasamente efectivos y estimuladores del efecto puerta giratoria (Muñoz et al., 2023).

A continuación, se definen los tres tipos de dispositivos existentes en la actualidad para el abordaje del trastorno mental grave, a saber, UHTR, URRC y UCPP. Añadir que, el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (CSJD) cuenta con una Unidad de Media Estancia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UME-TCA) que, no obstante, es explicada en el capítulo correspondiente a los dispositivos relacionados con los trastornos de la alimentación.

9.2. Caracterización de los dispositivos destinados al abordaje del Trastorno Mental Grave y Crónico

Tal y como ha sido señalado previamente, los dispositivos existentes para el abordaje del TMG y crónico son, básicamente, las UHTR, URRC y UCPP. En todo caso, seguidamente, se caracterizan este tipo de dispositivos y las funciones principales para las que han sido creados contando con la información del Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022- 2024 (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones [ORCSMyA], 2022)

9.2.1. Las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR)

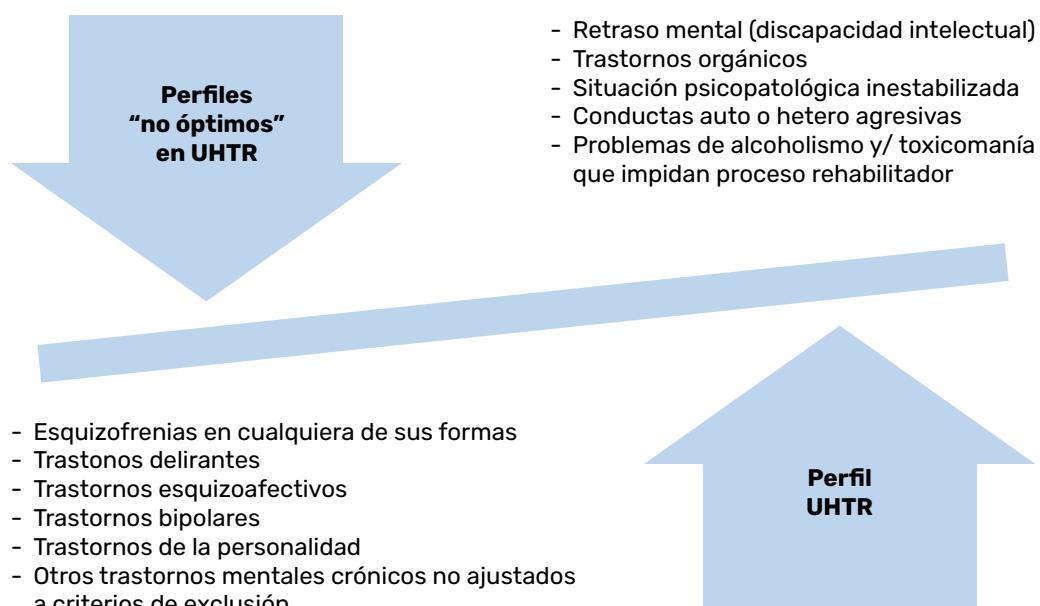
La UHTR es un dispositivo especializado de carácter hospitalario cuyo objetivo principal es la rehabilitación e integración en la comunidad de pacientes con TMG, con un tiempo -según pliegos administrativos- de estancia entre 1 mes y 6 meses como máximo. Éste puede prolongarse por períodos de 6 meses en función de las necesidades y objetivos terapéuticos del paciente. Estas unidades están destinadas a la atención de pacientes que precisan de un tratamiento psiquiátrico en régimen de hospitalización completa y que además necesitan un programa intensivo de carácter rehabilitador no siendo posible realizar este tratamiento en régimen ambulatorio. El perfil de pacientes de UHTR se corresponde con personas mayores de 18 años diagnosticadas de TMG:

- Residentes y empadronados en la Comunidad de Madrid y que estén incluidos en el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los distritos.
- Con necesidad de un tratamiento psiquiátrico y actividades intensivas de rehabilitación, no siendo posible realizar este tratamiento en régimen ambulatorio.
- Las personas que tengan su domicilio en el área de influencia que determine el Servicio Madrileño de Salud para el mismo.
- Aquellas otras personas con TMG que estime el Servicio Madrileño de Salud que necesiten de este tipo de Hospitalización.
- No podrá ser excluido el ingreso de enfermos que, padeciendo un trastorno mental susceptible de un ingreso en la UHTR, sean portadores del virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) .
- Tampoco podrán ser excluidos aquellos pacientes con antecedentes judiciales y que las autoridades judiciales decretan su internamiento en un centro hospitalario para tratamiento psiquiátrico, según lo establecido por los Códigos Civil y Penal.

Habría un conjunto de diagnósticos idóneos para implementar un modelo rehabilitador mientras que, de la misma forma, se establecen una serie de diagnósticos que apriorísticamente quedaría fuera de este tipo de intervenciones dadas las características de su cuadro psicopatológico y las dificultades que entrañaría su abordaje desde esta óptica, lo que derivaría en no dar la atención más óptima a aquellos pacientes. Sin más dilación los cuadros diagnósticos

potencialmente excluibles dentro de un proceso rehabilitador aparecen en la Figura 1. La UHTR está muy vinculada con los recursos de rehabilitación de la red de servicios sociales.

Figura 1. Perfil de ingreso en UHTR



9.2.2. Las Unidades de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad (URRC)

Desde hace años, en el CSJD se había objetivado la necesidad de un espacio terapéutico que superase las limitaciones y/o la dicotomía del concepto de UHTR vs. el de UCPP. Independientemente del notable trabajo que se realiza en ambos dispositivos, existían ciertos problemas que orientaban hacia posibles áreas de mejora.

En este sentido, entre todos los profesionales de ambos dispositivos es de sobra conocido, encontrar derivaciones a UHTR que acaban teniendo un ingreso de incluso años esperando una plaza de UCPP. En la base de estos casos, muchas veces ha estado el miedo/estigma de derivar a un usuario "joven" a UCPP y esto, a la larga, ha supuesto un condicionamiento del proceso rehabilitador del usuario, quien quizás podría haberse beneficiado de un proceso rehabilitador no tan intensivo como el que se propone en una UHTR, pero sí contando con un plazo más largo de tiempo como el de una UCPP. De la misma forma, desde el CSJD se ha planteado la consideración de un perfil de usuario que, por la complejidad de sus problemáticas, muchas veces relacionadas con lo characterial y/o personalidad, que se traducen en alteraciones conductuales, no encajaría bien en los recursos de UHTR ni UCPP, amén de otros dispositivos como unidades de abordaje de la personalidad, hospitalares de día o análogos. Así, en los casos más graves, la tendencia estaba siendo la de derivar a UCPP pasados años de la instauración de la patología characterial; circunstancia que, de entre todas las opciones disponibles, era la "menos mala", pero no la idónea.

Por añadidura, en el CSJD siempre ha habido un intento de ser proactivos en la determinación de necesidades específicas para los usuarios ingresados en UCPP y esto ha derivado en la realización de diferentes estudios que mostrasen los perfiles de usuarios ingresados en aras de asignar los recursos humanos y estructurales idóneos para ofrecer las mejores posibilidades de tratamiento y rehabilitación (por ejemplo: la creación de la Unidad de Rehabilitación de Conducta [URECO]; Muñoz y Ruiz, 2016); aunque todo limitado por las posibilidades de asignación de recursos humanos en un contexto de atención concertada. En una investigación reciente del CSJD con pacientes ingresados en UCPP, se realizaron diversos análisis de conglomerados en dos etapas con diferentes variables clínicas y/o relativas al ingreso (Muñoz et al., 2023). Fruto de estos análisis resultaron cinco tipologías de usuarios que se exponen y resumen a continuación:

- *Rehab*: prototipo de paciente del modelo de rehabilitación psicosocial, con diagnóstico preferente de cuadros psicóticos.
- *Rehab Behav*: semejante al perfil previo, pero con presencia de alteraciones conductuales.
- *Old Care*: perfiles con mucha necesidad de cuidados y presencia de afecciones médicas en el contexto de una edad elevada.
- *Young Care*: perfil semejante al anterior, pero con menor edad promedio.
- *Young Behav*: perfiles de usuarios con alteraciones de la personalidad y grave problemática conductual. Es el grupo de menor edad promedio.

Lo cierto es que las dos primeras tipologías constituían aproximadamente un 60% de las camas concertadas, (un total de 370). Las tipologías de cuidados suponían un 30% más o menos, y el 10% restante serían personas con graves alteraciones conductuales, problemática de consumo, inestabilidad emocional, etc. La delimitación de estas tipologías derivó en un proceso de reorganización interna que, sin embargo, mostró las dificultades de abordar problemáticas tan complejas como las de los *Young Behav* con los recursos estructurales, pero sobre todo humanos, que puede ofrecer una UCPP, aún a sabiendas de que muchos de estos usuarios podrían beneficiarse de programas específicos de tratamiento.

Es por esto que la licitación de la llamada Unidad Hospitalaria de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad (URCC) supuso una oportunidad para muchos perfiles que se beneficiarían de un entorno estructurado de tratamiento en un plazo no tan breve como el que exige una UHTR. La URCC, al amparo de la ORCSMyA, se ha constituido como un dispositivo de hospitalización psiquiátrica de “media” estancia para pacientes adultos de la Comunidad de Madrid, que presenten TMG con edades comprendidas entre 18 y 60 años.

Partiendo de los pliegos oficiales, el servicio se realizaría cubriendo al modelo comunitario de atención a la Salud Mental implantado en la Comunidad de Madrid, entre cuyos principios básicos están la atención integral a los pacientes, es decir, atendiendo a sus necesidades de salud mental y salud en general, su inserción en la comunidad y su atención mediante equipos multidisciplinares. La URCC habría de estar integrada funcionalmente con el resto de estructuras asistenciales de atención a la Salud Mental en la forma que determine el Servicio Madrileño de Salud, con la finalidad de garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes atendidos en las citadas Unidades.

Así, se considera que la URCC es un dispositivo especializado de carácter hospitalario, incluido en la red de servicios comunitarios de atención a la salud mental, que pretende la rehabilitación

e integración en la comunidad de los pacientes con TMG, con un tiempo de estancia entre 6 meses y 2 años como máximo, pudiéndose prolongar excepcionalmente por períodos de seis meses, en función de los objetivos terapéuticos y previo informe justificativo del médico psiquiatra responsable del paciente, valorado y autorizado por la ORCSMyA de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. No obstante, desde el CSJD, se observó la idoneidad de alargar estos planteamientos teóricos a plazos "más realistas", casi nunca inferiores a dos años.

Las camas de la URCC están destinadas a la atención de pacientes que precisen de tratamiento psiquiátrico en régimen de hospitalización completa y que necesiten actividades intensivas de rehabilitación psiquiátrica que permitan su retorno a la comunidad. Este dispositivo inicialmente fue dirigido a pacientes ingresados en UCPP o con estancias de larga duración en UHTR, que requerían una rehabilitación más prolongada y/o intensiva para poderse integrar en recursos ambulatorios.

Sin embargo, en una segunda licitación de la URRC, hace prácticamente un año, se validó el perfil de ingreso propuesto desde el CSJD y cuyo planteamiento fue en aras de cubrir un vacío asistencial reconocido, explícita o tácitamente, por un gran volumen de profesionales de la salud mental. En síntesis, se ha constituido una unidad en la que el "prototipo" de persona ingresada es una mujer de una edad entre 18 y 30 años, con características "inmaduras" de la personalidad", grave problemática de adaptación al medio y fracaso de tratamientos ambulatorios e incluso de hospitalización previos. Con todo, se incide en las mejoras que se están observando amén de las primeras altas en casos que, antaño, tenían un pronóstico pesimista y de derivación a larga estancia sin visos de posible externalización.

9.2.3. Las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP)

La UCPP supone una unidad de hospitalización específica con una estancia superior a 6 meses o un año, sin límite prefijado para la misma, aunque debe ser lo más breve posible, permaneciendo siempre el objetivo de reincorporar al paciente a su medio familiar y/o comunitario lo antes posible. Dichas unidades se destinan a proporcionar estabilización sintomática, contención y adecuación conductual, rehabilitación de déficit en el funcionamiento psicosocial y soporte residencial.

En cuanto a las personas beneficiarias del servicio, se trata de pacientes mayores de 18 años diagnosticados de TMG y, tal y como se ha expuesto en UHTR, con las, "aparentemente", mismas características sociodemográficas y clínicas, salvo una supuesta o hipotetizable mayor edad y menor posibilidad de adaptación al medio comunitario.

En la literatura científica se distinguen una serie de factores que incrementan la probabilidad de cronicidad y que motivarían, a priori, el ingreso en UCPP:

1. Factores clínicos: que cumplan al menos 3 de los siguientes 5 factores, a saber, más de un episodio de hospitalización, continuidad de tratamiento durante más de 6 meses, diagnóstico de TMG, así como consumo de tóxicos –excluyendo problemas graves de alcoholismo o toxicomanía–.
2. Factores sociales: que cumplan al menos 3 de los siguientes 5 factores, a saber, desempleo o incapacidad laboral, deterioro en los hábitos sociales, rechazo por su medio habitual, conducta inapropiada y ausencia de residencia.

3. Factores individuales: que cumplan al menos 3 de los siguientes 5 factores, a saber, falta de autocuidado, aislamiento, pérdida de autoestima, dependencia económica y fracaso escolar, formativo y/o laboral.
4. Factores familiares: que cumplan al menos 3 de los siguientes 5 factores, a saber, ausencia de familia, rechazo por parte de la familia y/o conflictividad familiar, ancianidad de los padres, desestructuración familiar y otras patologías graves en el núcleo familiar de convivencia.

Ante este perfil, las UCPP de la Comunidad de Madrid (CAM) abordan los casos desde una perspectiva de reintegración comunitaria con un marco rehabilitador dirigido a minimizar y/o paliar estos cuatro tipos de factores.

9.3. Recursos actuales de atención psicológica especializada de la red para el abordaje del trastorno mental grave

Tal y como ha sido señalado previamente, los dispositivos existentes para el abordaje del trastorno mental grave y crónico son, básicamente, las UHTR, URRC y UCPP. En todo caso, seguidamente, se aportan datos sobre los dispositivos existentes actualmente.

9.3.1. Actualidad de las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR)

Para el abordaje rehabilitador del TMG hay tres instituciones que cuentan con camas de UHTR, concretamente, la Clínica San Miguel (Hermanas Hospitalarias); el Sanatorio Esquierdo (Hestia Alliance), y el Hospital Universitario José Germain con dos conjuntos de edificios “separados” para otras tantas UHTR. En cuanto al número de camas disponibles en las UHTR, la distribución sería la siguiente:

- Clínica San Miguel: consta de cuatro UHTR de aproximadamente 30 camas cada una, sumando un total de 123.
- Hestia Esquierdo: una UHTR con 30 camas.
- Hospital Universitario José Germain: incluye dos UHTR de 41 y 30 camas respectivamente.

Cabe reseñar que las dos primeras instituciones son de carácter concertado, por lo que, del total de 224 camas disponibles en la CAM en las UHTR, el 68% corresponderían a este formato y el 32% al público.

9.3.2. Actualidad de las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad (URRC)

Tal y como ha sido señalado previamente, el modelo de abordaje del TMG en las URRC es muy reciente, contando apenas la primera de las dos unidades existentes con tres años de

existencia y, en el caso de la segunda, a la fecha de redacción de este escrito, todavía no ha pasado ni un año de funcionamiento. En cuanto a la ubicación institucional del dispositivo, ambas se encuentran en el CSJD de Ciempozuelos.

Como se ha señalado previamente tienen 30 y 25 camas respectivamente y, huelga decir, que son plazas de carácter concertado.

9.3.3. Actualidad de las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP)

En el caso del abordaje rehabilitador del TMG con una perspectiva a largo plazo y/o, en muchas ocasiones, de carácter residencial, hay cuatro instituciones que cuentan con camas de UCPP, concretamente, el Complejo Asistencial Benito Menni -CABM- (Hermanas Hospitalarias); el CSJD, el Hospital Universitario José Germain y el Hospital Doctor Rodríguez Lafora. En cuanto al número de camas disponibles en las UCPP, la distribución sería la siguiente:

- CABM: consta de un total de 290 camas (se plantean las concertadas con la ORCSMyA, a las que cabe añadir otras con entidades como aseguradoras, ISFAS, etc.).
- CSJD: incluye un total de 370 camas (también se añadirían otras procedentes de los mismos o prácticamente iguales derivantes que en el caso del Benito Menni).
- Hospital Universitario José Germain: serían 94 las camas disponibles.
- Hospital Doctor Rodríguez Lafora: habría un total de 198 camas.

Nuevamente resulta importante señalar que las dos primeras instituciones son de carácter concertado, por lo del total de 952 camas disponibles en la CAM en las UCPP, otra vez alrededor de un 70% corresponderían a licitaciones con entidades privadas y un 30% a camas públicas.

9. 4. Descripción de los dispositivos y papel de los profesionales de la Psicología Clínica adscritos a los mismos

En este apartado se plasmará algo de la historia de las diferentes UCPP y UHTR, así como la URRC de cara a ofrecer una descripción somera de las instituciones amén del papel de los profesionales de la Psicología Clínica en las mismas.

Cabe reseñar que, unido a los dispositivos previamente mencionados, se encuentra el Centro Educativo Terapéutico (CET) de Guadarrama, entidad concertada para el trastorno mental grave dedicada a población menor de edad. Se trataría de un dispositivo de media estancia incluido en el modelo de atención a la Salud Mental implantado de la Comunidad de Madrid, entre cuyos principios básicos están la atención integral a los pacientes, su inserción en la comunidad y su atención mediante equipos multidisciplinares. La Unidad está integrada funcionalmente con el resto de estructuras asistenciales de atención a la Salud Mental en la forma en que determina el Servicio Madrileño Público de Salud, con la finalidad de garantizar la continuidad de cuidados de las personas atendidas en la Unidad. Habría 30 camas divididas en dos grupos (infantil y adolescencia).

De la misma forma, en cuanto a la UHTR del antiguamente denominado Sanatorio Esquierdo y, en la actualidad, identificado como entidad del grupo sociosanitario Hestia Alliance, se asume un funcionamiento integrado dentro de la red de salud mental de la CAM y con características similares a otros dispositivos de esta índole.

En todo caso, dadas las lógicas limitaciones de espacio de este documento, se hará hincapié en los dispositivos históricos y/o más “relevantes” destinados al abordaje del TMG en población adulta.

9.4.1. Clínica San Miguel

La Clínica San Miguel pertenece a la Congregación de Hermanas Hospitalarias. Fue fundada en 1941 y desde entonces está especializada en el tratamiento de trastornos mentales. Actualmente en la Clínica se encuentra la Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación. Está concertada con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid e integrada en la red de Salud Mental.

- Cada subunidad incluye un equipo interdisciplinar formado por psiquiatra, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, trabajador social, y personal de enfermería (enfermera y tres auxiliares en turnos de mañana y tarde). Además, de forma común a las subunidades presta servicio de medicina de familia/interna y psiquiatría de guardia 24 horas para las pacientes de la clínica.
- Está destinada al tratamiento en régimen hospitalario de personas con TMG que requieren de un programa de rehabilitación. Los objetivos generales están relacionados con la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento, el abordaje de la sintomatología resistente y persistente, la recuperación del funcionamiento psicosocial y el desarrollo de mayor calidad de vida en las personas ingresadas.
- El ingreso en la UHTR es solicitado por el psiquiatra de referencia del Centro de Salud Mental por medio de la ORCSMyA de la Comunidad de Madrid. Una vez aprobado, pasa a lista de espera hasta que se asigne la plaza. Cada subunidad tiene asignada un área de influencia en las que ingresan los pacientes. Previo a presentar el caso en la ORCSMyA se presenta por el referente, o un representante en comisión de área. Estableciendo desde ese momento una coordinación continuada entre el CSM derivante y la UHTR.

Señalar que las características generales del dispositivo son extrapolables a las otras UHTR, por lo que no serán mencionadas más.

En cuanto al papel de la Psicología Clínica, una de las labores fundamentales es la del acompañamiento durante la acogida, realizando un encuadre y favoreciendo la implicación del paciente para conocer tanto la estructura como el funcionamiento de la unidad. También, dar continuidad a la adaptación del paciente en el recurso, con la capacidad, si es necesario, de generar pautas o restricciones específicas.

Se realiza la evaluación del área psicológica del paciente que incluye historia psicobiográfica y de enfermedad, funcionamiento premórbido, personalidad, exploración clínica y del afrontamiento, habilidades sociales e interpersonales, afrontamiento actual de la enfermedad, funcionamiento cognitivo y exploración de la relación y la dinámica familiar.

Además, se elabora el plan individual de rehabilitación del que resulta informe inicial que se envía a dispositivo derivante. También la revisión a los 6 meses. Se desarrollan intervenciones individuales y grupales. Otras intervenciones dirigidas a favorecer la motivación grupal, la cohesión y el clima terapéutico. Añadir el entrenamiento de habilidades específicas, control de activación, afrontamiento, habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, manejo de síntomas positivos...; así como la intervención familiar y mediación con los pacientes. Otro aspecto relevante es la coordinación con dispositivos derivantes y otros recursos sociosanitarios y comunitarios relevantes para el proceso de los pacientes.

El psicólogo clínico de cada UHTR es el facultativo referente de la mitad de los pacientes de cada unidad y como tal es el responsable de decisiones como los niveles de autonomía, los permisos y el desarrollo de su plan de intervención. Quedan excluidas las decisiones sobre el tratamiento farmacológico, cuestiones médicas y la indicación de contención mecánica. Comparte con el psiquiatra la capacidad para decidir sobre la voluntariedad de los ingresos. También se realiza de forma consensuada los planes de pre-alta. Acude de forma alterna con el psiquiatra a las comisiones de área con capacidad de decisión. También de forma conjunta con el psiquiatra toma decisiones en las reuniones de equipo sobre aspectos relevantes en la evolución de los pacientes y de cada subunidad.

Por último, es el responsable de los informes de alta u otros informes requeridos de los pacientes de los que es referente.

9.4.2. Complejo Asistencial Benito Menni

Durante muchos años, sobre todo a mediados del siglo XX, los hospitales psiquiátricos manicomiales estuvieron en el punto de mira ya que se pensaba que este tipo de institución tal y como estaba planteada, promovía la cronificación de las enfermedades mentales. Esto se debía en gran parte a que el hospital servía para que los pacientes vivieran en una burbuja, produciéndose un deterioro tanto de los lazos afectivos con los familiares, como la convivencia y las normas de la sociedad.

La Comunidad de Madrid, desde 1988, comenzó a desarrollar el programa de servicios sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica (PSSAIP) que depende, en la actualidad, de la consejería de Servicios Sociales y que planteaba un trabajo de un modo complementario y coordinado con la red de servicios sanitarios de Salud Mental (Decreto 122/1997 del 2 de octubre).

En la actualidad, existe un “nuevo grupo de pacientes de larga estancia” en su mayoría muy jóvenes con patología dual y que presentan una tendencia a la agresividad física y rechazo del tratamiento. Este grupo de pacientes es el que en la actualidad presenta un gran reto en las UCPP y por lo tanto en los programas de rehabilitación intensiva, siendo esta la dificultad que encontramos en estas unidades, ya que por un lado los pacientes se encuentran institucionalizados, pero, a la vez, se intenta trabajar su rehabilitación.

El Hospital Benito Menni desde sus orígenes, ha desarrollado un importante trabajo en el tratamiento de pacientes con una enfermedad mental severa y crónica, que requieren un largo periodo de tratamiento psiquiátrico, algunos de los cuales pueden vivir un proceso de desinstitucionalización y reinserción social, mientras que otros permanecen internados en un régimen de residencia psiquiátrica.

Desde hace años, se ha venido haciendo en este hospital, un proceso continuo de reforma que posibilita la reconversión del mismo, en un dispositivo más dentro de nuevos enfoques basados en la rehabilitación psicosocial y que han dado lugar a las nuevas UCPP. Dentro de esta labor rehabilitadora, está el papel que hacen los psicólogos clínicos de larga estancia.

Existen distintas unidades dentro del complejo con diferentes perfiles asistenciales. A continuación, se describe cada una de las unidades en las que se divide el complejo y el papel de la psicología en cada una de ellas:

- UNIDAD D0, que consta de 41 camas y con un perfil de pacientes activos psicopatológicamente.
- UNIDAD D1, que consta de 39 camas, y con un perfil de pacientes más conservados cognitivamente. La psicóloga de la unidad es especialista en Psicología Clínica.
- UNIDAD E0, que consta de 45 camas, y con un perfil de pacientes sin sintomatología psiquiátrica activa y/o más residual con perfil geriátrico.
- UNIDAD E1, que consta de 45 camas, y con un perfil de pacientes sin sintomatología psiquiátrica activa y/o más residual con perfil geriátrico.
- UNIDAD F0, que consta de 41 camas y con un perfil de pacientes básicamente psicogeriátrico y/o altas necesidades de cuidado.
- UNIDAD F1, que consta de 41 camas, y con un perfil de pacientes psicogeriátrico y con menos necesidades de cuidado.
- UNIDAD 7B: que consta de 16 camas y con un perfil de pacientes que se encuentran dentro del programa de externalización. Esta es la unidad natural de salida, si bien el alta también puede producirse desde otra subunidad si se dan las circunstancias adecuadas.
- PISO 1: 5 Mujeres.
- PISO 2: 4 Hombres.
- PISO 3: 5 Mujeres.
- UNIDAD 7C USIPI: que consta de 26 camas. Unidad de alta observación y rehabilitación en la que hay pacientes psicopatológicamente activos.

Todos los psicólogos del dispositivo tienen en común las siguientes funciones:

- Elaboración de los Planes de atención individualizados de cada paciente. En todas las unidades se hace una vez al año, excepto en la 7B y en los pisos que se hacen semestralmente.
- Se avisa al resto de profesionales de cuando están abiertos dichos planes para que cada uno cargue los objetivos que ellos consideren adecuados a los mismos.
- Se dirigen las reuniones de equipo que se hacen semanalmente en cada unidad.
- Se convoca con el resto de turnos profesionales la reunión inter-turno, en la que hay reuniones con el personal de tarde y de noche.
- Una vez que están cargados todos los objetivos en los planes, se procede a cerrar el mismo y a abrir el informe multidisciplinar, que una vez realizado, se envía al CSM correspondiente una vez al año.

- Se participa en la elaboración y revisión de las historias clínicas.
- Se realizan actividades en el Centro terapéutico para pacientes de otras unidades que forman parte de su proceso rehabilitador.
- Psicología Clínica se encarga de informar tanto a los pacientes como a los familiares de los trasladados que se realizan entre unidades.
- Se trata con las familias para ver los permisos, vacaciones y autonomía de los pacientes.
- Los psicólogos clínicos realizan los informes para el juzgado o peticiones al mismo para las modificaciones de sentencia.
- Se realiza formación para el resto de profesionales.

9.4.3. Hospital Doctor Rodríguez Lafora

El Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora fue inaugurado en 1969, durante el régimen franquista, bajo el nombre de Hospital Psiquiátrico Alonso Vega. En su concepción original, se construyó bajo la mentalidad de la época, que veía a los pacientes con enfermedades mentales como sujetos a apartar de la sociedad. El diseño del hospital se asemejaba más a un reformatorio, con una capacidad cercana a las mil camas, destinadas tanto a personas con trastornos psiquiátricos graves como a aquellos con discapacidades físicas e intelectuales que impedían su integración en la comunidad.

Sin embargo, con el paso del tiempo y, especialmente, con la Reforma Psiquiátrica Española de los años 80, se impulsaron cambios significativos hacia un modelo de atención comunitaria y humanización de los tratamientos. Aunque estos avances trajeron consigo nuevas prácticas en el cuidado de los pacientes, la infraestructura del Hospital R. Lafora, especialmente en la UCPP, ha permanecido en gran medida sin cambios, lo que sigue siendo una limitación importante para ofrecer una atención verdaderamente moderna y personalizada.

Actualmente, las instalaciones todavía presentan desafíos, como la falta de habitaciones individuales y baños cercanos, junto con la ubicación inadecuada de la planta de psicogeriatría, que dificulta la movilidad de los pacientes más vulnerables. Estos obstáculos físicos han ralentizado la completa transformación del hospital hacia un entorno más adecuado para los estándares actuales de atención psiquiátrica.

A estas deficiencias estructurales se suman prácticas clínicas que, aún en pleno siglo XXI, evocan las sombras de un paternalismo disciplinario. Uno de los ejemplos más notorios es la imposición de castigos como el uso forzado de pijamas durante todo el día ante infracciones menores.

A pesar de estas dificultades, existe un proyecto de reforma en marcha que busca mejorar tanto las instalaciones como los enfoques clínicos, transicionando hacia modelos que respeten la dignidad intrínseca de cada paciente, más allá de sus conductas o diagnósticos.

Aunque este proyecto aún está lejos de completarse, representa un paso significativo hacia la creación de un ambiente hospitalario más humano y centrado en el paciente. El hospital ha hecho progresos, como la propuesta para eliminar prácticas punitivas y la implementación de

diferentes programas de rehabilitación, que son ejemplos concretos de cómo la institución está evolucionando en su misión de brindar una atención más digna y respetuosa.

El Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora organiza sus cuidados psiquiátricos prolongados a través de diversas unidades distribuidas en tres plantas del edificio. La estructura interna no sigue una lógica numérica coherente, pero está diseñada para atender a pacientes con diferentes niveles de dependencia y necesidades de rehabilitación. A continuación, se detallan las unidades, su distribución y el personal clínico que las atiende:

- UCPP1 y UCPP2: en esta planta se encuentran las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados UCPP1 y UCPP2, que atienden a pacientes considerados no externalizables, es decir, aquellos que no se espera puedan alcanzar la autonomía necesaria para vivir fuera del hospital en el corto o medio plazo. Ambas unidades tienen una capacidad de 50 pacientes cada una, lo que suma un total de 100 pacientes en esta planta.

La diferencia principal entre UCPP1 y UCPP2 en el Hospital Dr. Rodríguez Lafora radica en el nivel de autonomía y dependencia de los pacientes que se encuentran en cada unidad, así como en la cantidad de cuidados médicos y de enfermería que requieren. La capacidad entre ambas unidades es de 90 pacientes. La UCPP1 cuenta con una psicóloga clínica recién incorporada. Dentro de la unidad UCPP1, existe el Programa de Rehabilitación Conductual (PRC), destinado a pacientes con alteraciones graves de conducta. Este programa tiene capacidad para 12 pacientes, aunque en la actualidad cuenta con menos ingresados. El programa cuenta con:

- Facultativos del PRC:
 - Un psicólogo clínico en dedicación exclusiva.
 - Psiquiatras de UCPP1 y UCPP2 comparten la atención de los pacientes de este programa. En el futuro, se prevé convertir este programa en una unidad independiente, con la asignación de un psiquiatra exclusivo que provendrá de otra unidad.
- Segunda Planta: URH1 y URH2: en la segunda planta están las Unidades de Rehabilitación y Hospitalización (URH1 y URH2). La URH2 es la unidad de ingreso, mientras que URH1 es una unidad destinada a fomentar la autonomía de los pacientes para su retorno a la comunidad.
- URH2 (Unidad de Ingreso):
 - Capacidad: 16 pacientes.
 - Todos los pacientes, independientemente de su estado, ingresan en esta unidad para realizar una evaluación exhaustiva y más acogedora. El periodo teórico de estancia es de 6 meses, pero en la práctica puede extenderse hasta más de un año debido a la falta de camas en otras unidades.
 - Facultativos:
 - 3 psiquiatras, compartidos con la URH1.
 - Un psicólogo clínico que también cubre ambas unidades.
- URH1 (Unidad de Retorno a la Comunidad):
 - Capacidad: 42 pacientes.

- Su objetivo principal es preparar a los pacientes para su reintegración en la comunidad, en coordinación con dispositivos externos como centros de rehabilitación psicosocial (CRPS) y centros de salud mental (CSM).
- Facultativos:
 - 3 psiquiatras, compartidos con URH2.
 - Un psicólogo clínico, compartido con URH2.
 - 2 enfermeras gestoras de casos, que coordinan la transición de los pacientes hacia la comunidad.
- Tercera Planta: UCPP5: en la tercera planta se encuentra la Unidad UCPP5, que alberga a pacientes mayores de 60 años que no pueden ser externalizados. Estos pacientes, muchos con patologías orgánicas graves, permanecen en esta unidad hasta que puedan ser trasladados a una residencia psiquiátrica o fallezcan.
 - Capacidad: 50 pacientes.
 - Facultativos:
 - Una psiquiatra dedicada al 80% de los pacientes, que debe gestionar todas las necesidades psiquiátricas de los pacientes, y otra psiquiatra que atiende al 20% restante.
 - Para cubrir las múltiples patologías orgánicas de estos pacientes, el hospital cuenta con médicos internistas que prestan apoyo en todas las unidades del hospital.

Los profesionales de la Psicología Clínica en la UCPP del Hospital Rodríguez Lafona desempeñan múltiples roles fundamentales dentro del equipo interdisciplinario. Dado que la UCPP atiende a pacientes con largos historiales de patologías psiquiátricas crónicas, las funciones del psicólogo clínico están orientadas a abordar las necesidades complejas de estos pacientes. Las actividades principales incluyen:

- Evaluación integral del paciente: el primer paso en el abordaje terapéutico es la evaluación exhaustiva de cada paciente, lo que incluye no solo su historial psiquiátrico, sino también sus dinámicas familiares, sus antecedentes de trauma, su respuesta a tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos previos y el nivel de deterioro cognitivo. Esto incluye una batería neuropsicológica al ingreso.
- Intervención psicoterapéutica individual y grupal: las intervenciones terapéuticas en la UCPP son diversas, pero presentan una importante limitación: la heterogeneidad de los pacientes. Mientras algunos presentan trastornos graves como esquizofrenia residual, otros padecen trastornos de personalidad o de conducta alimentaria, lo que dificulta el trabajo grupal.
- Formación y supervisión del personal: el psicólogo clínico también tiene un rol formativo crucial en el hospital, brindando entrenamiento en técnicas psicológicas al personal no especializado, como auxiliares de enfermería. El objetivo es reducir las actitudes paternalistas y moralistas que persisten en ciertos sectores del equipo.
- Trabajo con las familias: otro aspecto crítico del trabajo en la UCPP es la intervención con las familias. Muchos pacientes dependen en gran medida de sus entornos familiares, y

estos contextos pueden influir tanto positiva como negativamente en su evolución. Por lo tanto, los psicólogos clínicos trabajan en la capacitación de las familias para que puedan colaborar en el tratamiento del paciente.

- Colaboración multidisciplinar y solución de problemas complejos: un aspecto diferenciador del trabajo en la UCPP es la necesidad de abordar problemas complejos, en los que las soluciones tradicionales han fracasado. El psicólogo clínico debe colaborar estrechamente con psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y personal de enfermería, aplicando modelos contemporáneos de solución de problemas donde las soluciones conocidas ya intentadas con anterioridad en otros tratamientos han dejado de funcionar.

9.4.4. Hospital Universitario José Germain

La historia de este hospital data de 1852, comenzando como “Casa de locos” y siendo el segundo “manicomio” creado en nuestro país. Nos centraremos en su evolución desde los años 80, cuando se inició la reforma psiquiátrica con la Ley General de Sanidad de 1986, con la que comenzó la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos para integrarlos en los dispositivos de la red de atención a la salud mental y los equipos de rehabilitación psicosocial comunitaria.

En Leganés cierra el antiguo Hospital de dementes en 1991 y se constituye el Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain, que ha cambiado su nombre hace poco a Hospital Universitario José Germain. Las personas que estaban ingresadas en el hospital se redistribuyeron en los dispositivos de la recientemente creada red de rehabilitación. Aun así, quedó lo que en su momento se conoció como un remanente manicomial, es decir, personas que, por sus circunstancias sociales, médicas y psicopatológicas, no encajaban en ninguno de los dispositivos de dicha red.

Para paliar en parte esta situación, en 1992 nace la Unidad Residencial Asistencial, que con los años se convertiría en la UCPP. En aquel entonces se concibió como una unidad finalista, donde podían ir a vivir aquellas personas que necesitaban un dispositivo residencial y mayores cuidados que los que ofrecían las mini-residencias o los pisos supervisados. Era una unidad eminentemente asistencial, sin expectativas de rehabilitación de los pacientes.

A finales de los años 2000 y principios de la década de 2010 se entra en una situación socioeconómica que daría lugar a un cambio en el perfil de pacientes que ingresaban en la unidad. Por un lado, la atención comunitaria, y en concreto en los CSM, se ve cada vez más saturada y deteriorada para atender la demanda creciente. La red de rehabilitación psicosocial, creada veinte años antes, empieza a tener dificultad para sostener a determinados perfiles cada vez más frecuentes, sobre todo aquellos con trastornos de conducta.

Los cambios sociales, las diferentes crisis económicas, el menor apoyo social y comunitario unido a un auge del individualismo, así como el desmantelamiento de algunos de los servicios sociales y las políticas neoliberales, llevan a una mayor demanda de institucionalización de personas con TMG y un aumento en la lista de espera para camas de larga estancia. Todas estas circunstancias llevaron a un cambio en el perfil de pacientes que ingresan en la unidad residencial, con mayor heterogeneidad de síntomas y diagnósticos, más jóvenes, y con algunas situaciones difíciles de manejar en una unidad tal y como estaba planteada hasta entonces, como las alteraciones de conducta o el consumo de tóxicos.

Esto lleva a que en 2017 se inicie un cambio y la Unidad Residencial pasó a ser la UCPP, cambio que implicó un aumento del equipo, contratando entre otros a profesionales de Psicología Clínica y terapia ocupacional, y a realizar algunas modificaciones a nivel arquitectónico que permitiera a la unidad adaptarse al cambio de perfiles. En este momento se incorpora la primera psicóloga clínica a tiempo parcial.

En 2019 la UCPP recibe la visita del defensor del pueblo, la cual terminó con una serie de sugerencias por parte de esta institución, que el hospital escuchó y llevó a cabo los cambios pertinentes. Algunas de estas sugerencias incluían la contratación de ciertos perfiles profesionales en horario de tarde, como medicina interna y terapia ocupacional. Esto, sumado a la crisis Covid en 2020, con la consecuente inversión económica para aumentar el número de profesionales sanitarios en los hospitales, llevó a que profesionales de dichas categorías, así como psiquiatría y Psicología Clínica, estuviesen presentes también en horario de tarde.

Relativo a la organización interna de la UCPP en Leganés, se trata de una unidad de tres plantas en la que se encuentran ingresados 94 pacientes en la actualidad en habitaciones dobles, lo que origina distintos conflictos y obstáculos para la convivencia. Entre dichas plantas no hay separación física ni es posible la segregación de pacientes por diferentes perfiles, ya que además se comparten todos los espacios comunes.

La distribución del espacio está dividida en tres plantas: En la baja conviven 34 pacientes casi todos mayores de 65 años o con patologías orgánicas graves por lo que está dedicada más a cuidados asistenciales geriátricos y con un grado de dependencia mayor que en el resto de plantas. En la primera hay 29 pacientes, en su inmensa mayoría mujeres, muchas de ellas con diagnóstico de trastornos de personalidad por lo que suele ser la planta más exigente en los métodos de intervención y cuidados, la mayoría de ellas con autonomía para las Actividades básicas de la vida diaria (ABVDs) y con capacidad para participar en actividades grupales, otra cosa es la motivación para hacerlo. Por último, en la segunda planta están ingresados 31 pacientes, todos hombres y con diagnósticos de distintas psicosis.

Además, es una unidad semiabierta, en la que existe un amplio horario de salidas para las personas que se considera que pueden salir de forma autónoma. Está inmersa en la comunidad, ya que en el entorno hay viviendas, comercios, así como servicios sociales y comunitarios. Aun así, la integración comunitaria real es complicada, ya que los vecinos del barrio conviven desde hace décadas con el psiquiátrico, y suelen mostrar una mezcla de indiferencia y distancia prudencial con los usuarios de los dispositivos que se encuentran en el barrio.

Dados los antecedentes de la unidad, aún se conserva una tendencia marcada al asistencialismo. Los cambios en las normas y el funcionamiento de la unidad resultan lentos, y en ocasiones nos encontramos con muchas dificultades cuando se intentan flexibilizar ciertas cosas.

Reseñar que, habría un total de tres profesionales de la Psicología Clínica, dos en el turno de mañana y uno en el turno de tarde. Sin embargo, hasta el 2017, en la UCPP no había personal de Psicología Clínica. En un primer momento se incorpora una psicóloga clínica a media jornada hasta 2019 en que esta psicóloga se marcha y entra un psicólogo clínico a jornada completa por primera vez en la unidad.

Hasta entonces se trabajaba solo con un modelo biomédico, es decir, los síntomas se consideraban como algo a eliminar, casi exclusivamente, con medicación, sin hacer un abordaje integral del contenido, el significado y la función de los síntomas. La organización de la unidad giraba en torno a los aspectos somáticos y síntomas físicos. Es llamativo el poco peso que

se daba a los aspectos psicológicos, contextuales y relaciones a la hora de entender los conflictos, conductas problema y dificultades en el funcionamiento de la unidad.

Por tanto, uno de los primeros roles del psicólogo clínico ha sido, con gran esfuerzo, introducir una visión integral, respetuosa con los derechos de los pacientes y más rehabilitadora. Surgieron conflictos con el equipo. Acostumbrado a un tratamiento solo farmacológico y punitivo, las técnicas y metodología propia de la psicología no se entendían o se cuestionaban y rechazaban.

A raíz de la pandemia, se aumenta la plantilla con una psicóloga clínica en el turno de tarde, lo que supone un refuerzo de estos planteamientos y poco a poco se va entendiendo mejor la metodología de trabajo. El enfoque se centra en el vínculo, el apego y un cuidado consciente del trauma ha favorecido y mejorado la intervención con este tipo de población que, por otro lado, cada vez es más numerosa y joven. Se continúa trabajando con un enfoque didáctico hacia el equipo de enfermería y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), para mejorar la comprensión de estas patologías y cambiar la mirada paternalista y punitiva.

Relativo a las funciones de los profesionales de la Psicología Clínica en la unidad, por las características de los pacientes, los profesionales realizan distintas funciones esenciales con el objetivo general de mejorar la calidad de vida de los pacientes teniendo en cuenta su complejidad y diversidad.

- Evaluación al ingreso: no solo de su patología y del diagnóstico que presenta, sino también de su situación familiar y su historia, su capacidad de autonomía, hábitos, competencias sociales y funcionales
- Intervención individual y grupal: dada la diversidad de la población con la que trabajamos, necesitamos ajustar los tratamientos a las características individuales de los pacientes.
- Acompañamiento: como ya hemos mencionado, nuestra unidad se encuentra inmersa en la comunidad del barrio. Esto por un lado, es una ventaja para la rehabilitación porque facilita la interacción con la población general y por otro lado, nos exige hacer funciones de acompañamiento terapéutico como psicólogos y muchas veces como simples acompañantes, puesto que no están bien definidas las funciones del personal de enfermería en este aspecto.
- Intervención familiar: además del contacto habitual de seguimiento con el paciente y su familia estamos preparando un “grupo multifamiliar” con el objetivo de mantener un canal de comunicación abierto de forma permanente y crear un espacio seguro para compartir las experiencias.
- Estimulación del trabajo en equipo: se intenta estimular un ambiente didáctico y de cooperación con todos los profesionales sanitarios, abordando los conflictos que se plantean en el trabajo diario con el equipo de enfermería, debatiendo y haciendo proselitismo de nuestro modelo humanista de respeto a los derechos del paciente y buscando alternativas a las crisis y situaciones difíciles que se viven a diario por los profesionales.

Atendiendo a la UHTR de Leganés que consta, como ha quedado patente, de dos subunidades, cabe reseñar que los profesionales de Psicología Clínica son de referencia, llevando, de forma compartida, a los pacientes. Así, se encargan de dirigir los Planes Individualizados de Rehabilitación (PIR). También determinan si los usuarios tienen salidas de forma autónoma

o no, si pueden ir de permiso a domicilio, etc. Además, controles de tóxicos, así como otras medidas que se incluyan en eventuales contratos terapéuticos.

La intervención se inicia con la entrevista de acogida, en la que participan también el psiquiatra, la trabajadora social, un enfermero y un TCAE. En este primer encuentro se recoge información relativa al motivo de ingreso, objetivos de rehabilitación, expectativas del paciente y sus familiares, etc. Además, se hace una valoración del estado psicopatológico del paciente y de su situación socio familiar. En el caso de considerarse la necesidad de solicitar un ingreso involuntario, es el psiquiatra quien lo hace. También es quien firma con el paciente el ingreso voluntario y resto de consentimientos informados (gestión del dinero, información a familiares, etc.).

En la primera entrevista, se informa al paciente de algunas normas de la unidad y se explica si va a permanecer sin salidas o no, si va a poder recibir visitas, etc., lo que se decide en función de la información clínica que va desprendiéndose de la entrevista. También se informa de los recursos de rehabilitación de la unidad y de los del Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación (CATR) -recurso ambulatorio situado a escasos metros-.

Al inicio del proceso, se dedican varias entrevistas a la evaluación, de cara a conocer mejor el funcionamiento, rasgos de personalidad, etc. del paciente, así como a clarificar el diagnóstico, de ser necesario. Despues se realiza una pequeña devolución al paciente y se le plantea un plan inicial de actividades de rehabilitación (que suelen incluir un taller ocupacional y grupos terapéuticos en el CATR), además de encuadrar el trabajo psicológico con él en la UHTR.

Respecto a la intervención, se realizan sesiones individuales semanales con los pacientes (más frecuentes cuando acaban de ingresar), pero hay disponibilidad si ellos lo demandan y es pertinente o, por supuesto, si hay que hacer alguna actuación de urgencia. También se permanece en contacto con los familiares del paciente, o se les incluye en la intervención, si se considera necesario. Todas las intervenciones se registran en los evolutivos de la historia clínica. También se elaboran los informes que sean necesarios (seguimiento, alta, derivación, medidas de apoyo, temas judiciales, etc.). En el caso de los ingresos involuntarios, quien envía el informe de seguimiento al juzgado es el psiquiatra (ya sea un informe elaborado conjuntamente con Psicología Clínica o no).

Por otro lado, Psicología Clínica coordina, junto con uno de los psiquiatras, el grupo de convivencia, de frecuencia semanal, al que están convocados todos los pacientes de la unidad, y donde se abordan aspectos de funcionamiento del centro, dificultades de convivencia, así como donde se recogen malestares e inquietudes compartidas.

Otra parte fundamental del trabajo de Psicología Clínica son las coordinaciones:

- Pase diario con enfermería, donde se recogen las incidencias más recientes y se comunican las medidas a tomar.
- Reunión de equipo (dos a la semana), donde se revisan incidencias, evolución del paciente, respuesta a las intervenciones etc., necesidad de ajustar o modificar el Plan de Rehabilitación.
- Reunión quincenal con el CATR, en la que se evalúa el desempeño del paciente en las distintas actividades de rehabilitación y se valora su continuidad o cambio a otras.
- Coordinaciones mensuales con las áreas derivantes.

- Coordinación con otros dispositivos externos: Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC), Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), Centros de Tratamiento de las Adicciones (CTA), Mini residencia, etc.

Además del trabajo dentro de la UHTR, una psicóloga clínica es miembro de la Comisión de Presentación de casos, donde se discuten los pacientes que las diferentes áreas proponen para derivar a los recursos de rehabilitación (UHTR, CATR, URRC, Pisos Supervisados) o bien a UCPP.

9.4.5. Centro San Juan de Dios

El CSJD de Ciempozuelos pertenece a la Provincia San Juan de Dios de España de la Orden Hospitalaria. Con más de 1200 usuarios, desde 1872 ha sido un referente en salud mental, atención a las personas con discapacidad intelectual y en los campos de la psicogeriatría y los cuidados somáticos. Y todo ello con una forma de ser y de actuar basada en los principios y valores legados por San Juan de Dios.

El concepto de Hospitalidad de San Juan de Dios ha traspasado todas las fronteras. En nuestro país, la Provincia San Juan de Dios de España cuenta con una red de 80 centros sanitarios, sociales, sociosanitarios, docentes y de investigación que atendieron en 2022 a 2.778.062. Dispone de más de 12.200 camas o plazas distribuidas en sus centros hospitalarios y asistenciales y está integrada por 178 Hermanos, 17.492 profesionales, cerca de 3.000 personas voluntarias y numerosos donantes y bienhechores.

El CSJD se divide en tres grandes áreas sociosanitarias, a saber, psicogeriatría, discapacidad intelectual y salud mental. En el caso de la última, comprende tres dispositivos concertados con la Comunidad de Madrid:

- UME-TCA.
- UCPP.
- URRC.

Evitando ser repetitivos respecto a apartados precedentes, conviene destacar que el CSJD consta de unas 15 unidades (edificios) en las que se inserta el gran volumen de pacientes de las áreas señaladas. Específicamente en el caso de la UME-TCA se encuentra en el edificio San Juan de Dios, que albergaría el citado dispositivo, así como las dos URRC y parte de camas de UCPP. Las otras camas de UCPP se reparten entre edificios/unidades llamados Antón Martín, San Rafael y Fray Pedro Rivas, así como un total de 5 pisos denominados como de integración comunitaria (PIC) que se encuentran en Ciempozuelos (tres de ellos) y Aranjuez (los dos restantes). Siendo someros en el relato de la distribución de la UCPP y bajo la premisa de ya haber expuesto previamente el origen del planteamiento para las derivaciones a la URRC con los llamados perfiles Young Behav (Muñoz et al., 2023), las camas de UCPP se localizarían de la siguiente manera:

- Unidad San Juan de Dios: camas ocupadas por usuarios de perfil Rehab con bajo desempeño psicosocial y/o problemáticas graves de adaptación derivadas de su patología psiquiátrica.

- Unidad Antón Martín: perfiles de usuarios Young Care y Old Care, prevaleciendo, por tanto, los cuidados somáticos y/o las necesidades derivadas de los problemas psiquiátricos que se presentan en grado grave o extremo.
- Unidad San Rafael: perfiles de usuarios Rehab y Rehab Behav con estratificación de los mismos a partir de su desempeño psicosocial en módulos denominados hogares. Esta unidad alberga un hogar de 8 camas denominado Hogar 10 – de entrenamiento intensivo (HEI) como paso previo a la externalización a recursos propios (PIC) o del medio comunitario.
- Unidad Fray Pedro Rivas: perfiles Rehab con leve/moderada afectación del desempeño que por diferentes factores no pueden acceder a un proceso de externalización. Es un módulo/unidad de marcado perfil residencial (de hecho, está compuesto por habitaciones individuales).
- PIC: entre 15 y 20 usuarios de perfil Rehab con buen nivel de desempeño psicosocial.

A destacar que los dispositivos no son estáticos, promoviéndose el progreso o, en su defecto, la reubicación óptima de los usuarios y trabajando desde una perspectiva comunitaria que se aleje del modelo asistencialista tradicional en aras de un trabajo rehabilitador.

Dado que la UME-TCA, algo que se ha señalado previamente, es abordada en otro capítulo, sólo se hará un breve comentario sobre la URRC, si bien ya se han expuestos datos básicos.

Habrá dos URRC en el CSJD, hasta el momento las únicas, si bien con previsión, a corto plazo, de aumentar camas por parte de la ORSMyA. La primera de 30 camas y que, en su origen, se “nutrió” de pacientes de UCPP; mientras que la segunda ha recibido derivaciones de todas las áreas de la CAM, tendiendo a homogeneizar un perfil de Cluster B de la personalidad que suele ingresar en régimen de involuntariedad.

En cuanto al papel de los profesionales de la Psicología Clínica en el CSJD, cabe reseñar que, inicialmente, hablamos de hace más de quince años; el papel era testimonial, en el sentido de estar en las unidades por “obligatoriedad”, pero sin un papel claro, sobre todo en la toma de decisiones. Sin extender la explicación, pero sí señalando hitos importantes, cabe reseñar que la especialidad de la Psicología Clínica derivó en incorporaciones que, progresivamente, fueron mejorando e incrementando la versatilidad de las funciones de los profesionales de la especialidad; algo que ha redundado en que, en la actualidad, cumplan y/o desempeñen funciones facultativas análogas a los psiquiatras en el devenir diario: evaluación, tratamiento, indicaciones clínicas, permisos, comunicación con familias, contenciones, derivaciones a hospitalares-urgencias/zonas de observación, etc. Sirva de ejemplo que la coordinación facultativa del área de salud mental del CSJD es llevada a cabo por un profesional de la Psicología Clínica, hito reseñable en nuestra especialidad y, máxime, en instituciones de marcado carácter psiquiátrico asistencialista (en el pasado). Con todo, quizá la clave es validar al profesional de la Psicología Clínica como alguien que no deba de romper techos de cristal, sino que se valore su desempeño a partir de la formación recibida y las acciones que realiza. Asimismo, conviene reseñar la idoneidad de aumentar las plazas PIR, dado que las instituciones concertadas tienen dificultades en la contratación de psicólogos clínicos, pese a ofrecer condiciones análogas e incluso mejores a los dispositivos públicos; algo que tiene muchas vertientes explicativas que exceden a este documento pero que, en todo caso, señala la escasez de profesionales formados en la Psicología Clínica. En este sentido, el CSJD –aun siendo institución privada- lleva más de 10 años de funcionamiento en la formación de PIRs propios y “ajenos”; algo que está redundando en las contrataciones de psicólogos clínicos y en otros aspectos como la investigación, elaboración de tesis doctorales, etc.

Por último, no debería de sobrar decir el papel fundamental de los profesionales de la Psicología Clínica en la asistencia tanto a comisiones “locales” como a la regional y/o las de la CAM para TCA, URRC y UCPP, teniendo un papel muy activo en las mismas en la toma de decisiones relativas a ingresos y/o a los perfiles derivables a los dispositivos.

Para terminar este apartado, se presenta una Tabla con los datos principales relativos a la presencia de profesionales de la Psicología Clínica en los dispositivos de rehabilitación dedicados al abordaje del TMG.

Tabla 1. Perfiles profesionales de Psicología Clínica en los dispositivos dedicados al trastorno mental grave

Centro	Tipo de Dispositivo	Número de profesionales	Tipo de contrato	Edad	Género	Responsable o coordinador de programa o equipo
Hospital Universitario José Germain	UCPP	3	100% Estatutario interino	Menor de 40 años = 2 Mayor de 55 años = 1	H = 1 M = 2	Ninguno
	UHTR	2	100% Estatutario interino	Menor de 40 años = 1 Entre 40 y 55 años = 1	M = 2	Ninguno
Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos	UCPP	4	100% Fijo	entre 40 y 55 años = 1 Mayor de 55 años = 2 Menor de 40 años = 1	H = 1 M = 3	1
Complejo Asistencial Benito Menni	UCPP	2	100% Fijo	Entre 40 y 55 años = 2	M = 2	Ninguno
Hospital Dr. Rodríguez Lafona	UCPP	4	Estatutario fijo=1 Estatutario interino=3	Entre 40 y 55 años = 3 Menor de 40 años = 1	M = 2 H = 2	2
Clínica San Miguel	UHTR	4	Fijo=3 Eventual=1	Menor de 40 años=2 Entre 40 y 55 años = 2 Mayor de 55 años = 1	M = 2 H = 2	Ninguno
Hestia Esquierdo	UHTR	1	Fija	Mayor de 55 años = 1	M = 1	Ninguno
TOTAL		20		6 mayores de 55 años	60% M	3

UCPP: Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados; URRC: Unidades de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad; UHTR: Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación; H: hombre; M: mujer

Cabe destacar que, del total de 22 profesionales de la Psicología Clínica, 16 (casi tres cuartas partes) serían mujeres. Añadir que el 60% de estos profesionales pertenecerían al ámbito concertado y que la mitad de los mismos tendrían entre 40 y 55 años, orientando, sobre el papel, hacia profesionales aparentemente consolidados en sus puestos laborales y con experiencia.

9.5. Problemas más relevantes y retos de futuro

En este apartado se plasmarán diferentes dificultades propias de estos dispositivos. Cierta es que, no todas las dificultades son extrapolables al conjunto de unidades descritas, pero se ha optado por no individualizar de cara a hacer más ágil la lectura del texto. De la misma forma, en el caso de los retos futuros, podría aplicarse lo previo; no son los mismos retos en unos y otros dispositivos que han ido introduciendo cambios en los modelos de atención, muchas veces con sinergias inter-dispositivos.

En lo concreto, en el caso de las UHTR, una situación habitual del abordaje rehabilitador es la de la involuntariedad de los ingresos. Esto implica dificultades de motivación para el cambio y la vivencia de obligatoriedad en las intervenciones. Las intervenciones ante situaciones de agitación, conducta disruptiva o violenta es otro de los retos. La implementación de técnicas de desescalada en ocasiones entra en conflicto con otras intervenciones más incisivas en el control y la seguridad.

También el abordaje de los diferentes subgrupos de pacientes que conforman las unidades, con predominio de trastornos del espectro psicótico, rasgos de inestabilidad emocional, consumo de tóxicos y conductas disruptivas..., y la heterogeneidad que esto supone en cuanto a las intervenciones grupales que pueden desarrollarse, requiriendo unos recursos humanos que no siempre están presentes y/o llegan para las demandas existentes.

Además de la ambivalencia que genera las intervenciones basadas en la motivación por el cambio, del desarrollo de valores y cambios que sean significativos para los pacientes, con la hospitalización y el tratamiento involuntario que está presente en un porcentaje significativo de los pacientes ingresados (Kallert et al., 2008). Por otro lado, respecto de los dispositivos derivantes, suelen darse dificultades para que determinen objetivos realistas y ajustados tanto a las necesidades, evolución y curso de enfermedad de los pacientes como a la temporalidad y características del recurso. También las dificultades que presentan las derivaciones de pacientes subagudos, con un perfil disruptivo en los que se prima la utilidad del mero internamiento, las derivaciones de pacientes cuyo perfil más iniciado es UCPP, en los que se prioriza que este recurso tenga menor lista de espera. Así como las derivaciones *cajón de sastre* de perfiles de pacientes heterogéneos y complejos, que tiene dificultades para sostenerse en la comunidad, pero que no son el perfil para el que está definido este recurso.

En lo que atañe a la UCPP, cabe destacar la, aún presente, implementación de enfoques coercitivos y anticuados en el tratamiento. A pesar de los avances en el tratamiento psiquiátrico, algunas prácticas coercitivas y anticuadas siguen vigentes en la UCPP.

Aunque a priori pudiera parecer anecdótico, otro de los problemas en las UCPP son las dinámicas informales entre pacientes (economía sumergida), con auténticos mercados ilícitos de cigarrillos, café, coca-cola y un sinfín más de productos. Incluso intercambio de favores sexuales por enseres o los productos mencionados (Bowers et al., 2014).

Como en las UHTR, la diversidad de los perfiles de pacientes dentro de la UCPP es otro reto importante. Desde pacientes con deterioro cognitivo severo hasta jóvenes con trastornos de personalidad, la gran variabilidad en los niveles de funcionalidad hace difícil aplicar tratamientos grupales efectivos. Los psicólogos clínicos deben adaptar sus intervenciones para lograr que todos los pacientes se beneficien, lo que exige una flexibilidad terapéutica constante y una adecuada planificación de los tratamientos. También estaría presente el problema de los trastornos de la personalidad con ingreso involuntario (Priebe et al., 2009). Suelen ser pacientes jóvenes que pueden haber pasado por varios centros de tratamiento dentro de la red de salud mental de la CAM sin éxito duradero, lo que resulta en su internamiento en larga estancia. Los trastornos de personalidad en estos jóvenes presentan un conjunto de desafíos únicos. Estos pacientes tienden a mostrar alteraciones conductuales severas, como comportamientos impulsivos, agresividad o manipulación emocional, lo que complica significativamente el trabajo del equipo terapéutico (McPhate et al., 2021). El ingreso involuntario, aunque a veces necesario para proteger tanto a los pacientes como a los demás, es una medida que también conlleva una serie de implicaciones éticas y prácticas complejas.

Por otro lado, uno de los mayores retos que enfrenta la Psicología Clínica es transmitir la importancia del trabajo y la integración comunitaria de los pacientes. Luchar contra las resistencias de una parte del personal que consideran que su trabajo y funciones solo se desarrollan dentro de la unidad, no haciendo acompañamientos si no es por pruebas o citas médicas.

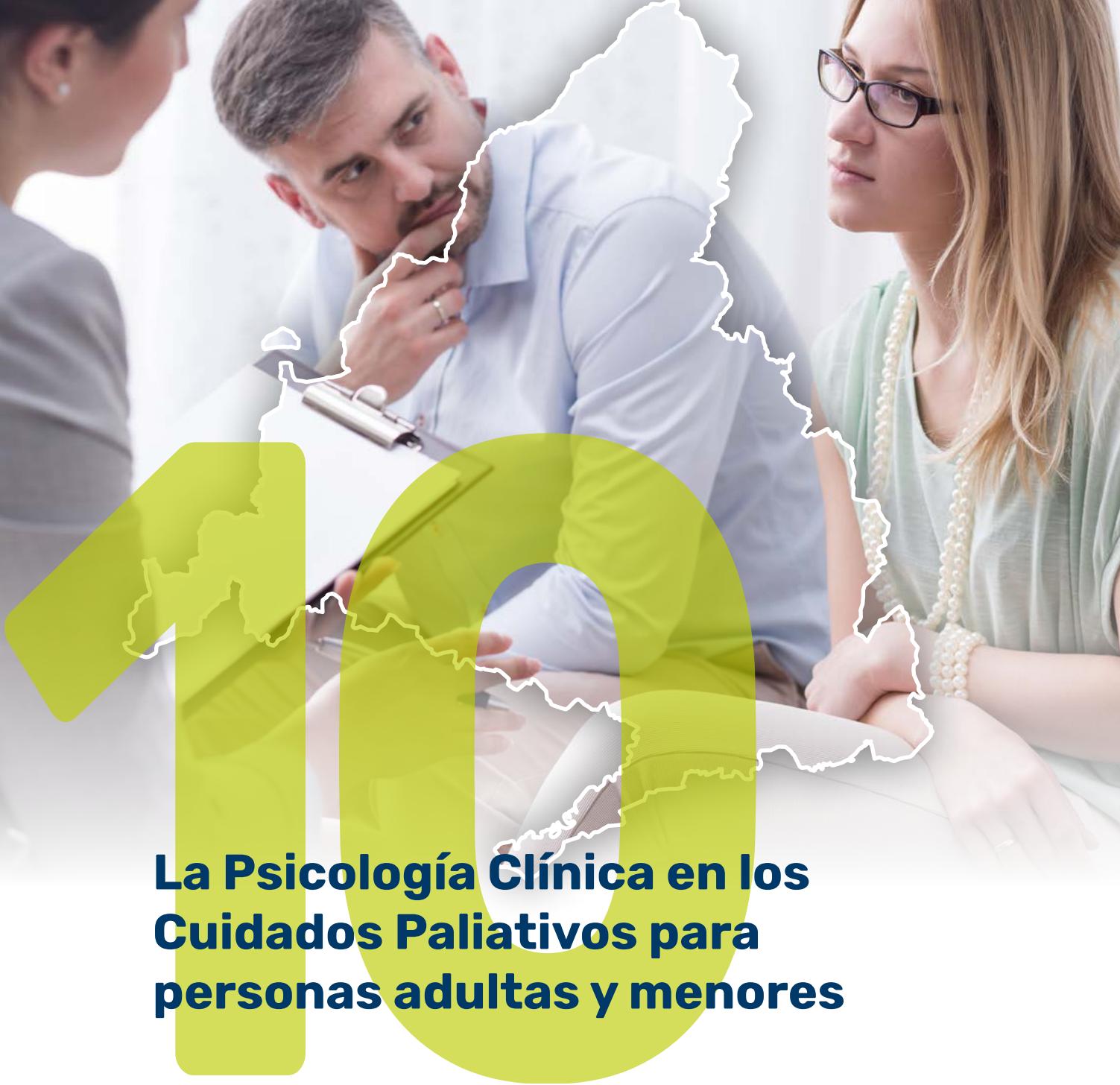
Para terminar con los problemas/retos de la UCPP, en algún dispositivo se plantea la dificultad de igualar las responsabilidades de los psicólogos clínicos respecto al resto de facultativos, más específicamente, los psiquiatras; algo que, por fortuna o, mejor dicho, con un trabajo continuado de acoso y derribo a barreras facultativas, se está consiguiendo en otros dispositivos de rehabilitación del TMG.

Finalizando, se ha dejado la URRC a modo de epílogo porque, precisamente, fue postulada con la idea de cubrir un vacío que muchos profesionales de la Psicología Clínica y psiquiatría habían detectado. Es por ello que, sin tapujos, se hizo un planteamiento a la ORCSMyA que orientaba hacia la idoneidad de ingresar esos perfiles jóvenes, con intensa problemática emocional/conductual, dificultades caracteriales, etc.; en un intento de implementar las terapias apropiadas (p. ej.: de tercera generación) en un entorno estructurado y que, más allá de enfoques oníricos e incluso utópicos, pusiese sobre la mesa el tema de la, muchas veces (por desgracia), necesidad de ingresos involuntarios de cara a ir trabajando, precisamente, la conciencia de enfermedad y la idoneidad de recibir un tratamiento rehabilitador que buscará, obviamente, la voluntariedad.

A modo de conclusión general, se considera que el papel de la Psicología Clínica en los dispositivos de rehabilitación del TMG ha pasado de ser el de "meros espectadores" o "personal obligatorio" al de profesionales con roles significativos y que generan ideas de progreso y avance para los usuarios, contribuyendo a minimizar el estigma que estos recursos tienen entre los propios profesionales de la salud mental. En el haber, conseguir que este progreso se extienda al conjunto de psicólogos clínicos que desarrollan sus funciones en los dispositivos y que se siga avanzando en esa igualdad con otros facultativos. Ya se ha abierto algún camino de esta índole y el funcionamiento ha sido normalizado y asumido, lo que aporta esperanzas para ir consolidando avances futuros en nuestra especialidad.

Bibliografía

- Bowers, L., Ross, J., Cutting, P. y Stewart, D. (2013). Sexual behaviours on acute inpatient psychiatric units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(3), 271-279. <https://doi.org/10.1111/jpm.12080>
- Kallert, T. W., Glöckner, M. y Schützwohl, M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(4), 195-209. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0777-4>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado* (España), 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- McPhate, L., McCartney, L. y Lewis, H. (2021). When your patient requests involuntary treatment: A case report of a collaborative approach to treatment under the mental health act in anorexia nervosa and borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(12), 1210-1211. <https://doi.org/10.1177/0004867421998803>
- Muñoz, J. J., Carpintero, A. I., Verdugo, A., Gijón, J. L. y Hodann, R. M. (2023). Perfiles clínicos en hospitalización psiquiátrica prolongada: reflexiones para un nuevo enfoque en el abordaje del trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(143), 117-139.
- Muñoz, J. J., Manzano, J. M., de la Hera, M. I., Rivera, Á., Chamorro, L. y Plaza, P. (2011). Rehabilitación psiquiátrica en un hospital de cuidados psiquiátricos prolongados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(4), 615-629. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000400002>
- Muñoz, J. J. y Ruiz, L. (2016). Rehabilitación de conducta en una Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados: Proyecto URECO. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 16, 48-61.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones -ORCSMyA (2022). *Plan estratégico de salud mental y adicciones 2022-2024*. ORCSMyA. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-estrategico-salud-mental-y-adicciones-2022-2024>
- Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., y Yeeles K. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 194(1), 49-54. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052266>



La Psicología Clínica en los Cuidados Paliativos para personas adultas y menores

Miriam Patricia Félix Alcántara (Coordinadora)

PhD. Psicóloga Clínica. Hospital Universitario de Móstoles

Noelia González Páez

Psicóloga Clínica. Acreditación Psicóloga Experta en Cuidados Paliativos. Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús

Juan Carlos Duro Martínez

PhD. Psicólogo Clínico. Jubilado del Servicio Madrileño de Salud

Isabel Cuéllar-Flores

PhD. Psicóloga Clínica. Hospital Clínico San Carlos

Integrantes del grupo de trabajo

Ana Álvarez, Psicóloga Clínica (Asociación Española Contra el Cáncer); **Jorge Bonet Isidro**, Psicólogo General Sanitario; **Ángela Fresnillo Alonso**, Psicóloga Clínica (Hospital Universitario Infanta Sofía); **Celia Ibáñez del Prado**, Psicóloga Sanitaria (Hospital Virgen de la Poveda);

Pilar Malpartida Martín, Psicóloga Clínica (Hospital Universitario de Fuenlabrada); **Gema Mejuto Vázquez**, Psicóloga Sanitaria (Hospital Vianorte Laguna); **Clara Navarrete Ruiz**, Psicóloga Clínica (Hospital Universitario Severo Ochoa); **Carolina Pascual Fernández**, Psicóloga Clínica (Hospital Universitario Puerta de Hierro); **Elisa Peiro Balaguer**, Psicóloga Clínica (Hospital Universitario Severo Ochoa); **Laura Pérez Luna**, Psicóloga Clínica (Hospital Universitario Infanta Leonor-Virgen de la Torre) y **Neri Sanz Menéndez**, Psicóloga Sanitaria (Hospital Ramón y Cajal)

10.1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza la última ampliación de la definición de los Cuidados Paliativos en 2022, y los plantea como un "Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares que se enfrentan a los problemas asociados en enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales" (OMS, 2022).

Desde sus primeras definiciones los cuidados paliativos se han caracterizado por enmarcarse en un modelo de atención centrado en el paciente y su familia en el que se abordan sus necesidades a nivel físico, psicológico, social y espiritual, esto es, ir más allá de la enfermedad o enfermedades de base y centrarse en las necesidades. Aunque en un primer momento surgieron en el contexto de las enfermedades oncológicas, pronto se expandieron a cualquier enfermedad crónica avanzada e incurable, normalmente con evolución progresiva y cambiante que, además de acortar la expectativa de vida, limita la calidad de vida y la funcionalidad, generando un marcado impacto emocional en paciente y familia, así como gran demanda de recursos sanitarios y sociales.

En personas adultas, las patologías que más frecuentemente requieren de cuidados paliativos son las enfermedades oncológicas, las insuficiencias de órgano (respiratoria, cardiaca, hepática o renal), demencias y otras enfermedades neurodegenerativas (esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, parálisis supranuclear progresiva,...) y enfermedades vasculares, entre otras.

En población infantojuvenil se han descrito 4 grupos de pacientes con necesidades paliativas en función de su situación clínica, pronóstica y funcional (Chambers, 2018):

- **GRUPO I:** Niños en situación de amenaza para la vida y con tratamiento curativo, pero que puede fracasar (cáncer, cardiopatías congénitas complejas, pacientes en lista de espera de trasplante de órganos).
- **GRUPO II:** Niños en situaciones en que la muerte prematura es inevitable, pero cuentan con tratamientos dirigidos a la fisiopatología de la enfermedad que pueden prolongar la vida, con una actividad normal (Fibrosis quística, algunas metabolopatías).
- **GRUPO III:** Niños con progresión de su enfermedad, sin opción de tratamiento curativo, cuyo tratamiento es paliativo y puede prolongarse durante algunos años (metabolopatías, enfermedades neuromusculares).
- **GRUPO IV:** Niños en situación irreversible pero no progresiva de su enfermedad, con grandes posibilidades de complicarse y producir una muerte prematura (parálisis cerebral infantil, malformaciones cerebrales congénitas).

10.2. Historia de los dispositivos en el SERMAS

Los cuidados paliativos tienen su origen en los años 60 cuando Cicely Saunders, una enfermera, trabajadora social y médica británica se sensibilizó con aquellos pacientes oncológicos en fase avanzada que a pesar de su fragilidad eran abandonados por el sistema sanitario cuando su enfermedad continuaba progresando. Guiada por el principio de "ayudar y acompañar al que sufre" propuso un modelo de atención, sanitario y social, que permitirá atender las complejas necesidades de estos pacientes al final de su vida y así inició el movimiento "hospice" que se extendió rápidamente, primero en Inglaterra y después en el resto del mundo.

Este modelo de atención llega a España en los años 80 por medio de algunos profesionales especialmente sensibilizados que empezaron a implementar el modelo en las comunidades de Cantabria, Cataluña y Canarias. En los años 90 los Cuidados Paliativos se implantan en Madrid y progresivamente van extendiéndose al resto de territorio español (Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid-ORCCP, 2019).

En Madrid, empiezan a crearse las primeras unidades específicas de Cuidados Paliativos a principios de los años 90 y poco a poco se han ido expandiendo a las distintas áreas geográficas y los diversos niveles asistenciales, hasta el punto de que en 2008 la Consejería de Sanidad considerara necesaria la creación de la ORCCP de cara a organizar, gestionar y desarrollar adecuadamente los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid (ORCCP, 2019). En la Tabla 1 se pueden encontrar los distintos hitos en el desarrollo de los cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid.

Tabla 1. Hitos en el desarrollo de los Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid

Momento	Hito del desarrollo de los Cuidados Paliativos
1991	La Cartera de Servicios de Atención Primaria incorpora la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales
1991	1^{as} unidades específicas: H.G.U. Gregorio Marañón, la Unidad Domiciliaria del Área 4, H. Clínico San Carlos (AECC).
1992	AECC + H. Doce de Octubre + Dirección de Atención Primaria área 11 (coordinación entre Atención Primaria y especializada).
1993	1^o Unidad de hospitalización de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME) en el Hospital de San Rafael (concertada).
1993-1997	8 equipos domiciliarios de la AECC
1997	“Acuerdo Marco para la Actuación coordinada en la lucha contra el cáncer entre el INSALUD y la AECC”
1998	“Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte” (ESAPD)
1994-1998	Desarrollo UCPME: Fuenfría, Guadarrama, Poveda, San José y Clínica SEAR.
2002-2012	Aumento progresivo de recursos
2003	Fundación Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos (AMCP)
2005-2008	1^{er} Plan Regional de Cuidados Paliativos
2007	Creación de los Equipos de Soporte Hospitalarios (ESH).
2008	Implantación de las Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA)
2008	Creación de la Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica (UAIPP)
2008	Creación de la Oficina Regional de Cuidados Paliativos (ORCCP).
2009	Convenio colaboración Consejería de Sanidad y Obra Social La Caixa para la formación de “Equipos de Atención Psicosocial” (EAPS)
2010-2014	2^o Plan Estratégico de Cuidados Paliativos (infoPAL + PAL24).
2017-2020	3^{er} Plan Estratégico de Cuidados Paliativos (vigente)

Fuente: Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos. AECC: Asociación Española Contra el Cáncer. ESAPD: Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria. H: Hospital. H.G.U.: Hospital General Universitario. H.U.: Hospital Universitario. INSALUD: Instituto Nacional de la Salud (España). SERMAS: Servicio Madrileño de Salud. UCPME: Unidad de Cuidados Paliativos de Media Estancia.

A pesar de que en la definición de los Cuidados Paliativos las “necesidades psicológicas” de pacientes y familiares siempre han tenido un lugar e importancia claras dentro de la atención integral, ésta no se ha correspondido con la cobertura asistencial específica de las mismas. En 2008, M^a Antonia Lacasta publica un artículo analizando la situación de los psicólogos en los Equipos de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid (Lacasta, 2008), tomando como fuente de datos el Directorio de recursos en cuidados paliativos publicados hasta ese momento (1998-2004) por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). En su artículo, Lacasta expone que a nivel público sólo hay 3 profesionales de la psicología contratados en paliativos en la Comunidad de Madrid, 1 en la Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA) del Hospital Gregorio Marañón, 2 en las Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME) del Hospital Virgen de la Poveda y del Hospital de la Fuenfría. En recursos concertados, había 6 psicólogos trabajando en los equipos domiciliarios de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), 1 en la unidad domiciliaria asociada al Centro La Laguna, y 3 en las UCPME de San José, San Rafael y San Camilo. En aquel 2008, no sólo no había psicólogos contratados ni en los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), ni en los Equipos de Soporte Hospitalario de Paliativos (ESH), ni en las otras UCPA; sino que tampoco había previsión de contratación de psicólogos para estos recursos según el plan regional de cuidados paliativos vigente en aquel momento.

Pocos años más tarde, Juan Carlos Duro y colaboradores en el año 2012 realizaron un estudio con metodología cualitativa (Duro-Martínez et al., 2012) en el que se mostraba una situación muy similar a la presentada por Lacasta, en concreto que en la Comunidad de Madrid no había profesionales de la psicología contratados ni en los ESAD, ni en los ESH, ni en la mayoría de UCPME públicas, ni en la Unidad de Atención Paliativa Continuada PAL24. A nivel público, se habían contratado psicólogos en las 4 UCPA, y en la Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica (UAIPP) (5 profesionales en total, 4 nuevas plazas). A nivel concertado, tanto en los equipos de soporte domiciliario de la AECC, como en las UCPME sí había habitualmente psicólogo en plantilla, aunque no sepamos si aumentó el número de psicólogos contratados en estos recursos.

El último Plan de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid (ORCCP, 2019) identifica 26 psicólogos/as trabajando en los equipos específicos de cuidados paliativos. Aunque en el último directorio publicado por la SECPAL en 2016 (Doblado et al., 2016), con datos de 2015, se señala que hay 34 psicólogos/as en cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid.

10.3. Descripción de los dispositivos en el SERMAS

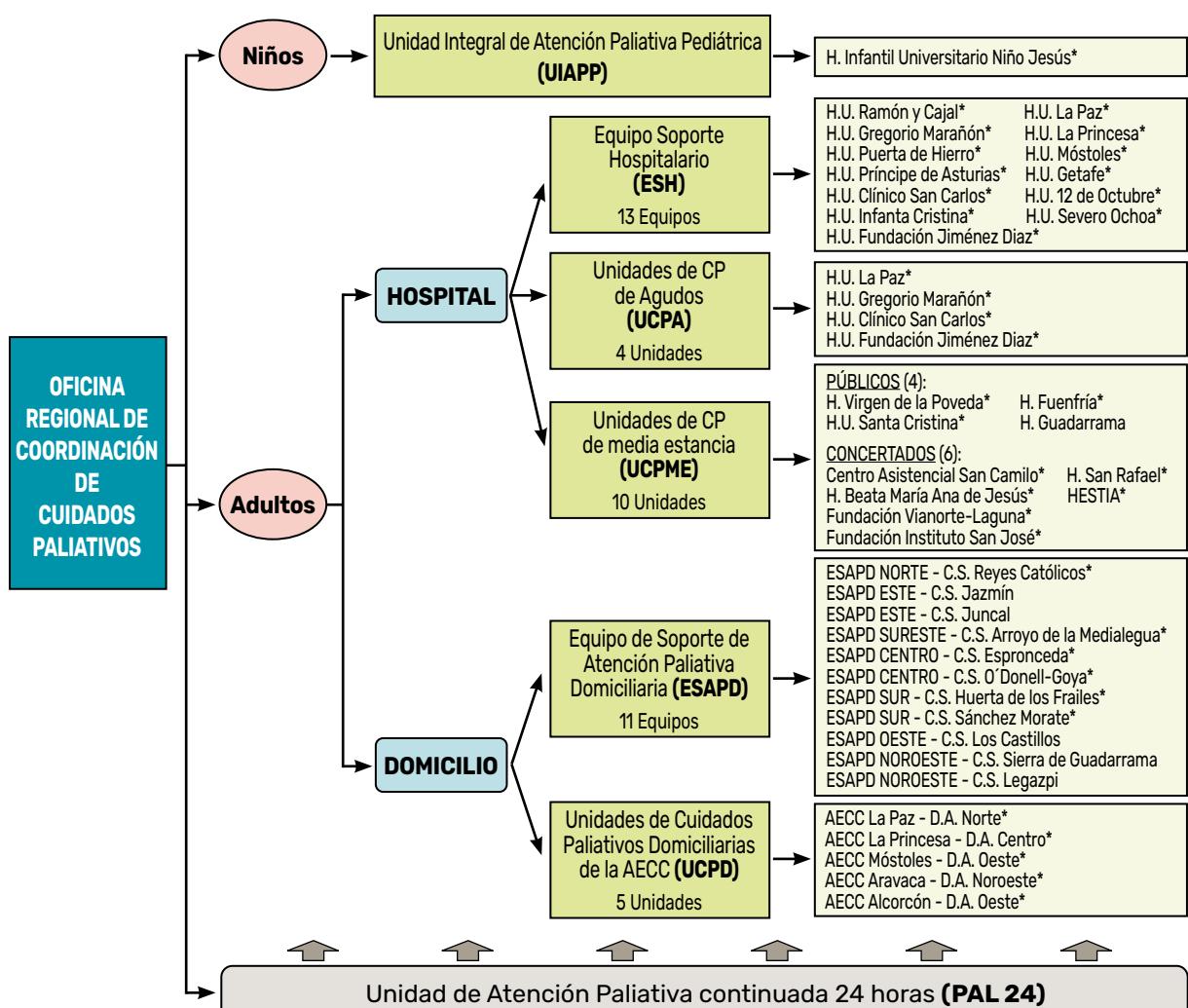
Los cuidados paliativos son realizados por unidades o equipos específicos en casos de necesidades paliativas complejas, pues cuando el caso carece de complejidad han de ser realizados por los equipos sanitarios habituales tanto a nivel de Atención Primaria como especializada.

Aunque no existe una definición unánime de complejidad en cuidados paliativos, sí es ampliamente aceptado que ésta tiene un origen multifactorial en el que influye la situación clínica (evolución de la enfermedad, síntomas refractarios, deterioro rápido, complicaciones agudas, pérdida de funcionalidad,...), psicológica (sintomatología ansioso-depresiva, trastornos mentales premórbidos, dificultades comunicativas, conflictos relaciones, deseo anticipado de muerte, duelos no resueltos, ...) y social (apoyo insuficiente, sobrecarga del cuidador, claudicación familiar, conspiración del silencio,...).

Para situaciones complejas, existe una red de recursos específicos constituida por profesionales de distintas disciplinas con formación y experiencia en cuidados paliativos que se dedican de forma exclusiva a atender a pacientes y familias con necesidades paliativas, así como a realizar formación de otros profesionales sanitarios. Esta red de recursos es coordinada por la ORCCP desde 2008 y puede consultarse en la Figura 1, donde además de esquematizar los recursos mostrados en el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020 vigente (ORCCP, 2019) hemos señalado qué recursos asistenciales cuentan en la actualidad con la figura de psicología.

Hay que especificar que los recursos se organizan en domiciliarios, hospitalarios, continuados y pediátricos. Por otra parte, estos recursos y/o parte de sus equipos pueden ser públicos de gestión directa, públicos de gestión indirecta (Hospital Jiménez Díaz) o estar concertados con hospitales u organizaciones privadas.

Figura 1. Equipos específicos de Cuidados Paliativos en el Servicio Madrileño de Salud



Nota: H.: Hospital. H.U. Hospital Universitario. D.A.: Dirección Asistencial. AECC: Asociación Española Contra el Cáncer. *Recurso que cuenta con psicólogo/a.

10.3.1. Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica (UAIPP)

Para la atención de población pediátrica contamos desde el año 2008 con la UAIPP, ubicada en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. La UAIPP ofrece atención integral e interdisciplinar a niños, niñas y adolescentes diagnosticados de una enfermedad grave y amenazante para su vida que requieren atención paliativa en la Comunidad de Madrid. Los pacientes y sus familias son atendidos tanto en el propio Hospital del Niño Jesús, como en otros hospitales de la Comunidad de Madrid, en su domicilio o en el centro residencial en el que viven.

Los cuidados paliativos pediátricos son una forma de atención integral especializada, ofrecida a aquellos menores y sus familias que afrontan enfermedades graves y crónicas que amenazan seriamente la vida. Se centran en la prevención y el alivio de los síntomas, el dolor y el estrés, así como en el apoyo a los aspectos psicológicos, espirituales y sociales del paciente y su familia. La identificación del momento en el que el paciente pasa a requerir atención especializada de cuidados paliativos se denomina Punto de Inflexión y es el punto en el que se identifica un cambio de tendencia en la trayectoria clínica de su enfermedad: con aceleración en el empeoramiento clínico, disminución de los intervalos libres de síntomas, incremento de los ingresos hospitalarios y ausencia de respuesta a la escalada de tratamiento o recaída repetida de su proceso basal.

Para acceder a la UIAPP lo más habitual es que el médico responsable del menor, bien en el propio hospital bien en otros centros sanitarios, contacte con la unidad para solicitar una consulta o valoración. Los propios padres/madres u otros profesionales relacionados con el menor pueden solicitar también la valoración del paciente. En todos los casos los pacientes y/o sus progenitores/as (tutores/as legales) han de estar informados de que se inicia este procedimiento. Una vez decidido que el paciente es candidato a recibir atención paliativa, se programa con la familia una primera visita a domicilio donde acude todo el equipo referente (pediatría, enfermería, psicología y trabajo social).

La mayor parte de la atención sanitaria de la UAIPP se realiza en régimen de hospitalización domiciliaria. La hospitalización a domicilio de cuidados paliativos pediátricos proporciona atención programada y continuada a los/as niños/as y adolescentes con necesidades paliativas. Los profesionales del equipo se desplazan periódicamente al domicilio del paciente para valorar su situación, proporcionar educación sanitaria y supervisar los cuidados y ofrecer atención clínica, psicológica, social y espiritual. La atención se organiza por rutas geográficas y cada familia dispone de un teléfono de contacto en función de la ruta a la que esté asignada. También se ofrece atención continuada telefónica 24 horas al día por parte de un médico y una enfermera de la propia UAIPP. El equipo de guardia responderá a sus dudas y puede dar indicaciones telefónicas, también pueden decidir, si lo consideran necesario, acudir al domicilio del paciente o remitirle a un centro sanitario.

La planta de hospitalización específica para menores en cuidados paliativos ("sala Santa Mónica") se encuentra en la planta baja del hospital. Dispone de 5 habitaciones individuales con baño para el paciente y su acompañante, un hospital de día con un puesto, sala para familias y una bañera adaptada para pacientes con problemas de movilidad. Las habitaciones cuentan con grúas integradas para las movilizaciones y las transferencias de los pacientes. Desde cada habitación y desde el hospital de día hay salida directa a la terraza. La sala cuenta, además con un jardín a disposición de los pacientes y sus familias. La terraza y el

jardín están concebidos como lugares de ocio, descanso y encuentro para los pacientes y sus familias. Los pacientes pueden requerir hospitalización para control de síntomas, diagnóstico e intervenciones quirúrgicas; ingreso por respiro en los casos de sobrecarga familiar por los cuidados complejos; ingreso por claudicación familiar o ingreso por final de vida.

En el Hospital de Día se realizan procedimientos médicos y de enfermería y educación sanitaria para los pacientes y cuidadores. La UAIAPP también atiende a niños/as y adolescentes en consultas externas (consultas médicas, de enfermería, de psicología y trabajo social) y en interconsultas (se atienden solicitudes de valoración y colaboración desde los distintos servicios del hospital, como equipo de soporte hospitalario).

La UAIAPP está compuesta por un equipo interdisciplinar que interviene de manera coordinada y cuenta con facultativos de pediatría, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), fisioterapia, trabajo social y psicología. En relación con la psicología, en la Unidad hay 4 psicólogas, desde 2019 una de ellas es Especialista en Psicología Clínica (PEPC); el resto son Psicólogas Generales Sanitarias (PGS) con formación de postgrado en psicooncología y cuidados paliativos. Tras una primera valoración global por parte de todo el equipo interdisciplinar, psicología programa una primera sesión con el objetivo de evaluar impacto emocional en el paciente y familia, necesidades y recursos, así como construir de manera colaborativa una demanda específica y unos objetivos psicoterapéuticos.

10.3.2. Equipos de Soporte Hospitalario (ESH)

Los Equipos de Soporte Hospitalario (ESH), se encuentran en hospitales de agudos y tienen la función de dar soporte a los distintos servicios hospitalarios realizando la valoración integral de las necesidades paliativas del paciente y la familia. Sus principales actividades son la atención compartida de pacientes y familias, la gestión de casos y la coordinación otros recursos de la red de cuidados paliativos, bien con el Pal24 en caso de que sea necesario un traslado a un hospital de media estancia, bien con Atención Primaria o con los equipos de soporte domiciliarios cuando se realiza un alta a domicilio o a centro residencial. El soporte puede realizarse en régimen de hospitalización o de consulta externa, y dentro de sus funciones también se incluye la formación y el asesoramiento en cuidados paliativos de los profesionales del hospital.

En relación a la conformación de los ESH, cada equipo está formado, como mínimo, por dos "equipos básicos" (medicina y enfermería), y en los últimos años han ido incorporando en plantilla al "equipo psicosocial" (Psicología Clínica y trabajo social) en la mayoría de ESH, configurando "equipos completos".

10.3.3. Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA)

Las Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA) son unidades ubicadas en hospitales de tercer nivel y disponen de camas para hospitalización de cuidados paliativos, equipo de soporte hospitalario y consulta externa. Sus principales actividades son la atención exclusiva de pacientes y familias, la atención compartida con el médico responsable de pacientes y

familias, consulta externa, gestión de casos, coordinación con el Pal24 para traslado a unidad de media estancia, coordinación con equipos domiciliarios al alta a domicilio o residencia y la formación y soporte en cuidados paliativos a otros profesionales. Las UCPA están conformadas por "equipos completos" (medicina, enfermería, psicología y trabajo social), con al menos dos equipos básicos, y normalmente cuentan además con TCAE, celador, asesor espiritual y personas voluntarias.

10.3.4. Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME)

Las Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME) se encuentran ubicadas en los hospitales de media estancia de la Comunidad de Madrid. Se pueden derivar pacientes a la UCPME para dos objetivos distintos: para cuidados continuados al final de la vida o para control de síntomas refractarios que requiere de ingreso hospitalario prolongado. Las estancias en las UCPME pueden prolongarse hasta 3 ó 4 semanas, salvo en casos de riesgo social importante en cuyo caso pueden alargarse más.

Estas unidades prestan atención exclusiva de pacientes y familias, se coordinan con el Pal24 tanto para gestionar los ingresos, como para proceder al alta en las estancias por control sintomático y, como los otros recursos específicos, proporcionan formación en cuidados paliativos a otros profesionales sanitarios.

Respecto a los profesionales que trabajan en las UCPME, estas unidades cuentan con equipo completo, con al menos 2 equipos básicos, y también con otros profesionales como TCAE, terapia ocupacional, fisioterapia, celadores, personas voluntarias, asesores espirituales, musicoterapeutas...

10.3.5. Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) de Atención Primaria con apoyo de la Obra Social La Caixa

Actualmente la Comunidad de Madrid dispone de 11 ESAPD. Su ámbito de actuación es el domicilio de los pacientes y su función principal es la atención paliativa en situaciones complejas, compartiéndola con los profesionales de Atención Primaria (en las 7 Direcciones Asistenciales) y con la Unidad de Atención Paliativa Continuada Pal24. Están compuestos por un mínimo de dos equipos básicos, además de un TCAE y un auxiliar administrativo con dedicación a tiempo completo, estando generalmente psicología y trabajo social, a tiempo parcial.

10.3.6. Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarias (UCPD) concertadas con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

Hay 5 UCPD concertadas con la AECC en la Comunidad de Madrid, y como los ESAPD, su ámbito de actuación es el domicilio de los pacientes en situaciones complejas de atención paliativa, de forma compartida con Atención Primaria y con Pal24. Según ORCCP (2019), 4 de ellas están ubicadas en Centros de Salud y 1 en el Hospital Universitario Carlos III. Están formadas

por 6 equipos básicos a tiempo completo y psicólogo/a y trabajador/a social a tiempo parcial, disponiendo de conductor para los desplazamientos.

10.3.7. Unidad de Atención Paliativa continuada 24 horas (Pal24)

La Unidad de Atención Paliativa continuada 24 horas (Pal24), en funcionamiento desde el año 2010, está ubicada en el centro coordinador del SUMMA 112 y tiene el objetivo de asegurar la continuidad de cuidados en la población con necesidades paliativas, proporcionando atención específica 24 horas al día, 365 días al año; complementando la asistencia realizada desde Atención Primaria y los equipos de soporte tanto domiciliario como hospitalario. A nivel de recursos humanos está constituida por 6 equipos básicos de medicina y enfermería. Es decir, no cuentan con psicología.

Dentro de las funciones del Pal24 se encuentra la atención a las consultas realizadas por los pacientes o sus cuidadores, la atención directa a pacientes y familias en domicilio en situaciones complejas, el asesoramiento de profesionales de centros sanitarios y sociosanitarios en materia de cuidados paliativos, la gestión centralizada de las camas de hospitalización en unidades de cuidados paliativos de media estancia y la formación en cuidados paliativos a profesionales sanitarios.

Cabe señalar que el esquema de recursos asistenciales mostrados en la Figura 1 hace alusión al Plan Integral de Cuidados Paliativos 2017-2020 (ORCCP, 2019) que está pendiente de actualización y, por tanto, es posible que no se hayan contemplado recursos asistenciales que estén funcionando en el momento actual, o el funcionamiento actual no se corresponda con el reflejado en el esquema. De hecho, las autoras de este capítulo hemos identificado PEPC trabajando en cuidados paliativos en hospitales que no se encuentran en la Figura 1, como es el caso del Hospital Universitario Infanta Sofía, Hospital Universitario Infanta Leonor o el Hospital Universitario de Fuenlabrada. Así mismo, hemos podido saber que en algunos ESH tienen pacientes ingresados en los que se realiza una atención exclusiva por parte de paliativos y, por tanto, quizá debieran de considerarse UCPA en lugar de ESH.

4. Características de las/os profesionales de la Psicología Clínica en la red de Cuidados Paliativos en el SERMAS

Se ha identificado el número de profesionales de la psicología que trabajan en recursos específicos de cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid (Tabla 2). Además, las autoras elaboramos una encuesta a través de Google Forms con el objetivo de conocer qué profesionales de la psicología trabajan en cuidados paliativos en el ámbito hospitalario en la Comunidad de Madrid, describir algunas de sus características principales, así como de sus funciones en las distintas unidades, es decir, pretendíamos conocer la situación de los/as psicólogos/as que trabajan en ESH, UCPA y UCPME (Tabla 3).

En la Comunidad de Madrid hay 35 psicólogos/as trabajando en la red de cuidados paliativos a jornada completa y otros 16 a jornada parcial, 51 en total. De ellos 17 son PEPC (que proporcionan el equivalente de 15,8 jornadas completas en toda la red) y 34 son no especialistas. Estos profesionales tienen una dedicación equivalente a 43,2 jornadas completas (39,2 para cuidados paliativos en población adulta y 4 para población infanto-juvenil). Ver Tabla 2.

Tabla 2. Equivalentes de jornada completa de psicología en recursos específicos de cuidados paliativos en la Comunidad de Madrid

		Psicología Clínica		Psicología General Sanitaria		Total equivalentes de jornada completa PEPC + PGS
Nombre dispositivo	Tipo de unidad	Jornadas Completas	Jornadas parciales	Jornadas Completas	Jornadas parciales	
Dispositivos específicos de Cuidados paliativos (Centros públicos de gestión directa y privada)						
Equipo Soporte Hospitalario (ESH)	H. La Paz		0,5			0,5
	H. Príncipe de Asturias	1				1
	H. Fuenlabrada	1				1
	H. de Móstoles	1				1
	H. Gregorio Marañón		0,5			0,50
	H. Puerta De Hierro	2				2
	H. 12 de Octubre	1				1
	H. Severo Ochoa		0,60+ 0,40			1
	H. Infanta Sofía	1				1
	H. Ramón y Cajal			1		1
	H. La Princesa			1		1
	H. Clínico				0,5	0,50
	H. Infanta Cristina			1		1
	H. Getafe			1		1
Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA)	H. General de Villalba (gestión privada)			1		1
	H. Fundación Jiménez Diaz (gestión privada)				0,5	0,50
	H. Rey Juan Carlos (gestión privada)			1		1
	H. La Paz		0,5			0,50

		Psicología Clínica		Psicología General Sanitaria		Total equivalentes de jornada completa PEPC + PGS
Tipo de unidad	Nombre dispositivo	Jornadas Completas	Jornadas parciales	Jornadas Completas	Jornadas parciales	
Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME)	H. Santa Cristina		0,4			0,40
	H. Fuenfría	1				1
	H. Virgen de la Poveda			2		2
	H. Infanta Leonor - Virgen de la Torre		0,4			0,4
Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica (UAIPP)	H. Niño Jesús	1		3		4
Dispositivos específicos de Cuidados paliativos (concertados)						
Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME)	H. Beata María Ana			1		1
	Centro Asistencial San Camilo			1		1
	H. San Rafael			1		1
	H. Hestia			1		1
	Fundación Vianorte-Laguna			2		2
	Fundación Instituto San José			1		1
Equipos de soporte de atención paliativa domiciliaria (ESAPD)				2	0,40+ 0,40+ 0,8+ 0,8	4,40
Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarias de la Asociación Española contra el Cáncer (UCPD/AECC)				6		6
TOTAL equivalentes de jornada completa ESH Centros públicos	7	2	6	1	16	
TOTAL equivalentes de jornada completa UCPA. Centros públicos		1		1	2	
TOTAL UCPME. Centros públicos.	1	0,8	2		3,80	
TOTAL UCPME. Centros concertados				7		7
TOTAL Domiciliarios ESAPD + UCPD. Centros concertados				8	2,4	10,4

		Psicología Clínica		Psicología General Sanitaria		Total equivalentes de jornada completa PEPC + PGS
Tipo de unidad	Nombre dispositivo	Jornadas Completas	Jornadas parciales	Jornadas Completas	Jornadas parciales	
TOTAL centros públicos de gestión directa, privada y centros concertados. Población adulta		8	3,8	23	4,4	39,2
TOTAL centros públicos. Población infanto-juvenil		1		3		4
TOTAL centros públicos de gestión directa, privada y centros concertados. Población adulta + Población infanto-juvenil						43,2

En la Tabla 3 pueden observarse las respuestas obtenidas en la encuesta para psicólogos/as de cuidados paliativos. La difusión de la encuesta online tuvo lugar entre los meses de septiembre y octubre de 2024 mediante el método de muestreo no probabilístico o incidental (“bola de nieve”) a través de redes de contacto personales y profesionales. Se solicitó su difusión a través de la ORCCP, pero declinaron la solicitud al tener como criterio no difundir encuestas que no hayan sido impulsadas directamente desde la ORCCP.

Se obtuvieron un total de 31 respuestas, correspondientes a 23 centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Teniendo en cuenta que hay 51 profesionales de la psicología en cuidados paliativos (Tabla 2) y 37 unidades que cuentan con psicología (Figura 1), esto supone casi el 61% del total de profesionales y el 62% de las unidades. De los 31 participantes, 15 eran Facultativos Especialistas en Psicología Clínica (PEPC) y los 16 restantes eran Psicólogos/as Sanitarios/as (PGS) (bien vía máster, bien vía habilitación). El análisis de los datos se realizó tanto a nivel global como diferenciando entre PEPC y PGS, pues desde el primer momento fue palmario que se trataban de dos grupos de características muy distintas y con vivencias y opiniones diferenciadas.

En la Tabla 3 pueden observarse los datos descriptivos globales de la encuesta a profesionales, así como segregados por categoría profesional.

Tabla 3. Datos descriptivos de la encuesta a profesionales segregados por categoría profesional de los participantes

		Psicología Clínica (n=15)	Psicología Sanitaria (n=16)	Total (N=31)
Tipo de hospital en el que presta servicio				
Público	14 (93,3%)	8 (50%)	22 (71%)	
Público de gestión privada o concertado	0	2 (12,5%)	2 (6,5%)	
Concertado	1 (6,7%)	6 (37,5%)	7 (22,6%)	
Tipo de unidad				
ESH, UCPA u hospital agudos	9 (60%)	5 (31,2%)	14 (45,2%)	
UCPME u hospital media estancia	6 (40%)	11 (68,7%)	17 (54,8%)	

	Psicología Clínica (n=15)	Psicología Sanitaria (n=16)	Total (N=31)
Años de experiencia laboral			
Menos de 5 años	3 (20%)	3 (18,7%)	6 (19,3%)
De 5 a 9 años	5 (33,3%)	2 (12,5%)	7 (22,6%)
De 10 a 14 años	1 (6,7%)	6 (37,5%)	7 (22,6%)
15 ó más años	6 (40%)	5 (31,2%)	11 (35,5%)
Experiencia en cuidados paliativos (años)			
Menos de 2 años	2 (13,3%)	2 (12,5%)	4 (12,9%)
De 2 a 5 años	6 (40%)	4 (25%)	10 (32,2%)
De 6 a 10 años	4 (26,7%)	2 (12,5%)	6 (19,4%)
Más de 10 años.	3 (20%)	8 (50%)	11 (35,5%)
Méritos académicos			
Máster en Cuidados Paliativos (sí)	4 (26,7%)	13 (81,3%)	17 (54,8%)
Doctorado (sí)	2 (13,3%)	2 (12,5%)	4 (12,9%)
Publicaciones en cuidados paliativos (sí)	5 (33,3%)	12 (75%)	17 (54,8%)
Docencia teórica sobre cuidados paliativos			
En la universidad (sí)	5 (33,3%)	8 (50%)	13 (41,9%)
A residentes (sí)	6 (40%)	6 (37,5%)	12 (38,7%)
A otros profesionales sanitarios (sí)	8 (53,3%)	11 (68,7%)	19 (61,3%)
Supervisión de residentes			
Psicólogos Internos Residentes – PIR (sí)	7 (46,7%)	1 (6,2%)	8 (25,8%)
Otros residentes – MIR ó EIR (sí)	3 (20%)	6 (37,5%)	9 (29%)
Dedicación a cuidados paliativos			
100% Dedicación exclusiva	9 (60%)	14 (87,5%)	25 (80,1%)
60% ó 3 días/semana	1 (6,7%)	0	1 (3,2%)
40% ó 2 días/semana	2 (13,3%)	2 (12,5%)	4 (12,9%)
Otra dedicación	3 (20%)	0	3 (9,7%)
Servicio de adscripción			
Servicio de Psiquiatría	3 (20%)	0	3 (9,7%)
Unidad de Cuidados Paliativos	9 (60%)	15 (93,7%)	24 (77,4%)
Dependo de dirección médica/gerencia	3 (20%)	1 (6,2%)	4 (12,9%)
A favor de la creación de una Especialidad en Psicooncología y Psicología Paliativa			
Sí	3 (20%)	13 (81,2%)	16 (51,6%)
No	8 (53,3%)	0	8 (25,8%)
No tengo una opinión formada	4 (27,7%)	3 (18,7%)	7 (22,6%)

Como puede comprobarse, existe un elevado número de PGS que refieren estar trabajando en cuidados paliativos tanto en hospitales públicos como concertados con el Servicio Madrileño de Salud. En concreto el 51,6% (n=16) de los profesionales encuestados se encuentran en una situación laboral irregular, según normativa vigente.

Entre los y las PEPC, la mayoría trabaja en hospitales públicos de gestión directa, llevan trabajando más de 2 años en cuidados paliativos, pero tienen más de 5 años de experiencia laboral en otros ámbitos y la mayoría realiza docencia a otros profesionales. En lo que respecta a sus características laborales, el 60% se dedica a jornada completa a cuidados paliativos y depende de unidades de cuidados paliativos. Aproximadamente la mitad no se encuentra a favor de la creación de una especialidad sanitaria en psicooncología y cuidados paliativos.

En cuanto a los PGS encuestados, la mitad trabaja en hospitales públicos (7 en concreto), y el resto en concertados (4), seguidos de públicos de gestión privada, la mayoría a través de la contratación por parte de asociaciones. La mayoría lleva más de 6 años trabajando en paliativos y tienen un máster en cuidados paliativos. Casi en su totalidad se dedican a jornada completa a paliativos y adscriben a unidades específicas. También mayoritariamente están a favor de la creación de una especialidad sanitaria en psicooncología y cuidados paliativos.

5. Funciones y actividades de las/os profesionales de la Psicología Clínica en la red de Cuidados Paliativos en el SERMAS

El PEPC en cuidados paliativos desempeña un rol esencial al abordar las necesidades emocionales, psicológicas y sociales de pacientes, familiares y equipos de salud. Sus funciones principales incluyen:

a. Atención al paciente

- Evaluar el impacto psicológico de la enfermedad en el paciente.
- Proporcionar apoyo emocional para manejar el miedo, la ansiedad, la tristeza o la desesperanza.
- Facilitar la expresión de emociones, pensamientos y deseos en relación con la enfermedad terminal.
- Intervenir en procesos de duelo anticipado.
- Promover la adaptación psicológica al curso de la enfermedad y a las limitaciones físicas.
- Ayudar en la toma de decisiones relacionadas con los cuidados al final de la vida.

b. Apoyo a la familia y personas allegadas

- Ofrecer acompañamiento emocional durante todo el proceso de la enfermedad.
- Favorecer una comunicación abierta y honesta con el paciente.
- Intervenir en conflictos familiares relacionados con los cuidados o decisiones médicas.
- Facilitar el proceso de duelo, tanto anticipado como posterior al fallecimiento.
- Brindar estrategias para el manejo del estrés y el autocuidado de los familiares cuidadores.

c. Trabajo con el equipo interdisciplinar

- Participar en reuniones interdisciplinarias para planificar el abordaje integral del paciente.
- Ofrecer formación y apoyo emocional al equipo de salud para prevenir el desgaste profesional o el síndrome de burnout.
- Promover la comunicación efectiva dentro del equipo y con los pacientes y familiares.
- Facilitar la reflexión ética en decisiones complejas al final de la vida.

d. Intervenciones específicas

- Aplicar técnicas psicológicas para el manejo del dolor, como la relajación o la distracción cognitiva.
- Intervenir en casos de sufrimiento existencial, desesperanza o ideación suicida en pacientes terminales.
- Promover el bienestar a través de enfoques centrados en la dignidad y el legado personal.
- Fomentar la resiliencia en pacientes, familias y profesionales.

e. Formación y sensibilización

- Capacitar al personal sanitario en habilidades de comunicación y manejo emocional.
- Promover la sensibilización sobre la importancia de la atención psicológica en cuidados paliativos.

f. Investigación y mejora continua

- Participar en proyectos de investigación para optimizar la atención psicológica en cuidados paliativos.
- Evaluar la calidad de las intervenciones psicológicas realizadas y proponer mejoras basadas en evidencia científica.

En lo que respecta a la atención psicológica en cuidados paliativos pediátricos, los principales objetivos serán:

- Que los menores puedan vivir con la mayor calidad de vida y bienestar.
- Los mejores cuidados para poder vivir con la enfermedad de la forma más humana y digna posible hasta el fallecimiento.
- Ayudarles a aceptar, asumir e integrar el hecho de la muerte en sus vidas.
- Intervenciones psicológicas de carácter preventivo: a nivel intrapersonal (cognitivo, afectivo, comportamental y espiritual) e interpersonal (relación con los sanitarios y relaciones sociofamiliares).

Funciones del Psicólogo/a Clínico/a:

- Atención psicológica al menor.
- Atención psicológica a la familia: durante el proceso de enfermedad y durante el proceso de duelo.

- Participación con el equipo médico en el proceso deliberativo de toma de decisiones difíciles y en los procesos de comunicación de malas noticias.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación con el equipo asistencial.

Intervenciones recomendadas en el niño/a o adolescente:

- Evaluar el impacto emocional del diagnóstico y el pronóstico.
- Gestión y regulación emocional.
- Identificación de pensamientos irrationales y entrenamiento en la búsqueda de pensamientos más adaptativos.
- Aplicación de técnicas psicológicas para el manejo de síntomas físicos, como el dolor, y otros síntomas de la espera emocional.
- Potenciación de sus propios recursos de afrontamiento y fortalezas.
- Implicación en la toma de decisiones y autocuidados.
- Evaluación de las necesidades de información del niño/a y adolescente.

Intervenciones recomendadas en la familia:

- Facilitar comunicación clara y abierta, evitar pacto de silencio.
- Reforzar adhesión al tratamiento.
- Psicoeducación respecto a reacciones emocionales del paciente y cómo acompañarle.
- Reforzar el autocuidado ayudando a definir los cuidados, reorganización de las tareas implicando a la familia incluso a los hermanos en pequeñas actividades cotidianas de cuidado y atención al niño enfermo.
- Prevención de sobrecarga. Riesgo de claudicación.
- Favorecer sentimientos de utilidad y percepción de control sobre la situación.
- Prevenir problemas de pareja.
- Preparación para la pérdida y duelo respetando valores y creencias personales y familiares. Facilitar despedida serena.
- Atención a la familia extensa: hermanos (sentimientos de abandono, nuevas responsabilidades, cambios de actividades), abuelos (sentimientos de culpa por sobrevivirles).
- Acompañamiento en fallecimiento y seguimiento duelo: Asistencia a velatorio y/o funeral si procede, redacción de carta condolencias, visita de duelo con el equipo responsable para resolver dudas.
- Coordinar sesiones de fallecimiento con el equipo para valorar la actuación clínica y elaborar aspectos emocionales de la atención.
- Y seguimiento del proceso de duelo: disponibilidad para asesoramiento e intervención específica si se precisa.

6. Problemas más relevantes y retos de futuro de la Psicología Clínica en la red de Cuidados Paliativos en el SERMAS

Problemas más relevantes

- La **externalización** generalizada de los “Equipos Psicosociales”. La contratación de psicólogos/as y trabajadores/as sociales, configurando los llamados “Equipos de Atención Psicosocial” (EAPS) para prestar sus servicios en centros públicos y concertados del Sistema Nacional de Salud dista mucho de ser específica de la Comunidad de Madrid, encontrándose de forma generalizada en todo el territorio nacional, tal y como planteó el Dr. Xavier Gómez-Batiste en la Jornada de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud que tuvo lugar en Madrid en octubre de 2023 (Gómez-Batiste, 2023), pero supone un problema relevante para la integración de los equipos, la equidad laboral e incluso implica dificultades legales en el acceso a las historias clínicas.
- **Dificultad para cubrir las plazas** de PEPC que se convocan en los últimos años.
- Profesionales **polarizados** (PEPC vs PGS).
- El **desconocimiento de nuestro trabajo** en el entorno sanitario y la creencia de que cualquier profesional sanitario ya cubre muchas de las necesidades psicológicas de pacientes y familias.
- PEPC como **interconsultor** (vs integrado en el equipo de paliativos).
- El desconocimiento dentro de la Psicología Clínica del trabajo en paliativos, por la escasa formación.
- **No** existen espacios de **supervisión específicos**.

Retos a futuro

- **Cambio de la cultura hospitalaria** hacia una mayor visibilización y diferenciación de la figura del PEPC (como Facultativo Especialista de Área).
- **Plazas 100% públicas**, PEPC como facultativo del equipo, no como “externo”.
- Dedicación completa y exclusiva
- **Incorporación** del PEPC en los equipos de **atención domiciliaria**.
- Fomentar la **formación continuada** en paliativos para PEPC.
- Potenciar la **formación en paliativos de los PIR**.
- Generar **cohesión** y comunicación entre los PEPC de paliativos (“hacer grupo”).
- Creación de Servicios de Psicología Clínica en los hospitales.

Bibliografía

Chambers, L. (2018). *A guide to children's palliative care. Supporting Babies, Children and Young People with Life-Limiting and Life-Threatening Conditions and Their Families*. www.togetherforshortlives.org.uk

Dirección General de Coordinación del a Asistencia Sanitaria - Servicio Madrileño de Salud. (2019). *Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020297.pdf>

Doblado, R., Herrera, E., Librada, S., Lucas, M.A., Muñoz, I. y Rodríguez, Z. (2016, mayo). Análisis y Evaluación de los Recursos de Cuidados Paliativos de España. *Monografías SECPAL*, (9). http://www.infocuidadospaliativos.com/ENLACES/monografia9_analisis_directorio.pdf

Duro Martínez, J., De-Miguel, C., Morillo, E., Noguera, A., Núñez-Portela, B. y Ruíz-López, D. (2012). Discurso de los profesionales de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid sobre la atención psicológica. *Psicooncología*, 9(2/3), 467.

Gómez-Batiste, X. (2023). *Logros, retos y oportunidades de la atención paliativa en España*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/eventosJornadas/Jornada/docs/cuidadosPaliativos2023/1_JORNADA_ESTRATEGIA_NACIONAL.pdf

Lacasta, M. A. (2008). Los psicólogos en los equipos de cuidados paliativos en el plan integral de la comunidad de Madrid. *Psicooncología*, 5(1), 171-177.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado* (España), 240, de 5 de octubre de 2011. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cuidados Paliativos*. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>



La Psicología Clínica en los recursos de la Comunidad de Madrid para Trastornos de la Conducta Alimentaria

Pilar Vilariño Besteiro (Coordinadora)

Psicóloga Clínica. PIATCA H.U. Santa Cristina- Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Laura Broco Villahoz

Psicóloga Clínica. PIATCA H.U. Santa Cristina- Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Juan Jesús Muñoz García

PhD. Psicólogo Clínico. Coordinador Facultativo del Área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos

Belén López Moya

Psicóloga Clínica. PIATCA H.U. Santa Cristina- Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Silvia Yáñez López

Psicóloga Clínica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

11.1. Introducción

Las primeras atenciones a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la Comunidad de Madrid cabría datarlas al final de la década de los 70 y sobre todo en los años 80. Algunos pioneros en el tratamiento de esta patología en Madrid serían los doctores Morandé, Chinchilla, San Sebastián, Acosta y Casas, entre otros. En el ámbito de la Psicología Clínica, una referente indiscutible es Rosa Calvo Sagardoy que ha dedicado gran parte de su dilatada carrera al tratamiento de los trastornos de alimentación. Entre 1974 y 2006, ejerció como psicóloga del Servicio de Psiquiatría en el Hospital La Paz de Madrid y fue la primera coordinadora de la Unidad de Trastornos Alimentarios del H.U. Santa Cristina – UTCA- (2006-2011).

En 1991, un grupo de familiares de personas con TCA y expacientes, crean ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia y Bulimia Nerviosa) con el impulso del Dr. Morandé. Esta asociación tiene un papel importante en la información, asesoramiento y orientación tanto a pacientes como a sus familiares y también en la lucha con la administración por lograr una mejor atención y recursos para las personas con TCA.

Otro hito relevante para el desarrollo de la atención de los TCA es la firma del Pacto Social de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario: la anorexia y la bulimia en febrero del 2007. Entre las diferentes medidas que se incluyen en este pacto está la de “proporcionar una atención sanitaria integral a los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, y en concreto de la anorexia y la bulimia” (Pacto social de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario: la anorexia y la bulimia, 2007). Este Pacto supuso un impulso para el desarrollo de recursos en la atención a los TCA. Actualmente, el Consejo para el seguimiento de este pacto está adscrito a la Consejería de Sanidad y es un órgano colegiado que tiene carácter consultivo y asesor (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2015).

El mismo sugiere la necesidad de asignar un referente de TCA en cada unidad asistencial y plantea entre otros, el objetivo de impulsar la implantación del Programa de Atención y Seguimiento para los TCA e impulsar la formación continuada en TCA.

En el Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 (en la línea 7 referente a la atención a los TCA) (Oficina Regional e Coordinación de Salud Mental, 2018) se plantea como objetivo el desarrollo de un Proceso Asistencial de Atención Integral para los Trastornos de Conducta Alimentaria que se inicia con la labor de prevención y diagnóstico precoz por parte de atención primaria. También se plasma la necesidad de crear un programa de continuidad asistencial en relación con la transición desde los recursos de infanto-juvenil a los recursos de adultos, y se subraya la importancia de contar con la familia en el proceso de tratamiento entre otros aspectos. Otras actuaciones fueron la actualización del mapa de recursos, y potenciar la Figura del referente en TCA de cada hospital/área de gestión clínica/servicio de salud mental, para organizar la atención de casos complejos y llevar un registro de ellos mismos, crear las unidades de media estancia e impulsar cursos formativos para profesionales.

La pandemia del COVID-19 también ha supuesto un evento significativo en la historia de los TCA, al incrementarse la incidencia de los mismos, así como de presentaciones más complejas

y graves con importante comorbilidad física y psiquiátrica, tal y como se recoge en el último Plan Estratégico de Salud Mental (2022-2024) elaborado por la ORCSMyA (2022).

El Plan Estratégico 2022-2024 busca afianzar y consolidar los objetivos del plan anterior y establece otros nuevos tales como: facilitar la atención de proximidad de los TCA en función de la gravedad creando un proceso de atención integral en cada Servicio/Área de Gestión, potenciar la atención psicosocial comunitaria, mejorar la atención de las pacientes graves y de larga evolución, mejorar la coordinación y la continuidad en la atención, potenciar la atención a pacientes con TCA y trastornos de personalidad (TP) e incorporar la participación de las asociaciones de familiares en la planificación relativa al proceso asistencial TCA.

Además, se ha creado una Comisión de TCA con el fin de valorar los casos complejos y la gestión de los recursos especializados en esta patología, auspiciada por la ORCSMyA (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2023).

11.2. Recursos actuales de atención psicológica especializada para las personas con trastornos de la conducta alimentaria y funciones

11.2.1. Recursos para pacientes adultas/os con Trastornos de la Conducta Alimentaria

La atención a los TCA en la Comunidad de Madrid tiene dos pilares fundamentales, brindar una continuidad de cuidados y ajustar el nivel de intervención en función del nivel de gravedad del paciente, es decir, ofrecer una atención escalonada y con un criterio de sectorización. En la Tabla 1 se incluyen los criterios para clasificar la gravedad, tomados del Plan Estratégico de Salud Mental 2022-2024 (ORCSMyA, 2022).

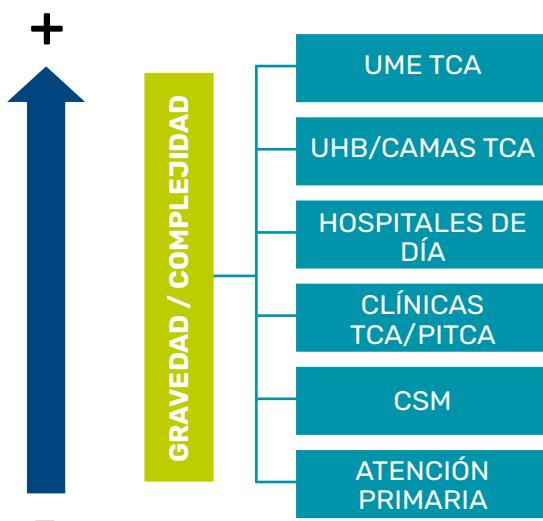
Tabla 1. Criterios de gravedad en los trastornos de la conducta alimentaria

	IMC	Conductas compensatorias semanales	Atracones
Leve	IMC>17 kg/m ²	1-3	1-3
Moderado	16-16.99 kg/m ²	4-7	4-7
Grave	15-15.99 kg/m ²	8-13	8-13
Extremo	<15 kg/m ²	14 o más	14 o más

Los niveles asistenciales graduados en función de la intensidad de tratamiento serían (Figura 1): Atención Primaria, Centro de Salud Mental (CSM), clínicas de TCA, programas intensivos ambulatorios, Hospitalares de día para TCA, Unidades de Hospitalización Breve (UHB) y camas hospitalarias de TCA y Unidades de Media Estancia UME. También algunos casos con

sintomatología alimentaria pueden beneficiarse de otros recursos de tipo rehabilitador (mini-residencia, centros de rehabilitación laboral...) o de dispositivos menos específicos, como por ejemplo hospitales de día no monográficos en pacientes que tienen comorbilidad con otra patología, ej. trastornos de personalidad.

Figura 1. Niveles asistenciales en trastornos de la conducta alimentaria



UME: Unidad de Media estancia; TCA: trastorno de la conducta alimentaria; UHB; Unidad de hospitalización Breve; CSM: Centro de salud Mental.

A continuación, se desarrollan las prestaciones ofrecidas desde cada uno de ellos.

a) **Atención Primaria.** Cumple un importante papel tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de los pacientes. También tiene una función de soporte para las familias y pacientes que bien presentan una sintomatología muy leve, subclínica o transitoria o bien son reacios a acudir a atención especializada, sin que existan a priori criterios de urgencia para hacer una intervención forzosa.

En ocasiones los médicos de atención primaria (MAP) derivan a Psicología Clínica de AP para que valoren a personas con sospecha de TCA y en otras ocasiones, en los grupos de Psicología Clínica para cuadros ansioso-depresivos puede detectarse algún caso de TCA que remite de nuevo al MAP para que pueda cursar la derivación a Salud Mental.

b) **Centros de Salud Mental.** Generalmente, son la puerta de entrada para el resto de los recursos de atención especializada (algunos llegan a urgencias sin haber pasado antes por el CSM). Desde este dispositivo se ofrece valoración, diagnóstico e intervención para aquellos pacientes con afectación somática y funcional leve, aunque en la práctica muchas veces los CSM están sosteniendo a pacientes con un mayor nivel de gravedad porque no aceptan acudir a otros recursos o se desenganchan de los mismos.

En algunos CSM existe un proceso integral de atención a los TCA que incorpora a psiquiatría, enfermería y Psicología Clínica, realizándose también en ocasiones alguna intervención en formato grupal (por parte del psicólogo/a clínico/a o el psiquiatra).

Por citar un ejemplo, en el CSM de Coslada adscrito al Hospital del Henares hay una consulta monográfica de TCA (significa que tienen una agenda específica para estas pacientes que les permite citarlas con más frecuencia), con un equipo formado por dos psicólogas clínicas, un psiquiatra y una enfermera que además realizan una reunión de coordinación mensual de dos horas. Además, los residentes de psicología llevan a cabo un grupo con pacientes que sufren trastorno por atracción desde una perspectiva de mindfulness. En octubre del año pasado pusieron en marcha un grupo multifamiliar al que también asisten pacientes con TCA y sus familias, aunque no es monográfico.

c) **Clínicas de TCA.** Este recurso es para pacientes con un mayor nivel de gravedad que requieren una mayor intensidad de atención de lo que puede ofrecerse en el CSM.

Las clínicas ambulatorias de TCA consisten en consultas generalmente de carácter multidisciplinar con Psicología Clínica, psiquiatría y enfermería. También puede facilitarse el acceso a otras especialidades como por ejemplo endocrino, ginecología, etc. Además de atención individual, en algunas de ellas se realizan grupos de pacientes y/o de familias sobre todo con una orientación psicoeducativa y de apoyo.

En el documento acerca de los procedimientos en TCA de la ORCSMyA, (2023) figuran 5 clínicas:

- Las clínicas de los hospitales Ramón y Cajal, Doce de Octubre y del Hospital Clínico San Carlos atenderían a pacientes pertenecientes al área de influencia de esos hospitales
- La Clínica TCA de Móstoles atendería a pacientes de los hospitales de Alcorcón, Móstoles, Rey Juan Carlos, Parla, Fuenlabrada y Getafe.
- La clínica del Hospital Gregorio Marañón (HUGM) atiende a pacientes del mismo hospital, del Hospital La Princesa, Sudeste, el Henares, Príncipe de Asturias, Torrejón, la Paz, Infanta Sofía, Puerta de Hierro, El Escorial, Villalba, Fundación Jiménez Díaz, el Tajo e Infanta Elena.

Clínica del Hospital Gregorio Marañón

En la clínica de TCA del HUGM la psicóloga clínica lleva a cabo atención individual, grupal y familiar. En estos momentos hay en marcha un grupo de TCA mixto para mayores de 40 años, un grupo de jóvenes con anorexia nerviosa (AN), un grupo de regulación emocional (lo lleva enfermería) y un grupo de trauma (enfermería y Psicología Clínica). También realizan seminarios abiertos de diferentes temáticas, ej. imagen corporal, psicoeducación para pacientes, psicoeducación para familias, etc.

Dentro de este dispositivo, recientemente ha empezado a funcionar un subprograma (PCI, Clínica Intensiva) que ofrece seguimiento individual, hasta el momento actual, con psiquiatría para pacientes graves que requieren un seguimiento más estrecho, y que por diferentes razones (intentos fallidos, escasa motivación, dificultad en el trabajo grupal...)

pueden beneficiarse de este formato. Otra función de la clínica del HUGM sería sostener a pacientes de larga evolución que no están en disposición de realizar cambios en el TCA. También entraría dentro de sus competencias la labor de prevención de recaídas.

Clínica del Hospital Clínico San Carlos

En el Hospital Clínico San Carlos hay dos programas con seguimiento psicológico, psiquiátrico y de enfermería. Uno para pacientes entre 16 y 22 años y otro para mayores de 22. En el de jóvenes, Psicología Clínica lleva a cabo la evaluación y la terapia individual quincenal y grupal semanal. En el de personas adultas con TCA leve se realizan intervenciones individuales, dos grupos de terapia grupal a la semana y un grupo de padres/madres realizados en el hospital por profesionales de los Centros de Salud Mental de dicho hospital (Memoria de Pacto social contra la AN y bulimia nerviosa, 2023).

Clínica del Hospital de Móstoles

En la Clínica de Móstoles se realiza seguimiento en régimen de consulta externa. En la UTCA de este hospital trabajan dos psicólogas clínicas que atienden a pacientes en consulta externa y en hospital de día. El tratamiento se gradúa según gravedad, los casos leves reciben terapia individual. Los y las pacientes de gravedad moderada reciben terapia individual y un grupo terapéutico; los pacientes graves se incluirían en Hospital de día. Además, hay un grupo de carácter psicoeducativo de 7 sesiones dirigido a personas candidatas a cirugía bariátrica y seguimiento posterior a la cirugía.

Clínica del Hospital 12 de Octubre

En base a la información que hemos podido recoger en el Hospital 12 de Octubre hay una psicóloga clínica, una psiquiatra y una enfermera que atienden en el CSM a pacientes con TCA en individual. La psiquiatra también realiza grupos con pacientes que han sido dada de alta de la UTCA, otro grupo de trastorno de atracón en la tarde y un protocolo adaptado de diez sesiones para pacientes con bulimia.

Clínica del Hospital Ramón y Cajal

El Hospital Universitario Ramón y Cajal cuenta con una unidad de hospitalización desde abril de 2008, abriendose más adelante el comedor terapéutico y la clínica de TCA.

La clínica de TCA está en funcionamiento desde octubre de 2021. Ofrece seguimiento individual en consultas externas y terapias grupales. Este formato de tratamiento está dirigido a pacientes que necesitan una intensidad menor que en otros recursos como hospital de día.

Se hace un grupo semanal con las pacientes de forma conjunta la psiquiatra y la psicóloga clínica. La enfermera especialista en salud mental acude como observadora en los grupos de psicología y psiquiatría. A lo largo del año, además, hace algunos grupos en los que trabaja aspectos como el autocuidado y los hábitos saludables.

Los y las pacientes son atendidas individualmente por parte de psiquiatría y los casos que más lo necesitan por la complejidad y gravedad, también son atendidos en formato individual por parte de Psicología Clínica.

Se realiza, además, un grupo con frecuencia quincenal, específico para personas con obesidad que están en el circuito de cirugía bariátrica, llevado a cabo por los mismos profesionales.

Las derivaciones proceden principalmente de los CSM del área 4 (CSM de Ciudad Lineal, CSM de San Blas, CSM de Barajas y CSM de Hortaleza), viniendo en ocasiones también la derivación desde especialidades médicas del hospital (sobre todo del servicio de endocrinología y gastroenterología). A veces también llegan casos graves desde el servicio de urgencias. La derivación la puede hacer tanto el psicólogo clínico como el psiquiatra, aunque la mayoría de las veces el paciente es derivado desde psiquiatría. Las tareas de Psicología Clínica en el recurso son: evaluaciones y primeras entrevistas, intervenciones individuales, grupales y familiares.

- d) **Hospitales de Día para TCA.** Atienden a pacientes graves y complejos que con frecuencia presentan comorbilidad física y/o psiquiátrica. Incluyen comedor terapéutico y son tratamientos de carácter voluntario.

Actualmente hay tres en funcionamiento:

Hospital Universitario Santa Cristina (UTCA)

Comenzó a funcionar en marzo del 2006. Inicialmente era solo en horario de mañana (8.30-15.30) y era la unidad de referencia para todo Madrid para pacientes mayores de 18 años que acudían de forma voluntaria. El equipo estaba integrado por una coordinadora que era psicóloga clínica (Rosa Calvo), un psiquiatra, otra psicóloga clínica, dos técnicas en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), dos enfermeras y una técnica en nutrición.

Un año más tarde, se abre otro hospital de día en horario de tarde (de 14-21 horas), gracias al impulso del Pacto Social contra la anorexia y la Bulimia para atender a pacientes con un perfil de bulimia y trastorno por atracón. La razón fundamental de esta distribución era porque muchas pacientes presentaban los episodios bulímicos con mayor frecuencia en la tarde-noche. Desde la apertura del horario de tarde, el hospital de día de mañana se orienta más a anorexia nerviosa.

Actualmente, cada equipo cuenta con una psiquiatra, una psicóloga clínica, una nutricionista a tiempo parcial, un terapeuta ocupacional, dos enfermeras y dos TCAE. Las pacientes también tienen seguimiento por parte de endocrino.

Los pacientes pueden ser derivados desde otros programas de TCA, desde los CSM, UHB, unidades de hospitalización de TCA o UME.

En la UTCA se ofrece un tratamiento integral que abarca lo médico, lo nutricional y lo psicológico, además del comedor terapéutico. En la mañana hacen tres ingestas en el hospital: desayuno, media mañana y comida, y en la tarde realizan la merienda y la cena.

En ambos recursos el rol de Psicología Clínica consiste en realizar evaluaciones de nuevos pacientes (dos huecos semanales), administrar pruebas psicológicas al inicio y al final del tratamiento, realizar psicoterapia individual (más en la tarde que en la mañana, donde se circunscribe a situaciones concretas porque con el tiempo vimos que las pacientes con

anorexia tendían a hablar solo en la terapia individual y no participaban en las terapias grupales). Otras funciones de las dos psicólogas clínicas serían:

- a) Llevar a cabo terapias de grupo tres a la semana en la mañana con pacientes de hospital de día, un grupo de motivación/preparación para HD y otro de prevención de recaídas. Los dos últimos se realizan en coterapia con psiquiatría. En la tarde, hay dos grupos semanales de psicoterapia, uno quincenal de psicoterapia en coterapia con psiquiatría, dos grupos mensuales de imagen corporal y videoforum en coterapia con terapia ocupacional y psiquiatría, y un grupo semanal de prevención de recaídas en coterapia con psiquiatría.
- b) Intervenciones familiares. En la mañana con todas las pacientes, salvo situaciones excepcionales, se hace una entrevista familiar como parte de la evaluación inicial. Si la dinámica familiar interfiere en la evolución del paciente se realizan sesiones de terapia familiar. Las intervenciones familiares se realizan en coterapia con psiquiatría. Hay 5 huecos a la semana para familias. En la tarde también se hace una entrevista familiar previa al ingreso en Hospital de Día con todas las pacientes, a partir de la cual se invita a participar a los familiares en los grupos destinados para ellos. Se realizan en coterapia con psiquiatría habiendo 3 huecos semanales para ello.
- c) Co-dirección de grupos multifamiliares, en la mañana se realizan dos a la semana en coterapia con psiquiatría. En la tarde se realizan dos grupos multifamiliares y dos grupos familiares al mes en coterapia con psiquiatría.
- d) Participar en el grupo comunitario (1/semanal) donde se abordan temas relacionados con la convivencia y la relación entre los pacientes y con el equipo. En este grupo estamos todos los profesionales y los pacientes.
- e) Intervenciones en crisis.
- f) Docencia dentro y fuera del recurso, tutoría de rotación de residentes.
- g) Reuniones de equipo por programas y reunión conjunta entre todos los que formamos parte del Proceso Integrado de Atención a los TCA (PIATCA).

Además de lo referido, en la mañana, hay otros grupos realizados por otros miembros del equipo: el terapeuta ocupacional realiza un grupo de imagen corporal y otro de terapia ocupacional; psiquiatría: dos grupos terapéuticos a la semana, a primera hora de la mañana en alternancia con Psicología Clínica. Estos grupos reciben la denominación de "buenos días"; enfermería: un grupo de educación para la salud y otro de estrategias de manejo de ansiedad y nutrición: dos grupos semanales. Por supuesto, hay un seguimiento por parte de enfermería, psiquiatría y endocrinología de la situación física de las pacientes. Además, las pacientes realizan un grupo autogestionado los martes y los miércoles hay un espacio de terapia escrita.

En la tarde, psiquiatría, además de la citada actividad en coterapia y las intervenciones individuales, realiza un grupo semanal de psicoterapia y supervisa la parte orgánica junto con endocrinología. Enfermería realiza grupos de educación sanitaria, relajación y regulación emocional, así como un seguimiento semanal de las pacientes en formato individual. Nutrición y terapia ocupacional realizan grupos y abordaje individual desde cada una de las disciplinas además de hacer talleres conjuntos de exposición al alimento, compra semanal

etc. y las TCAE están tanto en la mañana como en la tarde, se encargan de la primera línea de trato con las pacientes (bienvenida, espacios informales, despedida etc.), supervisan los comedores terapéuticos y dinamizan la actividad de ocio autogestionado de las pacientes. En la tarde, una vez al mes enfermería, terapia ocupacional o nutrición realizan un grupo con los familiares.

El trabajo con el trastorno mental grave a lo largo de los años nos ha llevado a adoptar un planteamiento teórico ecléctico incorporando herramientas desde diferentes perspectivas: sistémica, humanista, terapia cognitivo-conductual y terapias de tercera generación (fundamentalmente terapia de aceptación y compromiso y dialéctica conductual (DBT), modelo de comunidad terapéutica, planteamientos psicodinámicos, perspectiva del trauma y terapias corporales, y por supuesto abordajes grupales entre ellos el grupoanálisis.

En la mañana el equipo ha sido bastante estable, desde el comienzo permanece la misma psicóloga clínica mientras que en la tarde ha habido bastantes cambios de terapeutas y de enfermería a lo largo de los años dadas las dificultades de conciliación del horario con la vida familiar (han pasado unos 7 u 8 profesionales de Psicología Clínica y lo mismo sucede con psiquiatría, enfermería y otras disciplinas).

Hay que señalar que la primera responsable de la Unidad fue psicóloga clínica y desde su destitución se han sucedido tres responsables de la Unidad, todos psiquiatras.

Hospital de día Hospital de Móstoles (UTCA)

Esta Unidad se abrió en el año 2008. Además de atención individual y grupal tiene un comedor terapéutico donde las pacientes pueden realizar dos ingestas: comida y cena, principalmente dirigido a pacientes con patología restrictiva. La unidad funciona en dos turnos de 8 a 21 horas. En horario de mañana cuenta con dos psicólogas clínicas una desde julio del 2023, antes era compartida con interconsulta), una psiquiatra, una enfermera, una TCAE y una terapeuta ocupacional a tiempo parcial compartida con la UHB. En horario de tarde hay un psiquiatra y dos psicólogas clínicas. Ambos turnos cuentan con la colaboración de endocrinología a tiempo parcial. Atiende a pacientes de las áreas correspondientes a los hospitales Rey Juan Carlos, Fundación Alcorcón, Severo Ochoa, José Germain, Fuenlabrada, Getafe e Infanta Cristina. Todas las pacientes en la UTCA cuentan con seguimiento individual con psiquiatría, Psicología Clínica y endocrinología/nutrición. Las pacientes menos graves se atienden en un primer nivel de tratamiento individual, las de gravedad moderada en un segundo nivel en el que se añade un grupo de psicoterapia semanal y las más graves que acuden al programa integral de Hospital de Día que incluye comedor terapéutico, terapia ocupacional y tratamiento grupal e individual. Psicología clínica realiza, acompañada por enfermería o TCAE, 2 grupos semanales para menores de 30 años, 2 semanales para mayores de 30, dos quincenales de prevención de recaídas y 2 quincenales de padres. Los residentes de último año de Psicología Clínica hacen un grupo de mentalización con apoyo de enfermería. También incorporan grupos de psicoeducación, convivencia, cineforum y arteterapia dirigidos por el resto de profesionales de la unidad.

Durante 2023 se ha mantenido con 9 plazas y, durante dos meses, se pudo ampliar a 15 plazas.

Asimismo, se realiza un grupo psicoeducativo de 7 sesiones dirigido a personas candidatas a cirugía bariátrica. Además, se realiza valoración psicológica postoperatoria con el fin de

descartar patología activa y derivar a CSM a aquellas personas que puedan requerir dicho seguimiento. (Memoria del Pacto Social, 2023).

Hospital Universitario Clínico San Carlos

Esta Unidad de TCA está integrada por psiquiatras y psicólogas clínicas que atienden a pacientes en consulta externa, en la hospitalización y también realizan intervenciones de carácter grupal desde la perspectiva dialéctico-conductual, psicoeducativa y de terapia de apoyo, además de orientación grupal para familiares. Desde 2011 cuentan con un comedor terapéutico y un hospital de día donde atiende a pacientes con TCA y trastornos de personalidad. (web Hospital Clínico San Carlos).

El acceso a estos recursos es a través de los CSM que pertenecen al área del Clínico: Centro, Chamberí, Latina-Las Águilas y Latina-Galiana.

En el Consejo del seguimiento del Pacto social contra la anorexia y la bulimia (2023) aparece recogido que en este hospital funcionan dos hospitales de día. Uno para pacientes entre 16 y 32 años donde trabajan dos psicólogas clínicas. Además del comedor terapéutico, las actividades y tareas que se llevan a cabo en este recurso serían: evaluación psicológica completa, actividades grupales cuatro días por semana (Terapia de mentalización, Terapia TCD Radically Open, Terapia basada en Esquemas, Terapia basada en Temperamento y Terapia de orientación Analítica). También ven quincenalmente a los pacientes en terapia individual y realizan psicoterapia familiar quincenal y grupos de padres semanales. En este hospital de día también hay revisiones con psiquiatría, evaluaciones con enfermería, asamblea, terapia con perros y terapia ocupacional, entre otras.

Por otro lado, el hospital de día para TCA de larga evolución incluye evaluación psicológica completa, terapia individual y revisiones de psiquiatría y enfermería, grupo de padres, grupos terapéuticos con psiquiatría y con Psicología Clínica y grupo con enfermería. La actividad grupal se realiza tres días a la semana. No incluye comedor terapéutico. Si lo requieren se derivan al Hospital Santa Cristina.

Una psiquiatra lleva un grupo de pacientes post-alta de hospital de día.

- e) **Unidades de Hospitalización para TCA.** Actualmente, hay dos unidades de hospitalización, una en el Hospital de Móstoles y otra en el Hospital Ramón y Cajal que fue la pionera (apertura en el 2008). Inicialmente había 4 camas y en el 2022 se incrementa una más. El Hospital de Móstoles cuenta con 2 camas.

Este recurso es para pacientes con descompensaciones somáticas o psicopatológicas que requieran un ingreso más prolongado que el que pueden ofrecer las UHB. Los ingresos pueden ser o no voluntarios.

El equipo de la unidad de hospitalización del Ramón y Cajal cuenta con un psiquiatra, una enfermera, una terapeuta ocupacional y una psicóloga clínica compartida con otros programas. La psicóloga en este recurso trabaja en formato grupal, realizando dos grupos (uno desde un enfoque cognitivo-conductual y otro de carácter más integrador).

Desde terapia ocupacional se trabaja en formato grupal tres días a la semana, utilizando entre otras, técnicas psicodramáticas.

El psiquiatra realiza intervenciones individuales y familiares. La psicóloga clínica y la terapeuta ocupacional, junto con el psiquiatra también participan en grupos familiares y

multifamiliares. Desde psiquiatría adoptan la perspectiva del Modelo estratégico del cambio y el modelo Maudsley para el trabajo con familias (Memoria Pacto Social, 2023).

El comedor terapéutico se ofrece a las pacientes como una continuación tras el alta, manteniendo la asistencia a terapia grupal y el seguimiento individualizado con psiquiatría y enfermería.

- f) **Unidades de Media Estancia (UME).** La UME-TCA situada en el Centro Hospitalario San Juan de Dios (CSJD) de Ciempozuelos (Madrid) está integrada por un equipo multidisciplinar con servicio de psiquiatría, Psicología Clínica, medicina interna, nutricionista, educadora, enfermería especialista en salud mental, auxiliar de enfermería y técnicos de integración social.

La UME-TCA tiene un total de 20 camas, correspondiendo 14 a población adulta y 6 a infanto-juvenil; estando ambos perfiles poblacionales separados estructuralmente. El régimen de funcionamiento implica una hospitalización completa en la que se promueve la voluntariedad del ingreso, si bien sí se registran casos significativos que requieren de unas condiciones de internamiento involuntario. El día a día en este tipo de ingreso hospitalario implica, por tanto, que hagan todas las comidas en el dispositivo y pernocten, siendo los fines de semana el periodo en el que se validan permisos terapéuticos lo más pronto posible tras el ingreso y siempre que no interfieran con el progreso de las pacientes.

En este punto, cabe señalar que se habla de las pacientes porque, hasta la fecha (comenzando la unidad a finales de 2020) solo han ingresado personas del género femenino.

En cuanto a las entidades de donde proceden los casos son, en la mayoría de los casos, de la UTCA del Hospital Santa Cristina y del Hospital Niño Jesús. No obstante, el funcionamiento de la UME-TCA es el común a otros dispositivos de la red de salud mental de la Comunidad de Madrid, siendo los CSM a los que están adscritos las pacientes los responsables del ingreso y derivación dentro los planes de continuidad de cuidados particulares.

En cuanto a la actividad de Psicología Clínica, se divide mayoritariamente en consultas individuales y grupos de psicoterapia. Dada la complejidad de las derivaciones al dispositivo se requieren varias reuniones semanales de carácter informal y/o espontáneas entre miembros del equipo, si bien una vez a la semana, se hace una en la que están todos los profesionales presentes; haciendo un repaso de la situación de las ingresadas. En estos espacios, Psicología Clínica y psiquiatría coordinan la exposición de la información actualizada. También es desde Psicología Clínica donde se hace un abordaje orientado a la familia de las pacientes siendo, además, la persona de contacto para cualquier tipo de información que sea requerida.

Atendiendo a aspectos concretos del día a día, Psicología Clínica firma permisos de salida/terapéuticos, realiza indicaciones clínicas y/o autorizaciones.

Reseñar el importante papel en las reuniones de coordinación interdispositivos mensuales que se realizan bajo el auspicio y coordinación de la ORCSMyA. En ellas, Psicología Clínica y/o psiquiatría acuden indistintamente para la valoración de las posibles derivaciones a la UME-TCA, así como para comentar la evolución de las ingresadas en la misma.

Por último, la UME-TCA está adscrita a la Unidad Docente Multiprofesional (UDM) del CSJD, suponiendo una rotación más con tutorización para los residentes de Psicología Clínica

de la propia UDM, así como de otras unidades externas que quieran completar o validen la formación de sus residentes en este dispositivo.

g) Proceso Integrado de Atención a los TCA (PIATCA). Alianza Estratégica Hospital Universitario Santa Cristina-Hospital Universitario Gregorio Marañón. Esta alianza se firma el 29 de diciembre del 2022. El PIATCA plantea un plan de continuidad de cuidados en TCA y tiene la categoría de sección médica hospitalaria con una jefatura de sección dependiente del HUGM ocupada por un psiquiatra.

En el momento actual, el PIATCA incluye la clínica de TCA del HUGM con el subprograma de clínica Intensiva (PCI), el Programa Intensivo Ambulatorio y el hospital de día de mañana y de tarde (Figura 2).

Figura 2. PIATCA- Proceso Integrado de Atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria



HD: Hospital de Día; TCA: trastorno de la conducta alimenticia; ULE: Unidad de larga estancia, UCPP: Unidad de cuidados psiquiátricos prolongados; UME: Unidad de media estancia para TCA; PCI: Programa de clínica intensiva; L.EV: larga evolución; P. RECAIDAS: Prevención de recaídas, HUGM : Hospital Universitario Gregorio Marañón; URG: urgencias, UHB: Unidad de hospitalización breve; I+D Investigación y desarrollo; CSM: Centro de salud mental.

Un objetivo fundamental del PIATCA es asegurar la continuidad de cuidados en los TCA ajustando el formato del tratamiento en función de diversas variables: gravedad, necesidad de mayor contención conductual externa, función del cambio psíquico o la necesidad de desbloquear el proceso, funcionalidad, comorbilidad, motivación, tratamientos previos, pertinencia de abordaje individual vs grupal, preferencias del paciente, entre otras.

Además de los programas ya descritos en apartados previos, el PIATCA incluye el Programa intensivo ambulatorio (PIA). El equipo está formado por psiquiatra, psicóloga clínica, enfermería y terapeuta ocupacional compartido con los hospitales de día. Se trabaja con todos los perfiles de TCA (tanto el perfil más restrictivo como en el que predomina el atracón como síntoma). Se realizan dos grupos diferenciados de pacientes según los síntomas que presenten con mayor frecuencia.

Las pacientes acuden a 4 grupos a la semana (uno con cada profesional del programa), además de al grupo multifamiliar que es con frecuencia quincenal. También con frecuencia quincenal se hace un grupo para familiares. Además de estos espacios grupales se hacen entrevistas unifamiliares (psiquiatría y Psicología Clínica), así como intervenciones individuales por parte de enfermería, psiquiatría y Psicología Clínica, con frecuencia semanal o quincenal, dependiendo de las necesidades de cada paciente.

Las funciones de Psicología Clínica son la evaluación y tratamiento, tanto en formato individual, como grupal y familiar. El modelo de tratamiento es integrador (cognitivo conductual, humanismo, perspectiva de trauma, tercera generación, modelos de terapia familiar como la terapia sistémica...).

Para derivar al PIA dentro del PIATCA, hay que enviar la hoja de canalización (que aparece en la página del Hospital Santa Cristina), así como un breve informe clínico del paciente. El correo para enviar estos documentos es: canalizaciones.hscr@salud.madrid.org. En ocasiones es el derivante el que sugiere el programa de tratamiento. Las derivaciones pasan por el coordinador de la unidad que realiza la distribución de los diferentes programas. Si el caso es complejo, se presenta en la reunión de los jueves para ver entre todos cuál sería la opción más adecuada para el paciente. En esta reunión semanal, también planteamos derivaciones internas dentro del PIATCA y con otros recursos de TCA. La mayor ventaja del PIATCA es que favorece que haya un flujo más ágil de comunicación y coordinación entre los diferentes programas.

- h) **Otros Programas.** En el Hospital Infanta Leonor hay un programa de tratamiento para pacientes con obesidad en régimen de consulta. Se hacen dos tipos de intervenciones, una para valorar la idoneidad para someterse a una cirugía bariátrica por parte de psiquiatría, y otra un programa de intervención intensivo de 20 sesiones con Psicología Clínica, psiquiátrica y endocrino y nutrición. Tras las 20 sesiones realizan seguimiento bimensual durante un año. La duración total del programa son 18 meses.

En la Princesa, los residentes de Psicología Clínica tienen un grupo de apoyo para pacientes con trastornos por atracón de 6 meses de duración (8-10 sesiones). Funcionan dos al año.

Posiblemente existan otros programas en otros hospitales, aunque no hemos podido recabar información.

11.2.2. Recursos para la población infanto-juvenil con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los TCA pueden aparecer a cualquier edad, pero los datos muestran que la adolescencia es la etapa de mayor riesgo para presentar estos trastornos. La mayor incidencia se produce entre los 12 y los 18 años, pero cada vez encontramos una edad de inicio más baja.

Mientras que en 1995 la edad de inicio era de 16 a 19 años, en el momento actual estas edades de debut de la enfermedad han descendido a entre 12 y 14 años, por lo que la intervención en la población infanto-juvenil cobra una gran importancia, tanto en aspectos de prevención como de detección y tratamiento.

Asimismo, cabe resaltar el incremento en TCA a raíz de la pandemia COVID 19. A modo de ejemplo, en el servicio de Urgencias del Hospital del Niño Jesús hubo un incremento del 105,2% en el número total de consultas de urgencias psiquiátricas, siendo la media de edad global de 13,8 años y siendo los principales motivos de consulta las conductas autolesivas y suicidas (75,6%) y los síntomas de trastornos alimentarios (60,2%).

Otro dato preocupante es el aumento progresivo de las hospitalizaciones de casi un 30% si lo comparamos entre los años 2016 y 2020, con un aumento de un 50% en ingresos de menores de 12 años. El circuito de atención a la población infanto-juvenil es similar al de la red de adultos, incluyendo en Atención Primaria, tanto al MAP como al pediatra, siendo la transición entre estos profesionales a los 14 años. Dicha transición es importante, ya que muchos de los pacientes debutan en esta edad y, al cambiar de profesional de referencia es posible que no se detecten casos de inicio del TCA.

Es obligado mencionar también que, además de anorexia nerviosa y bulimia, en la edad infanto-juvenil (aunque no es exclusivo de dicha franja etaria) hemos de tener en cuenta los pacientes con diagnóstico de trastorno de restricción/evitación de la ingesta alimentaria, que cuentan con características de diagnóstico y tratamiento propias, con programas y unidades específicas que comentaremos brevemente más adelante.

a) **Unidad de TCA del Hospital Niño Jesús.** El Hospital Niño Jesús cuenta con varios programas de atención a menores con TCA:

- Programa de tratamiento ambulatorio intensivo familiar (T.A.I.F.)

Se trata de un programa de tratamiento médico-psiquiátrico-, enfermero, nutricional) y psicológico de los TCA en modalidad ambulatoria individual de alta intensidad y apoyado en la familia. Consta de 4 fases con diferentes objetivos e intensidad: psicoeducación y motivación al tratamiento (una sesión de 1-2 horas), manejo de los síntomas del TCA con una alta intensidad de tratamiento (4-6 semanas), intervención cognitiva y emocional específica para TCA y comorbilidad con moderada intensidad de tratamiento (máximo durante 4 meses con reevaluación cada mes) y finalización y derivación a otros programas ambulatorios (2 sesiones de 1 hora). En este programa participan 4 psicólogos clínicos de la unidad, además de los compañeros de psiquiatría y enfermería.

- Módulos de atención grupal

Tras la consecución de los objetivos del TAIF (recuperación del índice de masa corporal, adquisición de patrón variado de alimentación, eliminación o disminución de conductas compensatorias) se pasa a este tipo de intervención grupal para mantener los avances conseguidos en fases previas y trabajar en la incorporación cada vez más normalizada a la vida adolescente. Se dividen los grupos según edad, patología y aspectos a trabajar (por ejemplo, pacientes que presentan un patrón de desregulación emocional, serían incluidas en un grupo de DBT). Estos grupos tienen una frecuencia semanal y los profesionales a cargo son los mismos de TAIF. Paralelamente, los padres/madres también participan en los grupos de padres y, con frecuencias no tan regladas en grupos multifamiliares.

- Seguimiento intervencionista

Cuando ya ha finalizado la fase de atención grupal, las pacientes se incorporan al seguimiento intervencionista, donde se siguen fijando las mejoras conseguidas en etapas anteriores de tratamiento y se continúa monitorizando el estado físico y psicopatológico de las menores, atendiendo siempre a los nuevos retos que supone el desarrollo adolescente. En este programa, la frecuencia de la asistencia es menor, pero permite detectar y tratar de manera ágil un posible empeoramiento, pudiendo volver a fases previas del tratamiento.

- Hospital de Día Infantil

Se trata de un dispositivo dirigido a niños de 3 a 7 años. Cuenta con unas 20 plazas (en función de la intensidad de tratamiento necesaria) para niños y niñas con trastorno de alimentación de la infancia (trastornos de evitación o restricción de la ingesta de alimentos -TERIA), generalmente con alteraciones vinculares. El equipo cuenta con una psicóloga clínica, además del equipo de enfermería y la figura del psiquiatra. Se hacen grupos tanto de familiares como de pacientes, así como intervenciones individuales y comedor terapéutico para los menores que lo requieran.

- Hospital de día de escolares

El hospital de día de escolares es un recurso intrahospitalario no específico de TCA, pero dadas las características del Hospital Niño Jesús, un alto porcentaje de los pacientes presentan dicho diagnóstico. Volvemos a recordar en este sentido los pacientes con diagnóstico de TERIA, que se benefician en gran medida de este tipo de dispositivos. Son 8 plazas.

Los pacientes de este recurso tienen entre 7 y 14 años (o el equivalente a 2º ESO) y acuden al hospital en horario de mañana, realizando en el comedor terapéutico el desayuno, la media mañana y la comida, con supervisión por el personal de enfermería. En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, realizadas por el personal de psiquiatría y Psicología Clínica, se realizan sesiones individuales, familiares, grupos de psicoterapia para pacientes y de psicoeducación/intervención para padres. Reciben también atención escolar, facilitada por los profesores de aula hospitalaria, para que puedan desarrollar sus objetivos académicos. Se cuenta asimismo con las intervenciones realizadas por la terapeuta ocupacional, así como talleres para terapéuticos y de ocio.

- Hospital de día de adolescentes

Este hospital de día comparte espacio físico con el de escolares, con horarios diferentes. Abarca pacientes desde 3º ESO hasta la mayoría de edad, que acuden en horario de tarde, realizando en el comedor terapéutico la comida, la merienda y la cena. De este modo, los pacientes pueden acudir a su centro académico en horario de mañana para no desvincularse de sus institutos. La forma de trabajo es similar a la descrita anteriormente. En este hospital de día participan 2 psicólogas clínicas (una encargada de los grupos de psicoterapia y otra de la terapia individual) junto con el equipo de psiquiatría. Son 8 plazas.

- Planta de hospitalización TCAEI

El hospital cuenta con una planta específica de hospitalización para pacientes con diagnóstico de TCA, con una capacidad de 14 camas en el momento actual. El objetivo principal del ingreso agudo en la planta es la renutrición y el tratamiento de las complicaciones médicas asociadas. Partiendo de tratamientos

basados en la CBT se realiza un plan de renutrición y modificación de conducta, trabajando de paralelamente aspectos en relación con psicoeducación, conciencia de enfermedad... Además del abordaje individual, se realizan grupos de pacientes y de padres. Una psicóloga clínica de la unidad participa en esta planta activamente.

- Planta de psiquiatría general

Aunque los pacientes con TCA ingresan principalmente en la planta anteriormente mencionada, en ocasiones se decide el ingreso en planta de psiquiatría general, ya sea por un aumento de las conductas comórbidas al TCA o por carecer de cama en unidad específica.

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica a domicilio

Esta unidad que inició su funcionamiento hace poco más de 3 años, es una alternativa a la hospitalización tradicional. Incluye pacientes no sólo con diagnóstico de TCA, siendo la proporción actualmente de 70% de pacientes TCA, prevaleciendo anorexia nerviosa restrictiva y TERIA. Es importante señalar que son pacientes con criterios de ingreso en planta, pero en los que se considera seguro poder realizar dicho ingreso en el domicilio. Consta en el momento actual de 8 camas y los terapeutas encargados son un psiquiatra y una psicóloga clínica a tiempo completo. Además de las intervenciones individuales y familiares en el domicilio, se realizan grupos semanales de padres y pacientes y, con una frecuencia mensual, grupos multifamiliares.

b) **Hospital de Día Infanto-Juvenil del Hospital Clínico San Carlos.** En el Hospital Clínico San Carlos hay un hospital de día de tarde donde también atienden algunos menores con TCA de edades comprendida entre los 12 y los 17. Las actividades que se realizan, además de la evaluación y las intervenciones con psiquiatría, enfermería y terapia ocupacional serían: terapias individuales, familiares y grupales entre las que se incluyen: terapia corporal, arteterapia, relajación, psicoeducación y grupo de padres. En este recurso hay dos psicólogas clínicas (Memoria del Pacto Social contra la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, 2023).

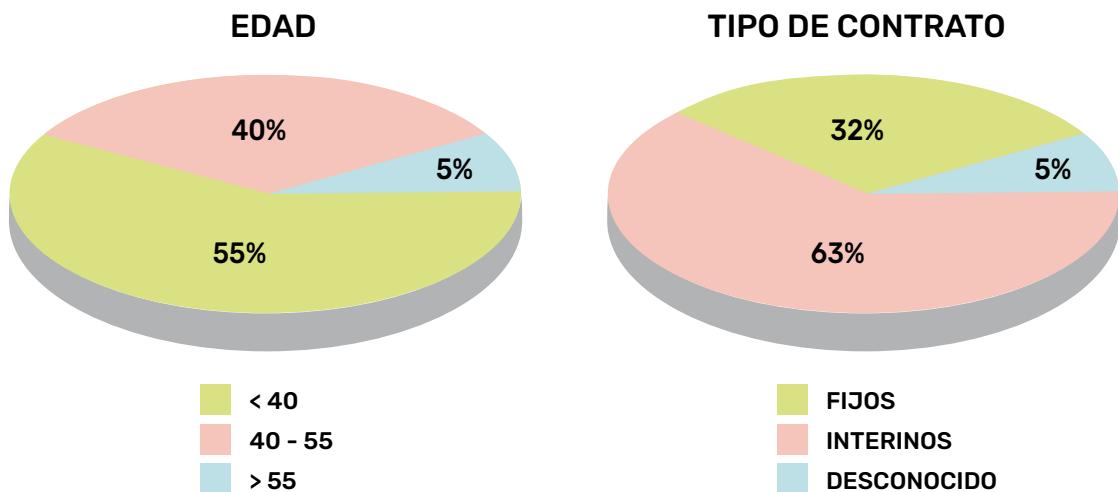
c) **Unidad de Atención Ambulatoria del Hospital Clínico San Carlos.** Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo para TCA (pacientes de 11 a 15 años) con equipo multidisciplinar. Realizan intervenciones individuales centradas en la motivación, psicoeducación e individuación y autonomía. En algunos casos se les deriva a un grupo de terapia dialéctico-conductual si presentan déficit en la regulación emocional (dura 6 meses) y psicoeducación para familias.

d) **UME Infanto-Juvenil.** Ya referido.

11.3. Profesionales de la Psicología Clínica que trabajan en la atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Según los datos que se han podido obtener, en el SERMAS hay un total de 22 psicólogas clínicas (todas son mujeres), que dedican parte o el total de la jornada a los TCA. En la Figura 3 aparecen las edades y tipos de contrato.

Figura 3. Edad y tipo de contrato de las psicólogas clínicas de los recursos de la Comunidad de Madrid para trastornos de la conducta alimentaria



11.4. Problemas más relevantes y Retos de futuro

Hemos decidido abordar este punto de manera conjunta a todos los dispositivos porque muchos retos son similares.

Un reto importante es lograr la estabilidad en los equipos puesto que son frecuentes los recambios, sobre todo en aquellos recursos con horarios de tarde donde resulta difícil la conciliación con la vida familiar. Actualmente, con varios procesos selectivos en curso esta estabilidad aún corre más peligro.

Sería importante contar en los equipos con trabajo social que pudiese facilitar la integración sociolaboral de los pacientes. En infanto-juvenil sí se cuenta con dicha Figura integrada en el equipo de psiquiatría y Psicología Clínica, por su relevancia en la protección al menor. No obstante, dada la importancia del componente socio familiar en muchos de los casos, sería necesaria una ampliación de profesionales para atender a este tipo de pacientes.

Favorecer la coordinación entre CSM Infanto-Juveniles y unidades específicas de TCA, en la línea de que el tratamiento en atención terciaria sea limitado a casos más graves y que, pasada la necesidad de tratamiento intensivo, el paciente pueda hacer la transición a los servicios comunitarios para continuar su seguimiento.

Continuando con las necesidades específicas de lo infanto-juvenil, añadiríamos la importancia de la especialización en Psicología Clínica infantojuvenil, tal y como se ha hecho en psiquiatría con especialidad propia para poder atender mejor a este grupo poblacional.

Otro aspecto para mejorar es la coordinación con los servicios de atención comunitarios, por ejemplo, facilitar el acceso de los TCA a los Centros de Rehabilitación Laboral (en algunos casos son rechazadas por no contar con un diagnóstico de psicosis o no considerarse el TCA como un trastorno mental grave por parte de la red de rehabilitación psicosocial).

También sería conveniente mejorar la coordinación y la fluidez en las derivaciones con los dispositivos de atención a personas con trastorno de la personalidad de un modo bidireccional, (especialmente con aquellas unidades que atienden perfiles más impulsivos). Por ejemplo,

que las unidades de trastornos de personalidad puedan mandar a las UTCA a personas con sintomatología alimentaria persistente tras un ingreso en comunidad terapéutica o a la inversa: cuando las pacientes no puedan sostenerse en hospital de día porque se están abordando eventos traumáticos excesivamente desbordantes y haya escasa contención familiar que puedan realizar este trabajo psicoterapéutico en un entorno seguro (siempre que no haya un riesgo vital a nivel orgánico) y posteriormente retornar a hospital de día para continuar trabajando en lo alimentario con otro nivel de contención, si lo precisan. El equivalente en lo infanto-juvenil serían los llamados hospitales de día comunitarios, donde, en ocasiones, es difícil la derivación de pacientes con TCA comórbido. En este sentido destacar la clara necesidad que se tiene en población sobre todo adolescente de hospitales comunitarios/centros educativos terapéuticos en el sector público, encontrando listas de espera de meses para la incorporación a los mismos que, si en adultos ya es preocupante, en la edad en la que nos ocupa, es especialmente importante.

Otro reto o propuesta sería llevar a cabo más trabajo terapéutico fuera de lo hospitalario. Ejemplos: acompañar a las pacientes a la compra, a comer, hacer algo de ejercicio físico fuera, a coger el transporte público (en el perfil bulímico que asiste al hospital de día de tarde es frecuente que tengan muchas dificultades de tinte agorafóbico), etc. que permita que vayan desarrollando una estructura y un proyecto vital a un nivel más normalizado y no centrado principalmente en el hospital. Esta carencia no sabemos si es exclusiva del Hospital Santa Cristina o también sucede en otros recursos.

Por último, reseñar que son todavía muchos los hospitales que no tienen programas específicos para trabajar con personas que presentan un trastorno alimentario. En caso de requerir un ingreso hospitalario, lo hacen en servicio general de psiquiatría o endocrinología y si el paciente necesita un seguimiento ambulatorio acuden a la consulta general del CSM (independientemente de la gravedad que presente y las necesidades). En otros casos son tratados en el hospital de día con un perfil de paciente no específico de TCA o son atendidos desde la interconsulta.

Bibliografía

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2015). *Pacto social de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario Informe Anual, 2015.* <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017945.pdf>

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2024). *Memoria 2023 del Consejo para el seguimiento del Pacto Social de la Comunidad de Madrid contra los Trastornos del Comportamiento Alimentario.* Madrid: Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/51352>

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020.* Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA). (2022). *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024.* Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>

Consejería de Sanidad. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (2023). *Actualización de procedimientos TCA*. <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050728.pdf>

Pacto social de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario: la anorexia y la bulimia (2007). https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/pacto_social_contra_tca.pdf





Neuropsicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud

M^a Jesús Maldonado Belmonte (Coordinadora)
Psicóloga Clínica. PhD. Hospital Infantil
Universitario Niño Jesús

Fernando Robles Bermejo
Psicólogo Clínico. PhD. Hospital Central
de la Defensa Gómez Ulla

12.1. Introducción

La neuropsicología clínica es una disciplina dedicada al estudio de la relación entre el cerebro y la conducta (European Federation of Psychologists' Associations-EFPA, 2023), entendiendo "conducta" en un sentido amplio, que incluya los estados internos del individuo. Es un área de trabajo muy versátil, en la que no solo se realiza la valoración e intervención en pacientes con alteración en estas funciones, sino que tiene un alto potencial en el asesoramiento a otros profesionales a fin de mejorar la calidad asistencial desde otras disciplinas (por ejemplo, mediante el estudio de la afectación cognitiva en pacientes que van a recibir una neurocirugía). La neuropsicología clínica está presente en la formación de los residentes de Psicología Clínica (Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica), aunque su ejercicio se remonta a muchos años atrás, en algunos casos, desde la aparición de los profesionales de la psicología en los servicios públicos (Cámara Barrio et al, 2023). Sin embargo, la implementación de la formación en neuropsicología, así como el ejercicio por parte de personal asistencial estable en los servicios sanitarios públicos ha sido desigual entre los distintos territorios españoles e, incluso, entre las áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid, en la que algunos hospitales han destacado por la desarrollada elaboración de valoraciones y programas, mientras que otras áreas sanitarias sufren una carencia casi total de representación de la disciplina.

En los últimos años, es muy evidente el crecimiento cuantitativo y cualitativo del área, tanto por la dedicación de profesionales al área y el desarrollo de profesionales de muy alta especialización, como por el interés y la aportación que realizan los residentes de Psicología Clínica. Un dato relevante para comprender la importancia de la formación en neuropsicología en el periodo de residencia de los psicólogos clínicos es que el 85% de los residentes encuestados refieren realizar actividades relativas a la neuropsicología (principalmente valoraciones neuropsicológicas) en los módulos de Atención Continuada (Maldonado y Robles, 2024).

12.2. Características de las/os profesionales de la Psicología Clínica - Neuropsicología Clínica en la red del SERMAS

Los datos aportados corresponden a una encuesta realizada mediante la plataforma online Google Forms entre septiembre y octubre de 2023, específicamente sobre la actividad en neuropsicología clínica por parte de profesionales de Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Respondieron 113 profesionales (93 facultativos especialistas y 20 residentes de Psicología Clínica). Todos los participantes dieron su consentimiento expreso para el uso de los datos aportados en publicaciones relacionadas con la neuropsicología en el sistema sanitario. Recientemente ha sido publicado un análisis más exhaustivo de los datos que se presentan a continuación (Maldonado y Robles, 2024).

12.2.1. Profesionales con actividad en Neuropsicología y estabilidad en la contratación

Una de las dificultades principales al contabilizar la actividad en neuropsicología de profesionales del SERMAS es la elevada frecuencia de la realización de estas actividades a

tiempo parcial. Más de la mitad (55,91%, n = 52) de los facultativos especialistas que contestaron la encuesta afirmaron realizar algún tipo de actividad relacionada con la neuropsicología clínica, aunque era algo más frecuente que la actividad en neuropsicología fuera “puntual” o poco habitual (31,18%, n = 29) a que se considerara una parte habitual de su actividad asistencial (24,73%, n = 23). Entre los profesionales que realizan habitualmente actividades relacionadas con neuropsicología (n = 23), la distribución en función del tiempo semanal (medida en número de jornadas a la semana) dedicado a actividades de neuropsicología se detalla en la Tabla 1. Como puede observarse, el 34,78% de los profesionales que realizan actividad habitual en neuropsicología lo hacen a tiempo completo. Otro dato que resulta de interés es que de los 23 facultativos que confirmaron realizar actividad habitual en neuropsicología clínica, más de la mitad (52,17%, n = 12) ocupaban una plaza de perfil específico, es decir, en la convocatoria para su puesto de trabajo se explicitaba la necesidad de un perfil específico en neuropsicología.

Tabla 1. Distribución, en número de jornadas a la semana, de facultativos especialistas en Psicología Clínica que realizan labores habituales de neuropsicología clínica

Jornadas semanales dedicadas a neuropsicología	%	n
1	26,09%	6
2	13,04%	3
3	13,04%	3
4	13,04%	3
5	34,78%	8
Total	100%	23

Otro dato que puede resultar de interés es el tipo de contrato que vincula a los profesionales con la administración. En la Tabla 2 se incluye un pequeño resumen del tipo de contrato de los profesionales que realizan neuropsicología clínica (sea la neuropsicología una actividad habitual o sea una actividad puntual) en el SERMAS. La elevada temporalidad de los profesionales ha sido un hecho recurrente hasta la fecha, y no es exclusivo de los profesionales que realizan actividades de neuropsicología clínica, sino que también afecta a la mayoría de facultativos especialistas en Psicología Clínica y a muchos facultativos de otras especialidades. Dicha elevada temporalidad se encuentra en la actualidad en importante descenso con los procesos de estabilización de personal de múltiples categorías profesionales en el SERMAS.

Tabla 2. Tipo de contrato de los profesionales que realizan actividades (habituales o puntuales) de neuropsicología clínica en el SERMAS

Tipo de contrato	%	n
Eventual o sustitución	7,55%	4
Interino	60,38%	32
Fijo / funcionario	32,08%	17
Total	100%	53

Nota. Se incluyen los datos disponibles en octubre de 2023.

Los especialistas en Psicología Clínica poseen una elevada especialización en neuropsicología clínica (independientemente de si ejercen en el ámbito de la neuropsicología o no), como muestra la Tabla 3. Además de los conocimientos en neuropsicología, psicobiología, neuroanatomía y psicometría necesarios para el acceso a las plazas de formación sanitaria especializada, reciben formación teórica y práctica durante la residencia y muestran interés en formarse en el ámbito por otras vías. La importancia de la supervisión (formación práctica) es innegable para el ejercicio profesional, y es una de las fortalezas de la formación sanitaria especializada: tal y como se describe en otra publicación sobre el tema, el 20% de los profesionales encuestados en este ámbito considera que durante la residencia recibió una supervisión "excelente" en neuropsicología, mientras que únicamente el 10% calificaron como excelente la formación teórica recibida en neuropsicología durante la residencia, y solamente el 3,57% calificaron como excelente la formación recibida en neuropsicología en otras instituciones vía máster o experto (Maldonado y Robles, 2024).

Tabla 3. Formación de los especialistas en Psicología Clínica

Formación recibida	%	N = 93
Formación teórica durante la residencia	58,06%	54 (*)
Formación práctica/supervisión durante la residencia	53,76%	50 (*)
Otros: Máster / experto (centros oficiales)	27,96%	26
Otros: Doctorado en neurociencia	9,68%	9
Otros: Formación continuada	51,61%	48
Otros: Congresos, jornadas y simposium	31,18%	29
Otros: Estudio independiente del tema	37,63%	35

Nota. Se incluyen los facultativos especialistas en Psicología Clínica vía PIR, excluyéndose los facultativos especialistas en Psicología Clínica vía homologación, de manera que en estos apartados n = 82.

Otro aspecto que caracteriza la actividad en neuropsicología de los profesionales del SERMAS es la tendencia al trabajo dentro del entorno hospitalario. Los facultativos que trabajan habitualmente en neuropsicología suelen hacerlo desde consultas externas hospitalarias e interconsulta hospitalaria (73,91% y 52,17%, respectivamente), mientras que su presencia (o actividad) es menos frecuente en hospitalización breve (13,04%) y en centros de salud mental (8,69%). La población atendida más habitualmente es adultos (56,52%, n = 13), siendo menos frecuente la atención a población infantojuvenil (21,74%, n = 5), o la atención mixta entre adultos e infantojuvenil (21,74%, n = 5). Las patologías atendidas con mayor frecuencia son muy variadas: demencias, accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, infecciones del sistema nervioso central, alteraciones psicopatológicas y, en menor medida, tumores que afectan al sistema nervioso central, trastornos del neurodesarrollo, epilepsias, dificultades de aprendizaje, esclerosis múltiple y enfermedades metabólicas.

12.3. Funciones y actividades de las/os profesionales de la Psicología Clínica que realizan actividad de Neuropsicología en el SERMAS

La actividad más común de los profesionales que realizan actividad de neuropsicología, ya sea de forma habitual o esporádica, es la valoración neuropsicológica (el 100% de estos profesionales afirmaban realizar valoraciones neuropsicológicas), bien para el estudio diagnóstico, el diagnóstico diferencial, o la valoración de cambios (deterioro o mejoría) a lo largo del tiempo mediante estudios longitudinales. Algunos profesionales realizan, además, labores de tratamiento neuropsicológico (rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva), siendo más frecuente esta actividad en profesionales con actividad frecuente (16,08%, es decir, 6 de los 23 profesionales de esta categoría) que en profesionales con actividad puntual en neuropsicología (6,89%, es decir, 2 de los 29 profesionales de esta categoría). Las labores de investigación y docencia son también relativamente frecuentes: de aquellos profesionales con actividad habitual en neuropsicología, el 43,78% (10 de los 23 profesionales de esta categoría) realizan investigación y también el 43,78% (10 de los 23 profesionales de la categoría) realizan docencia en neuropsicología; respecto a los profesionales con actividad puntual en neuropsicología, el 3,44% (1 de los 29 profesionales de esta categoría) realiza investigación y el 17,24% (5 de los 29 profesionales de esta categoría) realiza labores docentes en neuropsicología.

12.4. Problemas más relevantes y retos de futuro de la Psicología Clínica que realizan actividad de Neuropsicología en el SERMAS

La neuropsicología clínica es un ámbito que, dentro de la Psicología Clínica y especialmente en las actividades realizadas en el entorno hospitalario, ha adquirido gran relevancia en los últimos años. El incremento de los profesionales dedicados y especializados dentro del SERMAS así lo demuestra. Sin embargo, quedan pendientes cuatro retos para poder consolidar esta actividad de forma definitiva.

En primer lugar, se ha comprobado que una parte importante de la actividad de neuropsicología en el SERMAS se realiza a tiempo parcial (es decir, profesionales que dedican una o varias jornadas semanales a la neuropsicología, y el resto de jornadas a otro tipo de actividades clínicas), lo que dificulta la mayor especialización y también la formación de unidades específicas.

En segundo lugar, se han desarrollado pocas guías clínicas y documentos de recomendaciones específicos para psicólogos clínicos con especialización en neuropsicología en el entorno público, que tengan en cuenta tanto las características de las poblaciones atendidas como las particularidades del encuadre de trabajo y gestión clínica en el ámbito público.

En tercer lugar, en la mayoría de hospitales no existe una estructura de gestión propia (Cuéllar-Flores et al., 2023), de forma que la Psicología Clínica (y, por tanto, la neuropsicología) queda ausente en los organigramas, no siempre están bien desarrollados los itinerarios de derivación en interconsulta desde otros servicios o estos itinerarios no son directos, no quedan adecuadamente recogidas las prestaciones asistenciales en las agendas de los profesionales,

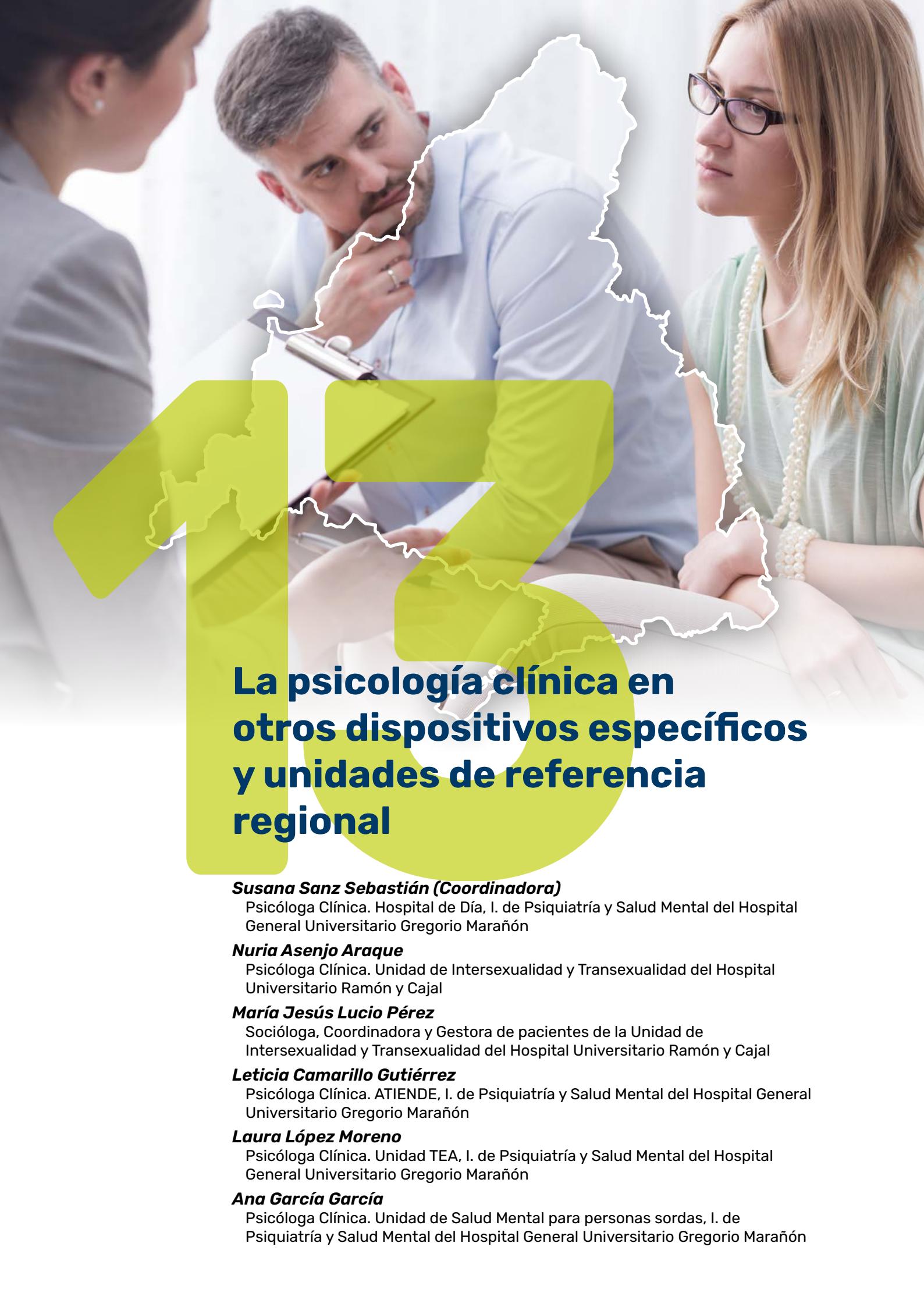
o incluso no siempre se trasladan los informes realizados a la plataforma de comunicación entre profesionales "Horus".

Por último, y nuevamente en línea con los desafíos del resto de la Psicología Clínica en el SERMAS, resulta imprescindible desarrollar indicadores de actividad en neuropsicología clínica (Cuéllar-Flores et al., 2022). En el momento actual, en la mayor parte de los hospitales no es posible saber cuántos pacientes se valoran al año, qué lista de espera hay, cuántas altas se dan, indicadores de cronicidad, o el ratio nuevo/revisión. Si queremos una neuropsicología clínica que además de rigurosa sea eficiente, debemos incorporar conocimientos de gestión clínica a nuestro funcionamiento asistencial.

En conclusión, resulta muy satisfactorio objetivar el desarrollo y la especialización que se está alcanzando en los profesionales de la Psicología Clínica dedicados a la neuropsicología. Este desarrollo, previsiblemente, continuará y se afianzará en los próximos años. Sin embargo, para poder conseguir un funcionamiento verdaderamente eficiente y desarrollar la versatilidad que tiene la disciplina, es necesario avanzar en su visibilización y la gestión eficaz de nuestro trabajo, sin olvidar la parte humana, asistencial, y de servicio público que nos caracteriza.

Bibliografía

- Cámara Barrio, S., Esteso Orduña, B., Vara Arias, M. T., Rodríguez Palero, S. y Fournier del Castillo, M. C. (2023). Abordaje neuropsicológico en una unidad pediátrica de daño cerebral adquirido del sistema público de salud. *Neurología*, 38(1), 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.019>
- Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Félix-Alcántara, M.P., Manzano Olivares, B., de la Vega Rodríguez, I., Ferreira González, M., Palacios Albarsanz, M.L., Vázquez Rivera, S., y Maldonado Belmonte, M.J. (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, I., Manzano, B., Fernández Garzón, L. Maldonado Belmonte, M. J., Félix-Alcántara, M., Jiménez Bruña, M. y Ferreira González, M. (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>
- European Federation of Psychologists' Associations-EFPA (06.11.2023). *What is Clinical Neuropsychology?* <https://www.europsy.eu/pilot-projects/clinical-neuropsychology>
- Maldonado-Belmonte, M. J. y Robles-Bermejo, F. (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>
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado* (España), 146, de 17 de junio de 2009. <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas1620>



La psicología clínica en otros dispositivos específicos y unidades de referencia regional

Susana Sanz Sebastián (Coordinadora)

Psicóloga Clínica. Hospital de Día, I. de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Nuria Asenjo Araque

Psicóloga Clínica. Unidad de Intersexualidad y Transexualidad del Hospital Universitario Ramón y Cajal

María Jesús Lucio Pérez

Socióloga, Coordinadora y Gestora de pacientes de la Unidad de Intersexualidad y Transexualidad del Hospital Universitario Ramón y Cajal

Leticia Camarillo Gutiérrez

Psicóloga Clínica. ATIENDE, I. de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Laura López Moreno

Psicóloga Clínica. Unidad TEA, I. de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Ana García García

Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental para personas sordas, I. de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

13.1. Introducción

Desde la creación de la Especialidad de Psicología Clínica el número de psicólogos/as especialistas en psicología clínica (PEPC) en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ha ido creciendo y, a la par que se han ido desarrollando las competencias profesionales de nuestro ejercicio profesional, lo han hecho también las prestaciones para las que dichas competencias habilitan. El número y diversidad de unidades y programas en que desarrollamos nuestra labor profesional ha aumentado, incorporándose la figura del PEPC a servicios que dan respuesta a problemas específicos, necesidades asistenciales emergentes o que, por su complejidad, requieren un abordaje con un mayor grado de especialización.

Esta diferenciación y especialización plantea diferentes retos y dificultades.

En primer lugar, las unidades de referencia regional no son igualmente accesibles para todos los usuarios en función de su localización. Los barrios y poblaciones alejados tienen difícil acceso a estos recursos. Los tiempos de espera, relacionados con la escasez de recursos humanos y materiales que requiere una atención de calidad, supone otra de las dificultades que con frecuencia expresan profesionales y pacientes. Por último, otro de los mayores retos de este tipo de dispositivos es lograr una adecuada integración y coordinación con el resto de la red de salud mental y con otros ámbitos como los servicios sociales y judiciales.

Las unidades que aquí presentamos de forma breve dan muestra de este desarrollo dentro de la sanidad pública madrileña.

Se presenta en primer lugar la Unidad de Intersexualidad y Transexualidad ubicada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal (HURyC), unidad de referencia regional que tiene como objetivo ordenar y mejorar la asistencia a las personas transexuales y con diversidad sexual y de género dentro del SERMAS. En segundo lugar, se presenta la unidad ATIENDE, Unidad de Atención al Daño Emocional, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), dirigida a mujeres con problemas de salud mental directamente relacionados con la violencia de género. En tercer lugar, desarrollamos la Unidad TEA también ubicada en el HGUGM, que atiende a necesidades específicas en trastornos del espectro autista (TEA). También haremos referencia a la Unidad de Salud Mental para personas Sordas, ubicada en el HGUGM. Finalmente se realiza una breve descripción del SESM-DI, Servicio Especializado de Salud Mental y Discapacidad Intelectual ubicado en el Hospital La Princesa. Existe otro dispositivo que es el PAIPSE, programa de Atención Especializada al Profesional Sanitario Enfermo en los que está igualmente integrada la labor de 2 PEPC pero que no será descrito.

Cabe mencionar que existe un Equipo de Calle de Salud Mental para Personas Sin Hogar (ECASAM) dependiente del Hospital La Paz. Se trata de un recurso público para la atención a personas con trastorno mental sin hogar en la calle y en centros de la Red de Personas Sin Hogar. Cuenta con psiquiatra, enfermería y trabajo social, así como con psicología, pero sin la especialidad sanitaria de Psicología Clínica y depende ésta última, de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, por lo que no será descrito en este capítulo.

13.2. Unidad de Intersexualidad y Transexualidad del Hospital Universitario Ramón y Cajal

Integrante del grupo de trabajo:

Pilar Valera Gutiérrez

Auxiliar de enfermería. U.I.T. (Unidad de Intersexualidad y Transexualidad)

13.2.1. Introducción

La atención sanitaria a la transexualidad supone un abordaje multidisciplinar que incluye los cuidados de la salud física y psicológica a lo largo de la vida de la persona (salud transgénero). Es decir, compone, por un lado, la adecuación física a través del tratamiento hormonal y/o quirúrgico (si se demanda) y por el otro, el apoyo en los cambios psicológicos y sociales que le suceden a la persona en estas esferas. Esta atención se estructura y se presta dentro de la Unidad de Intersexualidad y Transexualidad (UIT) desde su creación en 2007.

13.2.2. Historia de la U.I.T. en el SERMAS

El origen de la Unidad de Intersexualidad y Transexualidad (UIT) de la Comunidad de Madrid está profundamente arraigado en el consenso político y social de la región. La Asamblea de Madrid, órgano legislativo de la Comunidad, logró un acuerdo unánime entre todas las fuerzas políticas en su apuesta por garantizar el respeto a la diversidad de género y avanzar en políticas de igualdad y protección de los derechos del colectivo transexual.

El 12 de mayo de 2007 marcó el inicio oficial de las actividades de la UIT. Desde ese día, la Unidad comenzó a atender las necesidades de la población trans en el área de la atención sanitaria. Uno de los ejes centrales fue la implementación de una atención integral y personalizada que cubriera las distintas necesidades de acceso en el sistema público.

La UIT se ha encargado de coordinar servicios especializados en el acompañamiento a personas en procesos de reasignación de género, así como la atención psicológica y médica necesaria para asegurar un tratamiento respetuoso y adecuado. A través de los años, ha trabajado de manera conjunta con los servicios de salud de la región para ofrecer atención basada en los derechos humanos y en un enfoque inclusivo.

13.2.3. Descripción y objetivos

La UIT tiene como objetivo general ordenar y mejorar la asistencia sanitaria a las personas transexuales con diversidad sexual y de género, dentro del SERMAS (SERMAS, 2022).

Entre los objetivos específicos están:

- Unificar las pautas de actuación y tratamiento en la atención a personas transexuales, con el fin de disminuir la variabilidad de la práctica asistencial en los diferentes ámbitos de atención.
- Gestionar la asistencia conforme los principios de consentimiento informado, de no discriminación, de asistencia integral, de calidad, especializada, de proximidad y de no segregación (Ley 4/2023), y siempre y cuando, quede garantizada la atención por profesionales especializados en la asistencia a estas personas.
- Garantizar la atención sanitaria en un nivel de atención multicéntrico y multidisciplinar entre el HURyC y el Hospital Universitario La Paz. En ella participan profesionales de distintas especialidades necesarias en la atención a personas menores transexuales:

endocrinología, pediatras, otorrinos, ginecología, psicólogos/as clínicos/as y gestora de pacientes (socióloga).

- Prestar servicios de asesoramiento y seguimiento a los profesionales que participen en la atención de proximidad.
- Coordinar la Formación Continuada de otros profesionales del SERMAS interesados en especializarse en la atención a menores transexuales. Para ello, se organizan diferentes líneas de formación transversal asignándose al personal de la UIT las funciones de docencia, así como la rotación específica o externa de alumnos MIR, PIR y EIR.

13.2.4. Tipo de población atendida y modo de acceso

En esta unidad se atiende a menores y adultos, con tarjeta sanitaria, derivados por disforia de género, transexualidad y/o alguna demanda en cuanto a incongruencia de género, identidad sexual y de género (American Psychiatric Association - APA, 2013; Asenjo Araque, 2021).

En cuanto al modo de acceso de los usuarios. Las derivaciones serán:

- a) **Desde Atención Primaria/Pediatria según la edad.** El pediatra, o médico de familia realizará la valoración inicial, información, pruebas complementarias (si se consideran necesarias) y remitirá, si procede, a:
 - Especialistas de endocrinología, especializados en la atención de personas trans (atención en proximidad) en el hospital de referencia asignado.
 - La UIT del HURyC en aquellas áreas que lo tengan como hospital de referencia asignado.
- b) **Desde hospitales donde no existe consulta monográfica.** Si el primer contacto del paciente es hospitalario, y en él no existe consulta monográfica, se derivarán a la consulta monográfica del hospital de referencia asignado.
- c) **Pacientes complejos o con patologías concomitantes.** Requieren una especial atención y se remitirán a la UIT del HURyC.

Podrá ejercerse la libre elección en los términos establecidos en la Ley vigente (Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid).

13.2.5. Tipo de profesionales de la UIT y características de las/os profesionales de la psicología clínica de la UIT

Los profesionales que componen la UIT a nivel nuclear son: 2 PEPC: una de ellas en atención a menores transexuales y sus familias, y otra plaza más de psicología clínica en atención a adultos; 1 socióloga-gestora de pacientes; 1 agenda de endocrinólogo; 1 auxiliar administrativo; 1 auxiliar de enfermería; 2 otorrinos; 4 cirujanos plásticos; 1 ginecólogo. A nivel multidisciplinar en interconsultas se deriva a psiquiatría, psicología clínica, pediatría, endocrinología etc.... dentro de agendas monográficas que se han establecido para ello.

El/la PEPC de la UIT tiene formación en disforia de género- incongruencia de género. Esta figura profesional, en esta unidad, participa de forma activa en un equipo de trabajo multidisciplinar

de abordaje integral a la disforia de género. El/la PEPC participa en proyectos e investigaciones sobre disforia de género y comorbilidad psicopatológica.

El/la PEPC en la UIT tiene experiencia y formación en desarrollo de programas terapéuticos grupales. En la Tabla 1 aparece el desglose de profesionales.

Tabla 1. Profesionales de la Psicología Clínica en la UIT del SERMAS

Centros propios/ Dependencia	Nombre del Dispositivo	Número de Profesionales PC	Tipo de Contrato	Edad	Género	Coordinación de la UIT
H.U. RAMÓN Y CAJAL	Unidad de Intersexualidad y Transsexualidad (UIT)	2	1 estatutario Fijo 1 Contrato Temporal	>50	100% mujeres	No

13.2.6. Funciones y actividades de las/os profesionales de la psicología clínica de la UIT en el SERMAS

Según protocolo sanitario (SERMAS, 2022) publicado en la Dirección de Gerencia Asistencial las funciones de los PEPC de la UIT se describen a continuación:

a) Consulta de acogida

- El/la PEPC recibe a la persona, adaptándonos al pronombre, y nombre con el que quiere que se le llame en consulta. Se explica el modo de atención desde la consulta de psicología, que se resume en un acompañamiento sobre el proceso de afirmación de género en todas las fases que este implique (expresión de la identidad social, tratamientos hormonales y quirúrgicos si se demandan).
- El/la PEPC hace el encuadre: se le explica al usuario/a que está en un entorno y espacio seguro, donde no se va a cuestionar su identidad de género ni se va a establecer ningún diagnóstico a este respecto (Ley 2/2016 de Identidad de Género, de la Comunidad de Madrid). Únicamente el profesional debe hacer escucha activa y atenta en esta primera consulta y recoger demandas de la persona.
- El/la usuario/a, mayor de 16 años, puede decidir si acude a la primera consulta con un familiar o pareja u otro acompañante, decidiendo en su caso si procede el que la consulta se realice en presencia de esta persona acompañante, y a criterio siempre del usuario/a.

b) Consultas sucesivas

Durante las siguientes consultas, se recoge información detallada sobre:

- Su identidad de género, la expresión de género con la que se encuentra cómodo/a.
- El entorno familiar (aceptación, apoyo suficiente, roles, vínculos; entorno académico y/o laboral).

- El entorno social cercano: nivel de aceptación y/o apertura del barrio, vecinos, centros de uso público... y también de su estructura de personalidad: fortalezas, puntos a reforzar, resiliencia.
- Demandas concretas/dudas/aclaraciones que pide la persona ante un proceso identitario.

Las siguientes consultas se centrarán sobre todo en el reconocimiento y reafirmación de la diversidad. Se sigue la línea basada en la psicología afirmativa LGTB (Maylon, 1982). Esta estructura de funcionamiento cumple las directrices de la APA (APA, 2015) y la Guía internacional de manejo de usuario/as, con los estándares de cuidados (Coleman et al., 2022)

Se propone un trabajo psicoterapéutico, si se detecta transfobia interiorizada, estrés minoritario y acoso transfóbico.

En el caso de demandar tratamiento hormonal, en las sesiones se ajustan las expectativas del usuario/a antes de recibirla, resolviendo dudas y contrastando información sobre ello (en coordinación con médico endocrinólogo o médico de familia).

Se ofrece el apoyo y acompañamiento durante el proceso de tratamiento hormonal si lo está llevando a cabo. Se procura la intervención en el estado de ánimo y estrategias para el afrontamiento de la gestión emocional de la persona en tratamiento.

En el caso de demandar cirugía de confirmación de género (mastectomía, mamoplastia, vaginoplastia, faloplastia...etc., se realiza ajuste de expectativas antes de realizar este tipo de intervenciones irreversibles e invasivas. Se resuelven dudas y se contrasta información sobre ello (en coordinación con cirujanos). En este trabajo también se hace postcirugía.

c) **Otras actividades terapéuticas**

Grupos de apoyo psicológico. Se ofrece a la persona la opción de asistir a grupos de apoyo, informativos y/o terapéuticos que se desarrollan en la UIT, cuando la persona carece de un entorno social adecuado, a fin de que su proceso de afirmación de identidad social se vea beneficiado. Estos grupos están dirigidos y desarrollados por una PEPC.

Acompañamiento psicológico familiar. Sólo si se demanda, se deberá atender y acompañar a la familia, en este proceso de afirmación del género. Este tipo de atención podrá establecerse de modo individual o grupal.

Grupos de apoyo psicoeducativo para familiares. Se ofrecerán los grupos de apoyo grupales a las familias en las que se detecte una necesidad de abordaje en información y aceptación del proceso de su familiar.

13.2.7. Problemas más relevantes y retos de futuro de la psicología clínica en la UIT en el SERMAS

El problema más relevante con el que nos encontramos año tras año es la consideración de la existencia y mantenimiento de esta Unidad, en base a protocolos que se rigen por leyes que cambian continuamente. Esto ha obligado a los profesionales de la Unidad, y en concreto a los

PEPC, a la necesidad constante de defender su profesión en esferas tan inusitadas como la Asamblea de Madrid, recibiendo ataques constantes al ejercicio de la profesión, en concreto el acompañamiento psicológico que ofertamos, y tachándolo en muchos casos como “praxis patologizante”.

Por ello es necesario establecer, no sólo protocolos sanitarios a modo de directrices y guías profesionales, sino redactar y validar una instrucción a nivel asistencial que garantice este dispositivo en el SERMAS, avalado por indicadores objetivos de calidad y eficacia. De este modo se afianzaría el circuito de atención y su lugar en la cartera de servicios del SERMAS. También quedarían establecidas las funciones y labor de los PEPC que desempeñen estos puestos, actualmente sujetos a la buena voluntad y actitud proactiva de cada profesional.

13.3. ATIENDE: Unidad de Atención al Daño Emocional del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

13.3.1. Introducción

El programa ATIENDE fue creado en el año 2005. Surge como resultado de un acuerdo entre la Consejería de Sanidad, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA), y la Consejería de Asuntos Sociales, a través de la Dirección General de la Mujer, con el objeto de dar respuesta a las necesidades en materia de salud mental a las víctimas de violencia de género, detectadas desde el Punto de Coordinación de las Órdenes de Protección. Está financiado por el Plan Regional contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid y dispone de un recurso de atención específico para las mujeres (Programa Atiende Mujeres) y otro para los menores (Programa Atiende Menores) ubicados físicamente en espacios diferentes.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género insta a las diversas instituciones a luchar contra la violencia de género, así como a garantizar la recuperación integral de las víctimas. Concretamente en el capítulo III quedan recogidos los objetivos a conseguir en el ámbito sanitario. En los artículos 19 y 19 bis se hace especial mención a la atención psicológica y psiquiátrica de las víctimas. En este contexto desde la Comunidad de Madrid se pone en marcha entre otros dispositivos el Programa Atiende para dar respuesta a las necesidades en materia de salud mental a las mujeres víctimas de violencia de género y a sus hijos e hijas.

La Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid, establece, en su artículo 36, que el sistema autonómico de asistencia a las víctimas de Violencia de Género estará compuesto por la Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género (PMORVG) y por la Red de Centros y Servicios para Mujeres de la Comunidad de Madrid.

Dentro de la Red de atención integral a las víctimas de violencia de género, el programa ATIENDE es un dispositivo de segundo nivel, definiendo como recursos de segundo nivel de atención aquellos donde las mujeres y sus hijos e hijas requieren de la derivación de un profesional del primer nivel de atención, que pasará previamente por el Punto de Coordinación de las Órdenes

de Protección o recursos que prestan una atención muy especializada. Entre los dispositivos de segundo nivel, diferenciamos los recursos de atención sanitaria especializada y los dispositivos de atención psicosocial. Siendo los dispositivos de primer nivel de atención aquellos donde las mujeres y sus hijos e hijas reciben atención psicológica, social y asesoramiento jurídico cuando lo necesitan, sin haber requerido previamente la derivación de un/a profesional.

El programa ATIENDE, es un dispositivo perteneciente a la Consejería de Sanidad, en concreto a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, situado en el HGUGM, en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Se trata de una atención ambulatoria a la salud mental de mujeres víctimas de violencia de género que hayan desarrollado algún tipo de sintomatología psiquiátrica o psicológica debido a dicha vivencia.

Se trata de un equipo multidisciplinar que cuenta con profesionales médicos especialistas en psiquiatría, en psicología clínica y en trabajo social.

La población a la que se atiende desde este programa son mujeres que sufren violencia de género y debido a ello hayan desarrollado sintomatología psiquiátrica o psicológica que precise intervención desde dispositivos sanitarios de salud mental.

Las mujeres son derivadas desde los diferentes dispositivos de la red de atención a las víctimas de violencia de género de la Dirección de Igualdad (anteriormente Dirección General de la Mujer). Estos dispositivos pueden ser de carácter ambulatorio o residencial. Las profesionales de dichos dispositivos contactan a través del correo institucional del programa Atiende y envían el formulario de derivación acordado en el protocolo de colaboración con los datos de la mujer. Posteriormente desde el programa se contacta directamente con la mujer en el teléfono indicado para facilitarle una cita. Desde 2016 las mujeres también pueden ser derivadas desde los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Esta derivación se debe hacer tras la primera consulta o incluso si al analizar la derivación del médico de primaria el motivo de consulta fuese una situación de violencia de género. En ningún caso procede la derivación de una mujer que ya está siendo atendida en la red de salud mental.

Todas las derivaciones son examinadas por la coordinadora del programa a fin de garantizar que cumple los requisitos de inclusión, en caso de no ser así se informa al dispositivo de origen. El programa está diseñado para que la psicóloga clínica atienda en primer lugar a la paciente y posteriormente el médico psiquiatra el mismo día. Desde trabajo social no siempre se realizará una entrevista puesto que la mayor parte de las pacientes al estar atendidas en un dispositivo de asuntos sociales tiene un seguimiento desde dicha disciplina. Trabajo social del programa ATIENDE interviene cuando las mujeres no reciben esta atención desde algún otro dispositivo o cuando es necesario iniciar una nueva acción.

13.3.2. Características de las/os profesionales de la psicología clínica en ATIENDE

La psicóloga clínica del programa ha de ser conocedora de las consecuencias y secuelas que tiene la violencia de género para las mujeres que la sufren. Tiene que poseer un amplio conocimiento de las patologías y la clínica que se desarrolla como consecuencia de una situación traumática y conocer los mejores tratamientos para su intervención. Además, ha de tener amplios conocimientos sobre aspectos judiciales, ya que la gran mayoría de las pacientes se encuentran inmersas en procedimientos legales o van a iniciarlos.

13.3.3. Problemas más relevantes y retos de futuro de la psicología clínica en ATIENDE

El mayor reto al que se enfrentan los profesionales del programa es la falta de recursos especializados en violencia de género para seguimientos a largo plazo en la red de salud mental. Sin embargo, los dispositivos de la red contra la violencia pueden suplir las carencias del SERMAS en el seguimiento de casos de especial duración. Además, desde la ORCSMyA del SERMAS desde hace años ha designado un conjunto de profesionales referentes para violencia de género en cada Centro de Salud Mental de la red. Esta figura recibe formación especializada y mantiene reuniones trimestrales con las coordinadoras lo que les proporciona una alta capacidad para poder resolver dudas o pautas de actuación al resto de profesionales de sus centros de trabajo.

13.4. Unidad TEA-IPSM: Programas de Atención a los Trastornos del Espectro del Autismo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

13.4.1. Introducción

En los últimos años, distintas publicaciones destacan la necesidad de fortalecer un abordaje integral de las personas con TEA desde los servicios públicos de salud mental. En este sentido, el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024 (ORCSMyA, 2022), incluye una línea estratégica de atención a las personas con trastorno del espectro autista, en la que se incluye como objetivos mejorar el diagnóstico clínico temprano y el diagnóstico complejo, la creación de unidades de referencia, mejorar la atención a la salud física de estos pacientes, la coordinación entre los diferentes recursos (sanitarios, sociales y educativos), intervención psicoterapéutica y la investigación colaborativa, entre otros.

13.4.2. Características y funciones de las/os profesionales de la psicología clínica en la Unidad TEA-IPSM

En el HGUGM existe desde el año 2009 el Programa para la atención médica integral de los pacientes con trastorno del espectro autista (AMI-TEA), que atiende a personas con TEA de cualquier edad que necesiten algún tipo de atención médica que no pueda ser adecuadamente atendida en sus centros de referencia por diferentes motivos. Está constituido por un equipo multidisciplinar (actualmente dos enfermeras a tiempo completo y dos psicólogas clínicas, una psicóloga general sanitaria, ocho psiquiatras, una trabajadora social y dos técnicas en cuidados auxiliares de enfermería a tiempo parcial), y coordinado por profesionales sanitarios, que pretenden dar una respuesta eficaz a las necesidades de atención médica que caracterizan a esta población. Los objetivos principales son: la atención ambulatoria psiquiátrica, que incluye el diagnóstico diferencial orgánico, la evaluación en casos de descompensaciones conductuales, la realización de pruebas complementarias y la derivación a otras especialidades médicas; el apoyo por parte de enfermería en la hospitalización y en urgencias, en la facilitación en la gestión de las citas, y si fuese necesario, en el correspondiente acompañamiento

a otras unidades del hospital; la familiarización con el entorno hospitalario (<http://www.doctortea.org/>); la información y apoyo a familiares o tutores del paciente, la coordinación extrahospitalaria, la docencia y la formación continua, así como la investigación.

Las funciones de las psicólogas clínicas en este programa son: la aplicación de pruebas complementarias de evaluación que ayuden a un mejor abordaje del caso; la realización de intervenciones específicas con pacientes y familiares o tutores para diferentes dificultades (en relación con problemas de conducta, control de esfínteres, alimentación, conductas repetitivas y autoestimulaciones, obsesiones, ansiedad, fobias y aversiones sensoriales, problemas de estado de ánimo, trastornos adaptativos, problemas de sueño, sexualidad, relaciones sociales, autonomía, transición a la vida adulta o preparación de visitas médicas) desde una orientación conductual principalmente; la planificación, desarrollo y evaluación del programa mediante la participación en reuniones periódicas de coordinación con el resto del equipo para la mejora continua de la asistencia; la formación a otros profesionales y la docencia a diferentes estudiantes y residentes. En esta consulta se ofrece ayuda a progenitores y profesionales para diseñar planes de intervención en coordinación con otros recursos educativos, sanitarios o sociales. Además, se ofrece información o asesoramiento sobre el trastorno y/o sobre recursos y asociaciones de la Comunidad de Madrid.

Por otro lado, durante los años 2020 y 2021 se implementó una variación online en castellano del programa Incredible Years-Autismo y retraso en el lenguaje (IY-ASDLD) (Webster-Stratton et al., 2018), dentro de un estudio multicéntrico. Este programa está destinado a familiares de niños y niñas entre dos y cinco años que han recibido un diagnóstico de TEA, que presentan rasgos TEA o un retraso en el desarrollo del lenguaje. Se focaliza en el desarrollo de habilidades del lenguaje, de la comunicación social y de la imitación, a través de rutinas sensoriales y juego simbólico entre otras estrategias. Hace énfasis en el autocuidado y la búsqueda de apoyo por parte de los progenitores, y se centra en los aspectos positivos de la relación paterno-filial. Para estos fines se usan como herramientas el visionado de vídeos con niños y niñas con dificultades y sus cuidadores, role play y reforzamiento positivo. La implementación ha continuado de manera presencial desde 2022 por parte de una psiquiatra y una psicóloga clínica. El formato actual consta de unas catorce sesiones grupales semanales de dos horas.

Así mismo, desde 2016, en el HGUGM se encuentra en funcionamiento la Unidad de Diagnóstico Complejo TEA, cuyo objetivo es la evaluación de pacientes de cero a veinticinco años, en los que el diagnóstico de TEA no se ha podido realizar tras la valoración habitual de un especialista, debido a la complejidad del caso. Esta unidad recibe derivaciones desde los equipos de salud mental y desde neurología pediátrica de toda la Comunidad de Madrid. En ella se realiza una evaluación exhaustiva y multidisciplinar, en la que participan dos psicólogas clínicas, una psicóloga general sanitaria y tres psiquiatras a tiempo parcial, contando también con el apoyo de una trabajadora social cuando es necesario. En este proceso, tanto las psicólogas como las psiquiatras se encargan de revisar documentación previa y realizar las coordinaciones necesarias para recabar los datos relevantes. Las psicólogas entregan, corrigen e interpretan los resultados de los cuestionarios para padres/madres y profesores/as, y aplican escalas de desarrollo, pruebas cognitivas y la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2 (ADOS-2) (Lord et al., 2015). Además, en los casos necesarios realizan hasta tres entrevistas de postdiagnóstico con los padres para orientarles en los momentos iniciales. Por su parte, las psiquiatras revisan toda la información previa disponible, se entrevistan con los padres para realizar la historia del desarrollo, aplican el ADI-R (Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada) (Rutter et al., 2006), y realizan la devolución de información, entregando el informe conjunto de los facultativos que han intervenido en la evaluación del caso.

En la actualidad se está planteando la implementación de diferentes tipos de grupos que abarquen otras dificultades concretas en esta población (por ejemplo, problemas de sueño o digestivos) y a pacientes adolescentes (Programa PEERS: Programa para la Educación y el Enriquecimiento de las Relaciones Sociales).

13.4.3. Problemas más relevantes y retos de futuro de la psicología clínica en la Unidad TEA-IPSM

Como retos de futuro se mantiene la necesidad de incluir en mayor medida a las personas con TEA en los Centros de Salud Mental, tanto para el diagnóstico como para la intervención y seguimiento a lo largo de la vida; sería también necesario una mayor atención a las personas adultas, la creación de recursos públicos para pacientes que, además del TEA, presenten discapacidad intelectual o altas capacidades, y la integración de pacientes TEA en recursos existentes como hospitales de día o Centros de Rehabilitación Psicosocial o Rehabilitación Laboral. Para todo ello será necesario continuar con la formación de los diferentes profesionales que atienden a esta población.

13.5. Unidad de Salud Mental para Personas Sordas

13.5.1. Introducción

La Unidad de Salud Mental para Personas Sordas (USMS) del HGUGM de Madrid es un referente pionero en España. Está dedicada a la atención especializada a personas con discapacidad auditiva y problemas de salud mental que no pueden beneficiarse de los recursos ordinarios. Desde su creación en 2002, la unidad ha desarrollado un modelo de atención adaptado a las necesidades específicas de esta población, en cumplimiento de la Ley 27/2007 que reconoce las lenguas de signos en España.

13.5.2. Historia y Origen de la Unidad

La USMS surgió en respuesta a la necesidad de atención especializada en salud mental para personas sordas, históricamente marginadas en servicios de salud convencionales. La puesta en marcha de la unidad fue respaldada por asociaciones de personas sordas, la European Society for Mental Healthy Deaf People y la Consejería de Sanidad de Madrid. Desde sus inicios, ha buscado eliminar barreras comunicativas mediante el uso de la Lengua de Signos Española (LSE) (Muñoz y García, 1999; Ley 27/2007).

13.5.3. Descripción de la Unidad

La USMS está integrada por un equipo multidisciplinar que incluye personal de psiquiatría, psicología clínica y trabajo social. La unidad ofrece un entorno accesible, con espacios físicos adaptados para la comunicación visual. Además, se prioriza la intervención en la lengua preferida del paciente, generalmente la LSE, evitando el uso de intérpretes.

La USMS del HGUGM implementa diversos enfoques terapéuticos para abordar la heterogeneidad de las personas sordas que atiende. Entre ellos destacan la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia breve basada en soluciones y modelos culturalmente afirmativos. Cada enfoque se adapta a las características individuales de los pacientes, permitiendo una atención más eficaz y respetuosa con su identidad cultural.

13.5.4. Población Atendida

La unidad atiende a personas con pérdida auditiva de diversos grados (habitualmente de severa a profunda), y distintos momentos de aparición (hipoacusia prelocutiva y postlocutiva). También se presta atención a pacientes con discapacidades asociadas. Estos pacientes presentan una prevalencia significativamente mayor de trastornos mentales en comparación con la población general, lo que subraya la importancia de un enfoque especializado.

Diversos estudios han aportado información valiosa sobre los desafíos en la salud mental de personas sordas. Schein (1975) subrayó cómo la marginación histórica ha influido en las oportunidades educativas y laborales, así como en la salud mental de las personas sordas. Su trabajo enfatiza la relevancia de promover una percepción positiva y empoderadora del colectivo.

Hindley (2005) destacó que los niños sordos tienen tasas más altas de trastornos emocionales y de conducta en comparación con sus pares oyentes, atribuidas en parte a las barreras de comunicación y a las limitaciones en la detección temprana.

Du Feu (2001) exploró las particularidades de los servicios de salud mental para personas sordas, proponiendo un enfoque basado en evidencias y adaptado culturalmente. Sus recomendaciones incluyen el uso de herramientas diagnósticas diseñadas específicamente para esta población, así como el fomento de la psicoterapia en Lengua de Signos como una intervención central.

Fellinger, Holzinger y Pollard (2012) señalaron que las personas sordas enfrentan un acceso limitado a los servicios de salud mental, lo que resulta en una atención fragmentada y desigual. Subrayaron la importancia de integrar enfoques culturalmente sensibles y el uso de la Lengua de Signos en los servicios para abordar estas brechas de manera efectiva.

Por otro lado, Ebert y Heckerling (1995) identificaron que muchos médicos carecen de conocimientos sobre cómo comunicarse de manera efectiva con pacientes sordos, lo que genera frustraciones tanto en los pacientes como en los profesionales. Sus hallazgos respaldan la necesidad de una formación continua para los profesionales de la salud en temas de accesibilidad y comunicación inclusiva.

Todo lo reseñado anteriormente refuerza la necesidad de intervenciones tempranas y servicios especializados como los que ofrece la USMS del HGUGM.

13.5.5. Acceso y Procedimiento de Atención

El proceso de derivación y admisión a esta unidad se realiza de la siguiente manera:

Derivación:

- **Atención Primaria:** Los pacientes pueden ser derivados a la USMS por su médico de atención primaria, quien identificará la necesidad de una evaluación especializada en salud mental.
- **Otros Profesionales Sanitarios:** especialistas de otras áreas médicas (psiquiatría, psicología clínica, otorrinolaringología) que detecten necesidad de valoración de valoración y seguimiento en pacientes con discapacidad auditiva también pueden remitirlos a la USMS.

Proceso de Admisión:

1. **Recepción de la Derivación:** Una vez recibida la derivación, el equipo de la USMS revisa la información proporcionada para comprender la situación clínica del paciente.
2. **Contacto con el Paciente:** El personal de la unidad se comunica con el paciente para programar una cita inicial. Dado que la USMS está adaptada para atender a personas sordas, se garantiza que la comunicación sea accesible, utilizando la LSE o el método preferido por el paciente.
3. **Evaluación Inicial:** En la primera consulta, se realiza una evaluación integral que incluye aspectos clínicos, psicológicos y sociales. Esta evaluación es llevada a cabo por profesionales capacitados en LSE y con experiencia en la atención a personas sordas.
4. **Plan de Tratamiento:** tras la evaluación, se elabora un plan de tratamiento personalizado que puede incluir terapia psicológica, intervención psiquiátrica, seguimiento social y, si es necesario, coordinación con otros servicios de salud, sociales o del movimiento asociativo de personas sordas.

13.5.6 Características del profesional de psicología clínica que trabaja en la USMS

La atención psicológica a personas sordas requiere que los profesionales posean una formación específica que aborde tanto las competencias comunicativas como el entendimiento de la cultura sorda.

Es imprescindible la competencia en LSE para establecer una comunicación efectiva con los pacientes sordos. Este dominio facilita la creación de un vínculo terapéutico sólido y asegura una comprensión precisa de las experiencias del paciente.

Conocimiento de la Cultura Sorda. Además del lenguaje, es esencial que los profesionales de la psicología comprendan la cultura sorda, incluyendo sus valores, normas y experiencias únicas. Este entendimiento permite una intervención más empática y contextualizada, respetando la identidad y las particularidades de la comunidad sorda.

Adaptación de Herramientas Diagnósticas: los psicólogos deben estar capacitados para adaptar y validar pruebas psicológicas que consideren las características lingüísticas y culturales de las personas sordas. Esto garantiza evaluaciones precisas y evita interpretaciones erróneas derivadas de herramientas no adaptadas.

Formación Académica y Continua: los profesionales deben realizar cursos especializados en psicología de la población sorda y sordociega, que aborden aspectos como el desarrollo

comunicativo, cognitivo y afectivo-social, así como las ayudas técnicas disponibles. La formación continua asegura que los psicólogos estén actualizados en las mejores prácticas y avances en la atención a esta población.

Sensibilización y Empatía. Más allá de las habilidades técnicas, es crucial que los PEPC desarrollen una sensibilidad especial hacia las experiencias y desafíos que enfrentan las personas sordas, promoviendo una atención inclusiva y respetuosa.

En resumen, la formación de los psicólogos clínicos que trabajan con personas sordas debe ser integral, abarcando competencias lingüísticas, comprensión cultural, adaptación de herramientas diagnósticas y una actitud empática y sensibilizada hacia las necesidades de esta comunidad.

13.5.7. Problemas más relevantes y retos de futuro de la psicología clínica en la USMS

La USMS enfrenta múltiples retos a futuro, derivados tanto de las necesidades cambiantes de la población como de las limitaciones estructurales y presupuestarias. Entre los principales desafíos se encuentran:

1. Incrementar la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos para atender una población creciente y cada vez más heterogénea. Esto incluye la necesidad de incorporar más especialistas formados en LSE y en salud mental (García García, 2013).
2. Tal y como plantea Hindley (2005) se debe sensibilizar a los gestores y políticos sobre la importancia de mantener y expandir servicios especializados, en un contexto de presión económica donde los recursos para salud suelen reducirse.
3. La USMS debe adaptarse a avances tecnológicos e innovaciones que transforman las necesidades de los pacientes, requiriendo nuevos enfoques diagnósticos y terapéuticos.
4. Fomentar la investigación clínica y epidemiológica para justificar la continuidad y expansión de la unidad mediante evidencia científica robusta y para desarrollar herramientas diagnósticas y terapéuticas específicas, asegurando una atención de calidad para una población cada vez más diversa.
5. Mejorar la colaboración interinstitucional y la integración de servicios de rehabilitación y apoyo social, para ofrecer una atención más integral.
6. Un desafío crítico es la sensibilización y formación de más profesionales en salud mental que puedan comunicarse directamente en LSE y comprender las particularidades culturales de las personas sordas.
7. Además, es fundamental superar las barreras administrativas y burocráticas que dificultan el acceso de estas personas a servicios especializados.

13.5.8. Conclusión

La USMS representa un avance significativo en la provisión de servicios de salud mental inclusivos y culturalmente adaptados. A lo largo de los años, esta unidad ha demostrado ser

un modelo ejemplar en la atención a las necesidades específicas de las personas sordas, integrando enfoques terapéuticos que respetan su identidad lingüística y cultural.

La investigación en el ámbito de la salud mental de personas sordas, como la llevada a cabo por Hindley (2005) y Du Feu (2001), ha subrayado la importancia de los servicios especializados para abordar las tasas más altas de trastornos emocionales y conductuales en esta población. La inclusión de herramientas diagnósticas adaptadas esencial para proporcionar evaluaciones precisas y tratamientos eficaces.

Asimismo, los hallazgos de Fellinger et al. (2012) enfatizan la necesidad de abordar las disparidades en el acceso a los servicios de salud mental. La fragmentación de los servicios y las barreras comunicativas pueden perpetuar la exclusión social de las personas sordas. Esto refuerza la relevancia de modelos como el implementado en la USMS, que prioriza la accesibilidad mediante el uso de la LSE y la formación de profesionales en competencias culturales y lingüísticas específicas.

Sin embargo, persisten retos importantes. La necesidad de recursos humanos y tecnológicos, la sensibilización de gestores y la superación de barreras administrativas destacan como prioridades para garantizar la sostenibilidad de este tipo de unidades. La implementación de políticas públicas que fomenten la formación de profesionales en este ámbito y la investigación continua, como lo plantea García García (2013), será clave para cerrar las brechas de atención.

En resumen, la experiencia de la USMS del HGUGM demuestra que los servicios de salud mental pueden adaptarse eficazmente a las necesidades de poblaciones marginadas. Este modelo no solo mejora la calidad de vida de las personas sordas, sino que también sienta un precedente para la creación de unidades similares en otros contextos, reafirmando el compromiso con los derechos humanos y la equidad en salud.

13.6. Servicio Especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual (SESM-DI)

Integrante del grupo de trabajo:

Mar Rivas Rodríguez

Psicóloga Clínica

Se encuentra en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Princesa (Ubicado en el Centro de Especialidades Hermanos García Noblejas) y fue creado en junio de 2008.

Este servicio trabaja tanto con personas adultas como menores con discapacidad intelectual.

El Servicio va dirigido a:

- Personas adultas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental y/o de conducta, que ocupan plazas en Centros Públicos y Concertados de discapacidad de la Comunidad de Madrid (desde 2008).
- Usuarios con discapacidad intelectual escolarizados en Colegios de Educación Especial (CEE) Públicos de la Comunidad de Madrid (hasta 22 años) (desde 2015).

El procedimiento de derivación en personas adultas es a través de la cumplimentación del protocolo de derivación desde el centro de discapacidad y con autorización del paciente y/o tutores legales, que se enviará a adjudicación de plazas por correo electrónico.

Para los menores solo es posible la derivación desde los CEE de la Comunidad de Madrid, y la derivación se realiza a través del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

El abordaje desde Psicología Clínica incluye:

- Evaluación bio-psico-social del caso a través de entrevistas y registros en diferentes entornos (centro y domicilio).
- Diagnóstico específico de la etiología de la alteración de conducta y/o enfermedad psiquiátrica, TEA y otras entidades clínicas.
- Abordaje psicoterapéutico con paciente y/o familia.
- Coordinaciones regulares con los centros y desplazamientos para valoraciones in situ.
- Coordinación con otros profesionales del ámbito de la salud y de los Servicios Sociales.
- Formación y asesoramiento a profesionales de los centros y de los colegios públicos de Educación Especial.

Se trata de equipo móvil integrado por distintos especialistas (2 psiquiatras, 2 psicólogas clínicas, 1 enfermera especialista en Salud Mental, 1 trabajadora social y 1 administrativa).

Bibliografía

American Psychiatric Association (2014). DSM-5: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>

Asenjo Araque N. y Lucio Perez, M.J. (2023). Actualización del acompañamiento psicológico en procesos de transición de menores transgénero en la Comunidad de Madrid. Psicología. com, 27. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/actualizacion-del-acompanamiento-psicologico-en-procesos-de-transicion-de-menores-transgenero-en-la-comunidad-de-madrid>

Asenjo Araque, N. (2021). Atención psicológica en menores transgénero En A. Izquierdo Elizo, I. Cuéllar Flores, y D. Padilla Torres (Coords.). *Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia* (p. 371-376). McGrawHill.

Boada, L. y Parellada, M. (2017). Ir al médico sin miedo: www.doctortea.org para la habituación al entorno médico de pacientes con autismo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10 (1), 28-32.

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L. ... y Arcelus, J (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

Du Feu, M. (2001). Mental health and deafness. London: Whurr Publishers.

Ebert, D. A., y Heckerling, P. S. (1995). Communication with deaf patients: Knowledge, beliefs, and practices of physicians. *JAMA*, 273(3), 227-229.

Fellinger, J., Holzinger, D., y Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037-1044.

García García, A. M. (2013). Challenges for mental health services for deaf people in Europe. *International Journal on Mental Health and Deafness*, 3(1)

Hindley, P. A. (2005). Mental health problems in deaf children. *Current Paediatrics*, 15(2), 114-119.

Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 310, de 29/12/2005, *Boletín Oficial del Estado* (España), 52, de 2 de marzo de 2006. <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2005/12/20/5/con>

Ley 27/2007, de 23 de octubre. Por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. *Boletín Oficial del Estado* (España), 255, de 24 de octubre de 2007 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-18476>

Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 98, de 26/04/2016, *Boletín Oficial del Estado* (España), 169, de 14/07/2016. <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2016/03/29/2/con18>

Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. *Boletín Oficial del Estado* (España), 51, de 1 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4>

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado* (España), 313, de 29 de diciembre de 2004. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. y Bishop, S. L. (2015). ADOS-2. *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2. Manual* (Parte I): Módulos 1-4 (T. Luque, adaptadora). TEA Ediciones.

Maylon, A. K. (1982). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal Homosexuality*, 7(2-3), 59-69. https://doi.org/10.1300/j082v07n02_08

Muñoz, J. y García, A. (1999). Salud mental y sordera. FIAPAS.

- Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2006). *ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada* (V. Nanclares-Nogués, A. Cordero y P. Santamaría, Adaptadores). TEA Ediciones.
- Schein, J. D. (1975). The deaf scientist. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 9(1), 17-21.
- SERMAS (2022). Protocolos sanitarios de adultos e Infanto-juvenil para personas transgénero de la Comunidad de Madrid. 2022. Intranet Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- Webster-Stratton, C., Dababnah, S. y Olson, E. (2018). The Incredible Years® Group-Based Parenting Program for Young Children with Autism Spectrum Disorder. En M. Siller y L. Morgan (Eds.). *Handbook of Parent-Implemented Interventions for Very Young Children with Autism* (pp. 261-282). Springer.



Desafíos de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud: perspectiva de los profesionales

Lucía Fernández Garzón (Coordinadora)

Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Vallecas Villa

Isabel Cuéllar-Flores

Psicóloga Clínica. Hospital Clínico San Carlos

Manuel Velao Valerio

Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental Arganzuela y CSM Argüelles

Integrantes del grupo de trabajo

Mercedes Ferreira (PAIPSE), **M.ª Luz Palacios** (Hospital Ramón y Cajal), **Miriam Jiménez** (Hospital La Paz), **Beatriz Manzano** (en paro), **Begoña Marcos** (Hospital de Villalba) e **Irene de la Vega** (Hospital Clínico San Carlos)

14.1. Introducción

La Psicología Clínica como titulación oficial tiene más de veinticinco años de historia en España (Real Decreto 2490/1998 de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica). Desde su creación hasta la actualidad ha experimentado numerosos retos (Olabarria y García, 2011), y podríamos afirmar que su consolidación en el Sistema Nacional de Salud (SNS) así como su crecimiento ha sido estable (Fernández-García, 2021).

Si bien a lo largo de su historia se han señalado diversas dificultades y problemáticas (Olabarria, 2004), en el momento actual se pueden identificar al menos tres desafíos: la adecuada planificación de la oferta y necesidades de psicólogos/as especialistas en Psicología Clínica (PEPC) para el Sistema Nacional de Salud (Cuéllar-Flores et al., 2022), el desarrollo efectivo de sus competencias legales (Cuéllar-Flores et al., 2024) y el acceso de la Psicología Clínica a la gestión sanitaria (Duro Martínez, 2016).

Asimismo, contamos con un trabajo realizado hace más de 10 años mediante metodología cualitativa con profesionales de la Psicología Clínica de la Comunidad de Madrid (Duro Martínez, 2013a) en el que los desafíos mencionados ya estaban presentes. De hecho en aquel estudio se identificaron los siguientes problemas: preocupación por la pérdida de plazas PEPC y la precariedad laboral de los profesionales, identidad profesional poco asentada, con riesgos y amenazas para su consolidación, desigual grado de autonomía y 'crecimiento' profesional por ámbitos, escaso número de plazas PIR convocadas, solapamiento de sus funciones con psiquiatría, menor asignación de pacientes con trastornos mentales graves, incremento de lista de espera y dificultad para proporcionar una atención psicológica de calidad y subordinación hacia los jefes psiquiatras.

La adecuada **planificación de necesidades de profesionales** supone todo un reto para cualquier profesión, de hecho, se han elaborado diversos informes oficiales para las profesiones médicas desde el Ministerio de Sanidad (Barber Pérez y González López-Valcárcel, 2024; 2022; 2018), no así para la Psicología Clínica. Por este motivo se han realizado análisis y propuestas, tanto a nivel nacional (Ballescà i Ruiz, 2020; Duro Martínez, 2019, 2020, 2021; Fernández-García, 2021) como autonómico (Cuéllar-Flores et al., 2022; Duro Martínez, 2016) que pudieran arrojar luz sobre esta cuestión capital. La importancia de aumentar el número de PEPC así como de plazas de residentes de Psicología Clínica o plazas PIR ha sido reivindicada por sociedades científico-profesionales (Asociación Española de Neuropsiquiatría -AEN, 2006; Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología -AEPCP, 2020; Asociación Nacional de Psicología Clínica y Residentes -ANPIR, 2021; Infocop, 2024, Sociedad Madrileña de Psicología Clínica -SMPC 2024), organizaciones civiles (García Copín et al., 2023) y hasta por el Defensor del Pueblo (2020). Varias PNL también lo han hecho (Proposición No de Ley 161/000636; Proposición No de Ley PNL 28/2021). Se ha alertado también sobre que en los próximos años se producirán jubilaciones que deben ser cubiertas por especialistas (Ballescà i Ruiz, 2020). Por todo ello parece muy relevante realizar estimaciones y planificar la necesidad de profesionales en el corto y medio plazo.

En lo que respecta a las **competencias legales** de los y las psicólogas clínicas, Escudero en 2003 publicó un clarificador artículo, elaborado mediante la consulta de diversos documentos y legislaciones sobre las competencias y funciones que corresponden a los PEPC como facultativos especialistas. Concluyen que los PEPC tienen competencias claramente

establecidas para realizar diagnósticos clínicos, evaluaciones y tratamientos psicológicos, y responsabilidad en las decisiones sobre los tratamientos psicológicos. En cuanto a las competencias para realizar informes periciales judiciales, los solicitados por la Comisión de Tutela del Menor, los relativos a las bajas y altas laborales y los realizados para otros especialistas, también parecen claramente establecidas, así como las indicaciones de ingresos y altas hospitalarias correspondientes a los facultativos especialistas. En cuanto a la capacidad para coordinar equipos de salud mental, las autoras señalan que ha habido desarrollo normativo en las Comunidades Autónomas que reconocen la competencia de los PEPC para el acceso a jefaturas de servicio y la coordinación de equipos de salud mental. Sin embargo, contamos con información limitada sobre el ejercicio de algunas de estas competencias reconocidas por ley para la Psicología Clínica (PC). Podemos mencionar el trabajo de Palacios en 2006 que puso de manifiesto que en algunos centros de salud mental y en las unidades de ingreso hospitalarias se impedía o no se tenía en cuenta que los PEPC pueden realizar indicaciones y dictámenes de ingresos y altas. En una revisión más reciente del trabajo previo de Escudero (Cuéllar-Flores et al., 2024), concluyen que, si bien “Los PEPC tienen reconocida su capacidad legal para un conjunto amplio de actividades clínicas, de gestión, docentes e investigadoras. Algunas actividades se ven limitadas en la práctica, y para otras no existe un marco legal establecido que permita su desempeño”.

Con respecto al ejercicio de **actividades de gestión clínica** y coordinación de equipos por parte de PEPC en el sistema sanitario, ya fue señalada en los comienzos de la Reforma Psiquiátrica como una nueva función en salud mental comunitaria (Duro Martínez, 1992). Además, cabe recordar que el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica que incluye la formación en gestión (Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica) reconoce como competencia de los y las psicólogos/as clínicos/as “Desarrollar tareas de dirección, planificación, gestión y/o coordinación de servicios, equipos y programas, en especial los vinculados con la atención a la salud mental”. Asimismo, la normativa de ámbito estatal con respecto a las jefaturas de sección y jefaturas de servicio (Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud) se debe aplicar a todo facultativo. Por otra parte, en lo que respecta a los Servicios de Psicología Clínica, recientemente se han creado por primera vez en hospitales del SNS, en concreto en Cataluña (Domínguez, 2023). Sin embargo, no es una reivindicación novedosa (García y Olabarriá, 1996; Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2005). En opinión de estos y otros autores (PSIARA, 2023), estos servicios optimizarían los recursos que, de otro modo, estarían aislados e inconexos, la atención psicológica estaría disponible para el resto de los servicios del hospital que lo precisaran, y favorecería la priorización de la atención psicológica y la contratación de recursos humanos. Por otra parte, en la Comunidad Autónoma de Madrid existen precedentes de servicios no médicos hospitalarios, como son los Servicios de Trabajo Social (Acuerdo de 12 de abril de 2018 de la Mesa Sectorial de Sanidad sobre organización de los Servicios de Trabajo Social en el Servicio Madrileño de Salud), en un modelo que consideramos igualmente necesario y exportable a la PC.

Identificados los desafíos considerados por las autoras del presente trabajo como más apremiantes (oferta y necesidad de PEPC, competencias legales y gestión) para la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el objetivo de este trabajo ha sido acceder a información que nos permita afrontarlos, así como examinar la opinión de los/as psicólogos/ as clínicos/as con respecto a éstos, y la situación real en sus servicios a través de una encuesta a profesionales del SERMAS.

14.2. Método

14.2.1. Participantes

Se han recogido las respuestas de 206 y 182 PEPC (encuestas de 2021 y 2022 respectivamente) que trabajan en el SERMAS. Entre los profesionales que contestaron a la encuesta en 2022, 12 desempeñaban su actividad en 2 dispositivos por lo que estos 182 (N = 182) profesionales dieron lugar a 194 conjuntos de respuestas (i = 194). En la encuesta de 2021 se obtuvieron 206 respuestas que correspondían a 206 profesionales distintos (i = N = 206). En la Tabla 1 se muestran las características laborales y sociodemográficas.

Tabla 1. Características laborales y sociodemográficas en las personas encuestadas

Edad (Media, DT)	2021 (N = 206)		2022 (N = 182)	
	41,75 (8,82)		43,21 (9,53)	
	Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Mujer	144	70%	146	80%
Hombre	62	30%	36	20%
Centro de Salud (Atención Primaria)	16	8%	21	10%
Centro de Salud Mental	108	55%	106	55%
Adicciones	17	9%	20	10%
Hospital de Día	13	7%	14	7%
Hospital	33	17%	33	18%
Otros	6	3%	0	0%
Población adulta	165	80%	151	82%
Niños/as y adolescentes	40	20%	41	18%

14.2.2. Instrumentos

Se llevaron a cabo dos encuestas on line. La primera en el seno de la Plataforma de Psicólogas Clínicas del SERMAS a finales de 2021 y la segunda en el seno de la Sociedad Madrileña de Psicología Clínica a finales de 2022. Estas encuestas se elaboraron ad hoc e incluían preguntas sobre variables de contacto y sociodemográficas (sexo, edad), características sociolaborales (situación laboral actual, ámbito de trabajo, lugar de trabajo, distribución de la jornada, tipo de dependencia orgánica) y características asistenciales (posibilidad de derivación directa y recepción de derivaciones de otros especialistas, competencias, programas y actividades). Se incluyeron preguntas sobre calidad asistencial y organizativa (actitud hacia la creación de Servicios de Psicología Clínica, plazas PIR, y existencia de PEPC en algún cargo de responsabilidad asistencial o gestión en su hospital).

14.2.3. Procedimiento

Las dos encuestas online seriadas fueron contestadas por los profesionales entre noviembre de 2021 y enero de 2023 mediante el método de muestreo no probabilístico “bola de nieve” a través de redes de contacto personales y profesionales.

14.2.4. Análisis estadísticos

Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas mediante el cálculo de estadísticos descriptivos sobre los resultados brutos obtenidos (sumatorios, frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas) con el programa Excel 16.62.

14.3. Resultados

14.3.1. Oferta y necesidad de plazas PEPC

El primero de los desafíos planteados hacía referencia a la adecuada planificación de la necesidad de profesionales. Se recogieron datos relativos a los PEPC existentes (Tabla 1) y a la entrada (ampliación plazas PIR y obstáculos previstos) y salida (jubilaciones y fidelización laboral) de PEPC en el SERMAS.

a) Plazas PIR. En relación con el incremento de plazas de formación especializada, el 59% de los encuestados consideran que su hospital tiene capacidad para acreditar alguna plaza PIR nueva (Tabla 2). Sin embargo, un número igualmente mayoritario (53%) piensa que el servicio en el que trabaja carece de la infraestructura suficiente para incorporar nuevos profesionales, advirtiendo de obstáculos para la implementación de esta solución.

Tabla 2. Capacidad de los servicios para acreditar nuevas plazas de psicólogo/a interno/a residentes expresada por psicólogos/as especialistas en Psicología Clínica

Pregunta de la encuesta	Respuesta N = 206	Porcentaje
¿Crees que tu hospital tiene capacidad para acreditar alguna plaza PIR nueva?	Si:122	59,1 %
	No: 58	28,1 %
	NR: 26	12,7 %
¿Crees que el servicio en el que trabajas tendría infraestructura para incorporar más profesionales de salud mental o residentes?	SI: 94	46%
	NO: 110	53%
	NR: 2	1%

El 16% de los encuestados aportaron información en relación con los obstáculos esperables a la ampliación de plazas PIR. El 24% aluden a la escasez de espacio. Un 18% a resistencias por

parte del jefe de servicio. Un 12% a las dificultades de los PEPC por sobrecarga y por la excesiva burocracia y desmotivación asociada. Un 9% afirma que existe más interés por parte de los servicios en acreditar plazas MIR de psiquiatría, un exceso de residentes en una misma rotación y a la inestabilidad de los profesionales para poder hacerse cargo de esos residentes. El 6% señalaba pocos PEPC y la oposición de la dirección médica y un 3% problemas administrativos, falta de presupuesto y falta de dispositivos específicos (Tabla 3).

Tabla 3. Obstáculos informados para la acreditación plazas Psicólogo/a Interno/a Residente

¿Crees que hay algún obstáculo para dicha acreditación? N = 33		
Escasez de espacios	8	24%
Resistencias del jefe de servicio	6	18%
Resistencia por parte de las PEPC por sobrecarga	4	12%
Burocracia/desmotivación	4	12%
Más interés en acreditar plazas MIR	3	9%
Excesivos residentes para la misma rotación	3	9%
Inestabilidad profesionales	3	9%
Pocos psicólogos Especialistas en Psicología clínica	2	6%
Oposición dirección médica	2	6%
Problemas administrativos durante la acreditación	1	3%
Falta de presupuesto	1	3%
Falta de dispositivos específicos HD, Unidad de agudos	1	3%

b) **Jubilaciones.** En cuanto a la salida de profesionales, se preguntó por las salidas forzosas (jubilaciones) en sus dispositivos en los próximos 10 años. Los profesionales informaron de al menos 101 jubilaciones (45 en CSM, 12 en AP, 17 en la red de adicciones, 17 en interconsulta y enlace, 8 en hospital de día y 2 en SUMMA). Teniendo en cuenta que a principios del 2024 había 480 PEPC entre la red de salud mental y la red de adicciones en el SERMAS, se estima que en los próximos 10 años se jubilará un 21% de la plantilla de profesionales.

c) **Fidelización laboral.** En relación con la salida voluntaria del SERMAS, tal y como se recoge en la Tabla 4, en la encuesta de 2022 se preguntó a los profesionales por la voluntad de cambiar de trabajo en caso de disponer de otras opciones. Más de la mitad de los PEPC (55%) se pronunció en contra de tal posibilidad, si bien resultan llamativos los porcentajes tanto de los PEPC de HD (79%) como de los CAID (30%) que se alejan claramente del valor promedio.

Tabla 4. Disponibilidad para cambio de trabajo informada por los/las psicólogos/as especialistas en Psicología Clínica del Servicio Madrileño de Salud

Dispositivo	N	Respuesta			Porcentaje		
		No	Si	NC	No	Si	NC
		58	42	6	55%	40%	5%
Centro de Salud Mental	106	20	10	3	61%	30%	9%
Interconsulta y enlace	33	12	9	0	57%	43%	0%
Atención Primaria	21	11	3	0	79%	21%	0%
Hospital de Día	14	6	14	0	30%	70%	0%
Centro Atención Adicciones	20	107	78	9	55%	40%	5%
TOTAL	194						

Los motivos fueron clasificados por los autores en seis categorías en función de su contenido: 1) Malas condiciones de asistencia: excesivo número de pacientes/día y demora entre citas, limitaciones a la coordinación, etc. 2) Malas condiciones laborales: remuneración insuficiente, dificultades de conciliación, limitaciones a la proyección profesional, limitaciones en formación, 3) Circunstancias personales 4) Problemas de gestión del centro: ausencia de espacios, reparto entre puestos de funciones distintas, inflexibilidad de turnos, 5) Consideración profesional y 6) Otros para aquellos que no pudieron encuadrarse en las categorías anteriores. Cuando una respuesta incluía varios motivos encuadrables en distintas categorías todos se recogieron en sus distintas categorías como motivos distintos. De esta manera se generó una muestra de 94 (j) motivos de cambio extraídos de las 73 (i) respuestas, ofrecidas por los 77 (N) profesionales que se mostraron dispuestos a cambiar (Tabla 5).

Tabla 5. Motivos para cambiar de trabajo informados por psicólogos/as especialistas en Psicología Clínica del Servicio Madrileño de Salud

	Total (j = 94)	CSM (j = 38)	AP (j = 13)	CAID (j = 27)	IyE (j = 13)	HD (j = 3)
Malas condiciones de asistencia	47%	55%↑	69%↑	33%↓	38%↓	0%↓
Malas condiciones laborales	21%	11%↓	23%↑	44%↑	8%↓	0%↓
Circunstancias personales	19%	21%↑	8%↓	15%↓	15%↓	100%↑
Problemas de gestión del centro	7%	11%↑	0%↓	4%↓	23%↑	0%↓
Consideración profesional	4%	0%↓	0%↓	4%	15%↑	0%↓
Otros	1%	3%↑	0%↓	0%↓	0%↓	0%↓

El motivo más alegado (47%) fue, para todos los dispositivos salvo HD, las malas condiciones de asistencia. Constituía el 69% de los motivos de los PEPC de AP para justificar su disponibilidad a cambiar de trabajo, el 55% en los/las PEPC de CSM, el 38% en los/las PEPC de IyE y el 33% en

los del CAID. Este motivo no figuraba entre los aportados por los y las PEPC de HD. El resto de los motivos se distribuyeron de la siguiente manera: el 21% hacía referencia a malas condiciones laborales, especialmente en los CAID (44%), el 19% a circunstancias personales (único motivo entre los/las profesionales de HD), el 7% a problemas de gestión atribuibles al centro, siendo especialmente prevalentes (23%) en IyE, mientras que el 4% señalaba la desconsideración profesional (siendo nuevamente frecuente entre los PEPC de IyE).

14.3.2. Ejercicio de competencias legalmente reconocidas

En la encuesta de 2021 se incluyeron, con relación al ejercicio de competencias legales propias de los y las PEPC preguntas sobre derivaciones de pacientes, rol de responsabilidad de programas e indicación de ingresos recogidas en la Tabla 6.

Tabla 6. Ejercicio de competencias legales de los/las psicólogos/as especialistas en Psicología Clínica del Servicio Madrileño de Salud

Pregunta de la encuesta	Respuesta N = 206	Porcentaje
¿Recibes derivaciones directas de otras especialidades distintas de psiquiatría?	No: 38	18,5%
	Si: 157	76,2%
	NR: 11	5,3 %
¿Puedes realizar derivaciones a otros especialistas, distintos a psiquiatría en calidad de interconsulta?	No: 74	36%
	Si: 116	56%
	NR: 16	8%
¿Puedes realizar derivaciones a servicios de tercer nivel (por ej. HD) o programas específicos (¿UTCA, UTP, etc.?)	No: 46	22%
	Si: 108	52%
	NR: 19	9%
	Algunas: 33	16%
¿Eres el/la responsable de algún programa asistencial en tu centro?	No: 129	62,6%
	Si: 58	28,1%
	NR: 19	9,2%
¿Puedes indicar ingresos programados o involuntarios en la Unidad de Hospitalización Breve de tu Hospital?	No: 105	50,9%
	Si: 65	31,5%
	NR: 36	17,4%

Si bien la realización de derivaciones a otros especialistas y a recursos de tercer nivel parecen mayoritariamente aceptadas (56% y 52% respectivamente) resulta llamativo que tan solo, la mitad de los profesionales consultados las lleven a cabo. Mención aparte requiere el ingreso en UHB y el ejercicio de responsabilidad sobre programas asistenciales donde los porcentajes no alcanzan el 33%, ni aun añadiendo el porcentaje de no responden no alcanzaría el 50%.

Además, se añadieron preguntas en relación al programa de e-consultas (sistema de coordinación *online* entre Médicos/as de Familia y especialistas del Centro de Salud Mental) y a la posibilidad de ser referente asistencial de pacientes con trastorno mental grave (TMG) como otras competencias legales del PEPC. Si bien en la encuesta de 2021 estas preguntas se formularon para el total de la muestra, en la encuesta de 2022, se acotó estas preguntas a la subpoblación de PEPC en CSM (Tabla 7).

Tabla 7. Referente asistencial de pacientes con trastornos mentales graves y participación en e-consultas informadas por los/las psicólogos/as especialistas en Psicología Clínica del Servicio Madrileño de Salud

Pregunta de la encuesta	2021 Respuesta N = 206	2022 Respuesta N = 108
Si trabajas en un Centro de Salud Mental, ¿Tienes acceso a e - consulta para la coordinación directa con Médicos/as de Familia?	No: 74 (35,9%)	No: 62 (57,4%)
	Si: 49 (23,7%)	Si: 46 (42,5%)
	NP: 83 (40,2%)	NP: 0 (0%)
¿Eres el/la referente asistencial de algún paciente con Trastorno Mental Grave?	No: 108 (52,4%)	No: 54 (50%)
	Si: 75 (36,4%)	Si: 51 (47,2%)
	NS/NC: 23 (11,1%)	NP: 3 (2,7%)

En los casos en los que los/las PEPC informaron que era otro profesional el que asume la responsabilidad de las e-consultas de coordinación con primaria, en el 25,97% de casos lo asume el psiquiatra, 27,27% el coordinador, en el 7,79% un psiquiatra o PEPC designado, 14,29% otros profesionales y el 24,68% no sabe quién gestiona la e-consulta.

14.3.3. Actividades de gestión

En relación con el ejercicio de actividades de gestión se incluyeron las preguntas recogidas en la Tabla 8, junto con las correspondientes respuestas emitidas por los encuestados en 2021.

Tabla 8. Desempeño de actividades de gestión y creación de servicios propios

Pregunta de la encuesta	Respuesta N = 206	Porcentaje
Administrativamente dependes de un Servicio de Psiquiatría y Salud Mental	No: 46	22%
	Si: 160	77%
¿Hay algún Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica en algún cargo de responsabilidad asistencial o gestión en tu Hospital?	No: 139	67%
	Si: 36	17%
	No lo sé: 32	15%
¿Estarías a favor de la creación de Servicios de Psicología Clínica específicos?	No: 13	6%
	Si: 169	82%
	NC: 25	12%

En términos de gestión, la inmensa mayoría (N = 160, 77%) de los y las PEPC del SERMAS dependen orgánicamente del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental.

Pese a la integradora denominación de los Servicios de Salud Mental, la representatividad de los/las PEPC en puestos de responsabilidad es escasa, menos de un 20% (18,1%) informan del conocimiento de puestos responsabilidad asistencial en sus servicios; poniéndose de manifiesto la subordinación de los/las PECP a los/las médicos/as psiquiatras (únicos facultativos con los que comparten dichos Servicios). En los reducidos casos en los que el PEPC desempeña un cargo de responsabilidad, un porcentaje no menor (37,9%) son puestos no formalizados ni recogidos en el organigrama, desempeñando funciones no reconocidas explícitamente. Aún más, el 11% de los y las PEPC que dependen orgánicamente de Psiquiatría/ Salud Mental ignoran si algún compañero/a ocupa un cargo de responsabilidad.

La mayoría de los/las PEPC que manifiestan una dependencia orgánica distinta desarrollan su labor bien en AP (35,56%), bien en la red de drogas (31,11%). Esta independencia orgánica no se concreta sin embargo en un ejercicio más frecuente de labores de responsabilidad, informándose del desempeño de estas funciones en tan solo 7 (15,21%) casos.

En estas circunstancias no es de sorprender que una amplia mayoría de PEPC (82%) se manifieste en favor de la creación de servicios propios de Psicología Clínica, mientras que tan solo un 6% de los profesionales se manifieste en contra.

14.4. Discusión

El propósito de este trabajo ha sido valorar algunos desafíos que tiene por delante la PC en cuanto a su desarrollo dentro del SERMAS desde la perspectiva de sus profesionales como: a) la planificación de recursos humanos, b) el desarrollo pleno de las competencias legales que sus profesionales tienen reconocidas en el marco legal vigente y c) la ponderada participación de sus profesionales en las actividades de responsabilidad gestora y asistencial que les sean pertinentes.

Oferta y necesidad de plazas PEPC

Para una adecuada planificación de la necesidad de PEPC es necesario realizar una previsión exhaustiva considerando las plazas de Formación Sanitaria Especializada PIR necesarias para cubrir la oferta de plazas PEPC en crecimiento progresivo, prever jubilaciones y asegurar la fidelización de profesionales que forman el SNS. La correcta planificación de los **recursos humanos** en sanidad es fundamental para garantizar la asistencia de calidad, ya que los profesionales sanitarios constituyen el componente central de la provisión de servicios de salud en todos los países (Dubois et al., 2006).

Con respecto a la **planificación de plazas PIR**, todos los profesionales están de acuerdo en la necesidad de ampliarlas (Fernández-García, 2021) y esto coincide con la percepción de los y las PEPC hace 10 años (Duro Martínez, 2013). En un trabajo anterior (Cuellar-Flores et al., 2022) la mayoría de los/las PEPC ubicaba el número de plazas necesarias entre 400 y 600. Estas cifras están en consonancia con la petición de sociedades profesionales (ANPIR, 2021; SMPC 2023), Colegios Oficiales de la Psicología (Ferreira et al., 2023), Defensor del Pueblo, 2020) y el propio

Ministerio de Sanidad, que el año pasado anunciaba la necesidad y su compromiso de duplicar las plazas PIR, actualmente 278 (INFOCOP, 2024). Si bien casi el 60% de los/las profesionales encuestados opinan que su servicio tiene capacidad para acreditar más plazas PIR, también casi un 60% señala la falta de infraestructuras adecuadas para ello. Además apuntan a otros obstáculos que habría que considerar a la hora de planificar el aumento de esas plazas, entre los que se encuentran la resistencia del jefe/a de servicio psiquiatra, sobrecarga asistencial, la desmotivación que genera el exceso de burocracia, el mayor interés en acreditar plazas MIR que PIR por parte de los/las jefes de servicio, el exceso de residentes para una misma rotación, infradotación de PEPC, oposición por parte de dirección médica, problemas administrativos durante la acreditación, entre los más relevantes. Entendemos que parte de los obstáculos quedarían solventados con el aumento de plantillas de PEPC, con el aumento de la inversión en infraestructuras y con la colaboración de todos los agentes implicados en la creación de dichas plazas: Ministerios de Sanidad y Educación, Consejería de Sanidad, de Hacienda y Obras Públicas, gerencias y direcciones médicas hospitalarias y servicios de salud mental.

En cuanto a las **jubilaciones** próximas, los resultados muestran que, en los próximos 10 años, se jubilarán al menos 101 profesionales, en torno a un 21% del total de PEPC del SERMAS.

Si las jubilaciones dan cuenta de la salida obligada de profesionales del sistema, la fidelización aborda la salida voluntaria del mismo, constituyéndose en el otro vector de pérdida de músculo profesional del sistema. En lo referente a la **fidelización de profesionales con Formación Sanitaria Especializada**, Esperanza Suárez Ruz (2021) señalaba que uno de los objetivos prioritarios de las administraciones públicas es lograr que los profesionales a los que forman permanezcan trabajando en sus servicios sanitarios. De ahí que sea interesante conocer los factores motivacionales que actúan sobre ellos con el fin de retenerlos. Este estudio pone de relieve que el 40% de PEPC del SERMAS cambiaría de trabajo si tuvieran otras opciones profesionales. Estos datos reflejan una alta insatisfacción laboral, especialmente al analizar las causas a las que aluden los y las clínicos/as.

Al analizar más en detalle estos motivos de cambio de trabajo emergen con rotundidad que para todos los y las PEPC, salvo aquellos/as que trabajan en HD, las malas condiciones de asistencia (excesivo número de pacientes al día y demora entre citas, excesiva carga asistencial, etc.) es el motivo más argüido (47%) para considerarlo. Las malas condiciones de asistencia derivadas de una carga asistencial excesiva son mayoritarias para los PEPC de AP y CSM.

A nadie debiera sorprender este resultado considerando la discrepancia entre las ratios PEPC/poblaciones reales y las propuestas por los profesionales y distintos organismos. El dato más reciente relativo a ratio de PEPC en el SERMAS la sitúa en 5,8/100000 habitantes en la red de salud mental, 7,14 si añadimos la red de adicciones, (ORCSMyA, 2022) lejos del 20 recomendado (véase Cuéllar-Flores, et al., 2022 para una revisión reciente). Este desequilibrio en las ratios genera una carga asistencial (en 2024 de 439 pacientes por agenda) muy superior a la recomendada de 86 (NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group, 2002). En la Interconsulta y enlace hospitalaria Cuéllar-Flores et al., 2024, identificaban una ratio de 0,84 PEPC hospitalarios, muy alejada del 4/100.000 habitantes recomendada.

El siguiente motivo de insatisfacción (el 21%) serían las condiciones estrictamente laborales (remuneración insuficiente, limitaciones de proyección profesional, limitación en formación, etc.). Destaca en relación a esta fuente de insatisfacción la muy asimétrica distribución en función del dispositivo, concentrándose las quejas en los CAID y CS (44% y 23% respectivamente) frente los que trabajan en CSM, Interconsulta y enlace y Hospital de

día (11%, 8% y 0% respectivamente). En los CAID este motivo es tan prevalente que se alza incluso por encima (44% vs 33%) de las malas condiciones de asistencia, volviendo a colocar en primer plano la situación de agravio comparativo que padecen los profesionales de esta red respecto al resto de PEPC del SERMAS, que resulta injustificable dada la homogeneidad de funciones y competencias asignadas; que persiste hoy en día. Duro Martínez (2013a) ya recogió la preocupación de los profesionales por estos aspectos en relación con la privatización de los centros y con que los pacientes se convirtiesen en “mercancías”.

Si CSM y AP se ven particularmente afectados por la sobrecarga asistencial y la red de adicciones por las malas condiciones laborales, las quejas relativas a problemas de gestión atribuibles a los centros y/o falta de consideración profesional, aun siendo menos habituales (7% y 4% respectivamente) se ven sobrerepresentadas entre profesionales de interconsulta y enlace. A juicio de los autores esta realidad refleja la atomizada actividad de estos PEPC en una macroestructura organizativa como es un hospital, en la que se encuentran inmersos sin respaldo de una estructura orgánica propia, a saber, un servicio o sección de Psicología Clínica. Refuerza esta impresión el hecho de que el 33% de los y las PEPC que trabajan en este ámbito explicitan espontáneamente la creación de servicios de Psicología Clínica como uno de los objetivos a alcanzar por la profesión (frente al 17,5% en el CSM).

Ejercicio de competencias legales

El segundo desafío hacía referencia al desarrollo de las competencias legalmente reconocidas. El 77,3 % no puede o ignora si puede indicar ingresos programados en la unidad de hospitalización breve. El 62,6% no es responsable de ningún programa asistencial. El 36% no puede hacer interconsulta a otros especialistas distintos a psiquiatría, el 22% no puede realizar derivaciones a programas de tercer nivel como hospital de día, el 18% no pueden recibir derivaciones directas de otras especialidades que no sean psiquiatría. Estos resultados indican dificultades en el ejercicio de las competencias legales propias ya reguladas y que han sido reiteradamente señaladas (Cuéllar-Flores et al., 2024; Escudero et al., 2003).

Como muestran otros trabajos previos (Cuéllar-Flores et al., 2024; Escudero et al., 2003) las competencias de los y las PEPC como facultativos/as están claramente establecidas en la legislación vigente. Los procesos asistenciales en el sistema de salud requieren de la actuación multidisciplinar y de la responsabilidad de los facultativos en la coordinación de la información y la asistencia sanitaria del paciente. Esto implica atender primeras consultas de valoración, ser referentes del proceso asistencial de los pacientes, a nivel ambulatorio y en ingresos hospitalarios, realizar evaluaciones, diagnósticos y tratamientos psicológicos y tomar decisiones de forma autónoma. También implica realizar determinadas actuaciones como indicación de ingresos y altas hospitalarias por razón de trastorno psíquico y derivar a otros especialistas, dispositivos y programas.

El Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, confiere entidad de especialista sanitario a la Psicología Clínica, en condición de facultativo con todas sus obligaciones y competencias legales al igual que el resto de los y las facultativos/as. En la disposición adicional tercera, afirma que la realización por parte de los PEPC de diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico “se entenderá sin perjuicio de las competencias que corresponden al médico o al especialista en psiquiatría, cuando la patología mental atendida exija la prescripción

de fármacos o cuando de dicha patología se deriven procesos biológicos que requieran la intervención de los citados profesionales". Es decir, la normativa solo asume que los/las PEPC están excluidos de las competencias en la prescripción de fármacos o en la intervención para los procesos biológicos, no mencionando ninguna otra limitación a su responsabilidad en el proceso asistencial. Así mismo, la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, ratifica al psicólogo clínico como profesional especialista del SNS al mismo nivel que cualquier otro profesional especialista.

Concluimos que persisten múltiples situaciones en las que el desempeño por parte del PEPC está limitado en cuanto a las funciones que a partir de la publicación del RD 24/90/1998 y la Orden PRE/1107/202 reconocen a la Psicología Clínica como una especialidad sanitaria con el mismo modelo de formación y marco legal que el resto de especialidades sanitarias, identificándoles como parte integrante y constitutiva del SNS con los mismos derechos y obligaciones que el resto de profesionales de nivel facultativo (Palacios et al., 2006).

Actividades de gestión

Muchos de los puntos negros planteados hasta el momento, incluyendo las dificultades para el incremento de profesionales o el mantenimiento de los existentes, así como el insuficiente desarrollo de competencias profesionales encuentran una potencial explicación en la ausencia de representación de los PEPC en los cargos de gestión y responsabilidad asistencial. En este sentido en el SERMAS no hay ningún jefe/a de servicio de salud mental que sea PEPC y actualmente hay, tan solo, 2 jefaturas de sección de Psicología Clínica ocupadas por un/una PEPC (documento interno no publicado). También en la ORCSMyA la representación de los/las PEPC se limita a una PEPC a jornada parcial en formación continuada (documento interno no publicado).

Clara evidencia de esta infrarrepresentación es que tan solo el 17% de los/las profesionales encuestados dan cuenta de la existencia de un cargo de responsabilidad gestora o asistencial en su hospital, que en un porcentaje no menor (37,9%) carece de reconocimiento formal. Duro Martínez (2013b, p. 6) ya describió una creciente reclamación de mayores cuotas de poder y responsabilidad directiva entre los PEPC, mediante jefaturas de sección y de servicio. En la CAM, por tanto, los y las PEPC deben adaptarse a lo planificado por otros profesionales en llamativo contraste con la legislación vigente que, a través de la Orden SAS/1620/2009, reconoce como competencia de los psicólogos clínicos "Desarrollar tareas de dirección, planificación, gestión y/o coordinación de servicios, equipos y programas, en especial los vinculados con la atención a la salud mental".

La gran mayoría de los y las encuestadas están a favor de la creación de servicios propios. Parecería que esta posición, señalada ya por Duro Martínez (2013b) hace 10 años, cada vez cobra más apoyo entre los y las profesionales. La Psicología Clínica es la única especialidad de atención asistencial directa que no cuenta con servicios propios y que carece de representantes en jefaturas de servicio y, prácticamente, de sección. Esta situación resulta una anomalía que incide en la calidad de la gestión, ya que las decisiones asistenciales estratégicas son tomadas por profesionales ajenos a la disciplina, y que no conocen los pormenores de los procedimientos eficientes, los tiempos necesarios para su implantación, o los casos que conviene priorizar. Si tenemos profesionales útiles y formados, pero no los distribuimos adecuadamente se pierde calidad y eficiencia.

Por último, y dada la significación que asignamos a la situación de sobrecarga asistencial y sus implicaciones, debe reconocerse como limitación, la ausencia de consideración alguna sobre la demanda de atención por psicología en el SERMAS, que si bien trasciende el ámbito de análisis de este trabajo constituye, junto con el músculo del sistema, el otro factor de la ecuación de la planificación de recursos que pretendemos contribuir a resolver.

Y, no podemos terminar sin señalar algunas limitaciones de este trabajo; tales como, que las respuestas recogidas no son datos oficiales, sino que son proporcionados por los propios profesionales a través de una encuesta, con los sesgos de selección e información que puede implicar. Por otra parte, se trata de unas encuestas realizadas en momentos puntuales, y teniendo en cuenta que las condiciones asistenciales varían en función de numerosos factores, la información proporcionada podría variar en cuestión de meses.

Bibliografía

Acuerdo de 12 de abril de 2018 de la Mesa Sectorial de Sanidad sobre organización de los Servicios de Trabajo Social en el Servicio Madrileño de Salud, Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales Consejería de Sanidad. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/rrhh/rrhh-actas_de_la_mesa_sectorial-2018-07-16-acuerdo_12_4_2018.pdf

Asociación Española de Neuropsiquiatría -AEN (2006). La atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud. <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/PsicolSNS06.pdf>

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología -AEPCP. (2020). *Comunicado en defensa de la atención por Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud*. Una mirada a partir de la pandemia del Coronavirus. <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/06/COMUNICADO-CONJUNTO-EN-DEFENSA-PSICOLOG%C3%8DA-CL%C3%88DNICA-EN-SNS-Abril-2020-.pdf>

Asociación Nacional de Psicología Clínica y Residentes -ANPIR (2020). «ANPIR solicita un incremento del número de plazas PIR» *Noticias. ANPIR en los medios*. <https://www.anpir.org/consalud-es-anpir-solicita-un-incremento-del-numero-de-plazas-pir-25-06-2020/>

Ballescà i Ruiz, R. (2020). La Psicología Clínica en España: ¿una profesión menguante? Nuevo estudio demográfico y prospectivo de la especialidad Infocop on line. <https://www.infocop.es/pdf/PSICOLOGIA-CLINICA-ESPA%C3%91A.pdf>

Barber Pérez, P. y González López-Valcárcel, B. (2024). *Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf

Barber Pérez, P. y González López-Valcárcel, B. (2022). *Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf

Barber Pérez, P. y González López-Valcárcel, B. (2018). *Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030*. Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.es>

gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf

Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Ferreira González, M., Maldonado Belmonte, M. J., Vázquez Rivera, S., Vega Rodríguez, I. de la, Félix Alcántara, M. P. y Antequera Iglesias, J. (2022). *Planificación del crecimiento de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud: Una propuesta razonada*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/documentos-tematicos/informe-psicologia-clinica-SERMAS>

Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Félix-Alcántara, M. P., Manzano Olivares, B., de la Vega Rodríguez, I., Ferreira González, M., Palacios Albarsanz, M. L., Vázquez Rivera, S. y Maldonado Belmonte, M. J. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud evaluado por sus profesionales *Apuntes De Psicología*, 40(2), 71-86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>

Cuéllar-Flores, I., Manzano Olivares, B., Fernández Garzón, L., Maldonado Belmonte, M. J., Félix-Alcántara, M. P., Jiménez Bruña, Ferreira González, M., (2024) La Psicología Clínica hospitalaria en el Servicio Madrileño de Salud: características, recursos humanos y perspectivas. *Revista Psicología de la Salud*. 12(1). Artículo e10. <https://doi.org/10.21134/pssa.v12i1.109>

Cuéllar-Flores, I., Pastor Morales, J., Serrano Villar, M., Antequera Iglesias, J., y Ferreira González, M. (2024). Competencias legales de la Psicología Clínica en España: Actualización y guía práctica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(2), 175-193. <https://doi.org/10.5944/rppc.39144>

Defensor del Pueblo. (2020). Necesidades e incremento de la atención psicológica. <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/#seguimientos>

Domínguez, M. (2023, 20 de agosto). La psicología conquista (por fin) el hospital: «Bajamos la a estancia media de los enfermos». *El Español*. https://www.elspanol.com/ciencia/salud/20230820/psicologia-conquista-fin-hospital-bajamos-estancia-media-enfermos/787671564_0.html

Dubois C., Meckee M., Nolte E. (2006). *Human resources for health in Europe*. Open University Press, McGraw-Hill Education.

Duro Martínez, J. C. (1992). La coordinación. Una nueva función en salud mental comunitaria. *Clínica y Salud*, 3(3), 281-288

Duro Martínez, J. C. (2013a). *Estudio sobre la Psicología Clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid. La perspectiva de los profesionales*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/webcoppm/recursos/estudiosobrelapsicologiaclinicaenlasanidadpublicadelacomunidaddemadrid.pdf>

Duro Martínez, J. C. (2013b, noviembre). *A fondo: Psicología Clínica en la Sanidad Pública*. El estado de la cuestión en la Comunidad de Madrid. *Guía del Psicólogo*, (341), 3-8. https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/gp201311.pdf

Duro Martínez, J. C. (2016). La Psicología Clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid: La insuficiente consolidación de una profesión sanitaria. *Clínica y Salud*, 27(2), 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.001>

Duro Martínez, J. C. (2019) ¿Cuántas/os Psicólogas/os Especialistas en Psicología clínica hay en España? *Blog de la Psicología del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid*.

Duro Martínez, J. C. (2020, 26 de junio). Comentarios a «La Psicología Clínica en España: ¿una profesión menguante? Estudio demográfico y prospectivo de la especialidad en Psicología Clínica» *Infocop*. <https://www.infocop.es/comentarios-a-la-psicologia-clinica-en-espana-una-profesion-menguante-estudio-demografico-y-prospectivo-de-la-especialidad-en-psicologia-clinica/?cn-reloaded=1>

Duro Martínez, J. C. (2021). ¿Sabemos cuántos psicólogos especialistas en Psicología Clínica trabajan en el sistema nacional de salud español? *Papeles del Psicólogo*, 42(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2955>

Escudero, C., Ibáñez, M. L., Larraz, G., Pascual, P., Penedo, C., y Viña, P. D. L. (2003). Competencias legales de los psicólogos clínicos *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 85. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000100010&lng=en&nrm=iso&tlang=en

Fernández-García, X. (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>

Ferreira González, M., Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Félix-Alcántara, M. P. A *Fondo. Análisis de la situación actual de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud y perspectivas de futuro*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/actualidad/noticias/2475/a-fondo-analisis-la-situacion-actual-la-psicologia-clinica-el-servicio-madrileno-salud-perspectivas-futuro>

García Copín, B., Briongos Rica, E., Leal Rubio, J., Lamata Cotanda, F., González Zapico, N., y Campos del Palacio, T. (2023). *Situación de la Salud Mental en España. Confederación Salud Mental España y Mutua Madrileña*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estudio-Situacion-Salud-Mental-2023-Movimiento-Asociativo.pdf>

García, M. A., y Olabarría, M. B. (1996). Desarrollos y necesidades de la Psicología Clínica: Aplicaciones en la sanidad pública española. *Clínica y Salud*, 7(1), 81-99.

Grupo de Trabajo de Psicólogos Hospitalares. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2005). *Planificación y estrategias para la creación y puesta en marcha de un servicio de Psicología Clínica y de la Salud*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.copmadrid.org/pdf/hospitales.pdf>

Infocop. (2024, 26 de julio). *Sanidad aprueba un incremento de plazas para la nueva convocatoria de Formación Sanitaria Especializada*. Consejo Oficial de la Psicología de España. <https://www.infocop.es/sanidad-aprueba-un-incremento-de-plazas-para-la-nueva-convocatoria-de-formacion-sanitaria-especializada/>

Infocop. (2024, 06 Septiembre). Publicada la Convocatoria PIR 2024-2025. Consejo General de la Psicología. <https://www.infocop.es/publicada-la-convocatoria-pir-2024-2025/>

Ley 22/2003, de 12 de noviembre, de Ordenación de Profesionales Sanitarios. Boletín Oficial del Estado (España), 280, de 22 de diciembre de 2003. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

NHS Scotland Clinical Psychology Workforce Planning Group, 2002. Clinical Psychology Workforce Planning Report. *NHS Education for Scotland*.

Olabarría B. (2004). Informe de actividad de la Comisión Nacional de Psicología Clínica (CNEPC). *Norte de Salud Mental*, 20, 61-71. <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/InfoCNEPCfeb07.pdf>

Olabarría, B., y García, M. A. (2011). Acerca del proceso de construcción de la Psicología Clínica en España como especialidad sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 223-245. https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/05_2011_n3_olabarria_anxo.pdf

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (2022) *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2022 - 2024*. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>

Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado* (España), 146, de 17 de junio de 2009. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-10107>

Palacios, A. J., Fraga, M., Hoyas, B., González de Cárdenas, A., Rodríguez, N., Laíz, N. y Estebaranz, G. (2006). Los Psicólogos Clínicos en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 51-61. <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/04.20061.Palaciosetal.pdf>

Proposición No de Ley 161/000636 del Grupo Parlamentario Socialista para el aumento de las plazas PIR de acceso a la obtención del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. *Boletín Oficial de las Cortes Generales del Estado* (España), de 5 de mayo de 2016. https://www.congreso.es/public_oficiales/L11/CONG/BOCG/D/BOCG-11-D-67.PDF

Proposición No de Ley PNL 28/2021. RGEP 7879, del Grupo Parlamentario Más Madrid. La Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a aprobar un paquete de medidas integrales y urgentes a incluir en un Plan de Choque en Salud Mental de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Asamblea de Madrid* (España), 5, de 8 de julio de 2021. https://www.asambleamadrid.es/static/doc/publicaciones/BOAM_12_00005.pdf

PSIARA. (2023, 25 de julio). Nacen los dos primeros servicios de Psicología Clínica en hospitales. *Revista Digital del COPC*. <https://psiaracopc.cat/2023/07/25/nacen-los-dos-primeros-servicios-de-psicologia-clinica-en-hospitales/>

Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. *Boletín Oficial del Estado* (España), 91, de 16 de abril de 1987. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1987/04/15/521/con>

Real Decreto 2490/1998 de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado* (España), 288, de 2 de diciembre de 1998. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1998/11/20/2490>

Real Decreto-Ley 1/1999 de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, *Boletín Oficial del Estado* (España), 8, de 9 de enero de 1999. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/1999/01/08/1>

Sociedad Madrileña de Psicología Clínica (2024, 2 de febrero). La Sociedad Madrileña de Psicología Clínica muestra su apoyo a las dos trabajadoras que dimitieron en Arganda del Rey. *Diario de Arganda*. <https://www.diariodearganda.es/apoyo-psicologas-arganda/>

Sociedad Madrileña de Psicología Clínica (2023). Propuestas para cubrir la necesidad de la atención de atención psicológica especializada en el SERMAS. <https://docs.google.com/document/d/144adxijEwx6-4NPXthmkrh4xBRYIIWEIoCWwRks4B3U/edit>

Suárez Ruz, E., Barrachina, Martínez, I. y Vivas Consuelo, D. (2010). Claves para motivar y fidelizar a los médicos especialistas. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*. Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud. https://www.ciegs.upv.es/articulos-abstractsciegs/claves_para_motivar_fidelizar_medicos_especialistas/



Análisis de situación y propuestas de mejora para la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud

Juan Carlos Duro Martínez

PhD. Psicólogo Clínico. Jubilado. Ex Responsable de Formación Continuada de Salud Mental. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones del Servicio Madrileño de Salud

Isabel Cuéllar Flores

PhD. Facultativo Especialista en Psicología Clínica. Servicio de Neonatología. Hospital Clínico San Carlos

En este capítulo resumiremos las principales conclusiones del análisis realizado sobre la actualización de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) expuesto parcialmente en cada uno de los capítulos anteriores.

En base a dicho análisis plantearemos propuestas de mejora que contribuyan al desarrollo de la Psicología Clínica en los dispositivos sanitarios y, por consiguiente, permitan mejorar la atención a la salud de la ciudadanía de la Comunidad de Madrid.

Organizaremos el análisis de la actualización de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud en varios apartados.

15.1. Sobre el Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica y el Modelo de Atención en Salud

Actualmente la figura del Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica (PEPC) existe en todos los ámbitos y dispositivos que se ocupan de la atención a la salud desde el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), aunque con diversos grados de inserción, como veremos más adelante.

Desde los dispositivos del SUMMA 112 que se ocupan de atender a las personas en situaciones de crisis y emergencias y la Atención Primaria que atiende los problemas de salud desde una perspectiva holística, hasta los equipos de cuidados paliativos pasando por la atención a los problemas de salud en el contexto hospitalario y el conjunto de dispositivos de la Red de Salud Mental y Adicciones. Así los y las PEPC se ocupan de intervenir en todo aspecto psicológico consustancial a cualquier problema de salud en general o/y de salud mental y adicciones.

Sin embargo el modelo sanitario globalmente se ha escorado en los últimos años hacia un enfoque más biologicista que biopsicosocial¹, más hospitalario que comunitario, más asistencialista que de prevención y promoción de la salud y más tecnócratico e individualista que humanista, interdisciplinar y participativo, lo que fundamentalmente a nivel de Atención Primaria y de Salud Mental le aleja de los primigenios planteamientos de la Reforma Sanitaria y especialmente de la Reforma Psiquiátrica (Duro Martínez, 2015).

No es suficiente estar en el sistema sanitario sino estar para mejorar la salud de la población en su conjunto y fomentar su mayor grado de participación y autonomía en el cuidado de la misma. En esa tarea consideramos que hay que inscribir la intervención del PEPC en el SERMAS. El indudable y meritorio crecimiento cuantitativo de los PEPC en el SERMAS ha de acompañarse del crecimiento cualitativo de sus funciones y de su responsabilidad para, junto con el resto de otros profesionales, contribuir a un sistema sanitario más justo, equitativo y que responda a las necesidades sociales.

¹ En apoyo de esta afirmación se encuentran los siguientes datos: Desde principios del siglo XXI, en España se ha triplicado el consumo de antidepresivos por habitante, y ha duplicado el de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes (<https://data-explorer.oecd.org/>); España es el segundo país de Europa con mayor uso de ansiolíticos y el cuarto en consumo de antidepresivos (<https://data-explorer.oecd.org/>); El intervalo entre consultas de psicología clínica (cuya herramienta terapéutica es la psicoterapia y cuyo estándar de aplicación óptima se puede encontrar en sesiones semanales-mensuales) es de 7 semanas en CSM del SERMAS (Cuéllar-Flores et al., 2022); la ratio de psiquiatras supera en más de un punto y medio la de PEPC por 100000 habitantes en CSM y hospitales de día del SERMAS (ORCSMyA, 2022); todavía existen 6 CCAA que no cuentan con recursos humanos de psicología clínica en Atención Primaria y en las que existen son, a todas luces, insuficientes.

Esta declaración inicial es el marco en el que han de inscribirse las propuestas parciales que expondremos a continuación.

15.2. Sobre los Recursos Humanos de Psicología Clínica en el SERMAS

Hablar de los recursos humanos de Psicología Clínica en el SERMAS requiere hacer algunas precisiones previas en lo que respecta a la denominada Red Sanitaria Única de Utilización Pública del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, pues se trata de un complejo entramado de proveedores sanitarios públicos y privados que prestan servicios al Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid y que incluyen:

- Los Centros de Salud de Atención Primaria.
- 29 hospitales de gestión directa/pública²:
 - 20 hospitales generales y sus unidades asistenciales (por ej. Centros de Salud Mental, UHB...), con todo su personal público.
 - 9 hospitales especializados: 3 hospitales de media y larga estancia, 3 hospitales de apoyo y 3 hospitales monográficos (2 de ellos de salud mental²).
- 5 hospitales de gestión indirecta/privada en régimen de concierto con una entidad privada (Fundación Jiménez Díaz, Hospital Rey Juan Carlos, Hospital de Villalba, Hospital Infanta Elena y Hospital de Torrejón) y sus unidades asistenciales, con profesionales contratados por las empresas concesionarias³.
- 1 hospital (el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla) en convenio con el Ministerio de Defensa con profesionales contratados por dicho Ministerio.
- El SUMMA 112.

A estos dispositivos se les añaden:

- Los centros por contratos de servicios con empresas privadas o con entidades locales (Ayuntamientos) que contratan a sus propios profesionales según las condiciones de los pliegos de contratación que salen a concurso (los Centros de Atención a las Drogodependencias/Centros de Tratamiento de las Adicciones).
- Entidades privadas que tienen conciertos/acuerdos para determinadas unidades asistenciales (por ej. las Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarias tienen conciertos con la Asociación Española Contra el Cáncer y los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria tienen acuerdos con la Obra Social La Caixa) y que contratan y 'ceden' sus profesionales para que presten sus servicios en algún dispositivo público.
- En algunos hospitales hay unidades asistenciales que se ocupan de algún aspecto de la salud mental: la atención psicológica en los Equipos de Cuidados Paliativos, que dependen

² <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/hospitales-red-servicio-madrileño-salud>

³ <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/control-seguimiento-centros-servicios-gestion-indirecta#panel-26418>

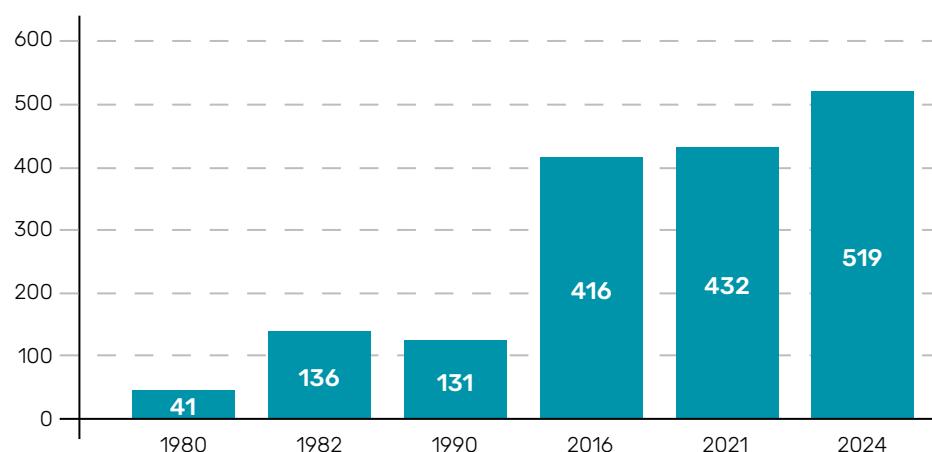
del hospital en cuestión y los coordina la Oficina Regional de Cuidados Paliativos de la Consejería de Sanidad; o algunos servicios hospitalarios que tienen entre su personal PEPC que dependen orgánicamente de estos servicios.

Por último señalar que dentro de la propia Consejería de Sanidad la dependencia general de todos estos centros es del SERMAS y, dentro de él, de la Dirección General Asistencial de la que dependen, a su vez, el SUMMA 112, la Gerencia de Atención Primaria y la Gerencia Asistencial de Hospitales, siendo la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA) quien coordina toda la atención a la salud mental y a las adicciones (Decreto 308/2019, de 26 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura directiva del Servicio Madrileño de Salud), quedando fuera del ámbito de la responsabilidad de la ORCSMyA los profesionales de Atención Primaria, SUMMA 112, los de otros servicios hospitalarios no relacionados con la Salud Mental y los cuidados paliativos.

15.3. Mapa de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud

Sin ánimo de exhaustividad podemos señalar la evolución cuantitativa de los PEPC en la historia de la administración sanitaria madrileña pública. En la Figura 1 se puede apreciar la evolución en los últimos 45 años (Duro Martínez, 2016; Duro et al., 1990; ORCDMyA, 2022).

Figura 1. Evolución del número de profesionales de la Psicología Clínica en la administración sanitaria pública de la Comunidad de Madrid



En el Anexo 1 se incluye el desglose agrupado del número de PEPC en el SERMAS que se ha contabilizado en este trabajo. Esta información se ha obtenido a través de profesionales que trabajan en los centros actuando como informantes clave.

Considerando los 518,7 equivalentes de tiempo completo (ETC⁴) de PEPC identificados, esto supone una ratio global de **7,54 PEPC por 100.000 habitantes⁵** en todos los centros propios

(gestión directa/pública y gestión indirecta/privada) y concertados con el SERMAS. Este dato es ligeramente superior al ofrecido por la ORCSMyA para el año 2021 (2022) de 7,14.

Tenemos que realizar una puntualización en lo que respecta a la contabilización de profesionales, pues los datos de algunos Centros de Tratamiento a las Adicciones (CTA) no se han podido conseguir. Es probable que en la Red de Adicciones haya más de las 71,5 ECT identificadas en este trabajo y cubiertas por 71 PEPC a jornada completa y uno a jornada parcial. Según la ORCSMyA (2022) en 2021 habría 81 PEPC. Sin embargo, como no ha podido constatarse solo será tenida en cuenta la primera cifra asegurada.

De los 518,7 equivalentes de tiempo completo (ETC), 466 ETC son cubiertas por 466 PEPC que trabajan a tiempo completo en su dispositivo correspondiente y las 53 ETC restantes son cubiertas por un número que no podemos determinar con precisión pero que se encuentra entre 55-60 profesionales que trabajan en dos o más dispositivos/ámbitos/unidades o están contratados a tiempo parcial.

Según datos del Portal estadístico de personal del Servicio Madrileño de Salud⁶ en octubre de 2024 había 386 PEPC en atención hospitalaria, 21 en Atención Primaria y 6 en SUMMA112, es decir 413 PEPC. Estos datos no incluyen los centros concertados de la Red de Adicciones ni los centros de gestión indirecta/privada.

En la Figura 2 se incluye el número de profesionales por ámbitos que se dedican a jornada completa a un dispositivo y aquellos que, o bien reparten su jornada entre dispositivos, o bien mantienen una jornada parcial.

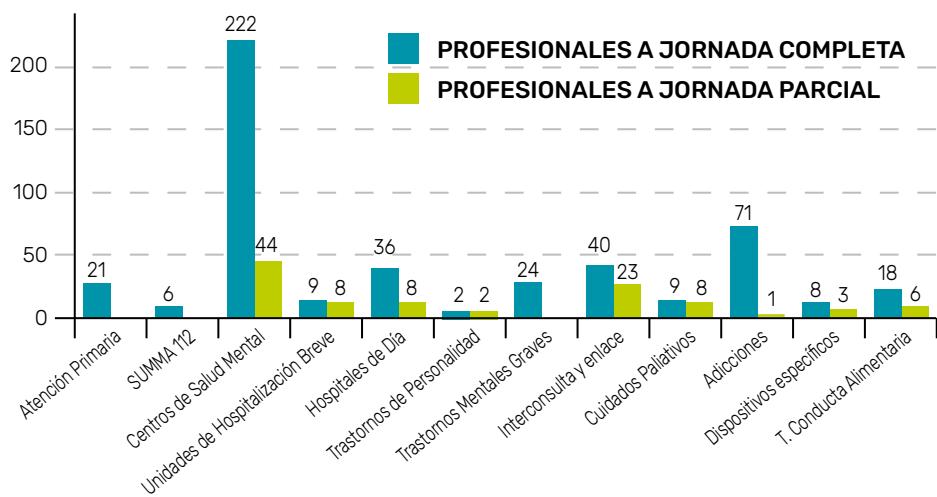
Por ámbitos, el tiempo parcial es frecuente en las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) (42% de los profesionales), programas de interconsulta y enlace (38%), unidades de trastornos de personalidad (33%) y también en otros dispositivos específicos (27%), unidades para trastornos de la conducta alimentaria (25%), en CSM (15,5%) y, finalmente, en hospitales de día (13,5%). Adicciones tiene solo un PEPC a jornada parcial. En el resto (Atención Primaria, SUMMA 112, Unidades de media y larga estancia para trastorno mental grave (TMG) están a jornada completa.

⁴ Es una medida del personal asalariado, calculada como la suma del personal asalariado a tiempo completo que trabaja todo el año, más la suma de fracciones de tiempo del personal asalariado que trabaja en régimen de dedicación parcial, o que no trabaja todo el año, es decir considerando las fracciones de tiempo de aquellas personas cuyo horario de trabajo sea inferior a una jornada estándar, inferior al número estándar de días laborables por semana o inferior al número estándar de semanas o meses por año. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=1247>

⁵ 6.871.903 habitantes censados en la Comunidad de Madrid en 2023. Tomado de https://web.comunidad.madrid/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/censos_historicos_intedatos.htm

⁶ <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/portal-estadistico-personal-servicio-madrileno-salud>

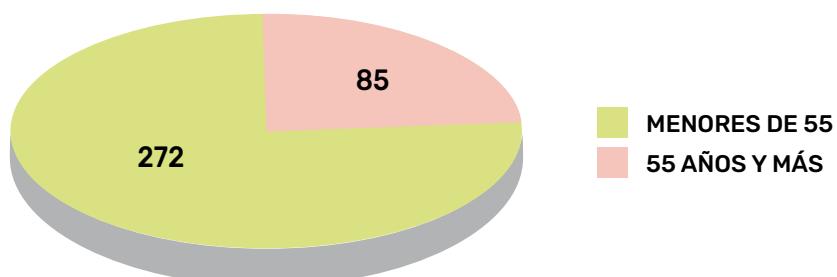
Figura 2. Número de psicólogos/as clínicos/as en función de su dedicación completa o parcial a un determinado dispositivo



Hay que señalar que se han identificado 34,40 ETC de atención psicológica realizada por 38 psicólogos/as que realizan actividades asistenciales (30 a jornada completa y 8 a jornada parcial) y NO son especialistas en Psicología Clínica. En su gran mayoría (92%) dependen de convenios con organizaciones privadas y se ubican en equipos de cuidados paliativos. Estos profesionales que no son especialistas en Psicología Clínica no serán incluidos en la descripción de los siguientes apartados salvo que se mencione explícitamente.

La mayoría de los PEPC identificados son mujeres (80%) y se ha calculado un 24% de mayores de 55 años (Figura 3). Es imprescindible conocer cuántos PEPC se jubilarán en los próximos años para colaborar en la adecuada planificación de los recursos humanos que será necesario cubrir. Estos datos de sexo y edad, no obstante, son estimaciones, ya que solo se han obtenido de CSM, Atención Primaria, SUMMA 112, hospitalización total y parcial, y en parte de los programas de interconsulta y enlace, dispositivos específicos y unidades de media y larga estancia para TMG. Según el Portal Estadístico del Servicio Madrileño de Salud en noviembre de 2024 el 28,4% de los profesionales de Psicología Clínica tienen 55 o más años y el 72,5% son mujeres. Además, solo el 37,5% del personal de Psicología Clínica es fijo, el 57% es interino y el 5,4% es eventual. Pero recordemos que los datos del portal no incluyen los centros concertados de la Red de Adicciones ni los centros de gestión indirecta/privada.

Figura 3 Número de psicólogos/as clínicos/as en función de si son mayores o menores de 55 años



PROPUESTAS DE MEJORA

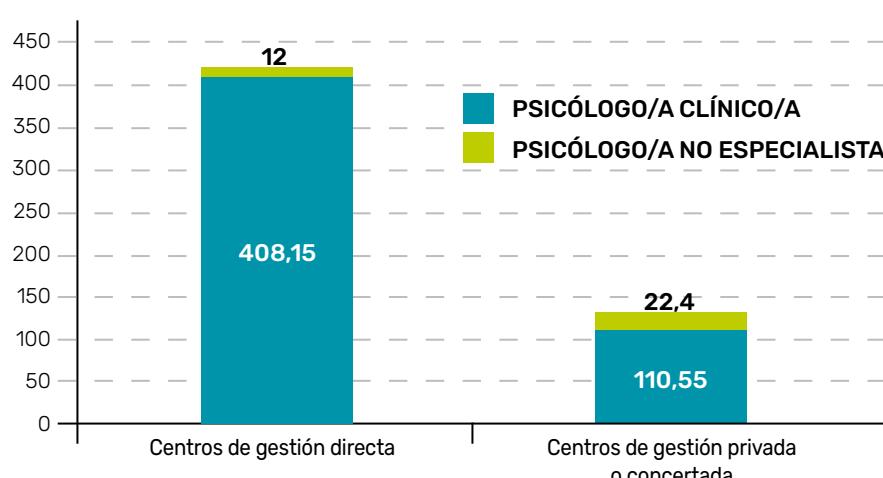
- Alcanzar el **100% de PEPC en todos los centros propios y concertados del SERMAS**. Mientras se alcanza este objetivo los profesionales, independientemente del tipo de centro o dispositivo en el que presten sus servicios han de tener los mismos derechos y obligaciones.
- **Incrementar las ratios de profesionales de la Psicología Clínica en todos los ámbitos de la Red de Salud Mental y del Servicio Madrileño de Salud** hasta alcanzar, de forma progresiva, la ratio recomendada de 20 ETC de PEPC por 100.000 habitantes, es decir alcanzar los 1.380 PEPC (+870), priorizando el aumento de PEPC en Centros de Salud Mental y en Atención Primaria tanto en programas para personas adultas como en programas para la población infantojuvenil.
- Para que las plazas sean cubiertas es necesario que cuente con **incentivos profesionales** relacionados con adecuadas condiciones asistenciales, salariales, de conciliación, autonomía, reconocimiento y posibilidad de desarrollo profesional.

15.3.1. Centros de gestión directa/pública y centros de gestión indirecta/privada

Respecto a la ubicación de la atención psicológica especializada en función del tipo de gestión (centros propios o concertados), el 78,6% de las ETC de Psicología Clínica pertenecen a centros propios de gestión directa/pública y el 21,4 a otros centros (5,4% a centros propios de gestión indirecta/privada y 16% a centros concertados).

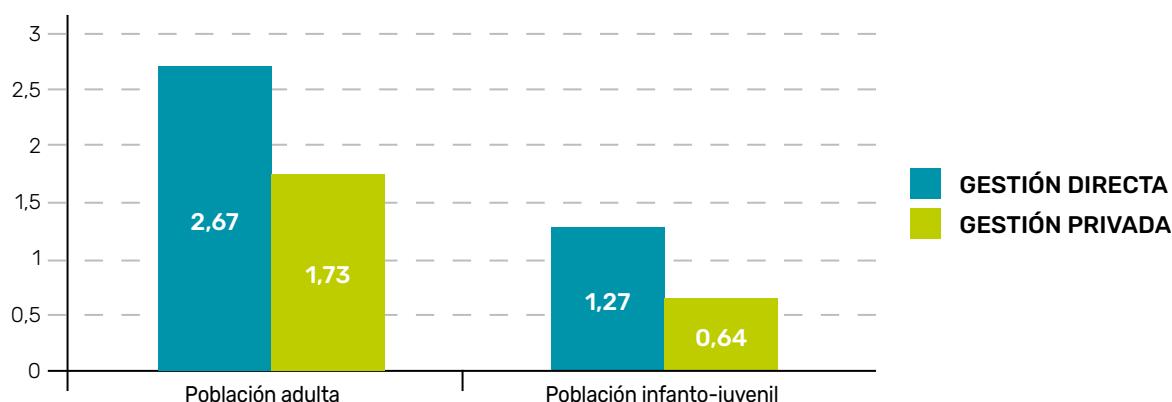
En los centros/dispositivos de gestión indirecta/privada y concertada existe un 17% de ETC ejercida por psicólogos/as NO especialistas, siendo solo del 2,8% en los de gestión directa/pública (ver Figura 4).

Figura 4. Número de equivalentes de tiempo completo de psicología clínica por tipo de gestión del centro y titulación como especialista



Asimismo, se ha calculado la ratio de ETC de Psicología Clínica en CSM en función de la población asignada a cada hospital⁷, encontrándose que en los CSM de hospitales propios con gestión directa/pública la ratio, tanto para población adulta como infanto-juvenil, es muy superior que la de los hospitales con gestión indirecta/privada. Esta situación supone una clara desigualdad para la población atendida por parte de los hospitales de gestión indirecta/privada (más allá de la posibilidad de la libre elección de centro actualmente vigente).

Figura 5. Ratio media de equivalentes de tiempo completo de Psicología Clínica por 100.000 habitantes en Centros de Salud Mental según el tipo de gestión y población atendida



PROPUESTAS DE MEJORA

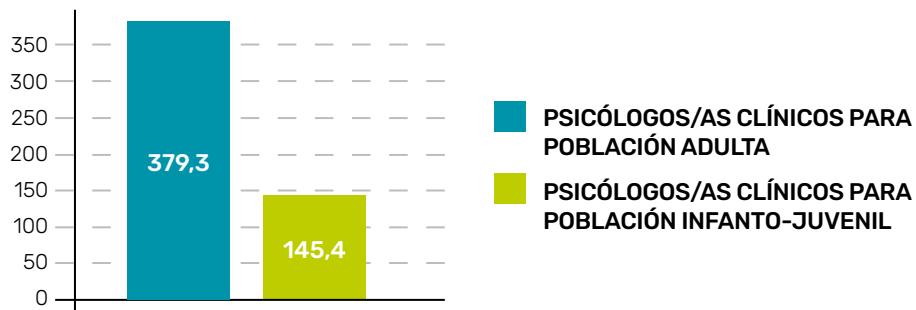
- Paulatina asunción por parte de la administración pública de las prestaciones actualmente concesionadas (Adicciones y Cuidados paliativos) con PEPC tanto en los dispositivos propios como en las prestaciones ofrecidas por los centros concertados y, mientras tanto, **garantizar la equiparación de los PEPC** de los centros concertados con los PEPC de los centros públicos en salarios, condiciones asistenciales y acceso a derechos, por ejemplo, formativos.
- **Incrementar la ratio de los CSM de los hospitales con gestión indirecta/privada** tanto para población adulta como infanto-juvenil hasta incrementar la ratio de los CSM de los hospitales con gestión indirecta/privada tanto para población adulta como infanto-juvenil hasta igualarla con la de los CSM de los hospitales propios con gestión directa/pública.

15.3.2. Población adulta e infantojuvenil

Por tipo de población hay que señalar que en el Servicio Madrileño de Salud contamos con una ratio de 5,5 ETC de PEPC por 100.000 habitantes para atender a la población adulta en sus diferentes niveles, y una ratio de 2 PEPC por 100.000 habitantes para atender a la población infantojuvenil hasta 18 años. En conjunto, alrededor del 28% de los especialistas en Psicología Clínica atienden población infanto-juvenil en el SERMAS. En la Figura 5 se incluye la cifra total.

⁷ Población asignada en 2021, tomado de: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050657.pdf> (pp. 27-29)

Figura 5. Número de equivalentes de tiempo completo de Psicología Clínica en función de la población atendida



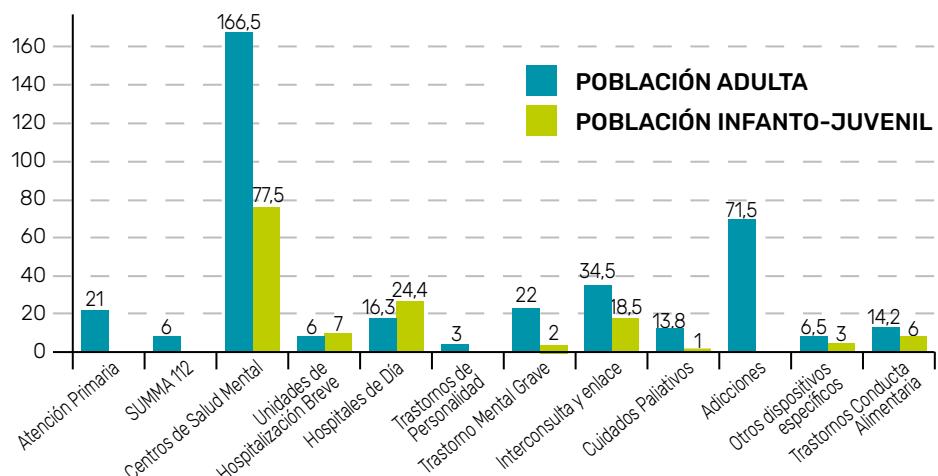
PROPUESTAS DE MEJORA

- **Aumentar** de forma específica **el número de PEPC para la atención infanto-juvenil**. La ratio para infancia y adolescencia debería llegar a 5 PEPC por 100.000 habitantes (Royal College of Psychiatrists, 2013), de los cuales 1 PEPC por cada 100.000 habitantes debería estar en interconsulta y enlace infanto-juvenil. En conjunto implicaría alcanzar los 343 PEPC (+198) para la atención de los menores y sus familias.
- **Creación de la Especialidad de Psicología clínica Infantil y de la Adolescencia.**

15.3. 3. Ámbito de intervención y tipo de población

En la Figura 6 se agrupa el número de equivalentes ETC de Psicología Clínica en función del ámbito o dispositivo y dividido entre población adulta e infanto-juvenil. En los Centros de Tratamiento de las Adicciones y en el SUMMA 112 los mismos profesionales atienden tanto adultos como menores. En Atención Primaria los PEPC no atienden a menores de 18 años.

Figura 6. Número de equivalentes de tiempo completo de Psicología Clínica por dispositivo/ámbito



* Los y las profesionales del SUMMA 112 atienden población adulta e infantojuvenil

Centros de Salud Mental. Los CSM son los dispositivos donde hay mayor concentración de ETC de PEPC (244) (166,5 ETC para la atención de personas adultas y 77,5 para infanto-juvenil) aunque la mayor parte de las jornadas de los profesionales se ubican en dispositivos diferentes a los CSM (327 ETC) (Figura 6).

Si realizamos el análisis en número de profesionales (en lugar de ETC) entonces identificamos 266 PEPC en CSM (222 profesionales a jornada completa y 44 con distinta dedicación dentro de una jornada parcial). Es decir que alrededor de la mitad de los PEPC del SERMAS trabajan en CSM pero aún así son los que mayor lista de espera tienen y peores indicadores de calidad asistencial en lo que se refiere a tiempos para consulta, intervalos en el seguimiento, etc. (Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Ferreira González et al., 2022; Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Félix-Alcántara et al., 2022; Cuéllar-Flores, Manzano et al., 2024).

Hospitales de Día. Hay una dedicación equivalente a 40,7 jornadas completas de PEPC. Son realizadas por 36 profesionales a jornada completa y 8 con distinta dedicación dentro de una jornada parcial que comparten con su labor en otros dispositivos.

Para población adulta habría 16,3 ETC en 15 hospitales de día, mientras que para población infanto-juvenil habría 24,4 ETC de Psicología Clínica en 18 hospitales de día. Seis de estos hospitales (el 18%) son 2 de gestión indirecta/privada y 4 concertados.

Unidades de Trastornos de Personalidad. Hay una dedicación equivalente a 3 jornadas completas en 2 Unidades de Trastornos de Personalidad, todas en centros propios de gestión directa/pública. Estas 3 jornadas son realizadas por 2 profesionales a jornada completa y 2 con distinta dedicación dentro de una jornada parcial.

Unidades de Hospitalización Breve (UHB). Cuentan con una dedicación equivalente a 13 jornadas completas en 16 UHB (8 infanto-juveniles y 8 para personas adultas) que son realizadas por 9 profesionales a jornada completa y 8 con distinta dedicación dentro de una jornada parcial.

Solo 7 hospitales generales de gestión directa/pública tienen PEPC en sus UHB de personas adultas y 7 hospitales generales de gestión directa/pública de infantojuvenil tienen PEPC. Se han identificado 18 UHB para personas adultas que no cuentan con PEPC. Es destacable que ninguno de los 5 hospitales generales de gestión indirecta/privada tiene PEPC en sus UHB. Hay una Unidad de Hospitalización Breve de adultos y otra infantojuvenil en sendos centros concertados.

Recursos para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Hay una dedicación equivalente a 20,2 jornadas completas de PEPC para TCA (14,2 ETC para la atención de personas adultas y 6 para infanto-juvenil). Estas 20,2 jornadas son realizadas por 18 profesionales a jornada completa y 6 con distinta dedicación dentro de una jornada parcial. Ninguno de los 5 hospitales de gestión indirecta/privada tienen dispositivos específicos para TCA y solo hay una Unidad de Media Estancia en un centro concertado con 2 ETC.

Unidades de media y larga estancia para TMG (UHTR, URRC y UCCP). Esta atención tiene una alta concertación, pues el SERMAS tiene 3 unidades de gestión directa/pública y 6 concertadas. Hay una dedicación equivalente a 24 jornadas completas. Estas 24 jornadas son realizadas por 24 profesionales a jornada completa (9 ETC en centros propios y 15 en concertados). Dos ETC de centros concertados son para población adolescente.

Interconsulta y enlace. Respecto a la participación de los PEPC en los programas de Interconsulta y enlace en los distintos hospitales del SERMAS encontramos 53 ECT de

PEPC, de los que 34,5 está en programas dirigidos a la población adulta (Ratio de 0,51 ECT por 100.000 habitantes) y 18,5 en programas dirigidos a la población infantojuvenil (Ratio de 0,25 ECT por 100.000 habitantes). La mayor parte de esta atención está inserta en equipos de interconsulta dependientes de servicios de psiquiatría (46 ETC), seguidos de aquellos dependientes de dirección médica o gerencia en 3 hospitales (4 ETC) y de otros servicios médicos en 3 hospitales (3 ETC).

Es de señalar la ausencia de Psicología Clínica en actividades de interconsulta y enlace en 10 de los 25 hospitales generales (gestión directa e indirecta) del SERMAS. Este déficit es especialmente relevante en la atención infantojuvenil, ya que en 16 de los 25 hospitales generales (gestión directa e indirecta) no hay interconsulta específica para la población infantojuvenil.

En 8 de los 20 hospitales generales de gestión directa/pública hay actividades de interconsulta tanto para adultos como para población infantojuvenil y en 3 no hay interconsulta infantojuvenil.

En 2 de los 5 hospitales de gestión indirecta/privada no hay actividades de interconsulta ni en adultos ni en infantojuvenil.. En el H. Gómez Ulla hay interconsulta para ambas poblaciones.

Neuropsicología Clínica. Este tipo de prestación está presente en el SERMAS pero todavía manifiestamente mejorable. En los programas de interconsulta y enlace se han identificado 5,5 ETC para neuropsicología realizadas por 5 profesionales a jornada completa y 1 con jornada parcial. Si bien en 2023 se identificaron mediante una encuesta 8 PEPC que realizaban actividades de neuropsicología a tiempo completo y otros 15 a tiempo parcial (Maldonado y Robles, 2024). Es reseñable que solo en un Servicio de Neurología. H. Fundación Jiménez Díaz (gestión indirecta/privada) haya una profesional a jornada completa

Cuidados Paliativos. En Cuidados Paliativos (centros propios de gestión directa/pública, gestión indirecta/privada y concertados) hay una dedicación equivalente a 43,2 jornadas completas de atención psicológica que se prestan por 51 profesionales (35 a jornada completa y 16 a jornada parcial).

De las 43,2 jornadas completas en todos los dispositivos, 12,8 (29,6%) son cubiertas por PEPC y 30,4 (70,4%) por psicólogos NO especialistas.

En los centros propios de gestión directa/pública se hacen prácticamente la mitad de las ETC (20,8 de 43,2) de las que 12,8 (61,5%) son cubiertas por PEPC y 8 (38,5%) por NO especialistas.

En los centros gestión indirecta/privada se identifican 3 ETC, todas cubiertas por NO especialistas e igualmente en los centros concertados las 19,4 ETC son cubiertas todas por psicólogos NO especialistas.

Por otra parte, se ha identificado que el 52% de los profesionales de la psicología de cuidados paliativos son contratados por organizaciones privadas (como la Asociación Española contra el Cáncer o la Obra Social La Caixa) y están incluidos en todos los tipos de centros (centros propios de gestión directa/pública, gestión indirecta/privada y concertados) y dispositivos (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarias, Equipos de Soporte Hospitalario, Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos, Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica y Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia).

Adicciones. Respecto a la atención a las adicciones en los 4 centros de gestión directa/pública del SERMAS, 11 son PEPC y 1 no especialista, todos a jornada completa. El resto de los dispositivos son concertados con centros de empresas o corporaciones locales cuyos datos

no hemos podido recabar con fiabilidad, si bien sí se han identificado 60,5 ETC de PEPC. Si consideramos los datos proporcionados por la ORCSMyA (2022, p. 92) habría 81 PEPC en la red de atención a las adicciones y 14 psicólogos/as no Especialistas.

Otros dispositivos específicos. De manera singular el SERMAS dispone de dispositivos específicos para la atención a poblaciones determinadas (personas con discapacidad intelectual, personas sordas, intersexualidad y transexualidad, autismo, violencia de género y profesional sanitario enfermo) con 9,5 ETC y 11 profesionales. A éstos se les añade 1 psicóloga que no es Especialista incorporada en el Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM).

PROPUESTAS DE MEJORA

- **Aumentar el número de PEPC en Atención Primaria**, alcanzando 1 PEPC por cada dos Centros de Salud (Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Félix-Alcántara et al., 2022), lo que implicaría llegar a 110 PEPC (+89).
- **Potenciar la psicoterapia** en CSM y Centros de Tratamiento de las Adicciones (con atención a las adicciones comportamentales) ya sea individual, y grupal y familiar, **para lo que se necesita aumentar de forma decidida el número de PEPC en CSM.**
- **Aumento de los Hospitales de día para población adulta** en hospitales de gestión directa/pública y en hospitales de gestión indirecta/privada.
- **Aumento de los Hospitales de día /centros educativos terapéuticos** en hospitales de gestión directa/pública y en hospitales de gestión indirecta/privada.
- **Aumentar** la práctica de la **hospitalización domiciliaria y la intervención en la comunidad.**
- **Incorporación de, al menos 1 PEPC, en todas, y cada una, de las Unidades de Hospitalización Breve de todos los hospitales.**
- **Creación de dispositivos específicos de TCA en hospitales de gestión indirecta/ privada.**
- Asegurar que **en todos los hospitales haya programas de interconsulta y enlace en los que participen PEPC** a tiempo completo, aumentando la ratio, al menos, a 4 PEPC en interconsulta y enlace por cada 100.000 habitantes, lo que supondría alcanzar las 275 jornadas completas de Psicología Clínica (+222 PEPC).
- **Organizar la atención neuropsicológica con PEPC en todos los hospitales.**
- **Garantizar que en todos los equipos de oncología y cuidados paliativos** de todos los hospitales de gestión directa/pública del **SERMAS cuenten con PEPC** y que los profesionales sean contratados por el mismo SERMAS.
- En tanto se produce esa incorporación de estos recursos a los centros propios del SERMAS, los centros concertados deberían disponer de PEPCs que tuvieran las mismas condiciones que los PEPCs del sistema público.
- **Garantizar que el Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) cuente con PEPC.**

15.4. Sobre la Organización de la Actividad de los psicólogos/as clínicos/as en el Servicio Madrileño de Salud

En los anteriores capítulos los y las autoras han señalado las principales problemáticas respecto a la organización de la actividad de los PEPC en el SERMAS esbozando algunas propuestas de mejora que ahora sistematizamos ad hoc.

Sin duda la problemática más relevante, y acuciante, gira en torno a la organización y carga de trabajo de los PEPC. Prácticamente en todos los dispositivos se constata el desborde profesional que ocasiona la alta demanda asistencial y los recursos materiales y humanos insuficientes para dar una respuesta de calidad según los estándares internacionales al uso. Aún sin tener indicadores oficiales al respecto, aparece como incuestionable, en los CSM, el excesivo tiempo de espera para la primera entrevista con un paciente nuevo, el escaso tiempo asignado a las evaluaciones y seguimiento psicológico, el elevado tiempo transcurrido entre las entrevistas o sesiones de psicoterapia, el inasumible número de pacientes nuevos y del total de pacientes a cargo de cada PEPC a lo largo del año, etc. Esta situación se torna todavía más dramática si la referimos a la población infantojuvenil atendida⁸.

Esta situación colleva la prácticamente total dedicación a la tarea asistencial por parte de los PEPC, y de otros miembros del equipo, en detrimento de otras tareas fundamentales como la del propio trabajo en equipo, la coordinación con otros recursos de la red y externos a ella, como los recursos sociales, educativos, etc., la formación continuada, la tutorización de residentes o la investigación.

En lo que respecta a la Atención Primaria, en el momento actual, las prestaciones que se ofrecen desde la Psicología Clínica son limitadas (tratamiento fundamentalmente grupal y aplicado con un encuadre muy limitado), lo que reduce las posibilidades de atención y el desarrollo profesional.

PROPUESTAS DE MEJORA

- **Rediseñar las agendas** de los y las PEPC de manera que se establezca dentro de su jornada en todos los dispositivos estándares y tiempos mínimos para cada actividad (nº de evaluaciones/pacientes nuevos, nº de pacientes en seguimiento, nº de psicoterapias, tiempo para reuniones de equipo, coordinaciones internas y externas y trabajo comunitario, para la tutorización de residentes, la formación continuada, la supervisión de casos, la elaboración de informes y la investigación) con criterios de calidad y eficiencia. En dispositivos ambulatorios es preciso equilibrar el número

⁸ No es baladí el incremento constatado, y no suficientemente justificado, de las intervenciones psicofarmacológicas a costa de intervenciones psicológicas más clínicamente pertinentes y con mayor evidencia empírica (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023). Y, sin duda, no es ajeno el hecho de la recientemente creada Especialidad de Psiquiatría de infancia y adolescentes y la ausencia, por el momento, de esa especialidad en el caso de la psicología.

de pacientes nuevos con respecto a las citas de seguimiento de pacientes en tratamiento psicológico para garantizar un intervalo entre consultas que no supere los 15 días.

- **Mejorar los sistemas de información** y recogida de datos incorporando la actividad de los PEPC en la historia clínica digital y centralizada, incluyendo los recursos de atención a las adicciones, proporcionando a todos los profesionales el correo corporativo de Madrid-Salud y trasladando los informes realizados a la plataforma de comunicación entre profesionales “Horus”.
- **Fomentar el trabajo en equipo interdisciplinar** facilitando la estabilidad y duración de los contratos, así como la conciliación de horarios de tarde y generando mayor motivación/fidelización en el puesto de trabajo mediante la participación y compromiso de los profesionales en la organización del trabajo en cada dispositivo.
- **Desarrollar protocolos de atención globales y parciales de derivación de pacientes entre dispositivos y entre perfiles profesionales, que cuenten con alto consenso y facilitar y contrastar su cumplimiento** (por ejemplo por parte de medicina de familia a PEPC de Atención Primaria, entre Atención Primaria y salud mental con acceso a e-consulta con Salud Mental por parte de PCAP, en interconsulta de Neuropsicología, entre CSM y unidades específicas de TCA, entre dispositivos que derivan a las UHTR y UCPP mejorando la definición de perfiles adecuado para cada dispositivo, etc.).
- **Disponer de material adecuado** para poder realizar adecuadamente las tareas de evaluación y diagnóstico clínico, así como evaluaciones neuropsicológicas.
- **Establecer prioridades para las intervenciones en crisis** (emergencias, intentos de suicidio, etc.) especialmente por parte de los PEPC de los CSM. En Atención Primaria se deberían protocolizar la evaluación, intervención breve y derivación en casos de pacientes con ideas o intentos de suicidio y ampliar su ámbito de población a niños y adolescentes.
- En las Unidades de media y larga estancia para TMG hay que tener en cuenta que, en muchos casos, se trabaja con la involuntariedad del ingreso lo que implica dificultades de motivación para el cambio y la vivencia de obligatoriedad en las intervenciones. Es necesario trabajar con el horizonte de la **contención mecánica cero** y el desarrollo de habilidades en todos los profesionales para el **desarrollo de la desescalada verbal** en las intervenciones en crisis.
- Respecto a las actividades de coordinación se ve necesario **garantizar la coordinación** entre los CSM y equipos de rehabilitación, educativos, sociales, de Atención Primaria, de ocio, etc. Para ello debe contemplarse tiempo reservado en agenda, facilitar la e-consulta y establecer mecanismos formales con acuerdos y alianzas entre equipos.
- **Apoyar la investigación**, mediante el acercamiento de las actividades de los institutos de investigación a los dispositivos no hospitalarios y proporcionando desde la ORCSMyA soporte al establecimiento de redes y equipos de investigación en salud mental.

15.5. Sobre la Planificación, Organización y Gestión de los dispositivos sanitarios en el Servicio Madrileño de Salud relacionados con la Psicología Clínica

La Psicología Clínica como especialidad sanitaria se inserta dentro de equipos y redes de dispositivos del SERMAS en igualdad legal con otros facultativos (Cuéllar-Flores, Pastor-Morales et al., 2024), como son los psiquiatras. Sin embargo, su lugar sigue estando subordinado a éstos en cuanto a las responsabilidades de gestión en todo el sistema sanitario⁹ (para una revisión ver Cuéllar-Flores, Velao et al., 2024). Igualmente, la gestión de los dispositivos de atención a la población infantil sigue dependiendo mayoritariamente de directivos especialistas en población adulta.

PROPUESTAS DE MEJORA

Respecto a **la planificación y organización de toda la Red de Salud Mental**:

- Contar con un **documento organizador y comprehensivo en relación con la Red de Salud Mental** que cuente con consenso e implique todos los niveles asistenciales y dispositivos desde un modelo escalonado, con criterios de derivación y estándares de calidad.
- Disponibilidad de **indicadores asistenciales** sobre lista de espera e intervalo entre consultas para Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud accesibles y transparentes para la ciudadanía.
- Rediseñar el **acceso a la formación continuada en salud mental** (mediante la Plataforma ForMadrid) para todos los profesionales que forman parte del Servicio Madrileño de Salud (centros propios y concertados), evitando inequidades en el derecho a la formación continuada organizando cursos, Jornadas y supervisiones de casos y equipos.

Por otra parte, la madurez de la profesión, la evidencia de sus aportaciones y competencias profesionales implica que deba **avanzarse en la participación de la psicología en la gestión sanitaria** mediante:

⁹ En el SERMAS en el momento actual solo hay, a cargo de un PEPC, una Jefatura de Sección en la Fundación Jiménez Díaz (centro de gestión indirecta/privada), otra en el Hospital Gómez Ulla, dependiendo del Ministerio de Defensa y el cargo de Coordinador Facultativo del Área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (centro concertado). Existen otras 4 jefaturas de sección Psicología Clínica actualmente vacantes (3 en el Hospital Ramón y Cajal y 1 en el Hospital Niño Jesús) (Cuéllar-Flores et al., 2024c). Ningún Servicio de Psiquiatría cuenta con jefatura ocupada por PEPC. En caso de existir, la figura de coordinador de algún programa o dispositivo, como por ejemplo en CSM infantiles u hospitales de día, no implica ningún reconocimiento administrativo de dicha función.

- Participación en la toma de decisiones de las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad (mediante una participación proporcional a su número y responsabilidad tanto en los planes, programas y documentos de Gerencia de Atención Primaria como de la ORCSMyA).
- Cubrir las **jefaturas de sección de Psicología Clínica** vacantes y crear nuevas Secciones de Psicología Clínica.
- Cambio de denominación de los Servicios de Psiquiatría **por Servicios de Psiquiatría y Psicología clínica** con acceso a las jefaturas por parte de los PEPC en tanto facultativos especialistas.
- Creación de **Servicios de Psicología Clínica hospitalarios** que mejoren la efectividad y eficiencia con respecto a las necesidades de atención psicológica para el resto de servicios de los hospitales.
- Creación de una **Comisión de Psicología Clínica** u órgano colegiado similar en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que permita contar con representación, asesoramiento e interlocución estable como colectivo profesional en la administración autonómica.

15.6. Sobre los/as Psicólogos/as Internos/as Residentes en la Comunidad de Madrid

Al actualizar la situación de la Psicología Clínica en el SERMAS no podemos dejar de mencionar la necesidad de incrementar el número de plazas PIR en Madrid, todavía insuficientes, a pesar del crecimiento habido en los últimos años (Figura 7).

Figura 7. Evolución del número de plazas PIR convocadas en la Comunidad de Madrid por años



Hay que destacar que hubo un estancamiento desde el año 2015 al 2019 en los que no se crearon nuevas plazas PIR. Si bien en los últimos 5 años se han incrementado 15 plazas, más del doble de las aumentadas en los 20 años anteriores. Para el 2024 han sido 41 las plazas convocadas en Madrid y para el año 2025, hay 44. Según datos del Portal estadístico de personal del Servicio Madrileño de Salud, en octubre de 2024 había 129 residentes de Psicología Clínica en el sistema.

PROPUESTAS DE MEJORA

- Es imprescindible **aumentar el número de plazas de Psicólogo/a Interno Residente (PIR) hasta alcanzar las 65 en la Comunidad de Madrid** (Cuéllar-Flores, Fernández Garzón, Ferreira González et al., 2022). Y para ello se requiere el apoyo de la administración y la incentivación del ejercicio de tutorización docente.

Bibliografía

Cuéllar-Flores, I., Duro Martínez, J. C., Padilla Torres, D., Izquierdo Elizo, A., Martínez de Salazar Arboleas, A., López Soler, C. y Martínez Pérez, A. (2022). Psicología clínica infanto-juvenil en el Sistema Nacional de Salud: datos, insuficiencias y horizontes para mejorar. *Clínica Contemporánea*, 13(2), Artículo e12. <https://doi.org/10.5093/cc2022a10>

Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Félix-Alcántara, M. P., Manzano Olivares, B., de la Vega Rodríguez, I., Ferreira González, M., Palacios Albarsanz, M. L., Vázquez Rivera, S. y Maldonado Belmonte, M. J. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la Psicología Clínica en los Centros de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud evaluado por sus profesionales. *Apuntes de Psicología*, 40(2), 71-86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>

Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Ferreira González, M., Maldonado Belmonte, M. J., M. J., Vázquez Rivera., de la Vega Rodríguez, I., Félix-Alcántara, M. P. y Antequera Iglesias, J. (2022). *Planificación del crecimiento de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud: Una propuesta razonada*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/documentos-tematicos/informe-psicologia-clinica-SERMAS>

Cuéllar-Flores, I., Manzano, B., Fernández Garzón, L., Maldonado Belmonte, M. J., Félix-Alcántara, M., Jiménez Bruña, M. y Ferreira González, M. (2024). 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>

Cuellar-Flores, I., Pastor-Morales, J., Serrano-Villar, M., Antequera-Iglesias, J. y Ferreira-González, M. (2024). Competencias legales de la Psicología Clínica en España: Actualización y guía práctica: Legal competencies of clinical psychology in Spain: Update and a practical guide. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(2), 175-193. <https://doi.org/10.5944/rppc.39144>

Cuéllar-Flores, I., Velao, M., Fernández, L. y Serrano-Villar, M. (2024). *Participación y acceso de los profesionales de la Psicología Clínica en gestión sanitaria en el Servicio Madrileño de Salud*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/informe-tecnico-servicio-salud_def-pdf-6762b945031be.pdf

Duro Martínez, J. C. (2015). *Psicología y Reforma Sanitaria en la década de los 80* [Monografía]. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/psicologia-y-reforma-sanitaria-en-la-decada-de-los-80>

Duro Martínez, J. C. (2016). La Psicología Clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid: la insuficiente consolidación de una profesión sanitaria. *Clínica y Salud*, 27, 45 - 50. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.001>

Duro Martínez, J. C., Álvarez García, R., Barroso Sanz, L. y Roca Feigín, C. (1990, junio). Los psicólogos en las instituciones sanitarias públicas de Madrid. *Papeles del Psicólogo*, (44-45). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=458>

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones -ORCSMyA (Coord). (2022). *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022 - 2024*. Consejería de Sanidad. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>

Maldonado-Belmonte, M. J. y Robles-Bermejo, F. (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>

Royal College of Psychiatrists (2013). Building and sustaining specialist CAMHS to improve outcomes for children and young people. (College Report CR 182). https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr182.pdf?sfvrsn=8662b58f_2



ANEXOS

Anexo 1

Psicólogos/as Especialistas en Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
PROFESIONALES ESPECIALISTAS DE CENTROS DEL SERMAS (Gestión directa/pública y gestión indirecta/privada)				
TOTAL SUMMA 112. Población adulta e infantojuvenil	SUMMA 112	6		6
TOTAL Atención Primaria. Población adulta	Centros de Salud de las 7 Direcciones Asistenciales	21		21
Red de Adicciones Centros propios del SERMAS				
Centro de Tratamiento de las Adicciones (CTA)	CTA de Vallecas. H. Infanta Leonor	7		7
Unidad de Ludopatía	H. Ramón y Cajal	2		2
Centro de Adicciones Comportamentales	H. Gregorio Marañón	1		1
Unidad de Adicción al Alcohol	H. Rodríguez Lafoura	1		1
TOTAL Red de Adicciones Centros propios del SERMAS. Población adulta		11		11
Interconsulta y enlace desde Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental/En otros Servicios médicos/Desde la Gerencia o Dirección médica del hospital				
Desde Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental. Población adulta	H. 12 de Octubre	3	0,8	3,8
	H. Gregorio Marañón	5	0,5	5,5
	H. La Paz	2	0,8 + 0,60	3,4
	H. Ramón y Cajal		0,5 + 0,80 + 0,6	1,9
	H. Puerta de Hierro	1		1

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Desde Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental. Población adulta	H. Príncipe de Asturias	2		2
	H. Fundación Alcorcón		0,5	0,5
	H. Fuenlabrada		0,5	0,5
	H. Getafe	1		1
	H. de Móstoles		0,4	0,4
	H. Infanta Leonor	3		3
	H. Fundación Jiménez Díaz (gestión indirecta/privada)	1	0,8	1,8
	H. General de Villalba (gestión indirecta/privada)		0,5	0,5
	H. Rey Juan Carlos (gestión indirecta/privada)		0,2	0,2
	H. Central de la Defensa Gómez Ulla (convenio con el Ministerio de Defensa)	2	0,2 + 0,8	3
TOTAL Desde Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental. Población adulta		20	8,5	28,5
Desde Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental. Población infantoyjuvenil	H. 12 de Octubre	1	0,2	1,2
	H. Gregorio Marañón	4	0,5	4,5
	H. La Paz	2	0,6	2,6
	H. Ramón y Cajal		0,25	0,25
	H. Puerta de Hierro		0,5	0,5
	H. Príncipe de Asturias	1		1
	H. Getafe		0,8	0,8
	H. de Móstoles		0,4	0,4
	H. Niño Jesús	5		5
	H. Fundación Jiménez Díaz (gestión indirecta/privada)		0,25	0,25
	H. Central de la Defensa Gómez Ulla (convenio con el Ministerio de Defensa)		0,8 + 0,2	1

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
TOTAL Desde Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental. Población infantojuvenil		13	4,5	17,5
TOTAL Desde Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental. Población adulta + Población infantojuvenil		33	13	46
En otros Servicios médicos. Población adulta	Servicio de Ginecología y Obstetricia. H. Clínico	1		1
	Servicio de Neurología. H. Fundación Jiménez Díaz (gestión indirecta/privada)	1		1
TOTAL En otros Servicios médicos. Población adulta		2		2
En otros Servicios médicos. Población infantojuvenil	Servicio de Neonatología- Pediatría. H. Clínico San Carlos	1		1
TOTAL En otros Servicios médicos. Población infantil		1		1
TOTAL En otros Servicios médicos. Población adulta + Población infantojuvenil		3		3
Desde la Gerencia o Dirección médica del hospital. Población adulta	H. Santa Cristina	1		1
	H. Severo Ochoa	2		2
	H. Cruz Roja	1		1
TOTAL Desde la Gerencia o Dirección médica del hospital. Población adulta		4		4
TOTAL Interconsulta y enlace desde Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental /En otros Servicios médicos/ Desde la Gerencia o Dirección médica del hospital. Población adulta		26	8,5	34,5
TOTAL Desde Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental/Otros Servicios médicos/Gerencia o Dirección médica del hospital. Población infantojuvenil		14	4,5	18,5
TOTAL Desde Unidades de Enlace de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental/Otros Servicios médicos/Gerencia o Dirección médica del hospital. Población adulta + Población infantojuvenil		40	13	53

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Dispositivos específicos de Cuidados paliativos				
Equipo Soporte Hospitalario (ESH). Población adulta	H. La Paz		0,5	0,5
	H. Príncipe de Asturias	1		1
	H. Fuenlabrada	1		1
	H. de Móstoles	1		1
	H. Gregorio Marañón		0,5	0,5
	H. Puerta De Hierro	2		2
	H. 12 de Octubre	1		1
	H. Severo Ochoa		0,60 + 0,40	1
	H. Infanta Sofía	1		1
TOTAL Equipo Soporte Hospitalario (ESH). Población adulta		7	2	9
Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA). Población adulta	H. La Paz		0,5	0,5
	H. Gregorio Marañón		0,5	0,5
TOTAL Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA). Población adulta		0	1	1
Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME). Población adulta	H. Santa Cristina		0,4	0,4
	H. Fuenfría	1		1
	H. Infanta Leonor - Virgen de la Torre		0,4	0,4
TOTAL Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME). Población adulta		1	0,8	1,8
TOTAL Cuidados Paliativos. Centros propios. Población adulta		8	3,8	11,8
Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica. Población infantojuvenil	H. Niño Jesús	1		1
TOTAL Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica. Población infantojuvenil		1		1
TOTAL Dispositivos específicos de Cuidados paliativos. Población adulta + Población infantojuvenil		9	3,8	12,8

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Dispositivos hospitalarios para Trastornos de la Conducta Alimentaria				
Clínicas ambulatorias. Población adulta	H. 12 de Octubre		0,5	0,5
	H. Gregorio Marañón	1		1
	H. de Móstoles	1		1
	H. Ramón y Cajal		0,25	0,25
	H. Puerta de Hierro	1		1
TOTAL Clínicas ambulatorias. Población adulta		3		3,75
Hospitales de Día	H. Santa Cristina	2		2
	H. de Móstoles	4		4
	H. Clínico San Carlos		0,5 + 0,5	1
TOTAL Hospitales de Día. Población adulta		6	1	7
Unidades de Hospitalización. Población adulta	H. Ramón y Cajal		0,25	0,25
	H. de Móstoles	1	0,2	1,2
TOTAL Unidades de Hospitalización. Población adulta		1	0,45	1,45
TOTAL Dispositivos hospitalarios para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Población adulta		10	1,45	12,2
Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria para niños y adolescentes. Población infantojuvenil	H. Niño Jesús	4		4
	H. Clínico San Carlos	2		2
TOTAL Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria para niños y adolescentes. Población infantojuvenil		6		6
TOTAL Dispositivos hospitalarios para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Población adulta + Población infantojuvenil		16	2,2	18,2
Centros de Salud Mental (CSM)				
Centros de Salud Mental. Población adulta	CSM Centro	2	0,5+0,5+0,5	3,5
	CSM Chamberí	5	0,5	5,5
	CSM Latina - Galiana	2	0,5	2,5

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Centros de Salud Mental. Población adulta	CSM Latina - Las Águilas	3		3
	CSM Alcorcón	4		4
	CSM Móstoles	5		5
	CSM Fuenlabrada	4		4
	CSM Leganés	6		6
	CSM Getafe	6		6
	CSM Parla	4		4
	CSM Aranjuez	2	0,5	2,5
	CSM Alcobendas	6		6
	CSM Colmenar Viejo	3		3
	CSM Tetuán	4		4
	CSM Fuencarral	4	0,5 + 0,5 + 0,5	5,5
	CSM Majadahonda	5	0,5	5,5
	CSM El Escorial	3		3
	CSM Arganda del Rey	2		2
	CSM Rivas Vaciamadrid	2		2
	CSM Moratalaz/ Vicálvaro	6		6
	CSM Retiro	5		5
	CSM Vallecas Puente	7		7
	CSM Vallecas Villa	6		6
	CSM Barajas	2		2
	CSM Ciudad Lineal	5		5
	CSM Hortaleza	4		4
	CSM San Blas	4		4
	CSM Carabanchel	4	0,5	4,5
	CSM Almendrales. Usera	3	0,5 + 0,5	4
	CSM Villaverde	5		5
	CSM Chamartín	4		4
	CSM Salamanca	3	0,5	3,5
	CSM Puerta de Madrid. Alcalá de Henares I, II	3	0,5	3,5

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Centros de Salud Mental. Población adulta	CSM Alcalá de Henares III	2		2
	CSM Jaime Vera. Coslada	4	0,5 + 0,5 + 0,5	5,5
	CSM Las Veredillas. H. Torrejón de Ardoz (gestión indirecta/privada)	2		2
	CSM Moncloa/ Arguelles. Fundación Jiménez Díaz (gestión indirecta/privada)	1	0,5	1,5
	CSM Arganzuela Fundación Jiménez Díaz (gestión indirecta/privada)	2	0,5 + 0,5 + 0,5	3,5
	CSM Valdemoro. H. Infanta Elena (gestión indirecta/privada)	2	0,5	2,5
	Consultas externas Servicio de Psiquiatría. H. Rey Juan Carlos (gestión indirecta/privada)	3	0,5 + 0,5	4
	Consultas externas. Servicio de Psiquiatría. H. General de Villalba (gestión indirecta/privada)	1	0,5 + 0,5 + 0,5	2,5
	Consultas externas. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental H. Central de la Defensa Gómez Ulla (convenio con el Ministerio de Defensa)	2	0,5	2,5
	TOTAL Centros de Salud Mental. Población adulta	152	14,5	166,5
Unidades de salud mental infanto-juvenil	CSM Chamberí	5	0,5	5,5
	CSM Alcorcón	1	0,5	1,5
	CSM Móstoles	2	0,5	2,5
	CSM Fuenlabrada	4		4
	CSM Leganés	4		4

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Unidades de salud mental infanto-juvenil	CSM Getafe	4	0,5	4,5
	CSM Parla	2		2
	CSM Aranjuez		0,5	0,5
	CSM Alcobendas	4		4
	CSM Colmenar Viejo	2		2
	CSM Tetuán	2		2
	CSM Fuencarral	3	0,5	3,5
	CSM Majadahonda	2	0,5	2,5
	CSM El Escorial	1		1
	CSM Arganda del Rey	1		1
	CSM Rivas Vaciamadrid	1		1
	CSM Moratalaz/Vicálvaro	2		2
	CSM Retiro	2		2
	CSM Vallecas Puente	2		2
	CSM Vallecas Villa	2		2
	CSM Barajas	1		1
	CSM Ciudad Lineal	2		2
	CSM Hortaleza	2		2
	CSM San Blas	2		2
	CSM Villaverde	1		1
	CSM Guayaba	5		5
	CSM Chamartín	2		2
	CSM Salamanca	1		1
	CSM Puerta de Madrid. Alcalá de Henares I, II	2	0,5	2,5
	CSM Alcalá III	1		1
	CSM Las Veredillas. H. Torrejón de Ardoz (gestión indirecta/privada)	1		1
	CSM Jaime Vera. Coslada. H. Infanta Elena (gestión indirecta/privada)	1	0,5 + 0,5	2

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Unidades de salud mental infanto-juvenil	CSM Valdemoro (gestión privada)	1		1
	CSM Moncloa/ Arguelles. Fundación Jiménez Díaz (gestión indirecta/privada)	1	0,5	1,5
	Consultas externas. Servicio de Psiquiatría. H. Rey Juan Carlos. (gestión privada)		0,5 + 0,5	1
	Consultas externas. Servicio de Psiquiatría. H. Villalba (gestión indirecta/privada)		0,5 + 0,5	1
	Consultas externas. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. H. Central de la Defensa Gómez Ulla (convenio con el Ministerio de Defensa)	1		1
	TOTAL Unidades de salud mental infanto-juvenil	70	7,5	77,5
TOTAL Centros de Salud Mental. Población adulta e infantojuvenil		222	22	244
Hospitales de Día, Unidades de Trastornos de Personalidad y Unidades de Hospitalización Breve				
Hospitales de Día de población adulta	H. Clínico San Carlos		0,5	0,5
	H. Gregorio Marañón	1		1
	H. Infanta Leonor	2		2
	H. Infanta Sofía	1		1
	H. José Germain	1		1
	H. R. Lafoura	1		1
	H. La Paz	1	0,5	1,5
	H. Ramón y Cajal		0,8	0,8
	H. Getafe	1		1
	H. La Princesa	1		1
	H. Puerta de Hierro	1	0,5	1,5

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Hospitales de Día de población adulta	H. Móstoles	1	0,2	1,2
	H. Rey Juan Carlos (gestión indirecta/privada)		0,8	0,8
	Fundación Jiménez Díaz (gestión indirecta/privada)	1		1
TOTAL Hospitales de Día población adulta		12	3,3	15,3
Hospitales de Día infantojuvenil	H. Clínico (Centro Educativo Terapéutico. Niños)	2		2
	H. Clínico (Centro Educativo Terapéutico. Adolescentes)	2		2
	H. Gregorio Marañón	1		1
	H. Infanta Leonor	2		2
	H. José Germain (Niños)	1		1
	H. José Germain (Adolescentes)	1		1
	H. La Paz	3		3
	H. Príncipe de Asturias	2		2
	H. Puerta de Hierro		0,6	0,6
	H. Ramón y Cajal		0,8	0,8
	H. Doce de Octubre (Niños)	1		1
	H. Doce de Octubre (Adolescentes)	1		1
	H. de Getafe	2		2
	H. Niño Jesús (Niños)	1		1
	H. Niño Jesús (Adolescentes)	1		1
TOTAL Hospitales de Día infantojuvenil		20	1,4	21,4
TOTAL Hospitales de Día población adulta + infantojuvenil		32	4,7	36,7

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Unidades de trastornos de personalidad	H. R. Lafora	2		2
	H. Clínico San Carlos		0,5 + 0,5	1
TOTAL Unidades de trastornos de personalidad. Población adulta		2	1	3
Unidades de Hospitalización Breve				
Unidades de Hospitalización Breve de población adulta	H. Gregorio Marañón		0,5	0,5
	H. Infanta Leonor	1		1
	H. La Princesa	1		1
	H. Ramón y Cajal		0,5	0,5
	H. Alcorcón		0,5	0,5
	Hospital del Sureste	1		1
	H. Central de la Defensa Gómez Ulla (convenio con el Ministerio de Defensa)		0,5	0,5
TOTAL Unidades de Hospitalización Breve de población adulta		3	2	5
TOTAL Hospitales de Día, Unidades de Trastornos de Personalidad y Unidades de Hospitalización Breve. Población adulta		17	6,3	23,3
Unidades de Hospitalización Breve infantojuvenil	H. Niño Jesús		0,5	0,5
	H. Gregorio Marañón	1		1
	H. Doce de octubre	2		2
	H. Puerta de Hierro		0,6	0,6
	H. Clínico San Carlos	1		1
	H. La Paz		0,4	0,4
	H. Central de la Defensa Gómez Ulla (convenio con el Ministerio de Defensa)		0,5	0,5
TOTAL Unidades de Hospitalización Breve población infantojuvenil		4	2	6
TOTAL Unidades de Hospitalización Breve población adulta + infantojuvenil		7	4	11
TOTAL Hospitales de Día y Unidades de Hospitalización Breve. Población infantojuvenil		24	3,4	27,4

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
	TOTAL Hospitales de Día, Unidades de Trastornos de Personalidad y Unidades de Hospitalización Breve. Población adulta + infantoyjuvenil	41	9,7	50,7
Unidades de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) y Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP)				
UHTR	H. José Gemain	2		2
UCPP	H. José Gemain	3		3
	H. Rodríguez Lafona	4		4
TOTAL Unidades de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) y Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP). Población adulta		9		9
Otros dispositivos específicos de salud mental. Población adulta	SESM- DI (Servicio Especializado en Salud Mental – Discapacidad Intelectual Adulta). H. La Princesa	2		2
	Unidad de Intersexualidad y Transexualidad. H. Ramón y Cajal. Adultos	1		1
	Unidad de Salud Mental para personas sordas (USM Sordas). H. Gregorio Marañón		0,5	0,5
	Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE)	2		2
	Atención en Salud Mental a víctimas de Violencia de Género (ATIENDE MUJERES). H. Gregorio Marañón	1		1
	TOTAL Otros dispositivos específicos de salud mental. Población adulta	6	0,5	6,5

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Otros dispositivos específicos de salud mental. Infantojuvenil	Unidad de Atención Médica Integral a personas con Trastorno del Espectro Autista (AMITEA). H. Gregorio Marañón	1	0,5	1,5
	Unidad de Intersexualidad y Transexualidad. H. Ramón y Cajal. Niños	1		1
	Atención en Salud Mental a víctimas de Violencia de Género (ATIENDE MENORES). H. Gregorio Marañón		0,5	0,5
	TOTAL Otros dispositivos específicos de salud mental. Población infantojuvenil	2	0,5	3
TOTAL Otros dispositivos específicos de salud mental. Población adulta + infantojuvenil		8	1	9,5
SUBTOTAL PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE CENTROS Y DISPOSITIVOS DEL SERMAS (Gestión pública y gestión privada)		383	51,7	435,2
Red de Adicciones Centros concertados con el SERMAS				
Centros de Tratamiento a las Adicciones. (CTAs). Contratos de Servicios	CTA Sur-Usera	8		8
	CTA Norte	8		8
	CTA Móstoles	4		4
	CTA Este	4		4
	Los Mesejos: Prevención y atención de las adicciones en adolescentes y jóvenes			?
TOTAL Centros de Tratamiento a las Adicciones. (CTAs). Contratos de Servicios		24		24
Centros de Tratamiento a las Adicciones. (CTAs). Convenios Entidades Locales	CTA Mancomunidad Mejorada-Velilla	1	0,5	1,5
	CTA San Sebastián de los Reyes	2		2

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Centros de Tratamiento a las Adicciones. (CTAs). Convenios Entidades Locales	CTA Coslada	1		1
	CTA Fuenlabrada	2		2
	CTA Alcorcón	4		4
	CTA Collado Villalba	5		5
	CTA Leganés	1		1
	CTA Alcalá de Henares	5		5
	CTA Torrejón de Ardoz	3		3
	CTA Getafe	5		5
	CTA Alcobendas			?
	CTA Aranjuez			?
	CTA Arganda			?
	CTA Colmenar Viejo			?
	CTA Majadahonda			?
	CTA Mancomunidad Pinares			?
	CTA Parla			?
	CTA San Fernando			?
TOTAL Centros de Tratamiento a las Adicciones (CTA). Convenios Entidades Locales		29	0,5	29,5
TOTAL Centros de Tratamiento a las Adicciones (CTA) Contratos de Servicios + Convenios Entidades Locales		53	0,5	53,5
Centros Hospitalarios de salud mental y tratamiento de toxicomanías. Población adulta	Sanatorio Esquierdo. (Hestia Alliance)	1		1
	Clínica Doctor León	3		3
	Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. Clínica Nª Señora de La Paz (Orden Hospitalaria San Juan de Dios)	3		3
TOTAL Centros Hospitalarios de salud mental y tratamiento de toxicomanías		7	0	7
TOTAL Red de Adicciones. Centros concertados con el SERMAS		60	0,5	60,5

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Media Estancia para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Población adulta	Centro San Juan de Dios. Orden Hospitalaria San Juan de Dios	2		2
TOTAL Media Estancia para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Población adulta		2		2
Hospitales de Día de población adulta	Hospital de día Villaverde. Orden Hospitalaria San Juan de Dios	1		1
TOTAL Hospitales de Día población adulta		1		1
Hospitales de Día infantojuvenil	Centro Educativo Terapéutico Norte (Niños/as) (Mentalia)	1		1
	Centro Educativo Terapéutico Norte (Adolescentes) (Mentalia)	1		1
	Centro Educativo Terapéutico El Plantío (Mentalia)	1		1
TOTAL Hospitales de Día infantojuvenil		3		3
TOTAL Hospitales de Día población adulta + infantojuvenil		4		4
Unidades de Hospitalización Breve de población adulta	Complejo hospitalario Benito Menni (Hermanas Hospitalarias) adscrito al H. Doce de Octubre	1		1
TOTAL Unidades de Hospitalización Breve de población adulta		1		1
Unidades de Hospitalización Breve infantojuvenil	Clínica Nuestra Sra de La Paz. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios	1		1
TOTAL Unidades de Hospitalización Breve infantojuvenil		1		1
TOTAL Unidades de Hospitalización Breve. Población adulta + infantojuvenil		2		2

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
	TOTAL Hospitales de Día y Unidades de Hospitalización Breve. Población adulta + infantojuvenil	6		6
Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR), Unidades de Recuperación y Retorno a la Comunidad (URRC) y Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCCP) (Centros concertados)				
Unidad de Media Estancia de adolescentes	Hospital Mentalia Guadarrama (Adolescentes)	2		2
	TOTAL Unidad de Media Estancia. Población infantojuvenil	2		2
UHTR. Población adulta	Clínica San Miguel (Hermanas Hospitalarias)	4		4
	Hestia Sanatorio Esquierdo	1		1
TOTAL UHTR. Población adulta		5		5
URRC. Población adulta	Centro San Juan de Dios (Orden Hospitalaria San Juan de Dios)	2		2
TOTAL URRC. Población adulta		2		2
UCCP. Población adulta	Centro San Juan de Dios (Orden Hospitalaria San Juan de Dios)	4		4
	Complejo Asistencial Benito Menni (Hermanas Hospitalarias)	2		2
TOTAL UCCP. Población adulta		6		6
TOTAL Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR), Unidades de Recuperación y Retorno a la Comunidad (URRC) y Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCCP) (Centros concertados). Población adulta + infantojuvenil		15	0	15

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
	SUBTOTAL PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE CENTROS CONCERTADOS CON EL SERMAS (Adicciones, Paliativos, H. día, UHB y Media y Larga estancia TMG)	83	0,5	83,5
	TOTAL PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE CENTROS PROPIOS Y CENTROS CONCERTADOS CON EL SERMAS	466	52,2	518,7

Nota. Se han coloreado aquellos centros de gestión indirecta/privada

Anexo 2

Psicólogos/as No Especialistas en el Servicio Madrileño de Salud (Centros propios y concertados)

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as no especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as no especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as no especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
PROFESIONALES NO ESPECIALISTAS DE CENTROS PROPIOS DEL SERMAS (Gestión directa/pública y gestión indirecta/privada)				
Centro de Tratamiento de las Adicciones (CTA)	CTA de Vallecas. H. Infanta Leonor	1		1
TOTAL Red de Adicciones Centros propios del SERMAS. Población adulta		1		1
Otros dispositivos específicos de salud mental. Población adulta	Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM)	1		1
TOTAL Otros dispositivos específicos de salud mental. Adultos		1		1
En otros Servicios médicos. Población adulta	Servicio de Microbiología. Unidad de seguimiento cercano y cuidados domiciliarios para pacientes con VIH/ SIDA (UVAAD). H. Gregorio Marañón	1		
TOTAL En otros Servicios médicos. Población adulta		1		1
TOTAL Desde Otros Servicios médicos. Población adulta + Población infantoyjuvenil		1		1
Dispositivos específicos de Cuidados paliativos				
Equipo Soporte Hospitalario (ESH). Población adulta	H. Ramón y Cajal	1		1
	H. La Princesa	1		1
	H. Clínico		0,5	0,5
	H. Infanta Cristina	1		1
	H. Getafe	1		1

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as no especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as no especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as no especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
Equipo Soporte Hospitalario (ESH). Población adulta	H. General de Villalba (gestión indirecta/privada)	1		1
	H. Fundación Jiménez Diaz (gestión indirecta/privada)		0,5	0,5
	H. Rey Juan Carlos (gestión indirecta/privada)	1		1
TOTAL Equipo Soporte Hospitalario (ESH). Población adulta		6	1	7
Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA). Población adulta	H. Clínico San Carlos		0,5	0,5
	H. Fundación Jiménez Diaz (gestión indirecta/privada)		0,5	0,5
TOTAL Unidades de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA). Población adulta		1	1	
TOTAL Cuidados Paliativos. Centros propios. Población adulta		6	2	8
Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica. Población infantojuvenil	H. Niño Jesús	3		3
TOTAL Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica. Población infantojuvenil		3		3
TOTAL Dispositivos específicos de Cuidados paliativos. Población adulta + Población infantojuvenil		9	2	11
Otros dispositivos específicos de salud mental. Infantojuvenil	Unidad de Atención Médica Integral a personas con Trastorno del Espectro Autista (AMITEA). H. Gregorio Marañón	1		1
	TOTAL Otros dispositivos específicos de salud mental. Infantojuvenil	1		1

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as no especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as no especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as no especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
SUBTOTAL PROFESIONALES NO ESPECIALISTAS DE CENTROS Y DISPOSITIVOS PROPIOS DEL SERMAS (Gestión pública y gestión privada)		13		15
PROFESIONALES NO ESPECIALISTAS DE CENTROS CONCERTADOS CON EL SERMAS				
Dispositivos específicos de Cuidados paliativos concertados				
Equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAPD)		2	0,40+0,40+0,8+0,8	4,4
Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarias de la Asociación Española contra el Cáncer (UCPD/AECC)		6		6
TOTAL Cuidados Paliativos Domiciliarias		8	2,4	10,4
Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME)	Centro Asistencial San Camilo	1		1
	H. San Rafael	1		1
	H. Hestia	1		1
	H. Virgen de la Poveda	2		2
	Fundación Vianorte-Laguna	2		2
	Fundación Instituto San José	1		1
	H. Beata María	1		1
TOTAL Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME). Población adulta		9		9
TOTAL Dispositivos específicos de Cuidados paliativos concertados. Población adulta		17	2,4	19,4
SUBTOTAL PROFESIONALES NO ESPECIALISTAS DE CENTROS CONCERTADOS CON EL SERMAS		17	2,4	19,4

TIPOS DE CENTROS	NOMBRE DE LOS CENTROS/UNIDADES	Psicólogos/as no especialistas Jornada completa*	Psicólogos/as no especialistas Jornada parcial**	Psicólogos/as no especialistas TOTAL Equivalentes de Jornada completa
	TOTAL PROFESIONALES NO ESPECIALISTAS DE CENTROS PROPIOS Y CENTROS CONCERTADOS CON EL SERMAS	30	2,4	34,4

* Se ha considerado a tiempo completo el profesional que dedica toda su jornada laboral en dicha actividad

** Se ha considerado a tiempo parcial el profesional que dedica parte de su jornada laboral en dicha actividad (0,20 si es una Jornada/1 día, 0, 40 dos jornadas/2 días, 0,60 tres jornadas/3 días, 0,8 cuatro jornadas/4 días. Si se dedica la mitad de su jornada completa en dicha actividad se ha considerado 0,5)

